



Учреждение Российской академии наук
Институт социально-экономического развития территорий РАН

ТЕНДЕНЦИИ И ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ РЕГИОНА

Научные труды 2006 – 2010 гг.

В 4 томах

Научный руководитель
доктор экономических наук, профессор
Ильин Владимир Александрович

Вологда • 2011

ББК 65.9(2Рос-Вол)

Т33

Публикуется по решению
Ученого совета ИСЭРТ РАН

Тенденции и проблемы развития региона [Текст]: научные труды: в 4 т. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2011.

ISBN 978-5-93299-163-3

Редакционная коллегия издания

Ильин В.А. (председатель)

Гулин К.А. (зам. председателя), Зуев А.Н., Караганова М.М.
Леонидова Г.В., Сычев М.Ф. (зам. председателя), Терехова С.В.
Ускова Т.В. (зам. председателя), Шабунова А.А.

В издании, приуроченном к 20-летию Института социально-экономического развития территорий РАН, публикуются выполненные в 2006 – 2010 годах научные труды сотрудников Института по оценке современного состояния и проблемам стратегического развития Вологодской области, других субъектов Северо-Западного федерального округа на пути модернизации и формирования нового облика социально-экономического развития территории России.

Предназначается работникам органов власти и управления регионального и муниципального уровней, руководителям предприятий и организаций, научным сотрудникам, преподавателям, студентам, аспирантам.

ISBN 978-5-93299-163-3

© ИСЭРТ РАН, 2011

© Ильин В.А., 2011

ТЕНДЕНЦИИ И ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ РЕГИОНА

Научные труды

В 4 томах

Том 1

Стратегические ориентиры социально-экономического развития региона

Пространственные аспекты развития региона

Проблемы регионального развития: 2009 – 2012

Управление устойчивым развитием региона

Том 2

Проблемы становления инновационной экономики

Активизация инновационного процесса в регионе

Региональная инновационная система: теория и практика формирования

Научно-технический потенциал региона: проект долгосрочной
программы развития

Теория и практика формирования научно-образовательного пространства

ТОМ 3

СОЦИАЛЬНЫЙ ИМПЕРАТИВ РЕГИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

ЧАСТЬ I

Эффективность здравоохранения региона

Социально-экономические и демографические аспекты
суицидального поведения

Здоровье населения в России: состояние и динамика

ЧАСТЬ II

Социально-экономическое неравенство населения региона

Региональные аспекты безнадзорности несовершеннолетних:
социально-экономический подход

Социокультурные аспекты развития территории

Северо-Запад России: тенденции общественных настроений

Развитие институтов гражданского общества: региональное измерение

Том 4

Модернизация экономического пространства региона

Формирование городской агломерации

Экономика сельского района: состояние и перспективы

Стратегия развития туризма в Вологодской области

Производственные кластеры и конкурентоспособность региона

ББК 65.9(2Рос-Вол)
Т33

Тенденции и проблемы развития региона [Текст]: научные труды: в 4 т. Т. 3: Социальный императив регионального развития: в 2 ч. – Ч. I. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2011. – 784 с.: ил.

Коллектив авторов 1 части 3 тома
под научным руководством Ильина В.А.
Гулин К.А., Дуганов М.Д., Колинко А.А.
Макеев А.Н., Морев М.В., Петухов Р.В., Шабунова А.А.

В части 1 тома 3 представлены труды ИСЭРТ РАН, посвященные социально-экономическим аспектам общественного здоровья, проблемам развития сектора здравоохранения как важнейшего института, деятельность которого направлена на сохранение человеческого потенциала территории.

ISBN 978-5-93299-166-4 (т. 3)
ISBN 978-5-93299-163-3

© ИСЭРТ РАН, 2011
© Ильин В.А., 2011

ПРЕДИСЛОВИЕ К ИЗДАНИЮ

Настоящее издание приурочено к 20-летию со времени основания Института социально-экономического развития территорий РАН. Статус Института был получен Вологодским научно-координационным центром ЦЭМИ РАН согласно постановлению Президиума Российской академии наук от 31 марта 2009 года № 214. Это стало возможным в связи с существенным повышением качества и увеличением объемов научной деятельности, развитием материально-технической базы для проведения фундаментальных научных исследований, укреплением состава научных кадров ВНКЦ.

В 2005 году, когда учреждению исполнялось 15 лет, было осуществлено издание его научных трудов под заглавием «Тенденции и проблемы развития региона» (в трех частях¹), куда вошли наиболее значимые по содержанию и глубине уже опубликованные научно-исследовательские работы. Это издание получило позитивную оценку научной общественности и практиков.

В период после 2005 года, руководствуясь утвержденными Президиумом РАН направлениями фундаментальных научных исследований, программой Отделения общественных наук РАН, заказами региональных и местных органов власти, Институт сосредоточил внимание на изучении следующих проблем:

– научные основы региональной политики устойчивого развития территорий и муниципальных образований и трансформации социально-экономического пространства;

¹ Тенденции и проблемы развития региона: Научные труды: в 3 ч.: Ч. I: Становление и стратегия развития рыночной экономики. – 640 с.; Ч. II: Территориальные проблемы экономического и социального развития. – 750 с.; Ч. III: Социальные проблемы регионального развития. – 400 с. – Вологда: Вологодский научно-координационный центр Центрального экономико-математического института РАН, 2005.

- интеграция регионов в глобальные экономические и социальные процессы, проблемы экономической безопасности и конкурентоспособности территориальных социально-экономических систем;

- территориальные особенности уровня и образа жизни, стратегий поведения и мировоззрения различных групп российского общества;

- развитие региональных социально-экономических систем, применение новых форм и методов территориальной организации общества и хозяйства, развитие рекреационной сферы территорий;

- социально-экономические проблемы преобразования научной и инновационной деятельности территорий;

- разработка проблем информатизации общества, интеллектуальные технологии в информационных и территориальных системах, науке и образовании.

Результаты исследований по этим направлениям изложены в научных отчетах и монографиях, опубликованы в федеральных и региональных сборниках и журналах.

В рамках подготовки к 20-летию Ученый совет ИСЭРТ принял решение об издании научных трудов, которое включало бы наиболее представительные работы за пятилетие 2006 – 2010 гг. При этом Ученый совет исходил из того, что главная стратегическая цель современного развития России – модернизация экономики, ее переход на путь инновационного развития. Этим и обусловлено содержание настоящего издания. Формирование инновационной экономики рассматривается в свете ключевых императивов – структурного, социального, институционального. Избранные труды сгруппированы в четыре тома.

В **первый том – «Стратегические ориентиры социально-экономического развития региона»** – вошли работы, посвященные теоретико-методологическим аспектам стратегии регионального развития. Эти работы опирались не только на имеющуюся в отечественной науке традицию разработки концепций, прогнозов и программ, но и, прежде всего, на современные научные положения, которые обосновывают необходимость долгосрочной стратегии регионального развития как обязательного условия преодоления системно-трансформационного кризиса. В томе

представляются конструктивные сценарии, позволяющие перевести экономическое пространство регионов на модернизационный тип роста. Доказывается, что главная стратегическая цель пространственного развития – создание многосекторной социально ориентированной рыночной экономики, базирующейся на повышении эффективности производства и обеспечивающей переход к новым стандартам качества жизни населения. Объемно и разносторонне излагаются вопросы управления устойчивым развитием региональной экономики.

Во втором томе – «Проблемы становления инновационной экономики» – представлены задачи и пути активизации инновационной деятельности, ускоренного наращивания регионального научно-технического потенциала. Изложены организационно-экономические основы интеграции научно-образовательной деятельности и формирования региональной инновационной системы, обеспечивающей непрерывное продвижение к более высокой производительности труда, эффективному использованию природных, производственных, трудовых, финансовых ресурсов.

Третий том – «Социальный императив регионального развития» – состоит из двух частей.

В первую часть вошли работы специалистов Института, раскрывающие взаимную связь между здоровьем человека и уровнем социально-экономического развития территорий. Освещены основные проблемы в сфере охраны и укрепления здоровья населения и обоснованы стратегические направления их решения. Рассмотрены актуальные вопросы организации системы регионального здравоохранения и повышения её эффективности.

Во второй части тома представляются труды, затрагивающие важнейшие вопросы разработки и реализации социальной политики в регионе. Рассмотрены факторы и последствия социально-экономического неравенства населения. Дан анализ причин безнадзорности несовершеннолетних, определены направления работы по ее искоренению. Представлены также социокультурные аспекты развития территорий, играющие первостепенную роль в формировании условий для поступательного развития человеческого капитала региона и формирования гражданского общества. Проанализированы тенденции общественных настроений как элемента «обратной связи» между властью и населением.

В четвертый том – «Модернизация экономического пространства региона» – вошли работы сотрудников Института, которые посвящены отдельным направлениям модернизационных преобразований. Обоснованы задачи, связанные с обеспечением эффективного развития региональных производственных комплексов с учетом современных пространственных особенностей функционирования городских и сельских территорий. Проанализированы предпосылки и возможности ускорения формирования производственных кластеров, благодаря которым обеспечивается повышение конкурентоспособности регионального экономического пространства. В данный том включена работа по стратегии развития туризма, становящегося реальным резервом ускорения экономического и социального развития.

В каждом томе, наряду с публикуемыми работами, представлен перечень других работ сотрудников ИСЭРТ РАН, связанных с тематическим содержанием тома, что позволит читателям иметь более широкую информированность о научно-исследовательской деятельности Института в последнее время.

Конечно, даже в многотомном издании невозможно осветить весь круг вопросов, касающихся современного состояния, проблем и перспектив регионального развития. Вместе с тем данное издание, на наш взгляд, будет способствовать более активному внедрению в науку и практику принципов и механизмов воспроизводственного подхода, построению региональной экономики инновационного типа.

*В.А. Ильин, доктор экономических наук,
профессор, заслуженный деятель науки РФ,
директор ИСЭРТ РАН*

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕГИОНА



К ЧИТАТЕЛЯМ



Экономические и организационные изменения в постсоветской России делают необходимыми и неизбежными преобразования в функционировании социальной сферы как на федеральном, так и на региональном уровне.

В настоящее время Президентом РФ, правительством перед региональными властями и органами местного самоуправления поставлены значительные задачи по усилению модернизации отраслей социальной сферы, в том числе здравоохранения. Расходы федерального бюджета должны быть ориентированы на конечный результат, при этом необходимо максимально эффективно использовать имеющиеся ресурсы.

Важное место в работе территориальных органов управления в настоящее время занимает поиск механизмов повышения эффективности использования бюджетных средств. При этом очень важно разумное сочетание научного анализа и возможности практического его применения.

На мой взгляд, в Вологодской области сложилась благоприятная управленческая атмосфера. Долговременное сотрудничество департамента здравоохранения области и учреждения российской академической науки – Вологодского научно-координационного центра ЦЭМИ РАН – создает условия для практического внедрения результатов научных исследований, с одной стороны, и позволяет делать обоснованные и доказательные научные выводы – с другой.

Цель такого сотрудничества, помимо решения собственно научно-практических задач, видится в стимулировании общественного диалога между различными группами правительственного и неправительственного сектора в направлении профилактики и укрепления здоровья.

Предлагаемая вниманию читателей книга «Эффективность здравоохранения региона» является еще одним примером партнерства науки и управления. Это коллективная научная монография, освещающая широкий комплекс актуальных проблем управления здравоохранением территории.

Авторы справедливо подчеркивают, что принятие единственно правильного решения в условиях ограниченных ресурсов сопряжено с учетом многих факторов, в первую очередь ориентированных на экономическую сторону решения проблемы. В связи с чем они предлагают и доказывают целесообразность применения метода финансового макроанализа для оценки эффективности денежных расходов.

Данная монография может быть рекомендована к использованию в практической работе в системе управления учреждениями социальной сферы, учебным заведениям, научным работникам.

Стародубов Владимир Иванович,
заместитель министра здравоохранения
и социального развития РФ

ПРЕДИСЛОВИЕ

Оценку эффективности здравоохранения можно рассматривать в двух аспектах. С одной стороны, это процессы макроуровня, при которых речь идет о количестве бюджетных средств, выделяемых на нужды отрасли, а также о соотношении государственного и рыночного начал в управлении здравоохранением. В данном случае идет речь о механизме повышения эффективности здравоохранения на государственном уровне, где приоритетной проблемой остается увеличение объемов финансирования, а показателем – уровень здоровья населения.

С другой стороны, необходимо умело и эффективно управлять системой здравоохранения исходя из уже заданного потенциала финансовых и экономических ресурсов, рассматривая функционирование отрасли на региональном уровне. Именно здесь встает вопрос о возможностях рационализации бюджетных средств и методах оценки их использования.

Обсуждая проблему оптимизации функционирования отрасли с первой точки зрения, необходимо отметить, что государственные системы здравоохранения, финансируемые из бюджета, появились триста лет назад. В это время была открыта бактериальная природа инфекционных заболеваний, что вызвало необходимость проведения таких организационных мероприятий, как вакцинация и иммунизация населения. «Эффект от мероприятий в плане снижения социальной напряженности и увеличения продолжительности жизни до 50 лет был настолько велик по сравнению с усилиями и расходами из казны, что повсюду в развитых государствах претенденты на власть в рамках предвыборных кампаний стали обещать своим избирателям увеличение расходов на здравоохранение и медицинскую науку в случае избрания»¹. К середине

¹ Захаров В.Н. Здоровье с позиции теории управления // Вестник РАН. – 2005. – Т. 75. – №12. – С. 1093.

20 века продолжительность жизни в большинстве стран европейского региона (включая Россию), США и Канаде увеличилась до 70 лет, а доля бюджета, выделяемого на нужды здравоохранения, достигла 7 – 10%.

С 1970-х гг. появились первые неутешительные прогнозы ВОЗ по поводу быстрой исчерпаемости материальных ресурсов системы здравоохранения. Специалисты ВОЗ выявили 6 факторов риска (курение, злоупотребление алкоголем, неправильное и нерациональное питание, гиподинамия, нарушение сна, стресс) и предлагали создать механизм их ранней диагностики и профилактики на уровне первичного медицинского звена. Конкретные мероприятия предлагалось разрабатывать каждому государству самостоятельно, однако при этом рекомендовалось соотношение ресурсов 60:40 в пользу амбулаторного звена.

К рекомендациям ВОЗ начали прислушиваться лишь в 1990-х гг. Впервые это произошло в США, которые тратили на здравоохранение наибольшую долю бюджета (15%). «Объективно обусловленная всем ходом развития цивилизации смена парадигмы ставит системы здравоохранения в один ряд с другими государственными структурами, деятельность которых обоснована экономическими критериями в условиях фиксированной доли бюджета, а развитие обеспечивается за счет адекватной расстановки приоритетов»².

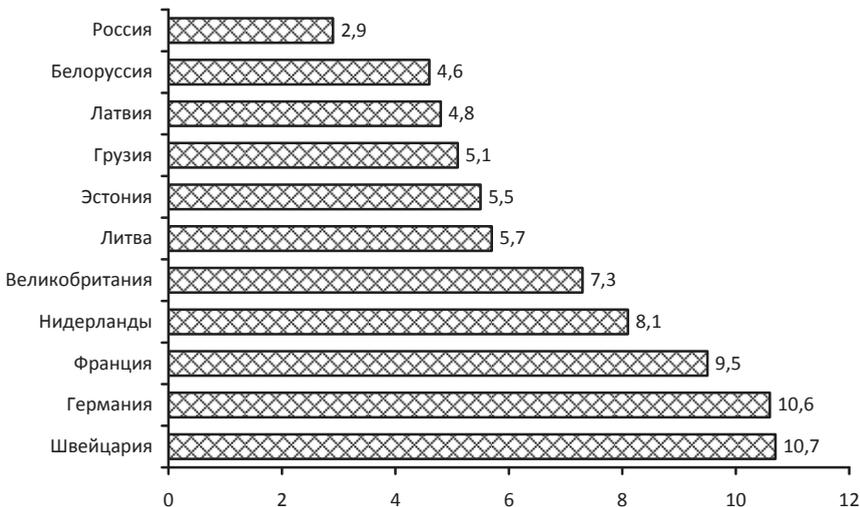
Осуществляемые в настоящее время реформы в отечественной системе здравоохранения во многом соответствуют тенденциям функционирования отрасли во многих развитых странах мира. К таким аналогиям можно отнести реструктуризацию сети медицинских учреждений, повышение прозрачности бюджетных потоков, введение должности врача общей практики, приоритет развития амбулаторно-поликлинического звена с упором на профилактику заболеваний и т.д. Подобные шаги продиктованы необходимостью повышения качества и доступности медицинских услуг, рационализации использования ограниченных финансовых ресурсов в медицине, улучшения медико-демографических показателей населения. Во всем мире актуальными остаются вопросы соотношения государственного и рыночного начал в здравоохранении, повышения мотивации работников медицинских учреждений, профилактики заболеваний с целью снижения их экономической затратности.

² Там же.

Отдельные элементы всех вышеперечисленных направлений существуют в США, Франции, Великобритании, Германии, Ирландии, Италии и многих других странах. Россия во многом уступает им в плане характеристики общественного здоровья и выделения государством средств на нужды здравоохранения. Поэтому актуальность реформ, соответствующих мировым тенденциям развития отрасли, в России особенно велика.

Изменение общественного строя и командно-административной системы управления здравоохранением в России в начале 1990-х годов привело к необходимости реформирования отрасли на базе новых, рыночных, отношений. Этому «способствовало» кризисное состояние экономической и политической жизни страны, негативные последствия которого отразились на здоровье россиян, что привело к увеличению количества обращений за квалифицированной медицинской помощью. Однако, в силу тех же самых причин, отечественная система здравоохранения не смогла дать адекватного ответа на сложившийся круг проблем.

Сегодня Россия значительно отстает от многих западных стран в вопросе финансирования отрасли здравоохранения (в 1,5 – 2 раза от бывших в составе СССР стран и в 2,5 – 3 раза от европейских государств; рисунок).



Общие расходы на здравоохранение в Европе в 2003 г. (в % от ВВП)*

* Материалы парламентских слушаний и заседаний круглого стола (с 14 октября 2004 г. по 2 февраля 2005 г.). – М., 2005. – 149 с.

В 1999 г. удельный вес населения, имевшего устойчивый доступ к основным лекарственным средствам, был равен 50 – 79%, тогда как в развитых странах мира – 95 – 100%³.

В 2001 г. государственные расходы на здравоохранение в расчете на душу населения в РФ составляли 310 долл. США (по паритету покупательной способности), что в 7 раз меньше, чем в США (2168 долл.), в 6,8 раза – чем в Германии (2113 долл.), в 6,3 раза – чем во Франции (1951 долл.), в 5,3 раза – чем в Великобритании (1634 долл.)⁴. При этом отставание России по показателю ВРП было заметно меньшим: 7100 долл. в РФ против 34320 долл. в США (в 4,8 раза), 25350 долл. в Германии (в 3,6 раза), 23990 долл. во Франции (в 3,4 раза), 24160 долл. в Великобритании (в 3,4 раза).

Одним из наиболее показательных индикаторов общественного здоровья является уровень смертности и продолжительности жизни населения. Кроме того, именно демографические процессы лежат в основе долгосрочных тенденций, которые определяют социально-экономическое развитие государства. Учитывая этот факт, необходимо отметить, что за последние 20 лет демографические показатели в РФ значительно ухудшились. В программе социально-экономического развития РФ на среднесрочную перспективу наряду с характеристикой сложившейся на территории страны демографической ситуации отмечается следующее: «Средняя продолжительность жизни граждан на 10 – 12 лет ниже, чем в странах с развитой экономикой. Смертность населения в период с 1993 по 2003 г. увеличилась на 13,1%, в том числе лиц в трудоспособном возрасте – на 6,7%. Высокими по сравнению со средне-европейскими показателями остаются уровни материнской, младенческой и детской смертности. Только треть детей в возрасте до 18 лет здоровы. Растет потребность в медицинской помощи, так как течение болезней становится более тяжелым и длительным. Увеличивается удельный вес запущенных патологий, лечение которых требует значительных затрат»⁵. По сравнению с 1980 г. численность населения увеличилась со 138,8 до 144,2 млн. человек, однако доля лиц моложе трудоспособного возраста сократилась с 32 до 25 млн. чел., а старше трудоспособного возраста, наоборот, возросла с 23 до 29 млн. чел. Показатель рождаемости при этом снизился с 16 до 10 чел. на 1 тыс. населения, а уровень смерт-

³ Доклад о развитии человека. – 2004. – С. 202-205.

⁴ Там же.

⁵ Программа социально-экономического развития Российской Федерации на среднесрочную перспективу (2006 – 2008 гг.). – С. 32.

ности увеличился с 11 до 16 чел. на 1 тыс. населения. Как следствие, естественный прирост населения снизился с 4,9 до -6,2 чел. на 1 тыс. населения. Аналогичные негативные тенденции характерны как для России в целом, так и для СЗФО и Вологодской области (табл. 1).

Таблица 1. Динамика демографических показателей на территории РФ, СЗФО и ВО (на 1 тыс. чел. нас.)

Показатель	Годы										
	1980	1985	1990	1995	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
<i>Российская Федерация</i>											
Рождаемость	15,9	16,6	13,4	9,3	8,6	8,8	8,3	8,7	9,1	9,8	10,2
Смертность	11,0	11,3	11,2	15,0	13,8	13,6	14,7	15,4	15,6	16,3	16,4
Естественный прирост	4,9	5,3	2,2	-5,7	-5,2	-4,8	-6,4	-6,7	-6,5	-6,5	-6,2
<i>СЗФО</i>											
Рождаемость	15,2	15,7	11,9	7,9	7,5	7,6	7,1	7,6	8,1	8,8	9,4
Смертность	11,0	11,4	11,1	15,8	13,6	13,7	15,4	16,2	16,7	17,4	18,4
Естественный прирост	4,2	4,3	0,8	-7,9	-6,1	-6,1	-8,3	-8,6	-8,6	-8,6	-9,0
<i>Вологодская область</i>											
Рождаемость	16,2	17,7	13,4	8,6	8,3	8,2	7,9	8,6	9,2	9,8	10,4
Смертность	12,1	12,7	11,9	16,2	14,7	14,4	15,8	15,7	17,1	18,0	19,8
Естественный прирост	4,1	5,0	1,5	-7,6	-6,4	-6,2	-7,9	-7,1	-7,9	-8,2	-9,4
* Здесь и далее – данные Государственного комитета статистики.											

Россия сильно отстает от западных стран по уровню продолжительности жизни. По оценкам ВОЗ ожидаемая средняя продолжительность здоровой жизни (HALE) в России на 2002 г. составляла 58,6 года. Это соответствует уровню таких стран, как Гондурас (58,4), Египет (59,0), Индонезия (58,1), КНДР (58,8), Филиппины (59,3) и т.д. В развитых странах данный показатель близок к 70 годам (Великобритания – 70,6, Германия – 71,8, США – 69,3, Франция – 72, Япония – 75)⁶. Надо также отметить, что на территории Российской Федерации низкий уровень жизни сохраняется на протяжении всего периода измерений, при этом каких-либо существенных позитивных изменений не наблюдается (табл. 2).

Таблица 2. Ожидаемая продолжительность жизни в России (в годах)

	1985 – 1986 гг.	1990 г.	1995 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.
Всего	69,3	69,2	64,6	65,3	65,3	64,8	65,1	65,3
Муж.	63,8	63,8	58,3	59,0	59,0	58,5	58,8	58,9
Жен.	74,0	74,3	71,7	72,2	72,3	72,0	72,0	72,30

⁶ Всемирная организация здравоохранения. Сводная информация с <http://www.who.int/whosis>

Все эти цифры говорят о том, что попытки реформировать отрасль здравоохранения на протяжении 20 лет не были в достаточной степени продуманными и поэтому не привели к положительным итогам.

В большинстве западных стран с начала 1990-х г. также наблюдается снижение уровня рождаемости и естественного прироста населения, однако по сравнению с Россией его темпы не столь стремительны (табл. 3). Это является следствием не только социально-экономической нестабильности в стране, но и низкой эффективности работы системы здравоохранения.

Таблица 3. Коэффициенты рождаемости, смертности и естественного прироста (на 1 тыс. чел. населения)

Страна	Показатель	1990 г.	1995 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.
Россия	Рождаемость	13,4	9,3	8,7	9,1	9,8
	Смертность	11,2	15,0	15,4	15,6	16,3
	Естественный прирост	2,2	-5,7	-6,7	-6,5	-6,5
Великобритания	Рождаемость	13,9	12,5	11,4	11,2	11,1
	Смертность	11,2	10,9	10,2	10,1	10,2
	Естественный прирост	2,7	1,6	1,2	1,1	0,9
Германия	Рождаемость	11,4	9,4	9,3	9,0	8,8
	Смертность	11,5	10,8	10,2	10,0	10,3
	Естественный прирост	-0,1	-1,4	-0,9	-1,0	-1,5
Италия	Рождаемость	9,8	9,2	9,4	9,3	9,3
	Смертность	9,4	9,7	9,7	9,6	10,0
	Естественный прирост	0,4	-0,5	-0,3	-0,3	-0,7
Канада	Рождаемость	15,2	12,9	10,8	10,6	11,1
	Смертность	7,2	7,2	7,5	7,3	7,5
	Естественный прирост	8,0	5,7	3,3	3,3	3,6
США	Рождаемость	16,7	14,8	14,7	14,1	14,2
	Смертность	8,7	8,8	8,7	8,5	8,6
	Естественный прирост	8,0	6,0	6,0	5,6	5,6
Франция	Рождаемость	13,5	12,5	13,2	13,1	12,7
	Смертность	9,3	9,1	9,1	8,9	9,1
	Естественный прирост	4,2	3,4	4,1	4,2	3,6
Швейцария	Рождаемость	12,5	11,7	10,9	10,1	9,9
	Смертность	9,5	9,0	8,7	8,4	8,4
	Естественный прирост	3,0	2,7	2,2	1,7	1,5
Швеция	Рождаемость	14,5	11,7	10,2	10,3	10,3
	Смертность	11,1	11,0	10,5	10,5	10,5
	Естественный прирост	3,4	0,7	-0,3	-0,2	-0,2

Директор Института США и Канады РАН С.М. Рогов предлагает разделять все функции государства на «традиционные» и «современные». К первым относится поддержание обороноспособности и

порядка в стране, ко вторым – социальные функции. На сегодняшний день развитые страны тратят на «традиционные» функции 5,3%, а на «современные» – 17,8% ВВП, т.е. соотношение составляет 1 к 3,4. Федеральный бюджет России в 2006 г. на выполнение «традиционных» функций предусматривает 6% ВВП, а на выполнение «современных» – 3,5%, т.е. соотношение составляет 1,7 к 1. По мнению С.М. Рогова, такая структура бюджетных расходов соответствует «государству XIX, а не XXI века». Актуальность реформ в отечественном здравоохранении была и остается. При этом очевидно, что их фундаментальной базой должна быть достаточная финансовая поддержка государства.

На современном этапе развития общества перед российским здравоохранением, функционирующим в условиях ресурсного дефицита (трудовые ресурсы, помещения, оборудование, медикаменты, денежные средства), проблема справедливого распределения доступных ресурсов, при котором они могут принести максимальную пользу, стоит наиболее остро. Решение ее зависит от оценки возможных вариантов распределения ресурсов. Принятие единственно правильного решения сопряжено с учетом экономических, технологических, социальных, политических и других факторов, ориентированных, в первую очередь, на экономическую сторону решения проблемы. В то же время развиваются социальные институты в обществе. С каждым годом все большая часть населения осознает, что может являться активным участником распределения общественных ресурсов. Открытость бюджетного процесса во многом остается таковой лишь для незначительного числа граждан, преимущественно участников самого процесса принятия бюджета. Процедура создания бюджета нуждается в серьезной реформе с целью достижения внятных и близких общественным интересам результатов.

Существенным шагом вперед в этом направлении стало принятие Постановления Правительства РФ от 22 мая 2004 года №249 «О мерах по повышению результативности бюджетных расходов». Этим Постановлением утверждена Концепция реформирования бюджетного процесса в Российской Федерации в 2004 – 2006 годах. Суть реформы бюджетного процесса состоит в смещении акцентов в бюджетном процессе с «управления бюджетными ресурсами (затратами)» на «управление результатами» путем повышения ответственности и расширения самостоятельности участников бюджетного процесса и администраторов бюджетных средств в рамках среднесрочных ориентиров.

Сегодня такой подход является закономерным итогом структурных преобразований, происходящих в сфере здравоохранения на протяжении последних лет: в ходе эволюции различных концепций финансирования и управления отраслью сложилось вполне обоснованное решение о необходимости рационализации использования бюджетных средств. В настоящее время методика БОР применяется во многих развитых странах (США, Германия, Франция, Австралия и т.д.), что свидетельствует о перспективности данного подхода, однако при разработке соответствующих преобразований необходимо учитывать специфику исключительно российских условий, и в частности особенности развития различных подходов к управлению отечественной системой здравоохранения.

Ориентация отрасли на смену принципов финансирования нашла отражение не только в нормативно-правовых документах федерального уровня (*прил. 1*). Отдельные предпосылки реформы содержатся и в региональных концепциях и программах. Так, например, в концепции «Вологодская область – Здоровье-21: долгосрочная политика охраны и укрепления здоровья населения Вологодской области» среди основных направлений развития отрасли отмечается необходимость рационализации и обоснования использования бюджетных средств (ст. 3.17), децентрализации управления (ст. 2.6), совершенствования системы индикаторов качества медицинского обслуживания населения (ст. 3.16)⁷. В документе «Основные положения стратегии социально-экономического развития Вологодской области на период до 2010 года», утвержденном постановлением Правительства области 16 апреля 2003 г., среди важнейших задач развития здравоохранения отмечены⁸:

1. Повышение эффективности работы первичного звена, в том числе профилактической медицины.

2. Проведение структурных преобразований в сфере здравоохранения с целью оптимизации сети лечебно-профилактических учреждений.

3. Создание условий для развития негосударственного сектора здравоохранения.

Учитывая достаточно давнюю историю дискуссий вокруг проблемы недофинансирования отечественной системы здравоохранения, можно сказать, что теоретическая и практическая значимость

⁷ Концепция «Вологодская область – Здоровье-21: долгосрочная политика охраны и укрепления здоровья населения Вологодской области». – Вологда, 2000. – 14 с.

⁸ Стратегия экономического роста – 2015 / Колл. авт. под рук. д.э.н., профессора В.А. Ильина. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2005. – 224 с.

региональных исследований данного вопроса в настоящее время заключается прежде всего в научно обоснованном анализе методов оценки и способов повышения эффективности финансовых потоков внутри сферы здравоохранения на уровне субъектов РФ.

В целях оптимизации перехода региональной системы здравоохранения на финансирование по принципам бюджетирования, ориентированного на результат, сегодня необходима тщательно разработанная теоретическая основа предстоящей реформы, анализ ее сильных и слабых сторон, изучение отечественного и зарубежного опыта аналогичных преобразований.

В данной монографии представлены результаты исследований специалистов ВНКЦ ЦЭМИ РАН и департамента здравоохранения Вологодской области по различным аспектам применения БОР в здравоохранении региона.

Реформы в системе здравоохранения должны быть продиктованы не только объективной необходимостью, но и исторически сложившимися традициями функционирования отрасли. В связи с этим значительная часть монографии посвящена характеристике экспериментов по внедрению нового хозяйственного механизма (НХМ) и системы обязательного медицинского страхования (ОМС), которые предшествовали концепции бюджетирования, ориентированного на результат, и оказали большое влияние на реформирование отрасли в начале 21 века.

Необходимым условием отслеживания результатов деятельности медицинских учреждений является четкий перечень индикаторов, характеризующих состояние общественного здоровья, а также хорошо отлаженный механизм сбора соответствующей информации. Рассмотрению данного вопроса посвящена вторая глава монографии, в которой дается теоретическое обоснование системы индикативного планирования и основные результаты мониторинга деятельности отрасли здравоохранения Вологодской области.

Третья глава включает в себя анализ различных методик оценки эффективности денежных расходов, в совокупности составляющих финансовый макроанализ функционирования отрасли. Финансовый макроанализ позволяет достаточно точно определить классы болезней и отдельные заболевания, являющиеся наиболее затратными с точки зрения финансовых расходов. Кроме того, данный метод позволяет своевременно выявлять потребности здравоохранения на уровне районов, что необходимо при распределении бюджетных средств и принятии других управленческих решений.

Глава 1

ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ РЕФОРМИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В КОНЦЕ 20 – НАЧАЛЕ 21 ВЕКА

1.1. Опыт реформирования отечественной системы здравоохранения на основе нового хозяйственного механизма

С 1987 г. три территории России (Кемеровская обл., Куйбышевская обл., г. Ленинград) по решению Правительства вступили в эксперимент по отработке новых форм планирования, финансирования и управления здравоохранением. К 1989 г. эксперимент охватил практически всю территорию СССР.

Необходимость перемен была вызвана недостаточной эффективностью в отрасли использования бюджетных средств. «Сложившаяся система управления здравоохранением, опирающаяся преимущественно на административно-командные методы, имеющийся хозяйственный механизм, не обеспечивала серьезных стимулов для улучшения медицинской помощи, напротив, она нацеливала коллективы медиков на экстенсивный рост внутриотраслевых показателей (койко-дни, посещения и т.д.), практически не отражающих состояние здоровья населения и уровень медицинской помощи»⁹.

Новый подход затрагивал учреждения здравоохранения, частично или полностью финансируемые из бюджета. Он предусматривал широкое использование экономических методов

⁹ Бурдин Н.Н., Гречко Ю.Е. и др. Совершенствование деятельности территории на основе экономических методов управления (учебно-методические рекомендации). – Кемерово, 1989.

управления и переход от отраслевого к территориальному принципу распределения ресурсов. Основной целью нового хозяйственного механизма являлось «более полное удовлетворение потребностей населения в квалифицированной медицинской помощи; обеспечение бесплатности, гарантированности и доступности ее всем сословиям населения, эффективное использование кадровых, материальных, финансовых ресурсов и научного потенциала общества, направленных на улучшение здоровья населения»¹⁰.

Целью внедрения НХМ являлось повышение качества и улучшение доступности медицинской помощи за счет включения экономических стимулов, заинтересовывающих медицинские учреждения в эффективном использовании ресурсов, и обеспечения жесткой зависимости благополучия медицинских учреждений и каждого медицинского работника от качества деятельности и достигнутых конечных результатов (практически идентично принципам внедряемого в настоящее время бюджетирования, ориентированного на результат).

Для реализации поставленных целей основная часть бюджетных средств передавалась городам и районам исходя из подушевого норматива (*процедура выравнивания условий для населения в получении бюджетных услуг*). Для этих территорий утверждался норматив фонда оплаты труда (*стимулировалось изменение штатных расписаний без потери фонда оплаты труда*). Одновременно планировались конкретные показатели конечных результатов, характеризующие состояние здоровья контингента и качество деятельности, утверждались «штрафы» за недостижение запланированных результатов и методика формирования интегральной оценки достижения конечных результатов (коэффициент достижения результата).

Города и районы передавали средства по нормативу поликлиникам, а в них – первичному звену (группам из участковых врачей и, по возможности, основных узких специалистов), планируя для них конечные результаты, в том числе показатели здоровья обслуживаемого контингента (*стимулирование развития профилактической медицины*). Для остальных медицинских учреждений утверждались цены на медицинские услуги, норматив фонда

¹⁰ Положение о новом хозяйственном механизме в здравоохранении // Сборник нормативно-методических документов по переводу на новые условия хозяйствования учреждений здравоохранения. – Т. 1. – М., 1989. – С. 5.

оплаты труда на 1 руб. дохода и планировались конечные результаты, характеризующие в первую очередь качество оказываемых медицинских услуг (*как правило, на основе медико-экономических стандартов*).

Таким образом обеспечивалась *самостоятельность* медицинских учреждений в расходовании полученных по нормативу или заработанных за предоставление услуг средств (*уже в те годы медицинские учреждения выступали не в роли получателя бюджетных средств, а в роли администратора бюджетных расходов*). Сформированная прибыль (после умножения на коэффициент достижения результата) оставалась в распоряжении учреждений и использовалась для материального поощрения работников, производственного и социального развития учреждений. Активно стимулировалось внедрение в учреждениях коллективного подряда, при котором оплата труда подразделения зависела от количества (измеряемого, как правило, с помощью цен на медицинские услуги) и качества (измеряемого с помощью коэффициента достижения результата или другими способами) труда. Индивидуальный заработок при этом не ограничивался.

Передача прав финансирования первичному звену делала его заказчиком медицинской помощи, несущим, в меру возможного, ответственность за здоровье контингента, и заинтересовывала в активной профилактической работе. Чем здоровее контингент, тем меньше он нуждается в дорогостоящих видах лечения и тем больше средств остается в распоряжении первичного звена. Все остальные учреждения были заинтересованы предоставить услуги первичному звену. По замыслу, должна была начаться конкуренция, появиться, своего рода, рынок медицинских услуг (*и это в 1987 г., когда на уровне государства о рынке еще ничего не было сказано*). Качество всех видов медицинской помощи оценивалось с помощью детальных стандартов качества (медико-экономических стандартов), включающих по всем нозологиям (диагнозам) с учетом степени тяжести перечень минимально необходимых видов обследования и лечения, а также параметры, характеризующие состояние больного при выписке. Такие стандарты были самостоятельно разработаны управлениями здравоохранения некоторых городов и областей (Куйбышевской, Кемеровской, Вологодской, Красноярская и др.) и внедрены в практику. Опираясь на стандарты, эксперт с помощью простейшей методики определял уровни каче-

ства лечения (диспансеризации) конкретных пациентов. Уровень качества мог прямо влиять на оплату услуги (заказчик полностью оплачивал стоимость услуги), быть основанием для предъявления штрафных санкций или входить в планируемые показатели конечных результатов (показатель результативности модели конечных результатов). Для предотвращения возможных попыток сэкономить на больном предусматривалась развитая система защиты прав пациента.

Новый хозяйственный механизм медицинских учреждений должен был обеспечить такое преобразование производственных отношений, при котором коллективы учреждений, отделений, бригад были бы экономически заинтересованы в достижении высоких конечных результатов, оказывая необходимый населению объем качественной медицинской помощи при эффективном использовании ресурсов.

При этом следует учесть, что хозяйственный механизм, действовавший в здравоохранении, имел ряд принципиальных особенностей, отличающих его от механизма, закрепленного в «Законе о государственном предприятии»:

1. Объем лечебно-профилактической помощи населению и прочих видов услуг, оказываемых в медицинских объединениях и учреждениях системы здравоохранения, определялся ресурсами бюджетного финансирования.

2. Все взаиморасчеты производились на основе цен, базирующихся на средней себестоимости за предшествующий период. В цены не входила плановая прибыль, источниками фактической прибыли являлось лишь рациональное использование ресурсов, снижение себестоимости и увеличение объема услуг.

3. В цены и механизм взаиморасчетов не включались амортизационные отчисления и расходы по таким статьям сметы, как 12 – оборудование и 16 – капремонты (эти статьи расходовали централизованно); поэтому для хозяйственного механизма, сформировавшегося в здравоохранении, понятия «самофинансирование» и «самокупаемость» были неприемлемы.

Для учреждений здравоохранения были разработаны две специфические модели хозяйственного механизма: поликлиническая (модель 1) и стационарная (модель 2).

В соответствии с поликлинической моделью коллектив брал на себя ответственность за поддержание и улучшение здоровья

обслуживаемого контингента населения (в пределах компетенции здравоохранения), получая для выполнения своих функций бюджетные средства по нормативу на жителя (позднее эту модель стали называть полным фондодержанием).

Согласно стационарной модели коллектив брал обязательства оказывать конкретные услуги пациентам с гарантированным качеством, получая за это оплату от поликлиник.

Отделы здравоохранения в экспериментальных областях, руководствуясь *моделью конечного результата деятельности (МКР)* здравоохранения, включающей показатели результативности (данные о состоянии здоровья) и показатели дефектов, располагая определенными финансовыми ресурсами в расчете на одного жителя в год, заключали с головными и районными территориальными медицинскими объединениями (РТМО), горздравотделами и центральными районными больницами договоры на оказание лечебно-профилактической, диагностической, реабилитационной и других видов медицинской помощи населению (аналогично БОР – публичные соглашения с администраторами бюджетных расходов). В свою очередь, администрации РТМО, ГТМО, горздравотделов заключали аналогичные договоры с конкретными ТМО (поликлиниками).

При организации работы медицинских объединений, учреждений и подразделений, оказывающих медицинскую помощь населению, существовали особенности планирования, финансирования и оценки деятельности различных типов подрядных коллективов медицинских работников.

«В результате внедрения НХМ была выработана целевая модель государственной системы здравоохранения, где центральным звеном становился сектор первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). В качестве основного элемента, обеспечивающего переход к этой модели, было выбрано внедрение нового, достаточно жесткого и ориентированного на конечный результат механизма финансирования ЛПУ»¹¹. Для повышения эффективности использования ресурсов в здравоохранении перед учреждениями, функционирующими в условиях НХМ, была поставлена задача повышения экономической ответственности за результаты деятельности, а также введения такой системы оплаты труда, при которой она

¹¹ Аналитический обзор зарубежного и отечественного опыта реформирования и управления системой здравоохранения: Материалы к конф. – Новосибирск: ППСИ, 2002. – С. 55.

прямо зависела бы от его качества. Таким образом, финансирование ЛПУ было обусловлено не только экономической эффективностью использования средств, но и конечными результатами его деятельности. С этой целью одновременно с НХМ была внедрена специальная система оценки качества деятельности на основе модели конечных результатов. Аналогичные изменения ожидают систему здравоохранения и в условиях перехода к бюджетированию, ориентированному на результат. Усиление наименее затратного, амбулаторного, звена, повышение экономической и функциональной ответственности подразделений, а также тесная зависимость финансирования ЛПУ от конечных результатов деятельности – все эти положения планируется внедрить в рамках перехода здравоохранения на финансирование по принципам БОР, поэтому накопленный опыт НХМ в данном случае имеет очень важное значение.

Реформирование здравоохранения, начатое в 2005 г. (переход к бюджетированию, ориентированному на результат), во многом созвучно изменениям, происходившим в рамках перехода к НХМ. Общими чертами обеих концепций являются:

- ⇒ Изменение системы бюджетного финансирования отрасли – переход от выделения средств по отдельным статьям расходов к финансированию по долговременным стабильным нормативам.
- ⇒ Установление тесной зависимости вложенных средств и оплаты труда от конечных результатов деятельности медицинских учреждений.
- ⇒ Развитие самостоятельности и инициативы учреждений здравоохранения.
- ⇒ Ориентация нормативов бюджетного финансирования, служащих для расчета общей суммы финансовых средств, на возмещение материальных и приравненных к ним затрат.

Положение Комиссии по совершенствованию хозяйственного механизма при Совете Министров СССР «О новом хозяйственном механизме в здравоохранении» (далее – Положение 1989 г.) в качестве главных дополнительных источников финансирования устанавливало оказание медицинскими учреждениями сверхнормативных (сверх нормативов по договору с государственными и частными предприятиями) и платных услуг (данный вид деятельности не должен был осуществляться взамен оказания бесплатной медицинской помощи).

Размер оплаты труда медицинского персонала в рамках учреждения по новому хозяйственному механизму рассчитывался следующими способами:

⇒ Заработная плата и материальное поощрение работникам выплачивались из соответствующих фондов, образованных за счет отчислений от общей суммы средств из всех источников финансирования по установленному нормативу.

⇒ Фонд оплаты труда формировался по остаточному принципу после возмещения материальных и приравненных к ним затрат другим организациям, выплаты процентов за кредит и организации фонда производственного и социального развития.

⇒ Фонд оплаты труда формировался в процентах от общей суммы поступлений после возмещения материальных затрат сторонним организациям и выплаты процентов за кредит. Причем оплата труда работников учреждений здравоохранения и их материальное стимулирование осуществлялись в зависимости от количества и качества труда, а также личного вклада каждого работника в достижение конечных результатов.

Равно как и при управлении здравоохранением по принципам БОР, новый хозяйственный механизм предусматривал ориентацию деятельности медицинских учреждений на будущие результаты. Так, главной формой планирования и организации деятельности учреждения выступал пятилетний план экономического и социального развития (в системе БОР – планирование на среднесрочную перспективу до 3 лет), причем в целях повышения самостоятельности и ответственности учреждения этот план составлялся им самим в соответствии с контрольными показателями вышестоящей организации (численность и состав обслуживаемого контингента, объем и качество выполняемых медицинских услуг и т.д.), которые в целом носили рекомендательный, а не директивный характер. Исходными данными планирования являлись: контрольные цифры, государственный заказ, долговременные экономические нормативы и лимиты, доводимые вышестоящими органами здравоохранения до медицинских учреждений в установленном порядке. Количественные показатели заключались в сведениях о состоянии здоровья населения (смертность, утрата трудоспособности и т.д.). Эталоны (стандарты) качества оказания медицинских услуг отражали необходимые объемы диагностических и лечебных мероприятий, а также клинико-параклинические показатели, которых

необходимо достигнуть при завершении оказания помощи. В качестве контрольных показателей использовались индикаторы развития материально-технической базы учреждения и развития трудового коллектива (создание условий труда и отдыха, обеспеченность сотрудников жильем и т.д.)¹².

Контроль за деятельностью учреждения в условиях НХМ, осуществлявшийся вышестоящим органом управления, также во многом соответствовал принципам БОР. Как было отмечено в методических рекомендациях по контролю качества медицинской помощи в учреждениях здравоохранения (1989 г.), «говоря о контроле или оценке медицинской помощи, приоритет должен быть отдан показателям, отражающим ее эффективность, то есть степень достижения конкретных результатов с учетом производственных затрат»¹³. Таким образом, основой оценки деятельности учреждений должна была стать степень достижения конечных результатов и удовлетворения потребности населения в медицинской помощи. При оценке эффективности работы медицинской организации планировалось использовать систему показателей конечных результатов деятельности учреждений, расположенных на данной территории; соответствующие показатели разрабатывались на базе изучения удовлетворенности населения качеством медицинских услуг, оценки состояния здоровья населения, экспертных оценок проведенных мероприятий, расчета затрат деятельности учреждений и т.д. Большие надежды возлагались на широкое применение социологических методов получения информации (опрос, анкетирование и др.). В целом система контроля качества должна была включать в себя: планирование конкретных результатов медицинской помощи, осуществление экспертной оценки, проведение социологического изучения, расчет производственных затрат, статистическую обработку и анализ полученной информации.

Согласно документу «Примерный порядок организации перевода учреждений здравоохранения административной территории на новые условия хозяйствования» (1989 г.) для оценки дей-

¹² Временные методические рекомендации по планированию деятельности учреждения здравоохранения в новых условиях хозяйствования // Сборник нормативно-методических документов по переводу на новые условия хозяйствования учреждений здравоохранения. – Т. 1. – М., 1989. – С. 211.

¹³ Контроль качества медицинской помощи в учреждениях здравоохранения // Сборник нормативно-методических документов по переводу на новые условия хозяйствования учреждений здравоохранения. – Т. 1. – М., 1989. – С. 5.

ствующих показателей эффективности деятельности различных учреждений системы здравоохранения рекомендовались новые критерии¹⁴:

1. Для амбулаторно-поликлинических учреждений – один прикрепленный житель (с учетом дифференциации по группам здоровья).

2. Для стационаров – один пролеченный больной в зависимости от категории сложности лечения.

3. Для служб скорой помощи – количество вызовов, дифференцированных по категориям сложности.

4. Для консультативных поликлиник, диагностических центров, поликлинических отделений диспансеров – число консультативных приемов и диагностических исследований.

5. Для учреждений судебно-медицинской экспертизы и патолого-анатомической службы – количество судебно-медицинских экспертиз и патологоанатомических исследований, дифференцированных по сложности.

6. Для санэпидстанций – количество обслуживаемого населения с учетом санитарно-гигиенической обстановки в регионе.

Как показали результаты эксперимента, начавшегося в 1987 г. в Кемеровской и Куйбышевской областях и в г. Ленинграде, ни одна из трех территорий не смогла полностью реализовать все принципы НХМ в силу недостаточной проработки реформы на всесоюзном уровне. Поэтому существенных улучшений в деятельности учреждений здравоохранения не произошло и показатели здоровья населения в целом остались на прежнем уровне. Так, в 1987 и 1988 гг. общая смертность составила соответственно 11,6 и 11,7 чел. на 100 тыс. населения в Ленинграде, 10,5 и 9,9 – в Куйбышевской обл., 10,5 и 10,3 – в Кемеровской. Частота первичного выхода на инвалидность в 1987 – 1989 гг. изменилась с 61,9 на 50,6 в Ленинграде, с 68,7 на 48,2 – в Куйбышевской и с 37,4 на 38,6 – в Кемеровской областях. Число дней нетрудоспособности за указанный период уменьшилось в Ленинграде (с 1303,1 до 1225,9) и увеличилось в Куйбышевской и Кемеровской областях (с 844,7 до 940,2 и с 894 до 1021 соответственно).

¹⁴ Примерный порядок организации перевода учреждений здравоохранения административной территории (республики без областного деления, края, области) на новые условия хозяйствования // Сборник нормативно-методических документов по переводу на новые условия хозяйствования учреждений здравоохранения. – Т. 1. – М., 1989. – С. 21.

Вместе с тем стоит отметить, что переход здравоохранения от командно-административных к рыночным методам управления повысил эффективность организации деятельности медицинских учреждений, способствовал развитию новых прогрессивных форм медицинской помощи, более рациональному использованию имевшихся ресурсов, отбору больных на госпитализацию, создал условия для стимулирования развития качества предоставляемых медицинских услуг. Все это способствовало увеличению степени доступности медицинской помощи для населения, повышению удовлетворенности пациентов качеством лечения, а также уменьшению числа вызовов скорой помощи и количества обращений с жалобами (на 25 – 30%). За период с 1987 по 1989 г. средняя продолжительность пребывания больного на койке уменьшилась в Ленинграде с 17 до 16,9 дня, в Кемеровской области – с 15,9 до 15,6 дня, в Куйбышевской – с 15,3 до 14,4 дня. За тот же период уровень госпитализации снизился с 20,6 до 19,7 в Ленинграде, с 28,8 до 25,9 в Кемеровской области и с 25,8 до 24 в Куйбышевской. В 1988 – 1989 г. на указанных территориях произошло сокращение коечного фонда стационаров: в Ленинграде – на 5,8% (3300 коек), в Кемеровской области – на 8,7% (3836 коек), в Куйбышевской – на 4,2% (1621 койка). При этом в Ленинграде было открыто 35 дневных стационаров (316 коек), в Кемеровской области – 44 (830 коек), в Куйбышевской – 40 (1105 коек).

В дальнейшем эти области продолжили реструктуризацию системы здравоохранения в направлении сокращения коечного фонда и усиления амбулаторного звена. В 1995 – 2003 гг. количество коек на 10 тыс. населения в Ленинградской, Кемеровской и Самарской (бывшей Куйбышевской) областях сократилось соответственно со 101 до 93, 124 до 97 и 110 до 87, при этом мощность амбулаторно-поликлинических учреждений (количество посещений за одну смену) возросла с 249 до 250, 221 до 237 и 211 до 232. Вместе с тем на естественном приросте населения этот факт в целом не отразился. В Ленинграде его уровень возрос с -0,8 до -0,7, в Кемеровской и Самарской областях уменьшился соответственно с -0,5 до -0,7 и с 0,2 до -0,6.

В соответствии с временным положением «О территориальном медицинском объединении» новый хозяйственный механизм в здравоохранении предусматривал коренную реструктуризацию учреждений. Основным звеном в системе оказания лечебно-

профилактической помощи являлось Территориальное медицинское объединение, которое представляло собой комплекс лечебно-профилактических и других учреждений и организаций, функционально и организационно связанных между собой¹⁵. На экспериментальных территориях создавались различные варианты ТМО. Наибольших успехов достигла Самарская область, где ТМО представляло собой амбулаторно-поликлиническое объединение, оказывавшее помощь взрослому и детскому населению. В структуру объединения входили акушерско-педиатрические терапевтические комплексы, за каждым из которых закреплялось от 8 до 15 тыс. населения. Такая структура обеспечивала наиболее выгодное взаимодействие сотрудников и подразделений ЛПУ.

Поскольку финансирование ЛПУ напрямую зависело от конечных результатов их деятельности, важное значение уделялось разработке модели оценки деятельности ЛПУ. Использование модели контроля результатов (МКР) на экспериментальных территориях производилось по-разному. Так, если в Кемеровской области оценка конечных результатов деятельности осуществлялась на уровне не ниже ЛПУ, то в Самарской области МКР использовалась на уровне подразделения (бригады). В Кемеровской области применялась пятиступенчатая модель контроля качества с последующей перспективой сокращения количества ступеней. В Самарской области система оценки качества деятельности ЛПУ основывалась преимущественно на разработанных стандартах качества, в г. Ленинграде к этому методу добавлялась методика экспертного анализа случаев, выходявших за рамки этих стандартов.

В целях повышения эффективности деятельности ЛПУ и усиления экономических стимулов для персонала медицинских учреждений НХМ предусматривал введение подразделений нового типа внутри ЛПУ – бригады и коллективного подряда. В отличие от бригадной формы организации и оплаты труда, при которой фонд заработной платы устанавливался вышестоящим органом управления и распределялся между членами бригады, в условиях коллективного подряда каждое подразделение ЛПУ само зарабатывало себе средства, что означало тесную увязку размера оплаты труда и эффективности деятельности. В силу сложности подгото-

¹⁵ Временное положение о территориальном медицинском объединении // Сборник нормативно-методических документов по переводу на новые условия хозяйствования учреждений здравоохранения. – Т. 1. – М., 1989. – С. 25.

вительной работы по организации коллективных подрядов они не нашли широкого применения на уровне всей отрасли, несмотря на то, что опыт экспериментальных территорий свидетельствовал о положительных результатах их использования.

Новый хозяйственный механизм в здравоохранении предусматривал, прежде всего, перевод отрасли на преимущественно экономические методы управления и организации деятельности. Другой характерной особенностью эксперимента было предоставление большей самостоятельности и, как следствие, ответственности ЛПУ и подразделениям внутри них. Ориентирование деятельности учреждений здравоохранения на достижение конкретных конечных результатов соответствует плану перехода отрасли на бюджетирование по принципам БОР, поэтому накопленный опыт НХМ должен способствовать этому процессу.

Одной из главных причин, обусловивших неполную реализацию принципов и задач НХМ, стала недостаточная степень заинтересованности в реформе высших органов государственной власти. При отсутствии целеполагания и планирования преобразований на уровне отрасли идея НХМ так и осталась экспериментальным проектом. В современных условиях перехода здравоохранения на бюджетирование, ориентированное на результат, этот недостаток был учтен и исправлен.

В настоящее время необходимо учесть те факторы, которые не были приняты во внимание при реформировании системы здравоохранения в конце 1980-х гг. и которые помешали реализовать новый подход полностью:

- НХМ внедрялся в условиях сложившегося бюджета и не сопровождался улучшением материально-технической базы.
- Не была решена проблема медикаментозного обеспечения.
- Перевод отрасли на новый уровень функционирования не сопровождался соответствующими изменениями в системе подготовки медицинских кадров.
- В ряде случаев принципы НХМ не были доведены до работников медицинских учреждений в виде нормативных актов.
- Имела место психологическая неготовность медицинских работников к кардинальным изменениям (по данным социологических исследований, зависимость заработной платы от конечных результатов деятельности считали справедливой, например, только 59% представителей медперсонала в Кемеровской области).

➤ На некоторых экспериментальных территориях различные варианты организации ТМО оказались неэффективными.

➤ Для ряда медицинских служб (противотуберкулезной, наркологической) не была достаточно проработана модель финансирования.

➤ Норматив на одного жителя не включал амортизационные отчисления, в результате чего ЛПУ не получали возможности восстанавливать и развивать материально-техническую базу.

Таким образом, новый хозяйственный механизм подготовил здравоохранение к переходу на бюджетно-страховую медицину. Здравоохранение впервые стало определять себестоимость своих услуг и смогло в дальнейшем выступить равноправным партнером при заключении договоров со страховыми организациями. Внедрив оценку качества лечения с использованием медико-экономических стандартов, учреждения здравоохранения обозначили, что есть качество для потребителя (пациента), и смогли защищать в последующем свои права перед экспертами страховых организаций. Внедрение коллективного подряда, при котором оплата труда работников напрямую зависит от количества и качества труда, позволило повысить интенсивность и качество труда, высвободить внутренние резервы. Благодаря этому медицинские учреждения смогли принять участие в выполнении добровольных страховых программ и привлечь таким образом дополнительные средства.

Предварительное освоение экономических методов управления в рамках нового хозяйственного механизма обеспечило эластичный переход к бюджетно-страховой модели здравоохранения без ухудшения качества медицинской помощи.

Если бы в конце 1980-х гг. новый хозяйственный механизм был поддержан на государственном уровне, то отрасль здравоохранения могла бы уже полтора десятка лет реально применять принципы БОР, а реформа здравоохранения произошла бы к середине 1990-х гг. Но новейшая история России внесла коррективы в планы отрасли.

1.2. Особенности внедрения бюджетно-страховой системы здравоохранения

Несмотря на попытку оптимизировать функционирование здравоохранения при помощи НХМ, отрасль продолжала финансироваться по остаточному принципу и, как следствие, по-прежнему находилась в кризисном положении. Это во многом предопределило начало внедрения нового эксперимента в области финансирования здравоохранения. Президент ассоциации медицинских страховых компаний Иркутской области кандидат медицинских наук А.А. Реморчук в качестве основной причины кризиса бюджетной системы финансирования здравоохранения отмечает: «Прежде всего это высокая стоимость содержания здравоохранения при неуклонном снижении возможности его финансирования из государственного бюджета, низкая оплата труда медицинских работников и уравнилельный принцип ее применения, иждивенческое отношение граждан к «бесплатным» медицинским услугам, их пассивность в поддержании собственного здоровья»¹⁶.

Сегодня в мировой практике можно выделить три подхода к организации финансирования медицинских услуг (экономические модели):

1. Платная медицина, основанная на рыночных принципах с использованием частного медицинского страхования.
2. Государственная медицина с бюджетной системой финансирования.
3. Система здравоохранения, основанная на принципах социального страхования и регулирования рынка с многоканальной системой финансирования.

Первая модель практиковалась в США в середине 90-х гг. Она характеризуется малым участием государства в области финансирования медицинских услуг. В основном медицина существует на платной основе, за счет самих потребителей. Механизм ее определяется рынком медицинских услуг, государство же берет на себя функцию удовлетворения потребностей только тех категорий населения, которые не вписываются в законы рынка (малоимущие, пенсионеры и безработные).

¹⁶ Реморчук А.А. Обязательное медицинское страхование: итоги и проблемы // Газета «Восточно-Сибирская Правда». – 1999. – №2. – 12 янв. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.vsp.ru/23367/2-2-1.HTM>

В условиях второй модели организации здравоохранения главным субъектом деятельности является государство, а все медицинские услуги финансируются за счет госбюджета, т.е. за счет налогов с предприятий и населения. Такая модель существует в Великобритании (с 1948 г.), Италии (с 1980 г.) и некоторых других странах Европы.

Третью модель определяют как социально-страховую или систему регулируемого страхования здоровья. Государство и рынок выполняют одинаково важные функции: государство защищает социальные интересы, выступая в роли гаранта качественной и бесплатной медицинской помощи, рынок обеспечивает удовлетворение потребностей населения на сверхгарантированном уровне, обеспечивая свободу выбора. Преимуществом данной системы является многоканальное финансирование здравоохранения (из прибыли страховых организаций, отчислений от зарплаты, госбюджета). Такая модель практикуется, например, во Франции и Швейцарии.

Более подробно характеристика экономических систем здравоохранения¹⁷ представлена в *таблице 1.1*.

Новый хозяйственный механизм создал в целом благоприятную основу для дальнейшего реформирования системы здравоохранения. В начале 1990-х гг. перед отечественным здравоохранением встал вопрос о выборе дальнейшего пути развития: совершенствование НХМ путем усиления правовых основ всех аспектов деятельности, улучшения системы оплаты труда и т.д. или переход на бюджетно-страховой принцип функционирования, заключающийся во введении института медицинских страховых организаций. Первый путь имел ряд существенных преимуществ, однако для этого необходимо было в 2 – 3 раза увеличить часть средств, выделяемых отрасли из валового национального дохода. В имеющихся условиях переход системы здравоохранения на бюджетно-страховой принцип финансирования оказался более предпочтительным.

Предоставив большую самостоятельность медицинским учреждениям, НХМ позволил им определять себестоимость своих услуг и, как следствие, выступать равноправными партнерами при заключении договоров со страховыми организациями. Благодаря

¹⁷ Бабич А.М., Егоров Е.В. Экономика и финансирование социально-культурной сферы. – Казань, 1996. – С. 243.

Таблица 1.1. Экономические модели здравоохранения

Тип модели	Страна	Принцип, лежащий в основе модели	Доля расходов на здравоохранение (в % от ВВП)	Источники финансирования	Субъект контроля за эффективностью расходов средств	Доступность медицинского обслуживания	Регулирование цен на мед. услуги
Рыночная	США	Медицинская услуга – частное благо, обычный товар, который может быть куплен или продан	13,9%	Частное страхование Личные средства Программы для пожилых и малоимущих	Страховые фирмы (частные страховщики)	Ограничивается платежеспособностью клиентов. Программы для пожилых и малоимущих распространяются не на всех нуждающихся	Регулирование практически отсутствует. Цена формируется в результате соглашения между пациентом, страховщиком и ЛПУ
	Велико-Британия	Медицинская услуга – общественное благо Богатый платит за бедного, здоровый – за больного	7,6%	Гос. бюджет	Государство в лице министерства здравоохранения	Всеобщая доступность	Финансовые средства рассчитываются на основе нормативов, учитывающих половозрастной состав населения
Социально-страховая	Франция	Медицинская услуга – квазиобщественное благо. Отрасль здравоохранения контролирует государство, но часть затрат на мед. помощь возмещает система ОМС	9,6%	ОМС ДМС Гос. бюджет Личные средства	Страховщики (частные страховые фирмы и государственные организации соц. страхования)	80% населения охвачено программами ОМС	Цены регулируются правительством и пересматриваются 2 раза в год
	Канада		9,5%	Федеральные фонды Фонды провинциальных бюджетов Фонды частных страховых компаний Добровольные пожертвования	Государство	98-99% населения охвачено программами ОМС	Цены регулируются правительством и пересматриваются 1 раз в год
	Германия		10,8%	ОМС ДМС Гос. бюджет Личные средства	Частные и государственные страховщики	90% населения охвачено программами ОМС, 10% – программами ДМС, при этом 3% застрахованных в ОМС имеют ДМС	Цены выражены в «очках», цена которых пересматривается при изменении экономической ситуации

оценке качества лечения на основе медико-экономических стандартов, у медицинских учреждений появилась возможность защищать свои права перед экспертами страховых организаций. Материальная заинтересованность работников в повышении качества деятельности (что было обеспечено организацией коллективных подрядов) создавала благоприятные условия для широкого распространения добровольных страховых программ и дополнительных средств финансирования отрасли.

С момента принятия в 1993 г. Закона «О медицинском страховании» в Российской Федерации развивается модель бюджетно-страховой медицины с постепенным вовлечением в нее всех регионов и муниципальных образований, а также большинства лечебных учреждений.

Введение страховой медицины планировалось как новый источник финансирования отрасли, дополнительный к существующему выделению ресурсов из бюджета. Такой подход соответствовал рекомендациям ВОЗ: здравоохранение должно финансироваться на 60% из государственного бюджета, на 30% – из средств страховой медицины, на 10% – за счет платных услуг¹⁸. В то же время, как показала практика, обязательное медицинское страхование стало основным источником финансирования здравоохранения. В 1998 г., подводя предварительные итоги существования ОМС, президент ассоциации медицинских страховых компаний Иркутской области А.А. Реморчук заявил: «Взносы обязательного медицинского страхования стали едва ли не основным источником финансирования охраны здоровья населения. Можно с полной уверенностью сказать, что выстроенная в последнее пятилетие система обязательного медицинского страхования спасла российское здравоохранение от полного развала»¹⁹. В целом по России в 1999 г. лекарственное обеспечение отрасли здравоохранения финансировалось за счет средств ОМС на 50%²⁰. Таким образом, обязательное медицинское страхование, вместо дополнения средств бюджета, осуществило лишь их замещение. Можно сказать,

¹⁸ Головнина Н., Ореховский П. Реформы здравоохранения в постсоветской России: итоги и проблемы // Общество и экономика. – 2005. – №6. – С. 60.

¹⁹ Реморчук А.А. Обязательное медицинское страхование: итоги и проблемы // Газета «Восточно-Сибирская Правда». – 1999. – №2. – 12 янв. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.vsp.ru/23367/2-2-1.HTM>

²⁰ Наумова В.В., Спектор А.В. Маркетинг фармацевтического рынка Самарской области [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://infb.hippo.ru/browse.php?page=2&subpage=8&block=1>

что это не вина, а беда сложившейся системы, так как определенная стабилизация экономической ситуации в отрасли все же произошла, однако вместе с тем появился ряд проблем иного характера. В 2002 г., как было отмечено на Всероссийском совещании исполнительных директоров территориальных фондов ОМС, разброс финансовой обеспеченности регионов средствами ОМС колебался по субъектам РФ более чем в 22 раза. С учетом средств, поступающих из бюджетов здравоохранения, эти различия сокращаются, но все-таки они остаются значительными и составляют 13 раз²¹.

В Вологодской области в период с 2000 по 2003 г. номинальный объем средств, расходуемых на здравоохранение, заметно увеличился (табл. 1.2). В то же время в реальном выражении (с учетом индекса цен) за 4 года он вырос только на 18%. В регионе также наблюдается увеличение доли средств ОМС в общей структуре расходов (если в 2000 г. соотношение ОМС и бюджета составляло 34 к 66%, то в 2003 г. – 48 к 52% соответственно).

Таблица 1.2. Структура финансирования Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на территории Вологодской области на 2000 – 2003 гг. (млн. руб.)

	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	В % к 2000 г.
Структура источников, всего	1 822	1 904	2 491	3 096	3 717	204
В том числе:						
Бюджет	1 194	1 110	1 330	1 621	1 920,5	160,8
ОМС	629	793	1 162	1 475	1 796	285,5
Структура на душу населения	1381	1434	1908	2389	2947	213,3
Индекс потребительских цен*	100	115,4	130,5	147,3		
Общий объем в ценах 2000 г.	1 381	1 243	1 462	1 625		

* ИПЦ по отношению к ценам 2000 г.

Среди муниципальных образований области в 2003 г. существовали различия как по объемам финансирования в целом на душу населения, так и по финансированию отдельных видов медицинской помощи (прил. 2).

Наиболее высокие тарифы на медицинские услуги наблюдались в Вологде и Череповце, а также Великоустюгском и Между-

²¹ Материалы Фонда социального страхования РФ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.fss.ru/site/info3.asp?id=1111>

реченском районах, наименьшие – в Никольском, Вытегорском, Харовском. В целом к финансово наиболее обеспеченным территориям относились Вологда и Череповец, Вашкинский и Шекснинский районы. Противоположная ситуация сложилась в Вожегодском, Вытегорском, Грязовецком, Никольском районах.

Внедрение системы ОМС предусматривало учреждение системы медицинских страховых организаций, аккумулирующей весь объем финансовых средств, выделяемых на нужды здравоохранения, и выступающей, таким образом, в качестве посредника между заказчиками и исполнителями медицинских услуг.

Конкурентность и развитие качества медицинской помощи, оказываемой медицинскими учреждениями, обеспечивала заинтересованность страховых организаций в заключении договоров с медицинскими организациями, гарантирующими наиболее качественное медицинское обслуживание (услуги, не соответствующие принятым стандартам, страховыми организациями не оплачивались или оплачивались неполностью).

Новый закон устанавливал две формы медицинского страхования: обязательную и добровольную. Правовым гарантом получения медицинских услуг в системе страхования выступал медицинский страховой полис. Для проведения государственной политики на местах создавались федеральные и территориальные фонды ОМС. Все медицинские учреждения, оказывающие медицинские услуги, подверглись лицензированию и аккредитации. В соответствии с законом каждый застрахованный имел право на свободный выбор врача и учреждения, оказывающего медицинские услуги (таким образом создавались условия для развития конкуренции и повышения качества медицинского обслуживания населения).

В условиях бюджетно-страховой системы финансирования здравоохранения предприятия были материально заинтересованы в улучшении условий труда, т.к. это являлось способом уменьшения размера страховых платежей. Кроме того, они могли заключать договоры со страховыми организациями о добровольном медицинском страховании, предусматривающем повышенную комфортность и качество медицинского обслуживания.

Приказом Минздрава РФ от 24.10.96 г. «О совершенствовании качества медицинской помощи населению РФ» устанавливались ведомственная и вневедомственная системы оценки качества оказания медицинских услуг, причем вневедомственный контроль, осуществляемый организациями, которые не входят в систему здравоохранения, носил плановый, целевой характер.

Основным отличием бюджетно-страховой системы финансирования является наличие четких государственных гарантий объема и условий предоставления медицинской помощи, закрепленных в Территориальной программе обязательного медицинского страхования (ТПОМС). Закон «О медицинском страховании граждан РФ» предусматривал определение ставки страховых взносов для хозяйствующих субъектов на федеральном уровне, что служило механизмом реализации Базовой программы, устанавливаемой государством. Источники финансирования здравоохранения (ст. 10) составляют: бюджетные средства, средства государственных и общественных организаций, предприятий и других хозяйственных субъектов, личные средства граждан, благотворительные пожертвования, доходы от ценных бумаг, кредиты банков и другие законные источники.

Таким образом, экономическая устойчивость системы ОМС определялась двумя следующими группами факторов:

1) Внутренние факторы: финансовые отношения между тремя основными группами субъектов страхования (государство – страхователи, ТФ – ЛПУ, федеральный фонд ОМС – территориальный фонд ОМС), образующими внутреннюю структуру всей системы.

2) Внешние факторы: общее состояние экономики и приоритетные направления государственной политики в области здравоохранения.

Как показала практика, негативное влияние внешних факторов оказалось доминирующим, в результате чего и возникла острая необходимость внесения поправок в функционирование отрасли. Кроме того, недостаточно продуманной оказалась и нормативно-правовая база ОМС (хотя нормативно-правовых документов по этому вопросу было достаточно много). Так, не до конца была проработана схема нахождения оптимального соответствия рыночных механизмов управления здравоохранением таким принципам, как территориальный подход к сбору страховых взносов и социально гарантированный характер обязательного медицинского страхования. Многие территории оказались просто не готовыми к построению четкой системы ОМС (на 83 территориях существовало 23 различных варианта финансирования ЛПУ в новых условиях: одни финансировали только стационарные услуги, другие – только амбулаторно-поликлиническое отделение, третьи – только медикаменты и т.д.). Роль страховых компаний часто была заниженной, а иногда – номинальной. Круг субъектов, участвующих

в страховании, на самом деле оказался значительно шире, чем планировалось, и это также усугубляло неразбериху на территориальном уровне. С тех пор как доходы от ОМС стали одним из самых стабильных источников финансирования лечебных учреждений, администрации многих районов вообще перестали финансировать здравоохранение. Так, анализируя пятилетний опыт существования ОМС в Иркутской области, А.А. Реморчук отмечал: «Если предприятия и организации с трудом, но перечисляют взносы по ОМС в областной фонд медицинского страхования, то администрации районов и городов – за редким исключением (г. Иркутск, г. Братск), делают это от случая к случаю»²².

Приоритет в финансовом расчете единиц за предоставленные медицинские услуги в форме валовых количественных показателей (число амбулаторно-поликлинических посещений, количество койко-дней) хотя и обеспечил простоту денежных отношений в системе, но не способствовал ее оптимизации и повышению экономической эффективности. Несоответствие финансовых средств системы ОМС необходимым объемам медицинских услуг вынудило пациентов к участию в системе персональной, личной, оплаты медицинской помощи, а недостатки юридической базы, регулирующей соплатежи застрахованных в системе ОМС, перевели часть финансовых средств в теневой сектор здравоохранения.

Отдельную проблему представляет тот факт, что Закон «О медицинском страховании граждан РФ» разрабатывался до 1991 г., когда еще сохранялась централизованно управляемая экономика, и принимался до введения новой Конституции РФ. Изменившиеся с тех пор условия не были в достаточной мере отражены в действующем законодательстве. Кроме того, как показала практика, сам механизм функционирования ОМС не продуман. В действительности оказалось, что «стремление СМО (страховые медицинские организации. – *Прим. авт.*) оплачивать ЛПУ по факту оказания услуги ликвидирует профилактическую работу и заинтересовывает врачей не в снижении, а в росте заболеваемости»²³. Сами же ЛПУ, как субъекты финансирования, были заинтересованы в реализации исключительно собственных экономических потребностей, поэтому стремились обеспечить себя максимальным числом

²² Реморчук А.А. Обязательное медицинское страхование: итоги и проблемы // Газета «Восточно-Сибирская Правда». – 1999. – №2. – 12 янв. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.vsp.ru/23367/2-2-1.htm>

²³ Аналитический обзор зарубежного и отечественного опыта реформирования и управления системой здравоохранения: материалы к конф. – Новосибирск: ППРСИ, 2002. – С. 57.

специалистов и единиц оборудования, чтобы не оплачивать соответствующие услуги других медицинских учреждений. На практике это выразилось в нерациональном оснащении ЛПУ медицинским оборудованием, а также в избыточном накоплении хронических патологий и осложнений.

Таким образом, «в силу ряда обстоятельств темпы реформирования здравоохранения были неодинаковы на разных территориях, что обусловлено различными факторами, как объективными (отсутствие государственной программы преобразования здравоохранения в целом; слабая нормативно-правовая база; экономический кризис, разразившийся в стране), так и субъективными (прежде всего недостаточная готовность руководителей территориальных органов управления здравоохранением и ЛПУ)»²⁴.

В то же время десятилетний опыт функционирования ОМС в системе здравоохранения, несмотря на многочисленные недостатки и противоречия, свидетельствует и о положительных результатах. Так, на территории Кемеровской области обязательное медицинское страхование было введено в феврале 1992 г. Постановлением Президиума ВС РФ от 16.12.91 г. «О досрочном введении в действие на территории Кемеровской области Закона РФ «О медицинском страховании граждан». Через полтора года в области был принят норматив отчисления на ОМС в размере 10,7% от фонда оплаты труда. «Эти средства, помимо бюджетных, направлялись на развитие учреждений здравоохранения всех категорий (за исключением домов ребенка, станций переливания крови, судмедэкспертизы). Подушевой норматив финансирования определялся на все население, а бюджеты продолжали финансировать здравоохранение по прежней схеме. То есть была применена истинно бюджетно-страховая схема финансирования, а средства в виде социального налога, как это предполагалось, стали дополнительными средствами»²⁵.

За год укрепилась материально-техническая база ЛПУ, они были оснащены необходимым лабораторно-диагностическим оборудованием, повысился фонд оплаты труда, появились необходимые запасы медикаментов. С целью выравнивания финансового положения был образован перестраховочный фонд и параллельно – ведущая страховая медицинская организация ОБК «Кузбасс» с 36 филиалами на территории области.

²⁴ Там же.

²⁵ Траутер А.И. Организация здравоохранения: медстрах // Врачебная газета. – 2003. – №8 (47). – Август [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.chtfoms.ru>

В отличие от многих других регионов, Кемеровской области удалось выработать стройную работающую систему ОМС. Однако в связи с экономическим кризисом в стране планируемое бюджетно-страховое финансирование здравоохранения не просуществовало длительное время. Вице-президент Кемеровского отделения РМА *А.И. Траутер* среди причин этого явления отмечает следующие²⁶:

1. Полное финансирование бюджетами территорий учреждений здравоохранения, не работающих в системе ОМС («Это привело к расколу коллективов и разделению ЛПУ на «своих» и «чужих», к 100%-ому финансированию ЛПУ, не включенных в ОМС, и скудному финансированию, а порой вообще отсутствию такового в ЛПУ системы ОМС»). Объем бюджетных ассигнований в ЛПУ, которые входят в систему ОМС, постепенно сокращался за счет исключения из бюджета некоторых целевых программ (охрана материнства и детства, вакцинопрофилактика детей и подростков и т.д.).

2. Низкий уровень дисциплины в отношении перечисления взносов на ОМС со стороны руководителей предприятий (эта проблема обострилась после передачи функции сбора средств в налоговую инспекцию).

3. В условиях финансовой неразберихи имели место необдуманные решения (расширение объема льготных услуг, удорожание содержания материально-технической базы и т.д.), которые привели к перекосу в экономике (перефинансирование одних учреждений и недофинансирование других).

4. Некоторые категории населения оказались выключенными из системы ОМС. Например, временно устроившиеся работники, не участвовавшие в страховых платежах из-за сокрытия руководителями фонда оплаты труда («...только в Кемерове из 527 тыс. чел., живущих на территории города, не застраховано 27 тыс. чел., а по области эта цифра составляет 230 тыс. чел. Помимо указанного контингента, в формировании страховых взносов в ТФ не участвуют аттестованные военнослужащие, солдаты срочной службы, прокуратура, УВД, а это ни много ни мало – около 30 тыс. чел.»²⁷).

Внедрение ОМС в России могло бы дать больший эффект, если бы в достаточной мере учитывался опыт зарубежных стран. Так, в Нидерландах, где обязательным страхованием охвачено боль-

²⁶ Там же.

²⁷ Реморчук А.А. Обязательное медицинское страхование: итоги и проблемы // Газета «Восточно-Сибирская Правда». – 1999. – №2. – 12 янв. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.vsp.ru/23367/2-2-1.NTM>

шинство населения, оно осуществляется через специальные больничные фонды, которые вместе с частными страховыми компаниями заключают договоры с врачами на оплату их услуг²⁸. Координирует эту работу Общий национальный фонд, имеющий своей целью обеспечение всех граждан одинаково доступной и эффективной медицинской помощью. Роль государства заключается в установлении цен на услуги на основании заключенных соглашений. Таким образом, в Нидерландах функционирование отрасли здравоохранения осуществляется в условиях надежно регулируемого рынка.

В силу всех вышеперечисленных причин финансирование российского здравоохранения по бюджетно-страховому принципу оказалось перед необходимостью реформирования. Прежде всего, обострился вопрос перехода отрасли на интенсивный путь развития и повышения эффективности распределения бюджетных средств. Как было отмечено на III Всероссийской научно-практической конференции «Проблемы и опыт совершенствования управления и повышения эффективности функционирования учреждений и предприятий социальной сферы», прошедшей в 2004 г., «явная недостаточность бюджетных средств выдвигает на первое место задачу эффективного их расходования, то есть достижения максимальной результативности. В системе здравоохранения РФ потребность в бюджетных средствах не менее чем в два раза превышает их наличие, существенно ограничивая доступность предоставляемых услуг»²⁹.

По мнению А.И. Траутера, «самым главным и правильным решением станет возврат существовавшего ранее положения – все заработанные ЛПУ средства по платным услугам должны оставаться в их распоряжении, без перечисления их в финансовые управления»³⁰.

Перспективным источником финансирования здравоохранения является развитие системы добровольного медицинского страхования. По данным Фонда «Общественное мнение», в 2001 г.

²⁸ Воронков Н. За здоровье приходится платить, и платить дорого // Газета «Гудок». – 2004. – 16 марта [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.gudok.ru>

²⁹ Проблемы и опыт совершенствования управления и повышения эффективности функционирования учреждений и предприятий социальной сферы: Тезисы докладов III Всерос. науч.-практ. конф. – СПб., 2004. – С. 18.

³⁰ Траутер А.И. Организация здравоохранения: медстрах // Врачебная газета. – 2003. – № 8 (47). – Август [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.chtfoms.ru>

услугами ДМС пользовались 49% россиян (в основном молодые люди до 35 лет и люди среднего – до 50 лет – возраста), причем большинство опрошенных качеством услуг оказались довольны³¹. В то же время следует отметить, что добровольное медицинское страхование в России и развитых западных странах существенно отличается степенью платежеспособности населения. Так, в отечественной системе здравоохранения низкая доходность населения и непредсказуемость экономической и политической жизни приводят к тому, что услуги ДМС распространяются на категорию физических и юридических лиц, обладающих наиболее высоким доходом.

Важным условием дальнейшего развития медицинского страхования в России служат проведение структурных преобразований в системе предоставления первичной медико-санитарной помощи, уменьшение объемов дорогостоящих стационарных услуг при одновременном увеличении объемов услуг амбулаторного характера.

Одним из вариантов реформирования системы ОМС в России является ее максимальное упрощение. Так, доктор экономических наук, профессор *Ф. Кадыров* считает повышение эффективности обязательного медицинского страхования возможным при ликвидации в нем лишних посредников, что, по сути, превратит ОМС из самостоятельной системы в один из нескольких каналов финансирования ЛПУ³².

Как полагает А.А. Реморчук, «в медицинском страховании необходимо осуществлять ведение регистров застрахованного населения, учет работы лечебных учреждений, оплату медицинских услуг, защиту прав застрахованных и экспертизу качества медицинской помощи. Важно, чтобы эта работа велась. Если ее нет, нет и медицинского страхования»³³.

Таким образом, реформа по внедрению ОМС была основана на необходимости перехода отрасли здравоохранения от государственной модели финансирования к более совершенной – социально-страховой. Тем не менее ожидаемого эффекта она не произвела. По сравнению с государственной системой финансирования суще-

³¹ Потемкина С. Новый эксперимент для старой медицины // Московская промышленная газета. – 2003. – 24(239). – 19-25 июля.

³² Воронков Н. За здоровье приходится платить, и платить дорого // Газета «Гудок». – 2004. – 16 марта [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.gudok.ru>

³³ Реморчук А.А. Обязательное медицинское страхование: итоги и проблемы // Газета «Восточно-Сибирская Правда». – 1999. – №2. – 12 янв. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.vsp.ru/23367/2-2-1.HTM>

ственных реальных изменений не произошло, и отечественная медицина осталась страховой только по названию, не имея почти ничего общего с зарубежными аналогами. В качестве иллюстрации результатов реформы по внедрению ОМС приведем *таблицу 1.3*³⁴.

Последующие исследования механизма распределения бюджетных средств в сфере здравоохранения показали, что для нее актуальна проблема коррупции³⁵. Поскольку одним из способов ликвидации так называемых «серых» платежей является их легализация, реформа по внедрению принципов БОР предполагает лишение части медицинских учреждений бюджетного финансирования и перевод их на полностью платную основу.

В системе ОМС расчеты между страховыми медицинскими организациями (СМО) и учреждениями здравоохранения строятся на основе двухсторонних договоров возмездного оказания услуг, «Отраслевого тарифного соглашения об оплате медицинских услуг» и «Положения о порядке оплаты медицинских услуг». Оплата производится по неполному тарифу, включающему в себя в разных регионах разное количество статей затрат (варианты: только заработную плату; заработную плату, медикаменты и мягкий инвентарь; заработную плату и питание; медикаменты, мягкий инвентарь без заработной платы; иногда хозяйственные расходы и т.д.). Полный тариф, включавший все статьи затрат, изначально применялся только в Самарской области. Нечеткость нормативных документов приводила к разнообразию применяемых моделей бюджетно-страховой медицины.

В 2003 – 2005 гг., после включения в состав участников финансирования в системе ОМС Пенсионного фонда, Министерством здравоохранения РФ предприняты усилия по приведению региональных систем ОМС в соответствие с «Законом о медицинском страховании», а территориальных тарифов на медицинские услуги – к одинаковой для всей РФ структуре. С 2004 г. в состав тарифа включается только пять статей затрат: заработная плата, начисления, медикаменты, питание и мягкий инвентарь. В дальнейшем реформировании системы ОМС планируется приближение к одноканальному финансированию, т.е. *переход от бюджетно-страховой*

³⁴ Головнина Н., Ореховский П. Реформы здравоохранения в постсоветской России: итоги и проблемы // Общество и экономика. – 2005. – №6. – С. 85.

³⁵ Независимый институт социальной политики [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.socialpolicy.ru/publications/pdf/book1.pdf>

Таблица 1.3. Сравнение подсистем медицинского обслуживания в реформируемом отечественном здравоохранении и страховой модели

Подсистема	Российское здравоохранение		Социально-страховая модель
	До реформы	После реформы	
Финансирование	Централизованная система финансирования ЛПУ из федерального бюджета	Консолидация средств из различных источников: бюджеты всех уровней, фонды обязательного медицинского страхования, взносы по добровольному медицинскому страхованию, личные средства	Децентрализованная система финансирования Консолидация средств из всех возможных источников: бюджеты различного уровня, обязательные и добровольные страховые взносы, личные средства
Планирование	Директивное планирование, основанное на усредненных нормативах использования койко-места (условных посещений поликлиник)	Директивное планирование, основанное на усредненных нормативах использования койко-места (условных посещений поликлиник)	Страхование затрат требует определения стоимости лечения конкретных заболеваний
Управление и контроль качества лечения и затрат	Прямой, но не эффективный контроль. Судебная процедура практически отсутствует, а внутри врачебного сообщества действует сильная корпоративная солидарность, не позволяющая осуществлять «внешний контроль качества»	СМО не имеют финансовой заинтересованности в осуществлении контроля за качеством лечения и затратами. Экспертиза осуществляется «формально», корпоративная солидарность имеет большое значение. Судебная процедура практически отсутствует	Страховые компании заинтересованы в максимально эффективном расходовании своих средств. Экспертиза оказанных медицинских услуг обязательна
Мотивация и материальное стимулирование	Оплата труда связана с социальным статусом врача, который зависит как от количества коек в его отделении, так и от зафиксированного, «бумажного», свидетельства его квалификации	Оплата труда связана с социальным статусом врача, который зависит как от количества коек в его отделении, так и от зафиксированного, «бумажного», свидетельства его квалификации	Оплата труда врачей представляет своего рода «дельщину» с поправкой на качество труда
Маркетинг, инновации, конкурентная среда	Конкурентная среда практически отсутствует. Инновации осуществляются в сравнительно небольшом круге ЛПУ, их распространение (новых лекарств, новых методов лечения, новой аппаратуры) происходит медленно	Конкурентная среда практически отсутствует. Инновации осуществляются в сравнительно небольшом круге ЛПУ, их распространение (новых лекарств, новых методов лечения, новой аппаратуры) происходит медленно	Развитая конкурентная среда. Высокий уровень внедрения инноваций. Агрессивный маркетинг

модели к чисто страховой модели, финансирование по полному тарифу, а также переход от платы за койко-день и посещение на плату за пролеченного больного по клиничко-экономическим стандартам, единым на территории всей Российской Федерации.

В большинстве бюджетно-страховых моделей применяется оплата объемов медицинской помощи. Для расчета тарифов используется *повременная система* оплаты труда, ведутся табели-графики рабочего времени, определена продолжительность рабочего дня и годовой баланс рабочего времени. На основе этой системы и рассчитывается тариф койко-дня в стационаре и тариф посещения в поликлинике. Но поскольку плата производится за единицу продукции (койко-день, посещение, УЕТ, пролеченный больной), то работа приобретает *сдельный характер*. Здесь система ОМС, в отличие от НХМ, являлась в первое время разбалансированной и не обеспеченной финансами. А именно: при НХМ зарабатывание медицинским персоналом так называемого «приработка» происходило за счет перераспределения средств с других статей расходов внутри выделенного бюджета. В системе ОМС таких рамок не устанавливалось: и дополнительно, сверхпланово, пролеченные больные, и принятые пациенты «требовали» дополнительной, опять-таки сверхплановой, оплаты со стороны страховых организаций. Те, в свою очередь, обращались в территориальные фонды ОМС за субвенциями, а этих сверхплановых финансовых ресурсов в большинстве регионов не было, т.к. не формировались резервы в связи с «недостатком финансовых поступлений». Возникало противоречие между сдельным характером труда, повременной системой его оплаты и наличием финансовых средств³⁶.

Чтобы каким-то образом увязать сдельный характер труда в ОМС с наличием финансовых ресурсов, необходимо было планировать строго ограниченное количество услуг, т.е. в какой-то мере вернуться в рамках ОМС к плановому (сметному) принципу финансирования. Применительно к системе ОМС предлагались прогрессивные модели финансирования ЛПУ, не зависящие от количества услуг, – «глобальный бюджет стационаров», подушевое финансирование поликлинического звена. Но на практике ограничение финансовых ресурсов и отсутствие резервов привело к планированию и оплате услуг строго в рамках «муниципальных заказов» как

³⁶ Богатов Т.В., Потапчик Е.Г., Чернец В.А. и др. Бесплатное здравоохранение: реальность и перспективы. – 2002. – С. 15.

по объему, так и по общей стоимости, что, по сути, очень похоже на НХМ, с той лишь разницей, что плательщиком выступает либо сам территориальный фонд, либо страховая медицинская организация, а не бюджет.

В системе ОМС учреждения не содержатся по смете, а производится оплата медицинских услуг. На первый взгляд улучшается результат работы медицинских работников. Но в погоне за количеством медицинских услуг может быть значительно уменьшено внимание таким аспектам медицинской деятельности, как качество медицинской помощи и профилактическая направленность системы здравоохранения. А ведь общеизвестно, что гораздо дешевле предупредить болезнь, чем ее вылечить.

Для того чтобы экономически заинтересовать медработников первичного звена в проведении профработы, в системе ОМС существует несколько способов. Так, можно включать в тариф часы занятий профилактической работой. Но большинство медиков рассматривают данное обстоятельство просто как возможность увеличить тариф без каких-либо обязательств с их стороны. Наиболее оптимальным по сравнению с оплатой за объемы является метод подушевого финансирования поликлиники, когда финансовые средства выделяются не за количество посещений, а на душу приписного населения. Сравнительные характеристики способов оплаты амбулаторной помощи приведены в *таблице 1.4*.

Принципы БОР и подушевое финансирование можно увязать друг с другом только на системном (популяционном) уровне, а не на уровне отдельно взятого учреждения здравоохранения. Действительно, основной целью введения подушевого финансирования поликлиник (желательно на принципах полного фондодержания, т.е. с оплатой стационарной помощи начиная с уровня первичного звена), является развитие профилактической направленности деятельности врачей поликлиник и предупреждение болезней. Но этот результат очень трудно «оцифровать» – представить числовые критерии оценки достижения запланированного результата. Кроме того, результат в виде улучшения здоровья не обязательно наступит в пределах одного финансового года, и даже трех лет.

С точки зрения финансовых органов под результатом гораздо проще и удобнее понимать выполнение системой здравоохранения объемных показателей медицинских услуг. Это апробировано в системе ОМС, а ранее в модели НХМ и достаточно легко контро-

лируется. Достижение такого «промежуточного» результата легко укладывается в рамки бюджетного года, выполнимо как на уровне отдельно взятого учреждения, так и системы здравоохранения в целом.

Таблица 1.4. Сравнительные характеристики способов оплаты амбулаторной помощи

Характеристики	Плата за услугу	Оплата по подушевому нормативу
<i>Достоинства</i>		
1. Заинтересованность в оказании оптимального объема мед. помощи и обеспечении качества: - стимулирование увеличения объема услуг каждому пациенту	+	
- обеспечение профилактической работы		+
- сокращение сроков лечения		+
2. Возможность прогнозирования общего объема финансирования мед. помощи:		+
а) рациональное использование и контроль за потреблением ресурсов: - ограничение общих расходов на мед. помощь		+
- контроль за общими расходами вне системы амбулаторной помощи		+
- сокращение расходов страховщика на ведение дел и оплату мед. помощи		+
- сокращение объема обрабатываемой экономической информации	+	+
- предоставление детальной информации об объеме и структуре услуг		
б) формирование экономического интереса мед. работников: - прямая зависимость дохода от объема услуг		
- косвенное влияние на доход (через организацию оптимальной системы оплаты труда)	+	+
<i>Недостатки</i>		
1. Отсутствие стимулов к оказанию оптимального объема мед. помощи и обеспечению качества лечения: - превышение оптимального объема услуг	+	
- необоснованное сокращение объемов помощи		+
- незаинтересованность в профилактической работе	+	
2. Трудности планирования общего объема расходов	+	
3. Нерациональное использование ресурсов и сложность организации контроля за их потреблением: - отсутствие стимулов к ограничению общих расходов	+	
- отсутствие экономической связи с другими этапами мед. помощи	+	
- большой объем обрабатываемой информации	+	
- сложность обеспечения контроля за реальным объемом оказанной мед. помощи		+
- недостаточная информационная база для анализа деятельности		+

В стационарах само по себе выполнение объемов койко-дней или количество пролеченных больных не гарантируют качественной медицинской помощи. Понятие «качество» по-разному трактуется врачом и пациентом. Достигнуть определенного компромисса можно лишь при условии разработки и соблюдения медико-экономических стандартов. При этом стандарт может быть рассчитан как минимальный, средний и расширенный в зависимости от имеющегося объема финансовых средств.

Врач, следующий стандарту, гарантирует себя от претензий со стороны пациента, но сам стандарт должен предусматривать возможные вариации в схемах лекарственного лечения или применения различных оперативных методик. Иначе врач уподобляется роботу в сложном производственном процессе «изготовления» медицинских услуг. Пациент же, имея полное представление о гарантированном стандарте лечения, должен получить право при наличии собственных средств «заказать» для себя дополнения к бесплатному стандарту с целью получения услуги лучшего качества.

К сожалению, оплата услуг в системе ОМС по стандартам производится лишь в нескольких регионах. Тому есть объективные причины – разработка и ежегодная актуализация региональных стандартов требует больших затрат как по времени, так и по сумме финансирования. Федеральный центр также пока не в состоянии разработать большой массив клинико-экономических стандартов. Кроме того, оплата по клинико-экономическим стандартам требует создания у финансирующей организации (ТФ ОМС, СМО, бюджет) финансовых резервов, т.к. учреждения здравоохранения будут стремиться выполнять объемы работ по расширенному стандарту, что может приводить к перерасходу запланированных финансовых средств.

Бюджетно-страховая модель финансирования нашла полное отражение в принятой Правительством РФ в 1998 г. «Программе государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи (на 2005 г.)», утвержденной Постановлением Правительства РФ от 26 ноября 2004 г. № 690. Программа госгарантий определяет виды медицинской помощи, предоставляемой населению бесплатно. Финансирование Программы осуществляется за счет средств бюджетов всех уровней, средств обязательного медицинского страхования и других поступлений.

На основе федеральной Программы госгарантий ежегодно разрабатываются территориальные программы госгарантий.

Цель разработки территориальных программ:

- создание единого механизма реализации конституционных прав граждан Российской Федерации на получение бесплатной медицинской помощи гарантированного объема и качества за счет всех источников финансирования;
- обеспечение *сбалансированности обязательств* государства по предоставлению населению бесплатной медицинской помощи и выделяемых для этого финансовых средств;
- повышение эффективности использования ресурсов здравоохранения.

Основные принципы формирования территориальных программ:

- ◆ обоснование потребности населения территории в медицинской помощи, исходя из особенностей демографического состава, уровней и структуры заболеваемости населения;
- ◆ обеспечение соответствия гарантируемых объемов медицинской помощи нормативам и стандартам оказания медицинской помощи, предусмотренным Программой;
- ◆ научное обоснование необходимых материальных и финансовых затрат на соответствующую единицу объема медицинской помощи;
- ◆ сбалансированность объемов, структуры гарантируемой медицинской помощи и необходимых для их реализации финансовых средств;
- ◆ уровень соответствия мощностей сети учреждений здравоохранения субъекта РФ потребности населения в медицинской помощи и необходимый объем медицинской помощи вне территории проживания;
- ◆ повышение эффективности использования ресурсной базы здравоохранения путем комплексного территориального планирования сети учреждений здравоохранения и внедрения ресурсосберегающих медицинских технологий.

Программа позволяет планировать и финансировать (пока только в системе ОМС) работу учреждений здравоохранения не по количеству коечных мест, количеству бригад скорой помощи, а *по объемам показателей их работы* (количество посещений, вызовов скорой помощи, койко-дней в стационаре), используя нормативы объемов медицинской помощи на 1000 населения.

Программа также определяет нормативную *стоимость единицы объема* каждого вида медицинской помощи.

Программа соединяет в единое целое финансирование из двух основных источников – бюджета и средств ОМС.

Основной проблемой остается *вопрос балансировки Программы*. Каким способом это делать? Алгоритм расчета Программы госгарантий прост: объем \times тариф = стоимость ($V \times T = S$). В условиях дефицита Программы (до 40% от расчетной стоимости) привести в соответствие объемы медицинской помощи и объемы финансирования, т.е. сбалансировать Программу, можно только двумя способами: балансировкой за счет уменьшения объемов бесплатной медицинской помощи либо использованием неполного тарифа с привлечением дополнительных внебюджетных источников финансирования. Баланс обязательств государства может быть также достигнут третьим, наиболее безболезненным способом – уменьшением дефицита Программы госгарантий за счет увеличения бюджетного финансирования отрасли «Здравоохранение» или увеличения поступлений в бюджеты фондов ОМС с развитием одноканального финансирования. Безусловно, баланс скорее может быть достигнут при использовании всех трех способов одновременно.

Варианты достижения баланса за счет уменьшения объемов:

➤ Ограничение доступа *отдельных групп населения* с избыточными доходами к бесплатной медицинской помощи (решается методами изменения налогообложения и изменения Закона о медицинском страховании, но практически невыполнимо в России, т.к. требуется пересмотр статьи 41 Конституции РФ).

➤ Уменьшение гарантий государства в отношении объемов по *отдельным видам* бесплатной медицинской помощи (прежде всего стационарной) или одновременная замена дорогой стационарной модели на стационарзамещающие технологии (дневные стационары, стационары на дому). Это решается путем либо реструктуризации учреждений здравоохранения, либо реорганизации бюджетных учреждений в автономные учреждения или автономные некоммерческие организации, либо ликвидации учреждения с передачей его функций коммерческой организации (ООО, ИЧП, акционерное общество и т.д.) В любом случае населением эти меры принимаются как непопулярные, т.к. в российском здравоохранении долгие годы преобладала госпитальная модель построения

системы, а стационары расценивались и расцениваются большинством населения не только как больничные учреждения, но и как учреждения, оказывающие социальную поддержку.

➤ Уменьшение гарантий государства *по отдельным группам заболеваний* или отдельным болезням, в том числе путем исключения из медико-экономических стандартов бесплатного лечения дорогих методов лекарственного или инструментального обследования и лечения, и замена их более дешевыми, но менее качественными аналогами (например, выведение на платную основу лечения осложненного кариеса в стоматологии, а также эндохирургии, некоторых методов физиотерапевтического лечения, обследования на компьютерном томографе и пр.). Значительной частью населения эта мера будет воспринята спокойно, т.к. сложившаяся практика «доплат» за качество существует в большинстве регионов РФ в основном на «теневом» уровне. Если государство выведет из «тени» часть медицинских услуг и направит поток «серых» денег в кассу больничного учреждения, пациенты в большинстве своем воспримут это спокойно и даже с удовлетворением.

Варианты достижения баланса за счет использования неполного тарифа с привлечением дополнительных внебюджетных источников финансирования:

⇒ Недофинансирование отдельных статей затрат в смете учреждений, или неполный тариф в системе ОМС с возмещением недостающих расходов за счет личных средств населения *без регламентированных государством процедур*. Это, к сожалению, общепринятая практика повседневного здравоохранения. Часть таких «доплат» не воспринимается населением как нечто необычное: например, восполнение плохого питания в стационарах продуктами питания, приносимыми из дома, или поступление в стационар со своим бельем, «добровольные» взносы на покупку мелкого хозяйственного инвентаря, электролампочек и пр.

⇒ Введение соплатежей населения или юридических лиц для дофинансирования обязательной «бесплатной» медицинской помощи (в учреждениях здравоохранения пока для этого нет юридического основания, т.к. это противоречит статье 41 Конституции РФ). В ряде европейских стран такой вид участия населения в софинансировании медицинских услуг нашел применение. Помимо финансового эффекта здесь присутствует также психологический фактор, ограничивающий необоснованное желание

пациента обратиться за медицинской услугой даже тогда, когда она ему по-настоящему не нужна (избыточное обращение на станции скорой медицинской помощи, вызов врача на дом, затягивание пребывания в стационаре со стороны пациента и т. д.).

⇒ Введение соплатежей возможно в виде дополнительного медицинского страхования, расширяющего минимальные медико-экономические стандарты, гарантированные государством для всех групп населения, но требуется законодательное разрешение использования дополнительного страхования вместе с обязательным.

⇒ Использование платных услуг, оказываемых учреждениями здравоохранения как за счет прямых продаж, так и в виде добровольного медицинского страхования. Средства от платных услуг в основном идут на дополнительный заработок медицинского персонала и на восполнение недостающего государственного (бюджет + средства ОМС) финансирования. При этом способе самое основное противоречие возникает между предписанной «бесплатной» медицинской помощью в *учреждениях государственной и муниципальной систем* здравоохранения (статья 41 Конституции РФ), т.е. запрещением платности услуг, и разрешенной процедурой использования внебюджетных средств на цели финансирования бюджетных учреждений (статья 42 Бюджетного кодекса РФ). Поскольку менять конституционные нормы не входит в намерения президента, законодательной и исполнительной власти, то вполне предсказуем постепенный вывод платных услуг за юридические рамки учреждений в виде реорганизации отделов и кабинетов платных услуг в *самостоятельные юридические лица*. Есть и другой вариант – реорганизация учреждений в автономные учреждения либо автономные некоммерческие организации с внесением соответствующих изменений в Бюджетный кодекс РФ. Таким образом, этот источник дофинансирования обязательств государства в структуре доходов бюджетных учреждений будет постепенно сокращаться.

Варианты достижения баланса за счет использования дополнительных источников финансирования:

⇒ Увеличение объемов бюджетного финансирования здравоохранения. Оно возможно при развитии экономики страны и регионов, дающем стабильный рост ВВП (существующий дефицит Программы госгарантий в объеме 40% может быть ликвидирован при росте 4% ВВП в год с учетом инфляции на уровне 10% за 12 – 15 лет).

⇒ Увеличение доли расходов на здравоохранение в консолидированном бюджете. На реформу системы здравоохранения требуется дополнительно 140 – 160 млрд. руб., которые возможно

высвободить при перераспределении средств консолидированного бюджета. Так, например, на монетизацию льгот было направлено в 2005 г. более 170 млрд. руб.

⇒ Увеличение единого социального налога в части отчислений в Фонд ОМС до 8 – 9% от фонда оплаты труда. Эта мера вряд ли будет применима, т.к. она повышает себестоимость продукции любого предприятия, способствует развитию инфляции и стагнации в экономике. На практике мы наблюдаем обратный процесс – уменьшение ставки ЕСН с 35,6% в 2004 г. до 26,0% в 2005 г. и, соответственно, отчислений в Фонд ОМС с 3,6 до 2,6%.

⇒ Увеличение взносов за неработающее население из региональных бюджетов. Обязательное и необходимое условие при этом – сохранение бюджетного финансирования на достигнутом уровне. В противном случае будет происходить простое «перетекание» средств из бюджетного канала финансирования в канал финансирования системы ОМС.

⇒ Выделение средств федерального бюджета напрямую в федеральный Фонд ОМС для софинансирования расходов по Программе госгарантий на отдельные группы населения (пенсионеры, дети до 16 лет, беременные женщины и т.д.). Этот способ уже частично применялся в 2005 г.

Система ОМС, в отличие от нового хозяйственного механизма, нашла широкое применение в отечественной системе здравоохранения. Несмотря на некоторые отклонения от планируемых результатов эксперимента, этот механизм по-прежнему остается одним из главных источников финансирования отрасли.

В настоящее время в отечественной системе здравоохранения существует проблема недостаточного вложения бюджетных средств. Вместе с тем тенденции развития отрасли в западных странах также свидетельствуют о том, что дальнейший ход экспериментов должен заключаться именно в оптимизации циркулирования денежных средств внутри системы здравоохранения. В конце 1990-х гг. потребность в рационализации использования денежных средств и в повышении прозрачности бюджетных потоков определила следующий шаг в реформировании системы здравоохранения – финансирование отрасли по принципам бюджетирования, ориентированного на результат.

1.3. Основные направления и перспективы реформирования отрасли здравоохранения в рамках бюджетирования, ориентированного на результат

К 2004 г. на территории РФ сложились благоприятные условия для очередной попытки оптимизировать работу системы здравоохранения: была достигнута определенная степень финансовой и макроэкономической стабильности экономики, внедрены некоторые элементы среднесрочного финансового планирования с распределением ресурсов «сверху вниз» в рамках жестких бюджетных ограничений, упорядочена система финансовой поддержки субъектов РФ. В 2004 г. был создан Стабилизационный фонд РФ, способствующий повышению устойчивости федерального бюджета к внешним экономическим и политическим факторам. Оптимальному осуществлению процесса реформирования отрасли должна была способствовать высокая степень заинтересованности в ней федеральных органов государственной власти, что обуславливает с их стороны соответствующий уровень планирования, контроля и поддержки реформы. Кроме того, отдельные элементы БОР к тому времени уже применялись в отечественной практике. Как отмечает руководитель департамента бюджетной политики Министерства финансов РФ *А.М. Лавров*, «накоплен значительный опыт разработки и реализации федеральных целевых программ, являющихся действующим элементом целевого программного планирования, создан и успешно действует Фонд реформирования региональных финансов, в котором реализована идеология распределения бюджетных средств в зависимости от достижения заранее определенных целей и применяется эффективная система мониторинга»³⁷.

Механизм бюджетирования, ориентированного на результат, должен исправить некоторые недостатки существующей в настоящее время системы ОМС. По мнению *Я.А. Накатиса* и *С.О. Алексеевой*, «предпринятые попытки увеличить количество денежных средств путем увеличения количества источников финансирования (внедрение системы ОМС, развитие предпринимательской деятельности, облегчение налогового бремени при освоении целевых программ –

³⁷ Лавров А.М. Среднесрочное бюджетирование, ориентированное на результаты: международный опыт и российские перспективы. – М.: Финансы, 2003. – С. 9-14.

как российских, так и международных) не подняли финансовый статус ЛПУ настолько, чтобы можно было говорить о достижении цели»³⁸.

Согласно Постановлению Правительства РФ «О мерах по повышению результативности бюджетных расходов», с 2004 г. на территории РФ идет постепенное реформирование бюджетного процесса. Сущностными характеристиками нововведений в сложившейся системе распределения и циркуляции бюджетных средств являются:

1. Переориентация с «управления бюджетными ресурсами (затратами)» на «управление результатами».
2. Предоставление большей самостоятельности и ответственности участникам бюджетного процесса.
3. Ориентация на среднесрочную перспективу (до 3 лет).

В целях повышения рационализации использования ресурсов в качестве направления реформирования был выбран подход к распределению бюджетных средств по принципу бюджетирования, ориентированного на результат. «Суть этой реформы состоит в смещении акцентов бюджетного процесса от «управления бюджетными ресурсами (затратами)» на «управление результатами» путем повышения ответственности и расширения самостоятельности участников бюджетного процесса и администраторов бюджетных средств в рамках четких среднесрочных ориентиров»³⁹. «БОР – это метод планирования, исполнения и контроля за исполнением бюджета, обеспечивающий распределение бюджетных ресурсов по целям, задачам и функциям государства с учетом приоритетов государственной политики и общественной значимости ожидаемых непосредственных и конечных результатов использования бюджетных средств»⁴⁰.

Важное значение для новой реформы здравоохранения имеет продолжение совершенствования системы планирования в направлении ее демократизации. Существовавшее до 1987 г. директивное планирование не оправдало себя и с момента внедрения нового

³⁸ Проблемы и опыт совершенствования управления и повышения эффективности функционирования учреждений и предприятий социальной сферы: Тезисы докладов III Всерос. науч.-практ. конф. – СПб., 2004. – С. 14.

³⁹ Концепция реформирования бюджетного процесса Российской Федерации в 2004 – 2006 гг. – М., 2004.

⁴⁰ Лавров А.М. Среднесрочное бюджетирование, ориентированное на результаты: международный опыт и российские перспективы. – М.: Финансы, 2003. – С. 9-14.

хозяйственного механизма было ликвидировано. В то же время, как показал зарубежный опыт, рынок медицинских услуг не может быть стихийно саморегулируемым, поскольку нет прямой зависимости между величиной доходов населения и потребностью в медицинской помощи, а также между уровнем государственных расходов на здравоохранение и уровнем здоровья населения. Иными словами, в условиях интенсивного развития рыночных отношений в сфере здравоохранения контролирующая функция государства просто необходима. Поэтому в настоящее время одним из возможных и наиболее эффективных выходов из этой ситуации является построение четкой системы индикативного планирования, базирующейся на контроле деятельности медицинских учреждений согласно научно разработанному перечню показателей.

Поскольку подавляющее большинство социально-экономических задач выходит за рамки одного бюджетного года, реализацию принципов БОР было решено осуществлять в рамках среднесрочного планирования (3 – 4 года). Такой подход обеспечивает непрерывность и преемственность нового метода оценки использования бюджетных средств. Среднесрочное бюджетирование, ориентированное на результат (СБОР), метод формирования бюджета исходя из целей и планируемых на среднесрочную перспективу результатов государственной политики, предусматривает тесную увязку выделяемых бюджетных ассигнований с результатами деятельности бюджетополучателей в ходе реализации закрепленных за ними функций. СБОР предполагает, что перспективные проектировки на второй и третий годы предыдущего среднесрочного бюджетного цикла становятся основой для проектировок первого и второго года текущего бюджетного цикла. При этом для каждого главного распорядителя бюджетных средств устанавливаются индикативные значения объема финансирования на каждый год из двух лет, следующих за годом, на который разрабатывается проект бюджета.

На основании Послания Президента РФ Федеральному Собранию «О бюджетной политике в 2005 г.» задачами нового подхода в управлении здравоохранением являются:

1. Распределение бюджетных ресурсов в зависимости от планируемого уровня достижения целей.
2. Повышение роли перспективного финансового плана в бюджетном процессе.
3. Разделение обязательств на действующие и вновь принимаемые расходные обязательства.

4. Реформирование бюджетной классификации и бюджетного учета.

Как отмечено в Концепции реформирования бюджетного процесса РФ, «основным направлением повышения эффективности использования бюджетных средств является создание механизмов, при которых бюджетные услуги могли бы предоставляться организациями различных организационно-правовых форм. В этой связи должна быть предусмотрена возможность преобразования государственных (муниципальных) учреждений, способных функционировать в рыночной среде, в организации иной организационно-правовой формы. Суть такого преобразования состоит в освобождении государства от обязанности финансового обеспечения таких организаций на основе сметы доходов и расходов и от ответственности по их обязательствам»⁴¹.

Подход к реформированию бюджетного процесса на основе совершенствования программно-целевых методов бюджетного планирования предполагает формирование и включение в бюджетный процесс процедуры оценки результативности бюджетных расходов, поэтапный переход от сметного планирования и финансирования расходов к бюджетному планированию, ориентированному на достижение конечных общественно значимых и измеримых результатов. «В перспективе на первое место на стадии планирования должна выходить ведомственная программная классификация. Средства должны распределяться по «администраторам расходов» (ответственное ведомство) и администрируемым ими программам. Администраторы должны доказать целесообразность расходов. Собственно, основная идея реформы и состоит в том, чтобы переходить к расширению программного принципа планирования. Ничто не мешает любой закон представить в виде программы. Бюджет должен четко делиться на программную и непрограммную части, с постепенным укрупнением позиций бюджетов программ. Только тогда появляется четкая ответственность за расходы»⁴².

В рамках БОР распорядители бюджетных средств должны обосновывать объемы и структуру своих расходных потребностей. Для этого они формулируют стратегические цели (на среднесрочную

⁴¹ Концепция реформирования бюджетного процесса Российской Федерации в 2004 – 2006 гг. – М., 2004

⁴² Центр фискальной политики: Материалы интервью с руководителем департамента бюджетной политики Министерства финансов А. Лавровым [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.fpcenter.ru/common/data/pub/files/article>

и долгосрочную перспективу) и тактические задачи. Более конкретно реализация тактических задач прописывается во внутриведомственных программах, содержащих описание поддающихся количественной оценке ожидаемых непосредственных (определенный объем и качество услуг) и конечных (эффект для получателей услуг) результатов, а также развернутую систему показателей измерения этих результатов для предварительной оценки программы на этапе согласования проекта бюджета и мониторинга ее эффективности в ходе реализации.

Таким образом, в условиях бюджетирования, ориентированного на результат, определяющее значение приобретает процесс планирования, что является важным отличием от устаревшего на сегодняшний день сметного принципа финансирования здравоохранения. Постатейное бюджетирование направлено в основном на обеспечение контроля за целевым использованием бюджетных средств, при этом эффективность использования ресурсов оно не гарантирует. Главные недостатки постатейного бюджетирования, которые призван исправить БОР⁴³ :

1) Отсутствие системы оценки результативности и эффективности бюджетных расходов (контроль осуществляется главным образом за целевым использованием бюджетных средств).

2) Выделение бюджетных ассигнований на основе индексации бюджетных расходов предыдущих периодов, отсутствие процедур оценки эффективности предполагаемых мероприятий по реализации государственной политики.

3) Низкий уровень ответственности и инициативности нижнего звена государственного управления, отсутствие заинтересованности в экономии средств.

Для повышения качества планирования и обоснованности управленческих решений главным распорядителям бюджетных средств (ГРБС) была предоставлена большая степень определенности в расходовании средств: количественная измеряемость (индикативность) запланированных результатов обуславливает, с одной стороны, определенный лимит расходов бюджетных средств, находящихся в распоряжении ГРБС, с другой – служит многолетней гарантией финансового обеспечения его деятельности.

⁴³ Бюджетирование, ориентированное на результат: проблемы и перспективы внедрения в российскую практику управления общественными финансами [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://ruc.logincee.org/lib_uploads/2480/lavrov_komersant2604.pdf

Система индикаторов, характеризующих количество и качество бюджетных услуг, включает в себя следующие элементы:

→ Расходы (затраты основных фондов, затраты труда, затраты материальных ресурсов).

→ Непосредственные результаты деятельности.

→ Конечные результаты деятельности.

→ Качество.

→ Степень достижения запланированных результатов (показатели, характеризующие то, насколько удалось реализовать поставленную цель. Они могут задаваться в процентах или абсолютных величинах и являются производными от показателей непосредственного и конечного результата).

→ Экономическая эффективность.

→ Общественно-экономическая эффективность.

В вопросе использования программно-целевых методов управления здравоохранением достаточно большой опыт накоплен зарубежными странами. Первоначально эксперименты по внедрению методов бюджетирования, ориентированного на результат, стали проводиться в развитых западных странах во второй половине 20 века. В ходе этих экспериментов появились такие известные ныне методики, как бюджетирование «с нуля» и программное бюджетирование. Так, в 1950 г. в США был принят закон «О бюджете и процедурах бюджетной отчетности», согласно которому бюджет представлялась не структура расходов по видам затрат, а ожидаемый результат от осуществления программ и исполнения государственных функций.

Реформирование бюджетного процесса по принципам БОР в Австралии продолжается уже более 20 лет. Правительство определяет конечные результаты в каждой конкретной сфере в виде общественно значимого эффекта, парламент утверждает необходимые для достижения этих целей ассигнования, министерства и ведомства определяют целевые значения показателей и разрабатывают систему их оценки для последующей проверки эффективности.

В Канаде все федеральные министерства и ведомства в обязательном порядке определяют основные общественно значимые результаты своей деятельности. На базе этого осуществляется планирование, измерение результативности, составление отчетов о результатах деятельности. Эти отчеты являются главным источником сведений об эффективности программ и услуг, предоставляемых канадским правительством. В 1993 г. в Канаде был принят

закон «Об оценке результатов деятельности учреждений», обязывающий каждое министерство разрабатывать стратегический план (как минимум, на 6 лет). В нем прописывается стратегическая цель деятельности и задачи на долгосрочный период. Стратегический план включает также более конкретный план работы на год. Он содержит систему непосредственных и конечных результатов деятельности, а также информацию об объеме необходимых для достижения этих показателей средств.

Цели и задачи министерств *Великобритании* и целевые показатели их деятельности устанавливаются в соответствии с двумя типами соглашений: «О бюджетных услугах» и «О качестве услуг». Ограниченное число показателей способствует сосредоточению внимания на приоритетах государственной политики. На период 2001 – 2004 гг. было установлено около 160 таких показателей, из них 30 являлись межведомственными.

Изучение опыта эффективной организации механизма функционирования системы здравоохранения в государствах Западной Европы необходимо, в первую очередь, для нахождения оптимального баланса между государственным и частным секторами как главными субъектами управления отрасли.

В 2002 г. консультантами Сибирского фонда социально-экономических проектов (СИФСЭП) было проанализировано состояние системы здравоохранения в 18 ведущих странах мира. Анализ отрасли по различным индикаторам свидетельствует о том, что наибольшей эффективностью организации обладает система здравоохранения *Швеции*. Находясь на девятом месте по уровню расходов на здравоохранение, эта страна занимает лидирующее положение по ожидаемой продолжительности жизни населения. При этом здесь один из самых малочисленных коечных фондов и наибольшее число пролеченных больных.

Частное здравоохранение в Швеции развито очень слабо. На 85% отрасль обеспечивается общественным финансированием (из них 73% – государственное финансирование, 12% – социальное страхование). Двумя неоспоримыми преимуществами шведского здравоохранения являются значительная степень децентрализации отрасли, а также широкое распространение ставки врача общей практики. В каждом районе страны существует как минимум один штатный медицинский центр со специалистом общей врачебной практики (ОВП). На министерства высшего государственного уровня возложена функция общего планирования и реализации стратегических задач развития отрасли.

Широкое внедрение должности врача ОВП (семейного врача) в настоящее время считается актуальной и перспективной задачей для большинства развитых стран Запада. Так, в 90-х годах доля врачей ОВП в системе здравоохранения Канады составляла около 60% от общего числа практикующих специалистов, в Великобритании – 32%. По заявлению Американской ассоциации медицинских колледжей (ААМС), с 1992 г. к карьере специалистов общего профиля готовится большинство американских студентов-медиков. Поддерживаемая ВОЗ программа подготовки кадров ОВП распространилась за пределы США и сегодня успешно реализуется в Канаде, Австралии, Новой Зеландии. Большое внимание, которое уделяется на Западе специалистам ОВП, обусловлено рядом преимуществ их внедрения в работу системы здравоохранения:

1. Чрезмерная специализация врачей влечет за собой риск удорожания служб первичной помощи, что, в свою очередь, негативно отражается на населении небогатых городских и сельских районов.

2. В условиях работы специалиста ОВП наиболее полно отражается принцип непрерывности охраны здоровья человека, а также индивидуального подхода к каждому обратившемуся за помощью.

3. Повышается степень координации всего комплекса медицинских услуг, оказываемых человеку в течение жизни.

4. Существенно повышается роль профилактики заболеваний, что непосредственно отражается и на состоянии здоровья населения, и на финансовом положении отрасли здравоохранения.

В целом в европейских системах здравоохранения акцент делается не на приватизации, а на повышении автономии больниц путем превращения их в больничные трасты, суть которых заключается в усилении прав самостоятельно хозяйствующих на договорной основе субъектов. Дискуссия о дальнейшем реформировании системы здравоохранения в большинстве развитых стран ведется не только по вопросам развития института семейных врачей, но и децентрализации управления отраслью, усиления ответственности медицинских учреждений, повышения прозрачности расходов.

Проанализировав различные подходы к организации системы здравоохранения в разных государствах, специалисты СИФ-СЭП пришли к выводу, что при любом уровне развития экономики в стране отрасль не может избежать серьезных проблем, не имея системы лимитов и ограничений, а также доплат населения в оплате предоставляемых ему медицинских услуг. В Швеции система доплат населения сведена к минимуму и представляет

собой фиксированный размер (2%) оплаты медицинских услуг вне зависимости от доходов их получателя. Для отдельных категорий граждан (безработные, малоимущие, дети и т.д.) необходимость доплаты может быть снята.

По примеру западных стран методы БОР стали применять и государства Восточной Европы и СНГ. В Казахстане соответствующее реформирование нормативно-правовой базы началось в 1999 г. Реструктуризация бюджетного сектора сопровождалась передачей некоторых государственных функций в конкурентную среду. В итоге бюджет стал формироваться на основе программной классификации, включающей текущие программы и программы развития, которые отражают социально-экономические приоритеты государственной политики. Такая систематизация позволяет объективно оценивать уровень затратности выполнения государством своих функций. С 2002 г. в Казахстане введены паспорта администраторов бюджетных программ, в которых прописываются цели, ожидаемые результаты, исполнители, сроки и т.д.

Как отмечено в Концепции реформирования бюджетного процесса в Российской Федерации в 2004 – 2006 гг., международный опыт свидетельствует о том, что для перехода к системе бюджетирования, ориентированного на результат, необходимы не только обеспечение устойчивости сбалансированности бюджета, но и глубокие преобразования всей системы государственного управления. «Форсированное ее <системы БОР> внедрение может привести к ослаблению финансовой дисциплины, снижению подотчетности и прозрачности использования бюджетных средств, росту управленческих расходов, неоправданному усложнению бюджетного администрирования. Кроме того, предусмотренные этой системой методы и процедуры требуют практической отработки»⁴⁴. С учетом этого положения, применение методов БОР на территории РФ планируется осуществлять постепенно.

Проблема перехода сферы здравоохранения на финансирование по принципам БОР в нашей стране является предметом дискуссий. В частности, этот вопрос был затронут в 2004 г. на III Всероссийской научно-практической конференции «Проблемы и опыт совершенствования управления и повышения эффективности функционирования учреждений и предприятий социальной сферы». Говоря о проблемах финансирования здравоохранения Санкт-Петербурга,

⁴⁴ Концепция реформирования бюджетного процесса в Российской Федерации в 2004 – 2006 гг. – М., 2004.

представитель Законодательного Собрания города А.А. Редько отметил: «Дефицит финансирования имеет несколько негативных последствий. Во-первых, неконтролируемо растет доля платных услуг. Во-вторых, имеет место неплановое и нерациональное перераспределение денег внутри имеющихся ресурсов. В большинстве ЛПУ Санкт-Петербурга увеличение зарплаты достигается за счет уменьшения расходов на медикаменты, питание, что приводит к ухудшению качества медицинской помощи. В-третьих, недостаток финансовых средств на адекватное превентивное лечение (льготное лекарственное обеспечение) приводит к более чем 20-ти кратным потерям бюджетных средств при последующем лечении возникших осложнений»⁴⁵. В качестве одного из приоритетных направлений выхода из сложившейся ситуации, по мнению А.А. Редько, выступает «восстановление принципов финансового планирования здравоохранения».

Так как система здравоохранения является одной из наиболее уязвимых в плане последствий внедрения каких-либо нововведений, реформирование отрасли должно происходить осторожно, с учетом мнения специалистов из разных областей науки. Рядом ведущих отечественных экономистов критически воспринимаются некоторые основополагающие моменты БОР⁴⁶:

1. В частности, переход здравоохранения от сметного принципа финансирования к нормативам выделения средств на одного больного может спровоцировать упрощение медицинских услуг. Кроме того, здравоохранение, как и образование, представляет собой слишком сложную и многопрофильную отрасль, чтобы переводить работающие в ней организации исключительно на нормативно-подушевой принцип финансирования.

2. Автономизация медицинских учреждений может рассматриваться как «фактический отказ государства от функции собственника этих организаций». При этом ключевой задачей планирования, по новому бюджету, становится не здоровье человека, а «балансировка между результатами медицинской деятельности учреждений здравоохранения и мерами финансовых затрат для их достижения».

⁴⁵ Проблемы и опыт совершенствования управления и повышения эффективности функционирования учреждений и предприятий социальной сферы: Тезисы докладов III Всерос. науч.-практ. конф. – СПб., 2004. – С. 12.

⁴⁶ Глазьев С. Федеральная социально-экономическая политика: принципиальных изменений не намечается (по поводу правительственных бюджетных проектировок и прогнозных оценок – 2006) // Российский экономический журнал. – 2005. – № 7-8. – С. 19.

3. Сокращение дорогостоящей стационарной помощи путем усиления менее затратного амбулаторно-поликлинического звена сегодня вряд ли возможно, поскольку оно будет становиться все более формализованным вследствие введения клинико-экономических протоколов на лечение каждой болезни. При этом нормативы расходов на «человеко-болезни», вероятнее всего, будут дифференцированы в связи с многократными различиями бюджетных возможностей регионов.

4. Отстраняясь от функции собственника медицинских учреждений, государство наделяет их коммерческими функциями. В результате медучреждения будут заинтересованы в развертывании непрофильной рыночной активности, а государство практически потеряет способность выступать в качестве главного гаранта здоровья граждан. В этих условиях планируется расширить систему ОМС, однако развитие профилактического направления, необходимого для повышения эффективности отрасли здравоохранения в целом, невозможно, поскольку «страховые корпорации не станут покрывать расходы своих клиентов на оплату услуг профилактических и физкультурных учреждений, финансировать развертывание инфраструктуры диагностики и предупреждения «социально-чувствительных болезней».

5. Все это может привести к недоступности медицинских услуг высококвалифицированных специалистов, в то время как врачи общей специальности смогут оказывать лишь стандартную медицинскую помощь и выполнять услуги по подготовке медицинской документации.

6. Кроме того, проект федерального бюджета на 2006 г. предполагает увеличение финансовой нагрузки на бюджеты регионов (расходы по статье «Здравоохранение и спорт» из регионального бюджета должны составлять 461,6 млрд. рублей или 115,7% по отношению к 2005 г.). Вместе с тем он не предусматривает дополнительного финансирования на передаваемые «вниз» полномочия, в результате чего средств бюджетов субъектов Федерации может просто не хватить на осуществление всех запланированных мероприятий. По этому поводу заместитель министра здравоохранения *В.И. Стародубов* заметил: «Позиция наших оппонентов – дайте нам 5% ВВП, и ничего не нужно менять. Она неприемлема, потому что, естественно, те люди, которые принимают решения, в том числе и финансово-экономический блок, хотят видеть, как мы будем

его расходовать. Сейчас у нас появилась возможность более пристально и детально подойти к этой проблеме»⁴⁷.

Принимая во внимание вышеизложенные проблемы, следует все-таки отметить, что переход к программно-целевым методам деятельности учреждений здравоохранения в существующих условиях является наиболее эффективным и закономерным процессом. Перспективность этого выбора демонстрируют как практика бюджетирования в развитых западных странах, так и отдельные разработки отечественных регионов. О хороших стартовых позициях в проведении реформы здравоохранения свидетельствует опыт исполнения федеральных целевых программ. В качестве одного из реализованных принципов БОР А. Лавров отмечает Фонд реформирования региональных финансов, деньги из которого получают субъекты РФ, достигшие наибольшего прогресса в управлении своими бюджетами. В этой системе практически полностью реализована новая идеология бюджетирования: оценка производится по 50 индикаторам, действует принцип нулевого бюджета, внедрена конкуренция субъектов Федерации за ресурсы.

Внедрение принципов БОР в практику управления отечественной системой здравоохранения вызывает ряд затруднений, которые исключали возможность применения данного подхода раньше. К таким трудностям можно отнести, например, сложность расстановки приоритетов деятельности, проведение комплексной реформы бухгалтерского учета, отсутствие в достаточной степени сбалансированного бюджета, незавершенность реформ межбюджетных отношений. В настоящее время эти проблемы преодолены, поэтому новый подход в управлении отраслью является вполне обоснованным. По мнению А. Лаврова, «при предоставлении общественных услуг мерить результаты сложно, но делать это абсолютно необходимо, потому что если мы не умеем мерить результат, то мы не можем управлять процессом, мы не понимаем, зачем мы все это делаем, и, в конечном счете, не можем ничего улучшать»⁴⁸.

Таким образом, основные принципы среднесрочного бюджетирования, ориентированного на результат, заключаются в следующем:

⁴⁷ Новая газета. – 2005. – №89. – 27 ноября.

⁴⁸ Центр фискальной политики: Материалы интервью с руководителем департамента бюджетной политики Министерства финансов А. Лавровым [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.fpcenter.ru/common/data/pub/files/articles/2480/lavrov_komersant2604.pdf

- Планирование по видам расходов заменяется *на планирование социально-экономических результатов*, получаемых в ходе осуществления государством своих функций.
- Распределение бюджетных средств зависит от достижения показателей социально-экономической эффективности.
- Бюджетные средства распределяются по стратегическим целям, тактическим задачам и программам.
- Стратегические цели, тактические задачи и программы формулируются на основе принципов государственной политики, оформленных в *виде соответствующих законодательных или иных нормативно-правовых актов*.
- В определении целей, задач и программ *принимает участие население*.

Для здравоохранения применение принципов БОР, в отличие от других бюджетных отраслей, не является чем-то неизведанным. Принципы Нового хозяйственного механизма, применявшегося в 1987 – 1993 гг., и принципы финансирования в системе обязательного медицинского страхования очень схожи и несут в себе основные черты БОР. Принципиально новым является то, что усиление процесса распределения ресурсов под поставленные цели и процесса оплаты по результатам проводится с государственного уровня, а не только с уровня отрасли. Министерством финансов стимулируется активность участников бюджетной реформы. Эти обстоятельства, безусловно, будут способствовать внедрению принципов БОР в практику деятельности учреждений здравоохранения, что до сих пор не удавалось сделать в полной мере отрасли здравоохранения самостоятельно.

При осознании необходимости соизмерения полученных и запланированных результатов в первую очередь встает вопрос о разработке системы индикаторов, отражающих приоритетные направления в расходовании бюджетных средств в сфере здравоохранения.

Существовавшая ранее оценка эффективности деятельности здравоохранения с использованием только конечных социально-демографических показателей, а также таких критериев, как размер коечного фонда, количество койко-дней и т.д., в условиях функционирования отрасли по принципам БОР является непригодной.

Новым условиям финансирования здравоохранения, заключающимся в ориентации результатов деятельности на среднесрочную перспективу (до 5 лет), должна соответствовать аналогичная система планирования и оценки результатов. Именно такую систему представляет собой концепция стратегического индикативного планирования.

Глава 2

СТРАТЕГИЧЕСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ КАК ОСНОВА ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

2.1. Основные понятия и особенности построения системы индикативного планирования на региональном уровне

Эффективное функционирование системы здравоохранения в рамках бюджетирования, ориентированного на результат, невозможно без четко отлаженного механизма планирования, прогнозирования и оценки результатов деятельности. Поскольку концепция БОР предполагает финансирование деятельности медицинских учреждений в зависимости от уровня достижения запланированных результатов, существенно повышается роль определения индикаторов, по которым эта деятельность будет оцениваться. С тем чтобы обозначенные индикаторы позволяли бы одновременно учитывать и степень рациональности деятельности медицинских учреждений, и эффект, который они производят на совокупный уровень общественного здоровья, их выбор должен быть четко обоснованным, системным и доступным для анализа, дающего возможность принятия эффективных и своевременных управленческих решений.

Функционирование отрасли здравоохранения в настоящее время требует от системы планирования определенных качеств⁴⁹:

1. Стратегической направленности.
2. Рекомендательного характера (планирование должно быть инструментом для научно обоснованного решения по достижению стратегических целей развития отрасли).

⁴⁹ Районная экономика: вчера, сегодня, завтра / Под рук. В.А. Ильина, В.И. Чиркова. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2002. – С. 100.

3. Демократизации процесса разработки и принятия плановых документов.

В этом направлении в области уже сделаны значительные шаги. Постановлением губернатора области в мае 2000 г. была одобрена концепция «Вологодская область – Здоровье-21: долгосрочная политика охраны и укрепления здоровья населения Вологодской области»⁵⁰, рассчитанная до 2010 г. Она определяет основные стратегии и направления деятельности региональной системы здравоохранения. Соответствующие этому конкретные цели и задачи сформулированы в стратегическом плане «Охрана и укрепление здоровья населения Вологодской области на 2003 – 2010 годы»⁵¹, который был утвержден Правительством области 21 октября 2002 г. План рассчитан на 8 лет и имеет перечень индикаторов результативности исполнения задач, показателей мониторинга, исполнительных ведомств и т.д.

В качестве формы, способной обеспечить достижение стратегических целей и задач и отвечающей всем вышеназванным принципам, возможно использование индикативного планирования, получившего широкое распространение за рубежом (в том числе и в сфере здравоохранения). Индикативное планирование базируется на формировании системы индикаторов (индикативных показателей), характеризующих желаемое состояние и развитие системы здравоохранения и разработку мер по их достижению.

Сегодня опыт применения индикативного планирования имеется уже во многих развитых странах (Франция, Япония, Великобритания, Германия), и переход отечественной системы здравоохранения на бюджетирование по принципам БОР является еще одним шагом в этом направлении.

В современных условиях высокоразвитых рыночных отношений с учетом того, что сфера здравоохранения имеет социальную направленность и не может развиваться исключительно по законам бизнеса, актуальной проблемой является соотношение планового и рыночного начал. Зарубежный опыт свидетельствует о том, что рынок не способен самостоятельно обеспечить достижение целей охраны и укрепления здоровья и эффективное использова-

⁵⁰ Концепция «Вологодская область – Здоровье-21: долгосрочная политика охраны и укрепления здоровья населения Вологодской области». – Вологда, 2000. – 14 с.

⁵¹ Охрана и укрепление здоровья населения Вологодской области на 2003 – 2010 годы: стратегический план. – Вологда, 2002.

ние ресурсов, так как необходимо целенаправленное управление объемами и структурой оказания медицинской помощи на основе сочетания плановых и рыночных регуляторов.

В разные времена отрасль здравоохранения во всех странах сталкивалась с проблемой соотношения директивного и индикативного начал в процессе планирования. До сих пор этот вопрос остается открытым. В России до конца 1980-х гг. господствовал директивный метод планирования, который предполагал разработку планов, имеющих силу юридического закона. Такой способ организации деятельности системы здравоохранения имел ряд преимуществ. Однако, как показала практика, он оказался непригодным в условиях рынка. К преимуществам директивного планирования в СССР, бесспорно, можно было отнести сильную внутреннюю управляемость и централизованность работы системы здравоохранения. В то же время общие закономерности функционирования отрасли как централизованно-экономической системы вызывали заинтересованность в наращивании мощности медицинских учреждений безотносительно к спросу на услуги. Одновременно в условиях тотального регулирования цен и формальной бесплатности для потребителей медицинских услуг «спрос на последние был явно завышен, так что, несмотря на упомянутое наращивание потенциала сети ЛПУ, руководители системы здравоохранения могли сослаться на существование неудовлетворенной потребности населения в соответствующих услугах»⁵². К тому же под влиянием идеологического фактора в планировании здравоохранения делался упор на количественные параметры (количество коек, врачей и т.д.), что привело к высокой обеспеченности населения врачами и койками при относительно невысоком качестве медицинских услуг. Главным недостатком директивного планирования выступала ориентация деятельности на рост валовых показателей, а не на эффективность помощи.

В этом смысле коренным отличием индикативной формы планирования является регулирование всей совокупности возникающих хозяйственных отношений не государством, а самим рынком. Функция государства при этом сводится к созданию условий для оптимального протекания данного процесса, в частности – к охране социальных интересов населения.

Сегодня можно выделить четыре подхода к определению термина «индикативное планирование»:

⁵² Анализ управляемости действующей системы здравоохранения. – М., 1999. – С. 18.

1. В соответствии с первым подходом под индикативным планированием понимается самостоятельное планирование предприятиями и организациями своей деятельности, но в рамках макропоказателей, установленных государством. Данный подход отводит государству сравнительно незначительную роль, заключающуюся в установлении общих ориентиров развития экономики с целью соблюдения национальных и общественных интересов.

2. При втором подходе к пониманию индикативного планирования частные предприниматели (медицинские учреждения) осуществляют свою деятельность на основе более конкретных задач, которые формулируются государством. В данном случае государство одновременно выполняет и мотивирующую, и информационно-ориентирующую функции.

3. Третий подход предполагает, что индикативный план должен содержать обязательные задания для государства и государственного сектора. Частные предприятия ориентируются на индикативные планы, подстраиваясь под планы государства, даже если для них это не обязательно. Государственный план при этом трактуется как «система показателей, реализующих централизованное управление и косвенное регулирование различных секторов экономики, прежде всего государственного. Она включает в себя как ориентирующие показатели (конкретные цифры), имеющие лишь информационное значение для предприятий, отраслей и регионов, так и директивные показатели – государственный заказ, лимиты, экономические регуляторы»⁵³.

4. Согласно четвертому подходу индикативное планирование трактуется как механизм координации действий и интересов государства и других субъектов экономики. Данный подход является наиболее эффективным, так как способствует координации и кооперации деятельности хозяйствующих субъектов с органами государственной власти, а также создает условия для рационального и эффективного использования государственных ресурсов. Кроме того, при таком понимании индикативного планирования формируются более существенные предпосылки долгосрочного предвидения и регулирования хозяйственных процессов⁵⁴.

⁵³ Безруков В. Организация государственного планирования и регулирования экономики // Плановое хозяйство. – 1990. – №3. – С. 69.

⁵⁴ Индикативное планирование: теория и пути совершенствования. – М., 2000. – С. 17.

Идея индикативного планирования прошла в своем развитии несколько исторически сложившихся форм (конъюнктурная, структурная). В условиях ориентации здравоохранения на среднесрочный план деятельности наиболее эффективным является стратегическое индикативное планирование, при котором сам план значительно расширяет свой временной горизонт и выступает в качестве способа разработки и реализации долгосрочной общенациональной социально-экономической политики.

Стратегическое планирование предполагает наличие глобальной цели, для достижения которой выбираются прикладные цели, приоритетные направления развития, конкретные задачи. Под стратегическим планированием понимается особый вид плановой работы, состоящий в разработке стратегических решений (в форме планов, программ, проектов), предусматривающих выдвигание таких целей и стратегий поведения соответствующих объектов управления, реализация которых обеспечит их эффективное функционирование в долгосрочной перспективе, быструю адаптацию к изменяющимся условиям внешней среды⁵⁵. Суть стратегического планирования состоит в выборе приоритетов развития отрасли, ведущую роль в реализации которых берет на себя государство.

Стратегическому планированию присущ ряд принципов:

- ⇒ Ориентация на достижение ключевых целей.
- ⇒ Устремленность в долгосрочную перспективу.
- ⇒ Органическая увязка намеченных целей с объемом и структурой ресурсов, необходимых для их достижения.
- ⇒ Адаптивный характер, означающий способность изменения внешней и внутренней среды планируемого объекта.

Для реализации стратегической формы индикативного планирования на региональном уровне наиболее приемлемой, на наш взгляд, является многоуровневая система планирования и управления развития здравоохранения, включающая три подсистемы: стратегическую, тактическую и оперативную (*табл. 2.1*).

Стратегический уровень предполагает разработку общей концепции, определение стратегических целей и направлений развития на 5 и более лет. В его основе лежит формирование долгосрочной концепции развития сферы здравоохранения. В соответствии с Федеральным законом «О государственных прогнозах и програм-

⁵⁵ Стратегическое планирование: Учебник / Под ред. Э.А. Уткина. – М.: ЭКМОС, 1998. – С. 2.

Таблица 2.1. Уровни планирования

	Стратегический	Тактический	Оперативный
Перспектива	От 5 лет	2 – 4 года	1 год
Высший уровень целеполагания	Миссии	Цели	Цели, задачи
Основа успеха	Человеческие ресурсы	Развитие новых технологий	Точное соблюдение инструкций
Критерии выполнения плана	Системные и творческие	Соответствие результатов задачам проекта	Точное выполнение задач

мах социально-экономического развития Российской Федерации» концепция представляет собой «систему представлений о стратегических целях и приоритетах социально-экономической политики, важнейших направлениях и средствах реализации указанных целей».

Принятие региональной концепции развития здравоохранения позволяет:

- Определить стратегические цели и приоритетные задачи развития отрасли, исходя из которых принимаются тактические и оперативные решения.
- Достигнуть взаимопонимания и взаимодействия всех заинтересованных сторон (государства, учреждений здравоохранения, населения), указывая перспективные направления развития.
- Повысить способность отрасли адаптироваться к изменениям внешней среды, т.к. концепция развития здравоохранения является реакцией органов управления на текущие и прогнозируемые тенденции.
- Перевести цели в понятия практической деятельности, чтобы дать качественную и количественную оценку степени их достижения.

По мнению большинства специалистов, осуществление стратегического планирования и соответствующих преобразований организационной и управленческой структуры сектора требует ориентации всей системы здравоохранения на решение проблем здоровья населения (а не проблем самой отрасли). То есть акценты необходимо перенести с деятельности по совершенствованию системы оказания медицинской помощи населению на мероприятия по улучшению состояния здоровья граждан, включая все его детерминанты (образ жизни, окружающую среду и т.д.). Практически это означает направленность всей системы здравоохранения на охрану, укрепление здоровья и профилактику при повышении

эффективности первичной медико-санитарной помощи и основных ее субъектов – врачей общей практики и семейных врачей.

Силами одной системы здравоохранения этого добиться невозможно, поэтому подобный подход предполагает межсекторальное взаимодействие в вопросах охраны и укрепления общественного здоровья. В связи с этим в стратегическом плане «Охрана и укрепление здоровья населения Вологодской области на 2003 – 2010 годы» отмечено: «В соответствии с современными подходами к решению проблем здоровья ожидать его устойчивого улучшения можно лишь в случае целенаправленных и согласованных действий всех ведомств, чья деятельность оказывает влияние на те или иные аспекты здоровья, включая социально-экономические вопросы и безопасность, состояние окружающей среды и благоустройство мест обитания, развитие транспорта и качество медицинской помощи, культуру и образование. Данный подход соответствует социальной модели здоровья и предполагает разработку и внедрение ориентированных на здоровье межведомственных планов»⁵⁶.

Региональная концепция основывается на соответствующей федеральной концепции развития здравоохранения Российской Федерации, учитывая местные особенности.

Концепция должна состоять из нескольких разделов:

1. Анализ стартовых условий развития здравоохранения.
2. Стратегические цели и приоритетные задачи развития здравоохранения.
3. Основные направления здравоохранительной политики.
4. Необходимые ресурсы и механизмы реализации концепции.

Так как принимаемые в настоящее время решения определяют будущее, при стратегическом управлении предполагается максимальный учет реалий текущей ситуации. Поэтому для построения системы индикативного планирования **на стратегическом уровне** необходимо осуществить ряд последовательных этапов:

Первый этап – *подробный анализ состояния общественного здоровья и факторов здравоохранения области*. Такой анализ предусматривает проведение следующих нескольких шагов:

- Количественное измерение и оценка качества физического здоровья населения региона. Они включают ретроспективный

⁵⁶ Охрана и укрепление здоровья населения Вологодской области на 2003 – 2010 годы: Стратегический план. – Вологда, 2002. – С. 6.

анализ демографических (уровни рождаемости, смертности, ожидаемой продолжительности жизни), медицинских (заболеваемость, болезненность, учет населения с физическими недостатками) показателей по половозрастным признакам в разрезе муниципальных образований. Полученные результаты рассматриваются в динамике и в сравнении с показателями соседних регионов и в целом Российской Федерации.

- Анализ объективных (материальное положение населения, условия труда и проживания, экологическая обстановка и т.д.) и субъективных (условия и образ жизни, индивидуальная активность по охране и укреплению здоровья и т.д.) факторов, влияющих на здоровье населения Вологодской области. Необходимо выявить те факторы, которые в первую очередь влияют на уровень здоровья населения, и определить степень их влияния. Решение этой задачи позволит обеспечить оптимизацию системы управления и проведение эффективной политики в сфере здравоохранения.

- Анализ состояния медицинских служб и организаций управления здравоохранением. Данное состояние характеризуется тремя группами показателей (обеспеченность населения медицинской помощью, обращаемость населения в учреждения здравоохранения, особенности управления отраслью здравоохранения и ее финансирования).

При проведении анализа используется не только объективная (статистическая) информация, но и данные, полученные в ходе социологических опросов. Конечным результатом является комплексный анализ состояния общественного здоровья и развития системы здравоохранения в регионе.

Второй этап – *формирование научно обоснованных стратегических целей и приоритетных задач развития здравоохранения.*

Достижение главной стратегической цели концепции и стратегического плана по охране и укреплению здоровья населения (улучшение показателей здоровья) осуществляется через выполнение подцелей и решение приоритетных задач. Их разработка происходит следующим образом:

- На основе проделанного анализа выявляются основные проблемы развития отрасли здравоохранения.

- Прогнозируются основные показатели в сфере здравоохранения, определяются тенденции развития отрасли и возможные трудности.

- Происходит экспертиза и отбор приоритетных проблем.
- Определяются количественные и качественные параметры отобранных проблем, формулируются стратегические цели и задачи развития, разрабатывается система показателей, которые необходимо достичь в будущем.

Третий этап – *определение основных направлений развития здравоохранения*. Исходя из сформулированных целей и задач выбираются наиболее важные направления развития, которые в дальнейшем могут реализовываться с помощью соответствующих целевых программ. Выбор стратегических направлений во многом зависит от местных условий и может включать: профилактику заболеваний, являющихся основными причинами преждевременной смертности и инвалидизации населения; снижение воздействия важнейших факторов, повышающих риск смертности, заболеваемости, инвалидности; борьбу с отдельными видами наиболее социально опасных заболеваний (ВИЧ/СПИД, наркомания, туберкулез и т.д.); повышение социальной и экономической эффективности деятельности здравоохранения и т.д.

В концепции «Вологодская область – Здоровье-21...» к основным направлениям реализации долгосрочной политики отнесены:

- Повышение уровня медицинских и гигиенических знаний населения и создание условий для самореализации личности по сохранению и укреплению собственного здоровья.
- Активизация всех секторов общества - экономики, промышленности, образования, культуры, общественных организаций и др. – в профилактической деятельности по снижению социальных и экономических потерь.
- Переориентация системы здравоохранения преимущественно на первичное звено при повышении эффективности управления.
- Совершенствование деятельности органов и учреждений здравоохранения.
- Налаживание эффективного межведомственного взаимодействия в вопросах охраны здоровья.
- Повышение качества анализа и прогноза состояния здоровья населения и определяющих его факторов.

Четвертый этап – *определение основных этапов, ответственных исполнителей и механизмов реализации, а также необходимых для этого ресурсов*.

Тактический уровень индикативного планирования предполагает разработку целевых программ и среднесрочного плана развития здравоохранения на 4 года.

С помощью целевых программ осуществляется реализация основных направлений охраны и укрепления здоровья населения области, содержащихся в стратегическом плане. Программы устанавливают цели (в виде конкретных количественных показателей) и основные мероприятия по их достижению. На уровне Российской Федерации принимаются целевые программы, направленные на развитие правовой базы здравоохранения, совершенствование систем управления и финансирования, разработку и внедрение новых, более эффективных технологий. На региональном и муниципальном уровнях целевые программы должны обеспечивать реализацию приоритетов стратегического плана.

В настоящее время в Вологодской области действуют или находятся на стадии разработки следующие целевые программы⁵⁷ (табл. 2.2).

Таблица 2.2. **Перечень целевых программ в сфере здравоохранения Вологодской области и сроки их реализации**

Наименование целевой программы	Сроки реализации
1. Формирование здорового образа жизни	2004 – 2009
2. Укрепление здоровья женщин и детей	2004 – 2009
3. Профилактика болезней сердечно-сосудистой системы	2003 и ежегодно
4. Профилактика и ранняя диагностика онкологических заболеваний	2003 и ежегодно
5. Профилактика наркомании и алкоголизма	2005 – 2007
6. Профилактика ВИЧ-инфекции	2006 – 2011
7. Профилактика туберкулеза	2006 – 2011
8. Профилактика заболеваний, передающихся половым путем	2003 – 2008
9. Ликвидация заболеваемости корью	2004 и ежегодно
10. Снижение травматизма, количества несчастных случаев и отравлений	2005 – 2010
11. Улучшение качества жизни и здоровья пожилых людей	2004 – 2009
12. Улучшение состояния среды обитания	2004 – 2009
13. Борьба со стрессом	2005 – 2010

Для разработки плана на тактическом уровне необходимо осуществление следующих этапов:

1. *Организационно-подготовительный этап.* В его рамках проводятся подготовительные работы по разработке плана. Они

⁵⁷ Охрана и укрепление здоровья населения Вологодской области на 2003 – 2010 годы: Стратегический план. – Вологда, 2002. – С. 6.

включают подготовку задания на разработку плана, определение организационного аппарата (координатор и исполнители), согласование сроков и ресурсов, требующихся для разработки плана. На этом же этапе происходит формирование информационной базы, предусматривающей использование как объективной (статистической), так и субъективной (полученной в ходе социологических исследований) информации.

2. *Создание проекта планового документа.* На данном этапе происходит разработка проекта плана. Исходя из стратегических направлений, заложенных в концепции, формулируются цели и задачи на краткосрочный и среднесрочный периоды. Далее определяются стратегические территориальные нормативы объемов медицинской помощи и расчет нормативного объема медицинской помощи, необходимой населению субъекта РФ. Также на данном этапе рассчитываются нормативы стоимости медицинской помощи и затраты на оказание медицинских услуг.

3. *Согласование и утверждение проекта.* На последнем этапе проводится согласование и экспертиза проекта. В экспертизу входит оценка целей, задач, приоритетных направлений проекта, обоснованность показателей, характеризующих достижение целей и задач, соответствие заложенного в проекте объема ресурсов реальным расходам на реализацию намеченных мероприятий.

По схожей схеме в 2003 г. департаментом здравоохранения был разработан проект среднесрочного плана мероприятий по совершенствованию деятельности сети учреждений здравоохранения Вологодской области на 2003 – 2005 гг.

Оперативный уровень планирования обеспечивает соблюдение принципа непрерывности и преемственности. В соответствии с этим принципом план развития здравоохранения разрабатывается следующим образом:

1. Первый год рассматривается детально – с помесечной (квартальной) разбивкой мероприятий.
2. Второй год – с полугодовой разбивкой мероприятий.
3. Третий и четвертый годы – в годовых параметрах⁵⁸.

Важнейшей задачей оперативного планирования является формирование плана реализации стратегического плана на текущий год. Основной принцип оперативного планирования – увязка объемов и структуры медицинской помощи с ожидаемыми финансо-

⁵⁸ Стратегия управления муниципальными образованиями / Колл. авторов под науч. рук. д.э.н., проф. В.А. Ильина, А.С. Якуничева. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2000. – 115 с.

выми ресурсами⁵⁹. Следовательно, оперативный план представляет собой финансовое планирование, при котором сначала планируются финансово обеспеченные объемы помощи, а затем определяются необходимые мощности лечебно-профилактических учреждений.

Таким образом, стратегическое индикативное планирование в условиях бюджетирования, ориентированного на результат, служит важнейшим элементом организации эффективной работы системы здравоохранения, поскольку обеспечивает важное условие – ориентацию деятельности на достижение запланированных показателей. Вместе с тем индикативное планирование позволяет сделать анализ ситуации по определенной системе индикаторов, сопоставить их прогнозируемые и реально достигнутые значения, что, в свою очередь, позволяет выработать систему соответствующих рекомендаций. Эффективное проведение такого анализа возможно только при организации системы мониторинга.

2.2. Опыт организации мониторинга системы здравоохранения

Современное социально-экономическое развитие характеризуется постоянным возрастанием роли информации. Поэтому для эффективного управления экономикой (и в частности социальной сферой) требуется своевременная, достаточная, достоверная информация о происходящих процессах. Слабая информационная поддержка управленческих решений приводит к обострению многих проблем, среди которых можно выделить следующие:

1. Недостаток объективной и полной оценки современного положения и происходящих изменений, несвоевременность разработки регулирующих воздействий, направленных на поддержку позитивных и ослабление негативных тенденций.

2. Низкая эффективность организации сбора и обработки необходимой информации.

3. Прогнозирование развития социально-экономических процессов без учета наметившихся тенденций⁶⁰.

Возможным вариантом решения названных проблем является организация постоянного мониторинга здоровья населения и деятельности учреждений системы здравоохранения.

⁵⁹ Шейман И.М. Реформа финансирования российского здравоохранения. – М.: Издатцентр, 998. – 336 с.

⁶⁰ Ускова Т.В., Зуев А.Н., Смирнов А.А. Мониторинг развития муниципальных образований / Под ред. д.э.н., проф. В.А. Ильина. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2002. – С. 8.

Необходимо отметить, что исследования в области мониторинга в настоящее время не имеют прочного методологического обеспечения. В работах российских авторов встречаются различные методологические подходы к организации системы мониторинга. Отличия в основном вызваны отсутствием единой терминологии и определения функций мониторинга ⁶¹.

Понятие «мониторинг» пришло из информатики, где использовалось для обозначения измерения производительности и контроля за сроками реализации процессов в компьютерных системах. Большой экономический словарь определяет мониторинг как «наблюдение, оценку и прогноз состояния каких-либо явлений или процессов, анализ их деятельности как составную часть управления» ⁶².

Исследователи Института проблем региональной экономики РАН под социально-экономическим мониторингом понимают оценку, прогноз, систему наблюдения и анализа экономической и социальной обстановки, складывающейся на территории, а также подготовку рекомендаций по принятию управленческих решений ⁶³.

М.Ю. Гараджа в исследовании «Мониторинг результативности бюджетных расходов: основные этапы внедрения на местном уровне» указывает на существование трех значений термина «мониторинг». Во-первых, это – постоянное наблюдение за каким-либо процессом с целью определить, соответствует ли он желаемому результату или первоначальным предположениям; во-вторых, – наблюдение, оценка и прогноз состояния окружающей среды в связи с хозяйственной деятельностью человека и, в-третьих, – регулярный сбор основных данных о текущих результатах проекта, затратах и т.д. в течение всего периода осуществления проекта ⁶⁴.

В сфере здравоохранения под мониторингом здоровья понимается «система оперативного слежения за состоянием и изменением здоровья населения, представляющая собой постоянно совершенствующийся механизм получения разноуровневой информации для углубленной оценки и прогноза здоровья населения за

⁶¹ Там же.

⁶² Большой экономический словарь / Под ред. А.Б. Борисова. – М., 2002. – С. 402.

⁶³ Ускова Т.В., Зуев А.Н., Смирнов А.А. Мониторинг развития муниципальных образований / Под ред. д.э.н., проф. В.А. Ильина. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2002. – С. 9.

⁶⁴ Гараджа М.Ю. Мониторинг результативности бюджетных расходов: основные этапы внедрения на местном уровне. – М., 2002. – С. 4.

различные временные интервалы»⁶⁵. В Положении о социально-гигиеническом мониторинге, утвержденном Постановлением Правительства РФ от 01.06.2000 г. №426, социально-гигиенический мониторинг трактуется как «государственная система наблюдения, анализа, оценки и прогноза состояния здоровья населения и среды обитания человека, а также определения причинно-следственных связей между состоянием здоровья населения и воздействием факторов среды обитания человека».

Таким образом, несмотря на существование различных подходов к определению мониторинга, все авторы понимают под ним целенаправленную деятельность, связанную с наблюдением, оценкой и прогнозом состояния наблюдаемого объекта. Основная цель мониторинга заключается в обеспечении органов управления необходимой, своевременной и достоверной информацией о состоянии и развитии объекта мониторинга.

В соответствии с этой целью, основными задачами при проведении мониторинга являются:

- 1) организация наблюдения, получения достоверной и объективной информации о ходе социально-экономических процессов;
- 2) оценка и системный анализ получаемой информации, выявление причин, вызывающих тот или иной характер протекания экономических процессов;
- 3) обеспечение в установленном порядке информацией, полученной при осуществлении социально-экономического мониторинга, органов управления, предприятий, учреждений, граждан;
- 4) разработка прогнозов развития социально-экономической ситуации;
- 5) подготовка рекомендаций по преодолению негативных и поддержке позитивных тенденций, направление выработанных рекомендаций соответствующим органам власти и управления⁶⁶.

Мониторинг позволяет более обоснованно подходить к выбору целей и задач развития, а также принимать своевременные решения о внесении корректив в проводимую политику в случае несоответствия результатов намеченным целям.

Исследователи выделяют ряд принципов, которым должен соответствовать эффективный мониторинг:

⁶⁵ Концепция создания государственной системы мониторинга здоровья населения России. – М., 1996. – С. 6.

⁶⁶ Когут А.Е., Рохчин В.С. Информационные основы регионального социально-экономического мониторинга. – СПб., 1995. – С. 43.

1. *Целенаправленность.* Система мониторинга должна быть направлена на достижение управленческих целей и задач. Четкое следование принципу целенаправленности позволит не заниматься сбором и обработкой информации «на всякий случай», предохранит от ненужной информационной избыточности, создаст предпосылки для создания экономически активной системы.

2. *Системность.* Этот принцип основан на том, что любая система является открытой. В то же время она служит подсистемой более крупных систем и одновременно состоит из многих взаимосвязанных подсистем и элементов. Поэтому объектом мониторинга должны быть не только отдельные элементы системы (например, здравоохранения), но и существующие связи между ними. Системный подход к организации мониторинга ориентирует на принцип комплексности.

3. *Комплексность.* Необходима последовательность решения всей совокупности задач мониторинга по каждому из его направлений, начиная от наблюдения за ходом какого-либо процесса и вплоть до разработки рекомендаций, ориентированных на решение тех или иных задач.

4. *Структурная полнота и логическая завершенность.* Мониторинг должен включать все стадии сбора строго определенной информации, ее анализ и оценку (диагностику) развития объекта.

5. *Непрерывность наблюдения за объектом.* Этот принцип основан на необходимости постоянного отслеживания изменений объекта.

6. *Периодичность.* Данный принцип предполагает снятие информации о происходящих изменениях через равные промежутки времени.

7. *Сопоставимость применяемых показателей во времени*⁶⁷.

В зависимости от глубины исследования выделяют комплексный и проблемно-ориентированный мониторинг⁶⁸. В задачи комплексного мониторинга входит, к примеру, наблюдение, анализ социально-экономического или политического развития в целом.

Проблемно-ориентированный мониторинг направлен на отслеживание состояния и развития той или иной проблемы. Примером

⁶⁷ Основы местного самоуправления в городах России / Под ред. А.Е. Когута. – СПб.: ИСЭП РАН, 1995. – С. 258.

⁶⁸ Формирование федеральной системы мониторинга оценок населения: Отчет о НИР. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2003. – С. 38.

может служить мониторинг физического и психического здоровья, трудового и образовательного потенциала, проводимый в Вологодском научно-координационном центре ЦЭМИ РАН. К такому типу мониторинга следует отнести и мониторинг здравоохранения.

Кроме того, система мониторинга должна носить многоуровневый характер и соответствовать федеральному, региональному и муниципальному уровням управления. Многоуровневый характер мониторинга определяется исходя из специфики задач, стоящих перед различными уровнями управления. При этом сбор и обработку информации необходимо осуществлять по единой методике с учетом региональных и местных особенностей.

Особую роль в организации мониторинга играет его информационная основа. Вся информация представлена совокупностью информационных потоков, среди которых можно выделить наиболее важные (за основу взята классификация, предложенная проф. *В.Н. Ивановым* и к.ю.н. *А.О. Дорониным*)⁶⁹ :

- исходная информация – необходима для выработки и принятия управленческих решений;
- сами решения или управленческие команды – определяют организацию управляющих и управляемых систем (объекта управления);
- регулирующая информация – это различные нормативы, правила, законы, инструкции и др.;
- оперативная информация – поступает в процессе функционирования управляющей системы, характеризует состояние объекта управления;
- внешняя информация – поступает от других систем, связанных с объектом управления;
- контрольно-учетная информация – характеризует течение и результаты работы управляющей системы.

Кроме того, всю информацию делят на внутреннюю и внешнюю. Внутренняя информация – это потоки внутри системы, внешняя – потоки информации, циркулирующие между данной системой и внешней средой⁷⁰.

⁶⁹ Основы современного социального управления: теория и методология: Учеб. пособие / Под ред. В.Н. Иванова. – М.: Экономика, 2000. – С. 22.

⁷⁰ Разработка организационного проекта проведения регулярного мониторинга социально-экономического развития города: Отчет о НИР. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2002. – С. 9.

Поскольку информация служит основой для принятия управленческих решений, она должна соответствовать ряду требований: быть полной, достоверной, своевременной, оперативной и достаточной и в то же время отвечать определенному уровню управления. В соответствии с иерархией управления можно выделить три вида информации:

1) *Стратегическая* – предназначена для высшего уровня управления объектом и содержит индикаторы эффективности проводимой политики в целом.

2) *Тактическая* – предназначена для поддержки принятия решений руководителями среднего уровня управления.

3) *Оперативная* – предназначена для нижнего уровня управления и используется для описания текущих операций ⁷¹.

Информационное обеспечение мониторингового исследования должно сочетать в себе объективные (статистические) и субъективные (полученные на основе социологических опросов) данные.

В сфере здравоохранения накоплен определенный опыт проведения мониторинга.

Проблема создания системы мониторинга здоровья населения России впервые была поставлена на государственном уровне в 1993 г. Указом Президента Российской Федерации от 23 апреля 1993 г. № 468 «О неотложных мерах по обеспечению здоровья населения Российской Федерации». Министерству здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации, Российской академии медицинских наук, Государственному комитету санитарно-эпидемиологического надзора было поручено разработать и внедрить систему наблюдения и контроля (мониторинга) здоровья населения Российской Федерации (пункт 4б). В 1996 г. была разработана и утверждена концепция Государственной системы мониторинга здоровья населения России.

Главная цель создания системы мониторинга здоровья населения – организация на базе новых компьютерных технологий Государственной иерархической системы сбора, обработки, хранения и представления информации, обеспечивающей динамическую оценку общественного здоровья и информационную поддержку принятия решений, направленных на его улучшение.

Основными задачами Государственной системы мониторинга здоровья населения России являются:

⁷¹ Там же. – С. 9.

- изучение тенденций динамики здоровья населения и влияющих на него факторов;
- выявление приоритетов в обеспечении санитарно-эпидемиологическо-го благополучия, медицинских и социальных проблем охраны здоровья населения страны;
- выявление отдельных групп населения, оздоровление которых требует проведения специальных медицинских и социальных мероприятий;
- разработка обоснованных федеральных и региональных программ, направленных на улучшение здоровья населения;
- обеспечение информационной поддержкой законодательной инициативы органов управления здравоохранением, санитарно-эпидемиологического надзора, экологической и социальной защиты, по мерам первичной профилактики;
- прогнозирование и обоснование потребностей в ресурсах, необходимых для охраны здоровья населения;
- оптимизация структуры сети производственных, социальных и медицинских институтов общества.

В качестве основных функций мониторинга здоровья населения обозначены:

- обработка федеральной отраслевой и межотраслевой статистической информации о численности и составе населения, рождаемости, смертности, заболеваемости, инвалидизации, а также результатов выборочных исследований по медико-демографической проблематике;
- представление информации пользователям федерального, территориального, муниципального уровней и другим потребителям в соответствии с их компетенцией и комплексом решаемых задач;
- выдача рекомендаций абонентам системы мониторинга здоровья по вопросам организации сбора, первичной и аналитической обработки информации;
- обеспечение обмена (сопряжения) информацией между различными уровнями мониторинга;
- обеспечение задач принятия решений по воздействию на причины наблюдаемых закономерностей;
- обеспечение моделирования последствий принимаемых решений с учетом временных лагов и трендов;
- отслеживание расхождений между прогнозируемым и реальным развитием событий.

Разработка и внедрение системы позволяют:

- ❖ создать на основе распределенного медицинского регистра населения компьютерную технологию исследования тенденций общественного здоровья, используя методы потенциальной демографии и оценки влияния на него социальных, экологических и ресурсных факторов;
- ❖ создать единые межотраслевые стандарты медико-демографической информации;
- ❖ определить критерии деятельности служб и учреждений здравоохранения и обеспечить их непротиворечивость по уровням;
- ❖ усовершенствовать медицинскую статистику в соответствии с реформами здравоохранения и рекомендациями ВОЗ;
- ❖ реформировать информационную базу для совершенствования охраны здоровья;
- ❖ выделить актуальные для различных регионов страны проблемы охраны здоровья населения;
- ❖ создать инструмент медико-социального и экономического обоснования проектов межотраслевых, отраслевых и региональных программ охраны здоровья;
- ❖ разработать правовую основу и типовые системы информационной поддержки мониторинга;
- ❖ применить современные информационные технологии для моделирования процессов охраны здоровья населения⁷².

Данная концепция послужила основой для разработки и внедрения подобных систем мониторинга здоровья в ряде регионов России. В настоящий момент опыт проведения мониторинга имеется в Самарской, Ярославской, Омской областях, в г. Санкт-Петербурге и некоторых других субъектах РФ⁷³. Во всех регионах осуществление мониторинга сопровождается созданием единой информационно-аналитической системы данных об общественном здоровье населения. Мониторинг обычно проводится по следующей схеме:

1. Мониторинг динамики медико-демографических процессов и прогнозирование тенденций на ближайшую перспективу.

⁷² Кольба А.Н. О создании государственной системы мониторинга здоровья населения России [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.depart.drugreg.ru/tacis/work/kolwork.htm>

⁷³ Информатизация и экономика здравоохранения регионов России: Материалы ежегодной Рос. науч.-практ. конф. «Реформы здравоохранения на региональном уровне». – М., 2001.

2. Оценка состояния и динамики причин смертности населения (общей, по возрастной, в зависимости от причин смерти).

3. Мониторинг эффективности управленческих решений и оценка деятельности руководителей учреждений здравоохранения.

Для анализа воздействия экологических и социальных факторов естественной и искусственной сред обитания на здоровье населения (социальное благополучие, здоровый образ жизни, качество деятельности сети здравоохранения и санитарно-эпидемиологической службы и др.) применяется система социально-гигиенического мониторинга (СГМ). Она была введена Постановлением Правительства Российской Федерации «Об утверждении Положения о социально-гигиеническом мониторинге» от 06.10.1994 г. №1146. В Положении о социально-гигиеническом мониторинге, утвержденном Постановлением Правительства РФ от 01.06.2000 г. №426, социально-гигиенический мониторинг определен как «государственная система наблюдения, анализа, оценки и прогноза состояния здоровья населения и среды обитания человека, а также определения причинно-следственных связей между состоянием здоровья населения и воздействием факторов среды обитания человека».

Мониторинг осуществляется в целях обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения и проводится на федеральном уровне, уровнях субъектов Российской Федерации и муниципальных образований. Предусматривалось поэтапное введение СГМ по мере его организационно-структурного оформления и функционального обеспечения на местном, региональном и федеральном уровнях.

В 1995 г. в Вологодской области было принято постановление главы администрации №491 «Об утверждении программы о социально-гигиеническом мониторинге», согласно которому задачами мониторинга на региональном уровне стали:

- выявление приоритетных социальных, санитарно-гигиенических проблем охраны здоровья населения;
- разработка обоснованных программ, направленных на снижение заболеваемости;
- обеспечение информационной поддержки органов управления⁷⁴.

⁷⁴ О санитарно-эпидемиологической обстановке в Вологодской области в 2001 г.: Государственный доклад. – Вологда, 2002. – С. 42.

Организация социально-гигиенического мониторинга в области проходила поэтапно. Первый этап (1994 – 1999 гг.) был преимущественно направлен на решение организационно-технических вопросов формирования системы, в том числе на создание отделов социально-гигиенического мониторинга в центрах ГСЭН, разработку программно-аппаратного комплекса»⁷⁵. На данном этапе была разработана концепция изучения влияния факторов окружающей среды на здоровье населения, разработаны и внедрены в практику общие системные подходы к организации социально-гигиенического мониторинга, определены соответствующие показатели (рис. 2.1).



Рисунок 2.1. Показатели социально-гигиенического мониторинга

С 2000 г. проводится второй этап внедрения социально-гигиенического мониторинга. В соответствии с задачей этапа создания научно-методического обеспечения системы использовались методики расчета комплексных показателей по факторам окружающей среды и по заболеваемости.

Предполагается, что социально-гигиенический мониторинг позволит определить оптимальный размер и структуру затрат для управления санэпидемобстановкой, уменьшить опасность действия вредного фактора среды обитания на здоровье человека с социальной, экономической и экологической точек зрения.

⁷⁵ Там же. – С. 4.

Важную роль для анализа здравоохранительной политики играет и мониторинг экономических аспектов деятельности здравоохранения. В него входит, во-первых, оценка ресурсов (материальных, кадровых), исследование финансовых потоков, анализ расходов отрасли, во-вторых, анализ и оценка достигнутых результатов. Первоочередным в этом направлении является осуществление планирования, контроля и наблюдения (мониторинга) за реализацией территориальной Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории субъекта Федерации. Это ежегодный план, в котором определяется перечень заболеваний, видов, объемов, условий предоставления и финансирования медицинской помощи, оказываемой населению за счет государственных и страховых средств.

Целью разработки территориальной программы является:

- ▀ создание единого механизма реализации конституционных прав граждан Российской Федерации на получение бесплатной медицинской помощи гарантированного объема и качества за счет всех источников финансирования;
- ▀ обеспечение сбалансированности обязательств государства по предоставлению населению бесплатной медицинской помощи и выделяемых для этого финансовых средств;
- ▀ повышение эффективности использования ресурсов здравоохранения.

Мониторинг реализации территориальной программы государственных гарантий осуществляется путем составления отчета по форме №62 «Сведения о реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи». Отчет составляется органами управления здравоохранения субъекта РФ (в Вологодской области – планово-экономическим отделом департамента здравоохранения) ежегодно (до 1 марта следующего за отчетным года).

В отчете содержится следующая информация:

- Перечень учреждений, участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий (по уровню управления и источникам финансирования).
- Показатели объема медицинской помощи (расчетные, утвержденные и фактические) и источники финансирования (отдельно по видам медицинской помощи, в том числе по каждому учреждению здравоохранения и в разрезе муниципальных образований).

- Финансирование целевых программ (по источникам финансирования).
- Объем платной медицинской помощи (в том числе по системе добровольного медицинского страхования и источникам их финансирования – по видам медицинской помощи).

Полученные данные позволяют провести сопоставительный анализ запланированных и фактически сложившихся затрат на медицинскую помощь в расчете на один койко-день, одно посещение, один вызов скорой медицинской помощи по группам затрат, в том числе по каждому учреждению здравоохранения и в разрезе муниципальных образований. В результате, с одной стороны, выявляются расхождения (дефицит или избыток) по отдельным группам показателей, что необходимо для максимальной сбалансированности потребностей и возможностей в финансировании территориальной программы. С другой стороны, обнаруживаются зоны неэффективного использования ресурсов, которые служат основой для реструктуризации сети учреждений здравоохранения региона.

Тесная взаимосвязь характеристик общественного здоровья, социально-гигиенических факторов и деятельности здравоохранения вызывает необходимость объединения этих показателей в рамках единого мониторинга. Организация системы мониторинга регионального здравоохранения необходима также и потому, что в условиях функционирования медицинских учреждений в рамках БОР планирование и оценка деятельности становятся доминирующими принципами финансирования. И в первую очередь для формирования такой системы необходимо создать единый информационно-аналитический центр, аккумулирующий всю информацию о здоровье населения, окружающей среде и деятельности сектора здравоохранения. Это позволит улучшить оперативный доступ к информационным ресурсам, таким образом обеспечив оптимальные условия для развития информатизации системы охраны и укрепления здоровья.

В связи с этим в Вологодской области была разработана и внедрена целевая программа «Комплексная информатизация системы здравоохранения Вологодской области в 2001 – 2002 годах». Она предусматривает создание единой базы данных и единого информационного пространства для решения задач управления развитием здравоохранения и системы ОМС в области. Вся информация о

текущей деятельности 95 лечебно-профилактических учреждений будет поступать в Медицинский информационно-аналитический центр при департаменте здравоохранения. В состав интегрированного программного обеспечения входят базовые модули:

- мониторинг здоровья населения области;
- поддержка системы сертификации и паспортизации ЛПУ;
- расчет территориальной программы государственных гарантий;
- ведение единого регистра населения;
- статистика и счета-фактуры ЛПУ;
- анализ счетов-фактур;
- информационный обмен с другими регионами и организациями федерального уровня⁷⁶.

Роль системы непрерывного мониторинга в стратегическом управлении здравоохранением показана на схеме (рис. 2.2). «Для плановиков, управленцев и финансовых работников она служит «системой раннего предупреждения» и помогает им избежать ошибок за счет принятия корректирующих мер в процессе реализации»⁷⁷.

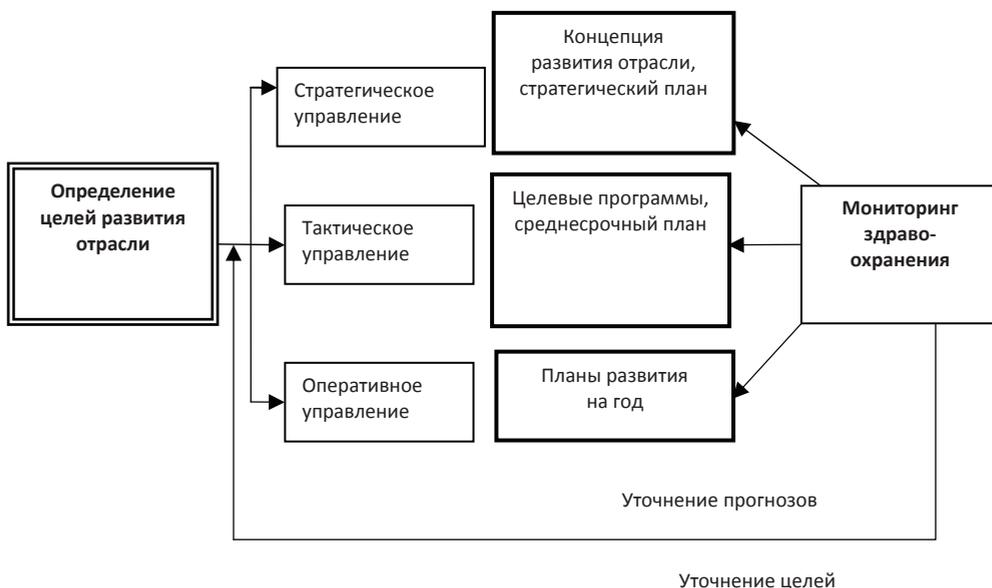


Рисунок 2.2. Общая схема управления развитием сферы здравоохранения на региональном уровне

⁷⁶ Юдин Б.А. Проблемы управления здравоохранением [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.medcore2000.ru/content.asp?id=30>

⁷⁷ Совершенствование управления здравоохранения. – М., 2000. – С. 305.

Мониторинг здравоохранения предполагает постоянное наблюдение за определенными медико-демографическими параметрами, а также за деятельностью здравоохранительной системы, позволяющее отслеживать изменения в состоянии здоровья населения области и строить соответствующие прогнозы, принимать решения и оценивать степень их выполнения на различных уровнях. Главная цель мониторинга состоит в том, чтобы обеспечить информационную базу системы управления объектом, в частности систему оценки его деятельности, в непрерывной динамике⁷⁸.

Организационная структура мониторинга здравоохранения, на наш взгляд, может состоять из трех следующих основных блоков:

- 1) мониторинг состояния здоровья населения;
- 2) мониторинг деятельности системы здравоохранения;
- 3) мониторинг среды обитания человека (рис. 2.3).

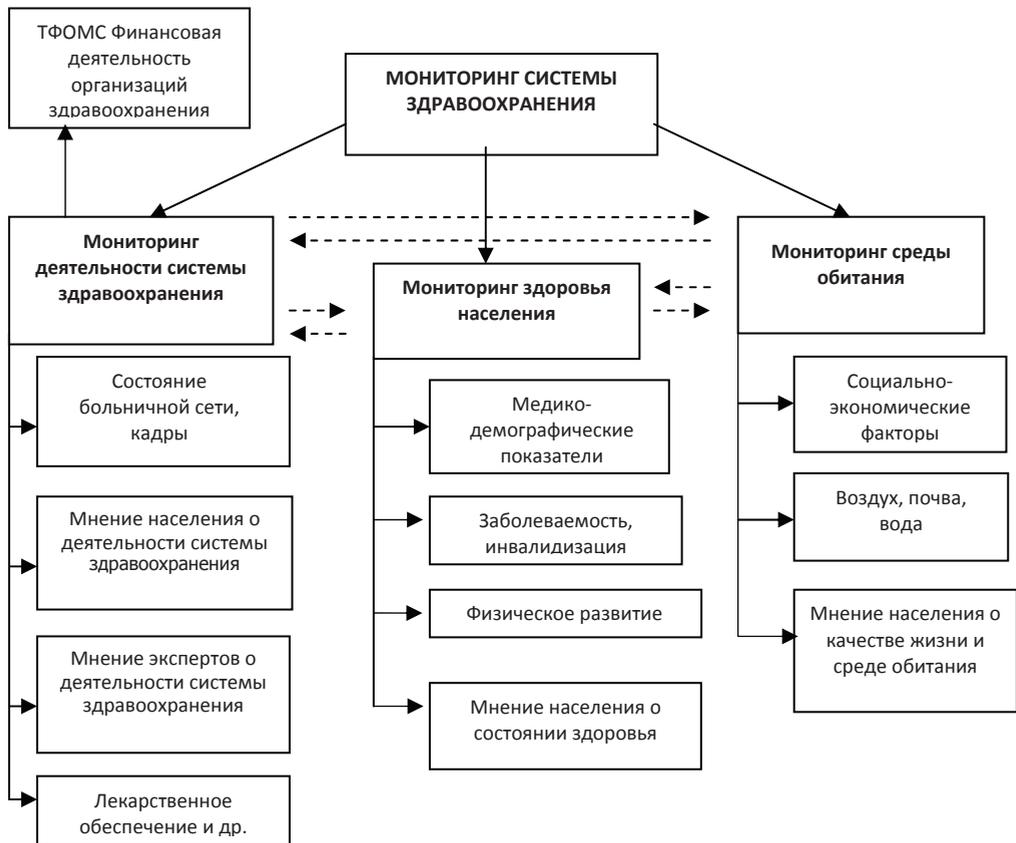


Рисунок 2.3. Организационная структура мониторинга системы здравоохранения

⁷⁸ Кудрин В.С. Мониторинг медицинской деятельности в системе ее комплексной оценки // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2001. – №2. – С. 27.

Важную роль играет выбор индикаторов (индикативных показателей), характеризующих состояние и развитие системы здравоохранения региона (*прил. 6*). При выборе показателей необходимо проанализировать:

- адекватность показателей стратегическим задачам, приоритетным направлениям и конкретным мероприятиям;
- существующие показатели и показатели, применение которых необходимо в соответствии с нормативными требованиями (следует избегать сбора дополнительных категорий данных);
 - показатели, используемые в других странах;
 - издержки на сбор данных в соотношении с пользой от данного показателя для принятия управленческих решений;
 - затраты времени на разработку и утверждение новых показателей;
 - доступные источники данных и информации;
 - необходимость установления промежуточных целевых значений по каждому показателю;
 - доступность сравнительной информации ⁷⁹.

В соответствии со структурой мониторинга первичные показатели, характеризующие деятельность системы охраны и укрепления здоровья, входят в три блока:

1. Показатели здоровья населения.
2. Показатели деятельности отрасли здравоохранения.
3. Показатели, характеризующие среду обитания человека (*рис. 2.4*).

Рассмотрим более подробно экономический блок мониторинга системы здравоохранения. В него входит анализ расходов отрасли и оценка достигнутых результатов. Экономический блок составляют следующие показатели (*прил. 13*) ⁸⁰:

I. Параметры «входа»

1. Показатели состояния сферы здравоохранения:

- обеспеченность населения врачами основных специальностей, в расчете на 10 тыс. населения;
- обеспеченность населения средним медицинским персоналом по отдельным специальностям, в расчете на 10 тыс. населения;

⁷⁹ Совершенствование управления здравоохранения. – М., 2000. – С. 307.

⁸⁰ Все показатели разработаны и предоставлены специалистами ГУЗ ВО «Медицинский информационно-аналитический центр» и Департамента здравоохранения Вологодской области А.И. Попугаевым, Б.Д. Гусевым, Р.В. Петуховым.



Рисунок 2.4. Структура показателей мониторинга системы здравоохранения

- обеспеченность населения больничными койками всего и по профилю, в расчете на 10 тыс. населения;
 - число врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений.
2. Показатели *финансовой деятельности*:
- суммарное количество средств, выделенных на капитальное строительство и техническое перевооружение учреждений здравоохранения;

- общие затраты на стационарное медицинское обслуживание, по районам и в целом, доля (в %) средств, выделенных из общего бюджета субъекта, муниципального образования на здравоохранение;
- источники финансирования стационаров (средства бюджета, ОМС, ДМС, платных услуг), по районам и в целом;
- стоимость койко-дня в стационаре всего, в том числе по кодам экономической классификации, по районам и в целом;
- общие затраты на поликлиническое обслуживание населения, по районам и в целом;
- источники финансирования поликлиники (средства бюджета, ОМС, ДМС, платных услуг), по районам и в целом;
- стоимость одного посещения в поликлинике всего, в том числе по кодам экономической классификации, по районам и в целом;
- общие затраты на стационарное медицинское обслуживание по типам дневных стационаров (дневной стационар при больнице, при поликлинике, на дому), по районам и в целом;
- источники финансирования дневных стационаров (средства бюджета, ОМС, ДМС, платных услуг), по районам и в целом;
- стоимость одного дня пребывания в дневном стационаре, всего, в том числе по кодам экономической классификации, по районам и в целом;
- общие затраты на скорую медицинскую помощь, по районам и в целом;
- источники финансирования скорой медицинской помощи (средства бюджета, ДМС, платных услуг), по районам и в целом;
- стоимость одного вызова, всего, в том числе по кодам экономической классификации, по районам и в целом;
- выделено средств на один фельдшерско-акушерский пункт (ФАП), по районам и в целом;
- источники финансирования ФАП (средства бюджета, ДМС, платных услуг), по районам и в целом;
- финансирование прочих учреждений здравоохранения, всего, по районам и в целом;
- источники финансирования прочих учреждений здравоохранения (средства бюджета, ДМС, платных услуг), по районам и в целом;

- финансирование целевых программ (по названию программы) субъекта Российской Федерации, утверждено, фактически, процент исполнения;
- финансирование целевых программ (по названию программы) федеральных, утверждено, фактически, процент исполнения;
- финансирование по учреждениям здравоохранения, всего (утверждено с уточнениями и дополнениями), по кодам экономической классификации и фактическое;
- подушевое количество выделенных средств (территориально), по районам и в целом.

II. Параметры «выхода»

1. Показатели *качества медицинской помощи*, свидетельствующие об эффективности деятельности здравоохранения:

- исходы лечения (выздоровление, улучшение, ухудшение, без перемен), в %, среди детей и подростков, лиц трудоспособного возраста и пожилых;
- частота совпадения диагноза при первом посещении и заключительного у детей, лиц трудоспособного возраста и пожилых;
- доля случаев поликлинического обслуживания, выполненного с профилактической целью у детей, лиц трудоспособного возраста и пожилых;
- частота осложнений, в том числе при анестезии и хирургических операциях;
- частота совпадения диагноза направившего учреждения и клинического заключительного диагноза стационара в зависимости от характера заболевания у детей, лиц трудоспособного возраста и пожилых;
- больничная летальность, всего, в т. ч. послеоперационная;
- летальность при различных сроках доставки экстренных больных;
- доля доставленных в стационар по экстренным показаниям через 6 часов, 24 часа и позже суток;
- доля повторных поступлений в стационар по поводу одного заболевания;
- экстренность госпитализации в зависимости от источника направления;
- частота совпадения клинического и патологоанатомического диагнозов в стационаре;

- число лиц, пролеченных в дневных стационарах;
- внедрение новых (малоинвазивных и др.) технологий при лечении больных, доля учреждений в процентах.

2. Показатели *доступности медицинской помощи*:

- мощность врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений (посещений в смену), в расчете на 10 тыс. населения;
- количество вызовов и число обслуженных службой скорой помощи лиц, в расчете на 1 тыс. населения, в год;
- численность лиц, которым оказана помощь амбулаторно и при выездах, в расчете на 10 тыс. населения;
- наличие обоснованных жалоб и судебных исков к ЛПУ по поводу качества медицинской помощи, абсолютное.

Для анализа эффективности системы здравоохранения требуется сбор и анализ указанных параметров «входа» и «выхода», а также их сопоставление на предмет нахождения зависимости. Опыт осуществления такой методики в Вологодской области уже имеется (его основные результаты представлены в следующем разделе).

Таким образом, поскольку принципы БОР предполагают ориентацию сферы здравоохранения на планирование деятельности в течение 3 – 5 лет, это обуславливает необходимость разработки системы плановых индикаторов, адекватно отражающих результативность деятельности медицинских учреждений и уровень здоровья населения. Для сбора соответствующей информации надо создать систему непрерывного мониторинга, позволяющего своевременно вносить коррективы в функционирование отрасли.

2.3. Некоторые результаты мониторинга здравоохранения Вологодской области

В Вологодской области мониторинг системы здравоохранения осуществляется с 2000 г. За этот период накоплен достаточный опыт для оценки динамики показателей здоровья населения и эффективности функционирования медицинских учреждений. Актуальность исследуемой методики в рамках бюджетирования, ориентированного на результат, была рассмотрена выше. В данном разделе будут представлены основные выводы, которые были сделаны в ходе мониторинга региональной системы здравоохранения и используются в настоящее время при принятии управленческих решений по охране и укреплению здоровья населения.

Анализ эффективности деятельности здравоохранения следует начинать с оценки потребности населения в медицинских услугах. Она характеризуется прежде всего показателями заболеваемости, болезненности и диспансеризации, смертности и инвалидизации населения. Кроме того, определенное влияние на спрос на услуги здравоохранения оказывают и другие демографические показатели (рождаемость, половозрастная структура населения и т.д.).

В последние годы демографическая ситуация в области, как и в стране в целом, не претерпела существенных изменений. Продолжается снижение численности населения, которая за прошедшие десять лет сократилась примерно на 65 тыс. чел. и на начало 2005 г. составила 1245 тыс. чел.

Настораживает тенденция роста показателей убыли населения, возобновившаяся в 2000 г. Данный показатель в 2004 г. достигал 8,4 чел. на 1 тыс. населения (табл. 2.3), что значительно выше общероссийского уровня (для сравнения: естественная убыль населения в целом по Российской Федерации в 2004 г. составляла 6,5; по Северо-Западному федеральному округу – 8,2 чел. на 1 тыс. населения).

Таблица 2.3. Основные показатели естественного движения населения Вологодской области (на 1000 чел. населения)

Показатель	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	В % к 1998 г.	В % к 2003 г.
Число родившихся	8,2	7,9	8,6	9,2	9,9	10,4	10,7	130	103
Число умерших	14,4	15,8	15,7	17,1	18,1	19,8	19,1	133	96
Естественный прирост (убыль)	-6,2	-7,9	-7,1	-7,9	-8,2	-8,2	-8,4	135	102

Источник: Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области: Демографический ежегодник. – Вологда, 2005.

Среди муниципальных образований области наиболее высокие показатели убыли за последние 3 года были отмечены в Устюженском, Чагодощенском (в среднем 16 – 19 чел. на 1000 населения), Сокольском, Бабаевском, Усть-Кубинском, Вашкинском, Харовском, Вожегодском, Белозерском (13 – 15) районах. Традиционно лучше ситуация обстоит в Вологде и Череповце (4 – 6 чел. на 1000 населения), Верховажском, Вологодском, Тарногском (6 – 8) районах.

Причинами роста естественной убыли населения являются сохранение невысокого уровня рождаемости и рост смертности. Несмотря на повышение рождаемости на 30% по сравнению

с 1998 г., ее уровень остается довольно низким. В то же время смертность увеличивается опережающими темпами (в период с 1998 по 2004 г. произошел рост на 33%; табл. 2.4).

Таблица 2.4. Смертность по классам основных причин смерти населения Вологодской области (число умерших на 100 тыс. чел.)

Причины смерти	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	В % к 1998 г.	В % к 2003 г.
Всего	1 439	1 579	1 570	1 706	1 809	1 977	1 915	133	97
Инфекц. и паразит. болезни	6,3	9,5	10,9	12,4	13,8	17,8	14,8	235	83
Психические расстройства	1,3	3,8	4,1	4,8	5,5	7,3	5,4	415	74
Болезни системы кровообращения	869	922	896	967	1 035	1 094	1 046	120	96
Органов пищеварения	31,7	40,7	47,8	58,7	73,2	96,5	119,1	376	123
Несчастные случаи, отравления и травмы	185	221	230	258	266	298	292	158	98
Новообразования	202	218	206	208	203	222	210,7	104	95

Источник: Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области. – Вологда, издания 1999 – 2005 гг.

Структура причин смертности практически не изменилась: основной причиной, по данным за 2004 г., являются заболевания системы кровообращения (55%), далее следуют несчастные случаи, травмы и отравления (15%), на третьем месте – новообразования (11%). Следует обратить внимание на динамику роста смертности от болезней органов пищеварения. Значение этого показателя по сравнению с 1998 г. возросло в 3,8 раза, а по отношению к 2003 г. – на 23%.

Наиболее важными показателями, характеризующими потребность населения в медицинской помощи, служат уровень заболеваемости и болезненности населения.

За последние пять лет уровень заболеваемости несколько увеличился, причем в Вологодской области он значительно выше, чем в России и в Северо-Западном федеральном округе (табл. 2.5). Судя по приведенным данным, заболеваемость практически всеми группами болезней возросла, исключая следующие: инфекционные и паразитарные (их уровень снизился на 7%), болезни крови и кровеносной системы (на 4%), психические расстройства (на 14%), травмы и отравления (на 4%). А значительное увеличение заболеваемости наблюдается в таких группах, как осложнение беременности и родов (на 59%), заболевания мочеполовой системы (на 42%) и заболевания органов кровообращения (на 30%).

Таблица 2.5. Заболеваемость населения Вологодской области по основным группам болезней (на 1000 чел. населения)

Группы болезней	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	В % к 1998	В % к 2003
Всего по Вологодской области	841,9	795	837	817	809	788	801,3	95	102
В том числе по группам болезней: инфекционные и паразитарные	44,3	50	53,8	47,6	47	41	41	93	100
новообразования	6,9	6,8	7,5	7,5	7,2	7	7,8	113	111
эндокринной системы	8,4	10,4	9,7	8,4	8,5	8,4	10,1	120	120
крови и кровеносной системы	5,2	5,3	5,5	5,2	5,1	4,8	5	96	104
психические расстройства	8,1	7,7	8,2	6,1	6,3	7,1	7	86	99
органов кровообращения	15,2	17,3	18,2	18,8	17,5	18,2	19,8	130	109
органов дыхания	347,1	385	406	394	385	380	366	105	96
органов пищеварения	22,9	23,7	24,4	23,9	23,1	23,3	24,3	106	104
мочеполовой системы	26,4	27,4	29,2	32,3	30,6	31,8	37,5	142	118
осложнения беременности родов	31	38,3	43,4	47,6	51,9	49,2	49,3	159	100
кожи и подкожной клетчатки	46,9	45,5	48,7	52,5	52,7	50	54	115	108
костно-мышечной системы	33	31,7	32,5	33,1	32,9	32,6	34	103	104
травмы и отравления	86,7	87,1	83,1	79,6	83,7	82,9	83,5	96	101
Справочно:									
РФ	670,4	710	736	726	745	749	745	111,1	99,5
СЗФО	696	736	754	737	742	749	747	107,3	99,7

Источник: Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области. – Вологда, издания 1999 – 2005 гг.

По данным анализа, уровень болезненности населения ежегодно увеличивается (*табл. 2.6*). В период с 1998 по 2004 г. показатели болезненности выросли в целом на 16%. При этом некоторое их снижение было зафиксировано только по классам инфекционных и паразитарных болезней (на 2%), а также травм и отравлений (на 6%). Напротив, существенный рост уровня болезненности был отмечен по классам болезней органов кровообращения (на 59%), осложнений беременности и родов (на 51%), болезней эндокринной (40%) и мочеполовой (32%) систем.

Наиболее высокие показатели болезненности наблюдаются в Сокольском, Междуреченском и Белозерском районах (более 1400 случаев на 1 тыс. населения).

Для более полной характеристики медико-демографической ситуации в области следует дать анализ соответствующих показателей на уровне муниципальных образований. С этой целью проведем ранжирование районов по следующим индикаторам:

Таблица 2.6. Болезненность населения Вологодской области по основным группам болезней (на 1000 чел. населения)

Классы болезней	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	В % к 1998	В % к 2003
Всего	1183	1256	1318	1324	1329	1330	1376	116	103
В том числе по группам болезней: инфекционные и паразитарные новообразования	56	61	65	59	60	55	55	98	100
эндокринной системы	23	23	24	24	24	25	27	117	108
крови и кровеносной системы	30	34	36	36	36	37	42	140	114
психические расстройства	13	14	15	15	15	14,4	14,4	111	100
органов кровообращения	44	45	42	40	43	47,3	46,5	106	98
органов дыхания	94	104	113	120	122	132	149	159	113
органов пищеварения	378	418	437	428	421	417	402	106	96
мочеполовой системы	70	73	77	80	79	78	80	114	103
осложнения беременности и родов	56	58	62	68	67	69	74	132	107
кожи и подкожной клетчатки	37	44	49	52	57	54	56	151	104
костно-мышечной системы	57	55	58	69	65	64	65	114	102
травмы и отравления	84	82	93	92	92	91	97	115	107
	89	89	84	80	84	83	84	94	101

Источник: Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области. – Вологда, издания 1999 – 2005 гг.

- смертность в расчете на 100 тыс. чел.;
- заболеваемость в расчете на 100 тыс. чел.;
- болезненность в расчете на 1 тыс. чел.;
- первичный выход на инвалидность;
- число лиц, состоящих на диспансерном наблюдении.

Ранжирование представляет собой распределение районов в соответствии с рейтинговыми оценками достижения отдельных показателей или групп показателей.

В *таблице 2.7* представлено ранжирование территорий области по медико-демографическим показателям за 2004 г., причем чем лучше значение показателя (выше уровень здоровья населения), тем меньше рейтинговый балл. Наихудшее состояние здоровья населения в последние годы наблюдалось в Междуреченском, Бабаевском, Усть-Кубинском и Сокольском районах.

В *таблице 2.8* представлено ранжирование территорий по показателям кадрового обеспечения медицинских учреждений. Районы с большей обеспеченностью занимают первые места в таблице рейтинга. Исходя из полученных рейтингов был рассчитан средний рейтинг каждого района. В 2004 г. наилучшая ситуация наблюдалась в Великоустюгском и Тарногском районах.

**Таблица 2.7. Ранжирование муниципальных образований
Вологодской области по медико-демографическим показателям
в 2004 году**

Территории	Смертность (в расчете на 100 тыс. человек)	Заболе- ваемость (в расчете на 100 тыс. чел.)	Болез- ненность (в расчете на 1000 чел.)	Первичный выход на инвалидность	Число лиц, стоящих на диспансерном наблюдении	Средний рейтинг
Вологодский р-н	4	1	3	12	2	4
Бабушкинский р-н	12	4	2	5	3	5
Нюксенский р-н	5	6	6	3	11	6
Шекснинский р-н	3	7	7	1	14	6
Грязовецкий р-н	10	17	5	8	1	8
г. Череповец	1	15	13	2	10	8
Верховажский р-н	8	3	4	24	5	9
Никольский р-н	20	2	1	13	12	10
Череповецкий р-н	24	5	8	6	7	10
г. Вологда	2	20	22	10	4	12
Тотемский р-н	7	10	18	11	19	13
Кичм.-Городецкий р-н	14	12	19	17	9	14
Сямженский р-н	14	16	11	7	28	15
Кадуйский р-н	10	23	12	4	26	15
Вытегорский р-н	22	9	10	27	8	15
Кирилловский р-н	17	11	9	25	16	16
Вашкинский р-н	25	14	14	14	20	17
Тарногский р-н	6	18	21	23	17	17
Харовский р-н	18	24	23	18	6	18
Вожегодский р-н	19	25	17	20	13	19
Устюженский р-н	28	8	20	22	22	20
Белозерский р-н	16	21	25	16	23	20
Чагодощенский р-н	27	19	16	21	15	20
Великоустюгский р-н	13	22	24	24	21	21
Сокольский р-н	23	28	28	9	18	21
Бабаевский р-н	26	13	15	28	27	22
Междуреченский р-н	9	26	27	26	25	23
Усть-Кубинский р-н	20	27	26	26	24	25

То, насколько эффективной оказалась работа медицинских учреждений, можно оценить путем сопоставления показателей их мощности с медико-демографическими показателями. В соответствии с полученным средним рейтингом сгруппируем районы Вологодской области по мощности медицинских учреждений: районы с рейтингом от 1 до 14 попадут в первую группу, а с рейтингом от 15 до 28 – во вторую. Для первой группы характерна высокая мощность медицинских учреждений, для второй – низкая. Аналогичная группировка проводится по медико-демографическим

**Таблица 2.8. Ранжирование муниципальных образований
Вологодской области по показателям мощности медицинских
учреждений в 2004 году**

	Обеспеченность врачами на 10 тыс. чел.	Обеспеченность ср. мед. персоналом на 10 тыс. чел.	Укомплек- тованность врачами	Укомплек- тованность средним мед. персоналом	Средний рейтинг
Тарногский р-н	9	3	2	1	4
Великоустюгский р-н	2	1	12	9	6
Вожегодский р-н	14	18	4	4	10
Вытегорский р-н	17	17	1	5	10
Бабаевский р-н	5	10	13	12	10
Кадуйский р-н	7	20	5	10	11
Вашкинский р-н	20	2	20	6	12
Харовский р-н	9	20	3	15	12
Кичм.-Городецкий р-н	20	8	17	7	13
Сокольский р-н	4	12	10	25	13
Тотемский р-н	13	16	7	17	13
г. Вологда	1	4	20	28	13
Кирилловский р-н	8	19	8	22	14
Устюженский р-н	9	24	6	18	14
Верховажский р-н	24	22	11	2	15
Усть-Кубинский р-н	16	6	19	19	15
Чагодощенский р-н	6	14	18	21	15
Белозерский р-н	12	11	22	13	15
Шекснинский р-н	15	23	14	11	16
г. Череповец	3	25	15	26	17
Бабушкинский р-н	26	15	23	8	18
Грязовецкий р-н	25	26	8	14	18
Сямженский р-н	23	5	26	16	18
Междуреченский р-н	17	13	24	23	19
Нюксенский р-н	19	9	28	20	19
Череповецкий р-н	22	27	16	27	23
Вологодский р-н	27	28	25	24	26

показателям, причем первой группе соответствуют высокие показатели здоровья, второй – низкие. По полученным группировкам составим матрицу пересечений показателей мощности медучреждений с медико-демографическими показателями.

В результате сопоставления двух блоков показателей получаем 4 группы районов (табл. 2.9).

Первой группе соответствуют районы с высокой мощностью медучреждений и высоким уровнем здоровья. Благодаря высокой мощности медицинских учреждений обеспечивается высокий уровень здоровья населения.

**Таблица 2.9. Рейтинги эффективности работы
медицинских учреждений Вологодской области
в разрезе муниципальных образований**

		Показатели здоровья населения (спрос на мед. услуги)	
		высокие	низкие
Мощность медицинских учреждений	высокая	1 Грязовецкий р-н Кичменгско-Городецкий р-н Тотемский р-н г. Череповец	2 Бабаевский р-н Вашкинский р-н Великоустюгский р-н Вожегодский р-н Вытегорский р-н Кадуйский р-н Кирилловский р-н Сокольский р-н Тарногский р-н Устюженский р-н Харовский р-н
	низкая	3 Бабушкинский р-н Великоустюгский р-н Вологодский р-н Грязовецкий р-н Никольский р-н Нюксенский р-н Шекснинский р-н г. Вологда	4 Белозерский р-н Междуреченский р-н Сямженский р-н Усть-Кубинский р-н Чагодощенский р-н

Во вторую группу входят районы с высокой мощностью медучреждений и низкими медико-демографическими показателями, что говорит о неэффективной работе медучреждений.

Муниципальные образования, входящие в третью группу, имеют низкую мощность медучреждений и высокие медико-демографические показатели. То есть, несмотря на то, что в районах, входящих в данную группу, невысокие показатели обеспеченности и укомплектованности врачами и средним медицинским персоналом, они имеют достаточно высокие показатели здоровья населения. Однако показатели «нездоровья» населения могут быть завышены за счет их недоучета.

Четвертая группа включает районы с низкой мощностью медучреждений и низкими показателями здоровья населения. Это свидетельствует о неэффективной работе медицинских учреждений. Т.е. низкие показатели здоровья населения в данных районах вызваны нехваткой врачей соответствующей квалификации и среднего медицинского персонала.

Таким образом, использование непрерывного мониторинга в сфере здравоохранения позволяет выявить негативные тенденции в состоянии здоровья населения и функционирования медицинских учреждений. Эти данные, в свою очередь, дают возможность более рационально распределять финансовые ресурсы и использовать их в соответствии с задачами системы здравоохранения.

В то же время необходимо отметить, что мониторинг здравоохранения затрагивает в основном результаты деятельности медицинских учреждений. Вместе с тем на управленческом уровне одной из первоочередных задач внедрения принципов БОР является также решение экономических вопросов, поэтому требуется более глубокий анализ финансовых аспектов функционирования отрасли здравоохранения.

Глава 3

ПРИМЕНЕНИЕ ФИНАНСОВОГО МАКРОАНАЛИЗА ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

3.1. Методики оценки эффективности расходов на здравоохранение на региональном и муниципальном уровнях

Благосостояние того или иного государства в будущем всегда зависит от возможности правительства обеспечить развитие и функционирование всеобщей и общедоступной системы здравоохранения. В основе определения актуальных стратегических и текущих направлений такого развития, особенно в условиях ограниченности выделяемых ресурсов, должно находиться обоснованное установление приоритетов. Определение приоритетов в сфере здравоохранения – это задача не только политиков, представителей различных социально-профессиональных групп (медиков, эпидемиологов, экономистов, представителей средств массовой информации). Так, анализируя картины смертности и заболеваемости, медики-эпидемиологи вносят свой вклад в процесс принятия решений посредством выявления таких заболеваний, которые по своей распространенности и последствиям (неоправданной инвалидности, преждевременной и предотвратимой смертности) приводят общество к наибольшим социальным и экономическим потерям. Задача экономистов и органов управления здравоохранением – *сопоставление эффективности различных вариантов решений по развитию отрасли с точки зрения требуемых затрат и результатов*. На текущие и долгосрочные приоритеты

сильное влияние оказывает целый ряд факторов, включая бюджетные ограничения, спрос на услуги и политическое давление. Представители средств массовой информации и общественные организации разъясняют населению основные элементы государственной и региональной политики и способствуют организации общественного контроля над развитием отрасли.

Основная общественно значимая цель, которая стоит перед здравоохранением России, определена Министерством здравоохранения и социального развития при подготовке доклада на Правительственной комиссии по повышению результативности бюджетных расходов под руководством А.Д. Жукова в 2005 году «Повышение доступности и качества медицинской помощи, обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия»⁸¹. Данная стратегическая цель направлена на сохранение и укрепление состояния здоровья населения, улучшение качества среды его обитания, создание благоприятных условий его жизнедеятельности, что приведет к увеличению продолжительности жизни людей за счет улучшения качества жизни, к увеличению продолжительности здоровой (активной) жизни путем сокращения заболеваемости и травматизма, к сохранению и укреплению здоровья женщин и детей, снижению младенческой смертности. Роль системы здравоохранения также заключается в увеличении лет жизни лиц, страдающих хронической патологией (сахарный диабет, онкологические заболевания, хронические болезни почек и др.). Следует отметить, что сформулирована данная стратегическая цель весьма широко и она не может быть достигнута благодаря усилиям только Министерства здравоохранения. Для ее достижения необходимы усилия органов власти субъектов РФ и органов местного самоуправления.

Одним из приоритетов деятельности органов здравоохранения Вологодской области является укрепление здоровья граждан, улучшение их социального положения, обеспечение положительной динамики в демографическом процессе региона. Соблюдение прав граждан на бесплатную квалифицированную и качественную медицинскую помощь – одна из главных задач деятельности здравоохранения Вологодской области.

⁸¹ Доклад о результатах и основных направлениях деятельности Минздравсоцразвития России на 2006 год и на период до 2008 года [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.mzsrff.ru>

Основные направления развития здравоохранения области определены в соответствии с задачами Стратегического плана «Охрана и укрепление здоровья населения Вологодской области» и концепции «Здоровье-21». Главные цели, обозначенные в этих документах, – улучшение демографической ситуации, достижение положительной динамики состояния здоровья граждан, повышение доступности и качества медицинской помощи населению.

Системой здравоохранения накоплен определенный опыт, позволяющий при поддержке государства внедрять принципы бюджетирования, ориентированного на результат, в повседневную практику управления, планирования и финансирования отрасли. В рамках БОР финансирование здравоохранения рассматривается как процесс, в котором ресурсы используются для получения результата, связанного с улучшением состояния здоровья и продлением жизни населения. Поэтому необходимой составной частью является оценка результативности организации медицинской помощи (отраслевой уровень) и результативности лечения и профилактики болезней (уровень учреждений здравоохранения), которая должна определить, приводит ли изменение условий финансирования к желаемым результатам.

В задаче 3.17 концепции «Вологодская область – Здоровье-21: долгосрочная политика охраны и укрепления здоровья населения Вологодской области» отмечено: «Необходимо обосновать увеличение инвестиций в деятельность по охране и укреплению здоровья населения на основании анализа затрат на профилактику, лечение и реабилитацию»⁸². Одним из методов обоснования увеличения объемов инвестиций в здравоохранение региона и контроля над использованием финансовых средств является финансовый макроанализ, составляющий базу настоящего исследования.

Цель финансового макроанализа – научное объяснение приоритетов реформирования и финансирования регионального здравоохранения на базе комплексного социально-гигиенического изучения эффективности финансовых затрат по оказанию медицинской помощи населению.

Финансовый макроанализ включает в себя три блока: анализ затрат, анализ социальных потерь и собственно финансовый макроанализ, осуществляемый при помощи технического индекса «стоимость-эффективность».

⁸² Концепция «Вологодская область – Здоровье-21: долгосрочная политика охраны и укрепления здоровья населения Вологодской области». – Вологда, 2000. – С. 20.

Если для традиционных методов финансового анализа в здравоохранении используются чаще всего абсолютные показатели, такие, как стоимость одного посещения, одного койко-дня и т.п., то для оценки деятельности системы охраны здоровья в конкретном муниципальном образовании более важным является анализ затрат на душу населения.

Оценка затрат, оценка результативности, сопоставление затрат и результативности представляет собой, так называемый, *частичный анализ*. *Полный анализ* предполагает определение, измерение и сопоставление затрат и результатов по двум или нескольким вариантам, дающие информацию квалифицированному пользователю для принятия решения.

Оценка эффективности в здравоохранении может быть условно разделена на три уровня:

- *Общественно значимая или социальная эффективность* (характеризуется показателями общественного здоровья – смертностью от управляемых причин, первичным выходом на инвалидность, временной нетрудоспособностью по болезни и пр.). Оценка проводится на популяционном уровне исполнительной и законодательной властью с участием общественных организаций и населения.

- *Структурная эффективность* (характеризуется показателями Программы госгарантий по видам медицинской помощи – скорой, стационарной, амбулаторно-поликлинической, стационар-замещающей). Оценка проводится на уровне отрасли здравоохранения муниципального образования или региона в целом органами управления здравоохранением.

- *Медико-экономическая эффективность* (характеризуется показателями достижения результата в лечении тех или иных заболеваний при применении различных методов и схем лечения). Оценка проводится на уровне учреждений здравоохранения органами управления учреждений.

На каждом из уровней может быть использован один из четырех применяемых в практике методов полного экономического анализа:

- метод «минимизации затрат»;
- метод «затраты – результативность»;
- метод «затраты – выгода»;
- метод «затраты – полезность».

1. Метод «минимизации затрат»

Данный метод сводит принятие решения к простому выбору наиболее дешевого варианта. Он не ограничивается лишь оценкой затрат. Для формирования квалифицированного мнения о преимуществе того или иного варианта необходимо быть уверенным в том, что различий в результатах вариантов нет или эти различия несущественны.

На популяционном уровне этот метод в здравоохранении практически не применяется в связи с трудностью достижения общественного согласия по вопросу минимизации инвестиций в сферу здравоохранения.

На отраслевом уровне примером применения данного метода в здравоохранении может быть региональная программа внедрения стационарзамещающих технологий вместо дорогостоящего стационарного лечения. Но при этом сокращение количества коек и перераспределение ресурсов в дневные стационары в любом случае не должно привести к ухудшению показателей здоровья населения по сравнению с базовым вариантом – состоянием этих показателей до начала реструктуризации системы. Так, стоимость одного койко-дня в стационаре в среднем в 3 – 4 раза дороже, чем стоимость одного дня пребывания в дневном стационаре. Но лечение в дневном стационаре должно быть назначено тогда, когда оно замещает аналогичный набор простых медицинских услуг или повторяет стандартную медицинскую технологию, проводимую в стационаре. В то же время необходимо учесть транспортную доступность дневного стационара (особенно в сельской местности) и социальные факторы – возможность получения бесплатных лекарств для льготной категории больных в амбулаторных условиях.

На уровне учреждений метод минимизации затрат широко применяется при государственных или муниципальных закупках однотипного оборудования, продуктов питания, лекарственных препаратов. В последние годы совершенствуется законодательство в этой области, что существенно облегчает задачу применения данного метода на практике. Экономия от проведения конкурсных и котировочных процедур бывает весьма существенной.

Метод «минимизации затрат» может применяться и при разработке медико-экономических стандартов (протоколов) лечения отдельных заболеваний. Для этого должно создаваться несколько вариантов стандарта лечения:

- Простой (минимальный) – с применением простейших лекарств, простейших операций и манипуляций и минимума диагностических исследований на простой диагностической аппаратуре.
- Сложный (расширенный) – с применением максимально эффективных схем лекарственного лечения, использованием манипуляций и оперативных вмешательств по последнему слову достижений медицинской науки и возможностей оборудования мирового класса.
- Оптимальный (средний) – представляет собой некое усредненное значение первых двух вариантов.

При этом конечный результат достигается во всех трех случаях. Например, аппендэктомия может быть проведена при помощи лапаротомного разреза под местной анестезией с применением в послеоперационном периоде антибиотиков первого поколения или с помощью эндоскопической хирургии под общим наркозом с применением в послеоперационном периоде антибиотиков четвертого поколения. Но качество аппендэктомии с точки зрения потребителя медицинской услуги, т.е. пациента, совершенно разное. При этом сложный стандарт по цене не всегда может оказаться намного дороже простого, т.к. применение дорогих, но эффективных схем лечения приводит к значительному сокращению пребывания больного в стационаре, а следовательно к эффективному использованию основных средств. Использование того или иного стандарта в медицинской практике зависит от объема выделенных на здравоохранение ресурсов. Инвестиционные возможности региональных и муниципальных бюджетов различаются на порядок, а применение простого или расширенного стандарта зависит прежде всего от набора имеющегося диагностического и хирургического оборудования. В любом случае должно быть законодательно закреплено право пациента выбора более сложного стандарта лечения (при возможности его оказания в учреждении здравоохранения), то есть право выбора альтернативной технологии лечения дополнительно к предоставляемому государством бесплатному минимуму.

Показатели, позволяющие оценить ресурсное обеспечение отрасли и эффективность финансирования по методу «минимизации затрат»:

➤ Показатели, характеризующие структуру финансирования здравоохранения из различных источников в целом и в расчете на душу населения (бюджет, средства ОМС).

➤ Показатели, характеризующие структуру финансирования по видам помощи (стационарная, амбулаторная, стационарзамещающая, скорая).

➤ Показатели, характеризующие структуру финансирования организаций здравоохранения по экономической классификации затрат.

➤ Показатели износа основных фондов в здравоохранении.

➤ Показатели объемов медицинской помощи на душу населения в разрезе видов медицинской помощи.

2. Экономический анализ по методу «затраты – результативность»

Данный метод предполагает сравнение вариантов, направленных на достижение единой цели и различающихся не только затратами, но и степенью достижения результата. Важно, что, используя метод «затраты – результативность», можно сопоставлять совершенно разные программы здравоохранения: например, программы для лечения кардиологических заболеваний, профилактики туберкулеза, почечного диализа при отказе почек и т. д. Главное, чтобы эти программы ставили единую цель, как в данном примере, – продление жизни населения.

Разработка бюджетов всегда связана с конкуренцией отраслей при распределении общественных ресурсов. В ходе внедрения методов бюджетирования для законодательной и исполнительной власти важно определение приоритетов финансирования под понятные, прозрачные цели и с перспективой достижения определенных («оцифрованных») результатов. *На популяционном и на отраслевом (управленческом) уровнях* метод «затраты – результативность» должен найти в ближайшем будущем широкое применение, т.к. без него очень трудно перейти от планирования затрат к планированию результатов при разработке региональных и местных бюджетов. В следующей главе подробно изложена одна из методик такого анализа на уровне региона или муниципального образования. Применительно к эффективности в здравоохранении анализ по методу «затраты – результативность» предполагает оценку результатов по увеличению сроков жизни населения, сокращению заболеваемости по тому или иному виду болезней, повышению качества оказанных медицинских услуг и т. д.

На уровне учреждений здравоохранения метод «затраты – результативность» очень широко использовался в конце 1980-х гг. при анализе деятельности по новому хозяйственному механизму

как модель конечных результатов, а в настоящее время применяется в системе обязательного медицинского страхования. Под простейшим результатом при этом понимают оказанный объем услуг (выраженный в количестве койко-дней, посещений, вызовов скорой помощи). Анализируя стоимость единицы услуг в каждом учреждении, можно размещать государственный или муниципальный заказ, выраженный в объемных показателях, там, где стоимость единицы объема дешевле. Применять этот метод, однако, следует с определенной долей осторожности и только в пределах однородных групп учреждений здравоохранения. Например, при сопоставлении двух или нескольких городских больниц или городских поликлиник примерно равной пропускной способности. Разница между тарифами в учреждениях здравоохранения зависит в первую очередь от количества штатных работников, набора имеющегося диагностического оборудования, практики применения тех или иных лекарственных средств и прочих причин. Поэтому выражать результат деятельности учреждения здравоохранения простыми объемными показателями не вполне оправданно. Результаты выполнения объемов следует применять в сочетании с результатами медицинскими или социально значимыми. В рамках нового хозяйственного механизма эта модель конечных результатов оценивалась, как правило, в баллах.

Для оценки эффективности здравоохранения по методу «затраты – результативность», наряду с перечисленными показателями объемов медицинских услуг (койко-дни на 1 тыс. чел. по профилям и уровням оказания медицинской помощи, количество пролеченных больных, количество посещений на 1 тыс. чел., количество вызовов скорой медицинской помощи на 1 тыс. чел., количество дней пребывания в дневных стационарах на 1 тыс. чел.), можно использовать группу следующих результативных показателей:

- *Заболеваемость населения* (число заболеваний, зарегистрированных у больных с впервые установленным диагнозом; на 1 тыс. чел.), в том числе по основным классам болезней.
- *Болезненность* (совокупность всех больных данной болезнью, обратившихся в амбулаторно-поликлинические учреждения как в текущем, так и в предыдущие периоды и состоявших на учете на конец отчетного периода).
- *Заболеваемость населения с временной утратой трудоспособности* (характеризуется числом календарных дней временной нетрудоспособности).

- *Первичная инвалидность* (характеризуется численностью лиц, впервые признанных инвалидами в текущем году).
- *Смертность* (характеризуется количеством смертей, наступивших в текущем году).
- *Количество жалоб населения на качество оказанных медицинских услуг.*

3. Экономический анализ по методу «затраты – выгода»

В тех случаях, когда сравнительная оценка рассматриваемых вариантов не может быть сведена к единому натуральному показателю, целесообразно проводить анализ по *методу «затраты – выгода»*.

Действительно, программы здравоохранения в различных регионах ставят перед собой различные цели, которые по ряду причин могут одновременно привести как к положительному, так и отрицательному результату. Например, онкологические хирургические операции, с одной стороны, увеличивают показатели продолжительности жизни, а с другой – приводят к росту инвалидности; профилактическая вакцинация против гриппа одновременно снижает уровень заболеваемости и количество дней нетрудоспособности населения.

На *популяционном уровне и отраслевом (управленческом) уровне* данный метод может применяться в здравоохранении при выборе условий предоставления товарного кредита или условий лизинга на приобретение дорогостоящего медицинского оборудования (магнитно-резонансные томографы, рентгеновские цифровые аппараты и т.д.), производство крупных строительных работ в кредит. Под выгодой в этом случае понимают меньшую ставку по кредиту.

В практике работы *учреждений здравоохранения* метод «затраты – выгода» удобно применять в тех случаях, когда затраты и результаты легко выразить в денежном измерении. Например, это лучший вид анализа при реализации платных медицинских услуг. Выбор рынка сбыта, маркетинг, определение границы рентабельности в целях конкурентоспособности услуг требуют от руководства учреждения применения элементов анализа полученной или упущенной выгоды.

4. Экономический анализ по методу «затраты – полезность»

Многие результаты оказания медицинских услуг невозможно выразить в денежном измерении. Невозможно, например, в рублях оценить роль психотерапевтических процедур в период лечения,

или повышения квалификации персонала в улучшении качества медицинской помощи, или эффекта снятия острой боли при применении анестезии.

В этом случае в качестве единого показателя для разнородных результатов на практике применяют метод, выражающий результат в годах жизни, скорректированных по качеству (QALY – в английской аббревиатуре). Для того чтобы оценить число QALY, каждому состоянию при каждом виде заболеваний присваивают коэффициенты полезности от 0 (смерть) до 1 (полностью здоров). Далее выигранные годы умножаются на коэффициент полезности, что в итоге и дает число QALY. Например, если ожидаемая продолжительность жизни населения в регионе в результате проводимых реформ в здравоохранении повышается на 5 лет, со средним коэффициентом полезности оказания медицинских услуг 0,7, то результат проводимых реформ оценивается как $0,7 \times 5 = 3,5$ QALY. Такой метод анализа носит название анализ «затраты – полезность».

Таблица 3.1. Сравнительная характеристика методов экономического анализа

Тип анализа	Показатели (единицы измерения) затрат на альтернативные программы	Совпадение (или различие) результатов	Показатели (единицы измерения) результатов
Анализ минимизации затрат	Денежный эквивалент (рубли)	Идентичны во всех отношениях	Нет
Анализ «затраты – результативность» (затраты – эффективность)	Денежный эквивалент (рубли)	Единый результирующий эффект одинаков для обеих альтернатив, но степень его достижения различна	Натуральные показатели: дополнительные годы жизни, сокращение числа дней нетрудоспособности, потерянные годы потенциальной жизни и т.п.
Анализ «затраты – выгода»	Денежный эквивалент (рубли)	Результирующие эффекты не обязательно совпадают по обеим альтернативам, степень достижения одинаковых результатов может быть различна по рассматриваемым альтернативам	Денежный эквивалент (рубли)
Анализ «затраты – полезность»	Денежный эквивалент (рубли)	Результирующие эффекты не обязательно совпадают по обеим альтернативам, степень достижения одинаковых результатов может быть разной для разных программ	Дни здоровой жизни или (что используется чаще) годы жизни с учетом качества

Оценка коэффициентов полезности проводится экспертным путем и сопряжена с рядом методологических сложностей, связанных, с одной стороны, с отбором квалифицированных экспертов, четкой формулировкой задач, а с другой стороны, с субъективностью оценок и сложностью обработки полученного материала.

Экспертная оценка проводится на основе социологического опроса населения и оформляется в виде таблиц коэффициентов полезности для дальнейшей обработки. Разработка анкеты для такого социологического опроса требует привлечения квалифицированных врачей, социологов, психиатров, специалистов в области статистики. Поэтому в российской практике метод «затраты – полезность» трудноприменим и не найдет в ближайшее время широкого распространения на практике ни на *популяционном уровне, ни на отраслевом (управленческом) уровне, ни на уровне учреждений*. Применение этого метода ограничено возможностями имеющейся статистической информации и возможно лишь при проведении отдельных научных исследований.

Таким образом, каждый из представленных методов экономического анализа в здравоохранении может оказаться эффективным в зависимости от ситуации. Их основные отличительные особенности представлены в *таблице 3.1*.

3.2. Методика «затраты – результативность» для оценки эффективности расходов на здравоохранение

В условиях ограниченных финансовых ресурсов первоочередной задачей является выбор приоритетов, который осуществляется с использованием медико-демографических данных о социальных потерях населения управляемой территории в связи с заболеваемостью и обусловленными ею последствиями: неоправданной инвалидностью и преждевременной смертностью. Сведения о социальных потерях населения вследствие отдельных болезней и их групп должны анализироваться совместно с финансовой информацией, которая собирается по определенной схеме для того, чтобы оценить затраты, которые несет территориальная система здравоохранения на профилактику, лечение и реабилитацию населения по каждому из рассматриваемых заболеваний. Такой анализ может быть проведен с использованием различных источников информации, методов и моделей, вся совокупность которых

и составляет основу «Методики оценки эффективности расходов на здравоохранение на региональном и муниципальном уровнях в целях создания бюджета, ориентированного на результат».

Цель этой методики – сопоставление совокупных затрат бюджета и внебюджетных государственных фондов на финансирование системы здравоохранения с собственно величинами социальных потерь общества от болезней. В совокупные затраты могут быть включены не только затраты учреждений здравоохранения на профилактическую, лечебную и реабилитационную деятельность, но и затраты, связанные с другими видами социальной активности, способствующими предотвращению возникновения и развития болезней среди населения. К таким видам социальной активности можно отнести, например, деятельность по социальной защите населения, развитию физической культуры и спорта, деятельность государственных и общественных служб и объединений граждан по организации здорового отдыха и т.п.

Показатели смертности – традиционный и наиболее надежный индикатор потерь здоровья населения. Статистическим достоинством этих показателей является достаточно высокая достоверность и объективность, что облегчает возможность проведения межрегиональных сопоставлений. К недостаткам показателей смертности относят то, что они не отражают состояния здоровья живущего населения, а также не учитывают т.н. «не фатальные» исходы болезней, т.е. те нарушения здоровья, которые не приводят к смерти больных. Известно, что в большинстве случаев успехи в борьбе с болезнями, не приводящими к фатальному исходу, никак не будут отражаться на показателях смертности. Вместе с тем для медицины сохранение жизни человека всегда важнее любых других целей и приоритетов. Поэтому можно с уверенностью сказать, что при прочих равных условиях мероприятия, сохраняющие жизнь больных, будут важнее всех других. Использование показателей смертности облегчается существованием хорошо налаженной системы государственной статистики смертности.

Современная статистика смертности дает возможность рассчитывать различные показатели (*табл. 3.2*). К наиболее употребительным из них относится показатель **«потерянные годы потенциальной жизни»**, рассматриваемый в качестве интегральной характеристики ущерба обществу от преждевременной смертности населения.

Таблица 3.2. Система основных показателей здоровья населения

Первичные показатели	Производные (расчетные) показатели	Интегральные показатели, характеризующие социально-экономические аспекты здоровья
Смертность (частота, временные и пространственные распределения)	Предстоящая продолжительность жизни в отдельных возрастах	Потерянные годы потенциальной жизни за счет преждевременной смертности от конкретных причин
Заболеваемость с кратковременной и длительной утратой трудоспособности	Продолжительность жизни без инвалидности	Потерянные годы активной жизни за счет болезней и инвалидности
Оценки функционального состояния и резервов адаптированности	Распределение населения по критериям физического, психического и социального благополучия	Продолжительность жизни, скорректированная по качеству

Существует много методов оценки величины ПГПЖ вследствие преждевременной смертности, самый простой из которых – расчет потерь лет потенциальной жизни, вычисляемых по формуле:

$$x=L \sum_{x=0} d_x(L-x),$$

где:

d_x – число смертных случаев в возрасте x ;

L – базовое значение продолжительности жизни, означающее возраст, такой, что все смерти ранее этого возраста считаются преждевременными.

Всемирная организация здравоохранения рекомендовала использовать для целей установления приоритетов и мониторинга деятельности систем здравоохранения величины ПГПЖ, рассчитанные для отдельных болезней, на основе базового уровня продолжительности жизни, равного 65 годам. Именно этот базовый уровень является реальным для большинства регионов и муниципальных образований Российской Федерации.

Основными этапами применения методики «затраты – результативность» являются:

➤ сбор финансовой информации о затратах здравоохранения территории на профилактику, лечение и реабилитацию населения по классам болезней и отдельным заболеваниям за определенный период (как правило, один год);

➤ сбор первичной информации о лицах, умерших за этот промежуток времени на рассматриваемой территории, с разбивкой по полу, возрасту и причинам смерти;

- расчет совокупности вспомогательных показателей, характеризующих уровень совокупных и относительных затрат (на одно посещение в поликлинике, на один койко-день или на одного выписанного из стационара больного, на одного жителя – по муниципальным территориям, классам болезней и отдельным заболеваниям);
- расчет вспомогательных показателей, характеризующих уровень социальных потерь общества (социальная эффективность деятельности здравоохранения) вследствие преждевременной смертности населения по классам болезней и отдельным заболеваниям;
- проведение собственно анализа эффективности, заключающегося в сопоставлении затрат на единицу потерь по муниципальным образованиям, классам болезней и отдельным заболеваниям;
- интерпретация полученных результатов и разработка рекомендаций по совершенствованию профилактической, лечебной и реабилитационной деятельности здравоохранения территории и отдельных муниципальных образований.

Сбор финансовой информации о затратах здравоохранения территории на профилактику, лечение и реабилитацию населения по классам болезней и отдельным заболеваниям.

В соответствии с законодательством территориальное здравоохранение в Российской Федерации финансируется в основном из двух источников: из средств бюджетов (областного и муниципальных) и средств обязательного медицинского страхования. Средства от платных услуг и добровольного медицинского страхования (3 – 5% финансирования) на результаты деятельности здравоохранения в большинстве учреждений не влияют и в данной методике не учитываются.

Системой ОМС предусмотрена отчетность ЛПУ перед страховыми медицинскими организациями по счетам, где указывается количество койко-дней в стационарах по нозологическим единицам МКБ-10 и посещений специалистов по профилю. С 2005 г., в связи с началом «монетизации льгот», счета поликлиник также стали персонифицированными, включив в себя информацию не только по профилю специалиста, но и по диагнозу МКБ-10. Тариф посещения каждого специалиста в поликлинике и тариф койко-дня по профилю отделения в ЛПУ утверждается на год по единой методике, принятой областным Тарифным соглашением. Производным

от тарифа койко-дня может выступать тариф пролеченного больного по профилю; в этом случае региональными органами управления здравоохранения устанавливается норматив средней длительности пребывания больного на койке (средний расчетный койко-день). В некоторых регионах финансирование проводится по групповым или индивидуальным стандартам (протоколам лечения) – в этом случае применяется тариф пролеченного больного, но не по профилю, а по отдельному диагнозу. В системе ОМС финансируется неполный тариф (зарплата, начисления, медикаменты, питание, мягкий инвентарь). Информация представляется на бумажных и (или) электронных носителях.

Бюджетным финансированием всех уровней информация по МКБ-10 не предусмотрена, есть только бухгалтерская финансовая отчетность. Она, в свою очередь, не учитывает отдельно виды помощи (стационар, поликлиника, скорая помощь, дневной стационар), если все они оказываются одним юридическим лицом, например ЦРБ. Сбор информации о расходах бюджетов по видам помощи впервые предусмотрен на этапе сбора статистической информации по исполнению Программы государственных гарантий (форма №62). В целях развития системы бюджетирования, ориентированного на результат, прежде всего нужно обеспечить соответствие целевых статей бюджетной классификации хотя бы видам расходов Программы госгарантий, т.к. это необходимо для анализа структурной эффективности отрасли и учета объемов финансирования по соответствующим видам (объемам) медицинской помощи (*табл. 3.3*).

Для программно-целевого планирования на уровне регионов и муниципальных образований в будущем можно применять детализацию бюджетной классификации (например, для ЦРБ: 470 0100 – стационар, 470 0200 – поликлиника, 470 0300 – скорая помощь, 470 0400 – дневной стационар, 470 0500 – койки сестринского ухода и т.д.), позволяющую организовать бухгалтерский учет внутри учреждений по видам помощи, но в настоящий момент это нигде не делается.

Если не организован бухгалтерский учет по видам помощи, тем более трудно сгруппировать расходы бюджета по отдельным классам болезней и по диагнозам в целях проведения анализа эффективности. Но при помощи определенных упрощений и допусков сделать это можно.

Таблица 3.3. Статьи бюджетной классификации

Код	Перечень целевых статей функциональной классификации расходов бюджетов РФ (ФЗ-115 от 15 августа 1996 года с изменениями внесенными ФЗ-174 от 23.12.2004 года «О бюджетной классификации Российской Федерации»)	№ п/п	Перечень видов расходов по Программе госгарантий (методические рекомендации, согласованные с Минфином, отраслевая статистическая форма №62, утвержденная приказом Минздрава РФ и ФОМС от 13.11.2003 №542/58)
470 00 00	Больницы, клиники, госпитали	1	Скорая медицинская помощь
471 00 00	Поликлиники, амбулатории, диагностические центры	2	Амбулаторно-поликлиническая помощь
478 00 00	Фельдшерско-акушерские пункты	3	Стационарная помощь
472 00 00	Станции переливания крови	4	Медицинская помощь в дневных стационарах
486 00 00	Дома ребенка	5	Санаторная помощь
477 00 00	Станции скорой и неотложной помощи	6	Прочие виды медицинской помощи
473 00 00	Санатории для больных туберкулезом	7	Затраты на ведение дела в системе ОМС
474 00 00	Санатории для детей и подростков	8	Затраты субъекта РФ на оказание высокотехнологичных видов медицинской помощи
475 00 00	Санатории, пансионаты и дома отдыха		
479 00 00	Дезинфекционные станции		
469 00 00	Учреждения, обеспечивающие предоставление услуг в сфере здравоохранения		
476 00 00	Родильные дома		

Алгоритм сбора первичных данных по затратам на поликлиническое и стационарное обслуживание, на деятельность скорой медицинской помощи и на реализацию целевых программ здравоохранения представлен на схеме (рис. 3.1).

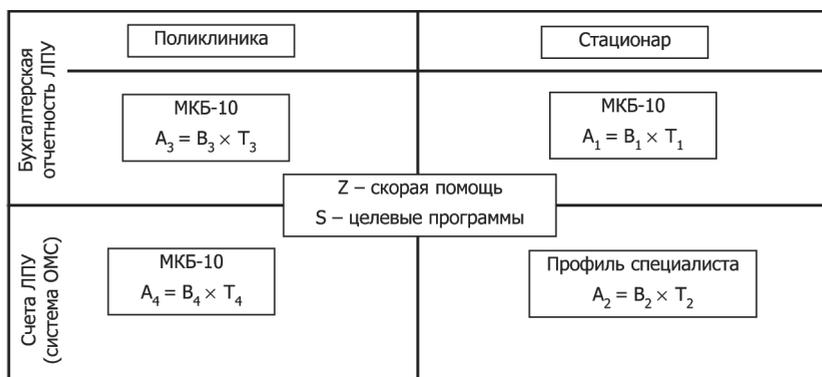


Рисунок 3.1. Алгоритм сбора первичных данных

Обозначения:

T_1 – тариф бюджетных затрат, руб./койко-день в стационаре (профиль бюджетных отделений и коек – туберкулезные диспансеры, наркодиспансеры, психобольницы, койки сестринского ухода и пр.);

T_2 – тариф затрат по ОМС, руб./койко-день в стационаре (профиль отделений и коек, финансируемых системой ОМС, – неврологические, онкологические, терапевтические, хирургические и т.д.);

T_3 – тариф бюджетных затрат, руб./посещение поликлиники (по бюджетным профилям специалистов);

T_4 – тариф затрат по ОМС, руб./посещение поликлиники (по профилям специалистов, финансируемых системой ОМС);

V_1 – суммарное количество койко-дней, проведенное больными в стационаре на койках бюджетных профилей (по диагнозам МКБ-10);

V_2 – суммарное количество койко-дней, проведенное больными в стационаре на койках, финансируемых фондом ОМС (по диагнозам МКБ-10);

V_3 – суммарное количество посещений поликлиники, специалистов, оплачиваемых за счет средств бюджета (по диагнозам МКБ-10);

V_4 – суммарное количество посещений поликлиники, специалистов, оплачиваемых фондом ОМС (по диагнозам МКБ-10);

A_1 – суммарные затраты (по МКБ-10) на стационарное обслуживание на койках бюджетного профиля (психиатрические, наркологические, фтизиатрические и пр.) – рассчитываются по тарифам ЛПУ, аналогичным ОМС (зарплата с начислениями, медикаменты и мягкий инвентарь, питание); остальные статьи финансируются из бюджета по смете и учитываются в методике позже;

A_2 – суммарные затраты фонда ОМС на стационарное обслуживание по МКБ-10 – рассчитываются по счетам ЛПУ в системе ОМС по действующим отчетным формам:

№ стационара	Код заболевания по МКБ-10	Сумма к/дней, проведенных больными в стационаре с данным диагнозом	Тариф на один койко-день	Сумма затрат
		$V_2 (V_1)$	$T_2 (T_1)$	$A_2 (A_1)$
...

A_3 – суммарные затраты (по МКБ-10) на поликлиническое обслуживание по бюджетным профилям (прием психиатра, нарколога, фтизиатра и пр.) – рассчитывается по тарифам ЛПУ, аналогичным системе ОМС, без затрат на питание (зарплата с начислениями, медикаменты и мягкий инвентарь); остальные статьи затрат финансируются из бюджета по смете и учитываются в методике позже;

A_4 – суммарные затраты фонда ОМС на поликлиническое обслуживание (по МКБ-10) – рассчитывается по счетам ЛПУ в системе ОМС по действующим отчетным формам:

№ поликлиники	Код заболевания по МКБ-10	Сумма посещений	Тариф	Сумма затрат
		$V_4 (V_3)$	$T_4 (T_3)$	$A_4 (A_3)$
...

Если информацию о затратах на уровне поликлиники можно получить только по профилю специалиста без учета диагнозов по МКБ-10, то следует применить переводные коэффициенты, выведенные эмпирическим путем в типичных поликлиниках разного уровня. Коэффициенты для перевода затрат по профилю специалиста в затраты по диагнозам МКБ-10 выглядят следующим образом:



Выведение коэффициентов накладных расходов для уточнения расходов по отдельным заболеваниям и группам болезней.

Полученные на первом этапе сбора информации данные о расходах поликлиник и стационаров в системе ОМС и бюджетов по заболеваниям являются неполными, т.к. в тариф включены расходы на зарплату с начислениями, на медикаменты, мягкий инвентарь и питание. Расходы бюджетов на оборудование, капитальный и текущий ремонт, прочие текущие расходы необходимо распределить на все учтенные на первом этапе сбора информации объемы медицинской помощи как по бюджетным профилям, так и по профилям, финансируемым в системе ОМС. Информацию о расходах бюджета по районам, включая расходы на муниципальные целевые программы (Z), можно получить из годовых бухгалтерских отчетов учреждений здравоохранения. Информацию о расходах по видам помощи – скорой (S), амбулаторно-поликлинической (P) и стационарной (C) – дает статистическая форма №62, заполнение которой обязательно для всех учреждений здравоохранения.

Чтобы распределить расходы бюджетов на поликлиническую и стационарную помощь пропорционально – на рубль расходов – отдельно по стационару и поликлинике, выводятся коэффициенты накладных расходов H_1 и H_2 :

$$H_1 = \frac{C - A_1}{B_1 + B_2}; H_2 = \frac{P - A_3}{B_3 + B_4},$$

где:

P – затраты бюджета на поликлинику;

C – затраты бюджета на стационар;

H_2 – коэффициент накладных расходов по поликлинике на рубль затрат по поликлиникам;

H_1 – коэффициент накладных расходов по стационару на рубль затрат по стационарам.

После получения коэффициентов накладных расходов затраты по отдельным болезням (A_1, A_2, A_3, A_4) пересчитываются для каждого района и типа затрат:

	Поликлиника	Стационар
Бюджет	$A_3 + H_2 \times B_3$	$A_1 + H_1 \times B_1$
ОМС	$A_4 + H_2 \times B_4$	$A_2 + H_1 \times B_2$

Коэффициент неучтенных расходов ОМС

При сборе информации по счетам, полученным от учреждений здравоохранения в системе ОМС, возможна потеря финансовых данных, т.к. счета подвергаются экспертизе со стороны страховых компаний и часть записей уточняется и оплачивается позже. «Неучтенные расходы» в системе ОМС следует включить с помощью коэффициентов накладных расходов K_1 и K_2 .

$$K_1 = \frac{C_1 - A_2 - A_4}{A_2 + A_4}; \quad K_2 = \frac{C_2 - \text{Сумма } C_1}{\text{Сумма } C_1},$$

где:

C_1 – общее финансирование территориальной программы за счет средств ОМС по муниципальному образованию (согласно первичным отчетным документам страховых медицинских организаций, направляемым в Территориальный фонд ОМС по каждому муниципальному образованию);

C_2 – исполненный годовой бюджет Территориального фонда ОМС, в т.ч. расходы на финансирование территориальной программы ОМС в целом, затраты на содержание ТФ ОМС, его филиалов и пр. (согласно годовому отчету об исполнении бюджета ТФ ОМС);

K_1 – коэффициент накладных расходов для уточнения финансирования муниципального образования за счет средств ОМС;

K_2 – коэффициент накладных расходов для уточнения финансирования в системе ОМС в целом.

Расходы ОМС уточняются с помощью коэффициентов по формулам таблицы:

	Поликлиника	Стационар
Бюджет	A_3	A_1
ОМС	$A_4 \times (1 + K_1) \times (1 + K_2)$	$A_2 \times (1 + K_1) \times (1 + K_2)$

Учет затрат по скорой помощи можно проводить пропорционально, на рубль расходов, при помощи коэффициента H_3 :

$$H_3 = \frac{S}{A_1 + A_2 + A_3 + A_4},$$

где:

S – затраты бюджета на скорую помощь;

$A_1 + A_2 + A_3 + A_4$ – значения вводятся после уточнений на предыдущих этапах.

Далее учет затрат по скорой помощи ведется по следующим формулам:

	Поликлиника	Стационар
Бюджет	$A_3 \times (1 + H_3)$	$A_1 \times (1 + H_3)$
ОМС	$A_4 \times (1 + H_3)$	$A_2 \times (1 + H_3)$

Затраты на скорую помощь распределяются равномерно – на рубль затрат учреждений на поликлиническую и стационарную помощь, но можно учесть расходы на вызовы скорой помощи при помощи переводных коэффициентов, основанных на статистических данных по МКБ-10, имеющихся на станциях и в отделениях скорой помощи. Такой сбор финансовой информации будет более точным.

Учет затрат на целевые программы

В некоторых муниципальных образованиях и на областном уровне из бюджетов финансируются целевые программы. Расходы по целевым программам (Z) можно отнести к конкретному классу (классам) болезней или даже к отдельным заболеваниям (например, по программам «Материнство и детство», «Сахарный диабет», «Вакцинопрофилактика», «Профилактика артериальной гипертензии», «Меры борьбы с туберкулезом», «Меры борьбы с наркоманией», «Анти-ВИЧ» и пр.). По аналогии с предыдущими этапами сбора финансовой информации для каждой целевой программы выводится свой коэффициент накладных расходов, отнесенный на рубль затрат в тех классах болезней, для которых предназначена целевая программа. Упрощенно расходы целевых программ могут распределяться равномерно по всем классам болезней только с учетом различий по муниципальным образованиям.

Коэффициент неучтенных расходов бюджета

На заключительном этапе сбора финансовой информации следует уточнить сумму бюджетных расходов по муниципальным образованиям, а также расходы консолидированного бюджета. Для учета так называемых «неучтенных расходов бюджета» выводятся коэффициенты K_3 и K_4 :

$$K_3 = \frac{F_1 - A_3 - A_1 - A_2 - A_4}{A_1 + A_2 + A_3 + A_4},$$

где:

K_3 – коэффициент накладных расходов бюджета, отнесенный к одному рублю общих затрат муниципального бюджета по поликлиникам и стационарам;

F_1 – расходы бюджетов муниципальных образований по данным годового бухгалтерского отчета.

$$K_4 = \frac{F_2 - \text{Сумма } F_1}{\text{Сумма } F_1},$$

где:

K_4 – коэффициент накладных расходов бюджета, отнесенный к одному рублю общих затрат консолидированного бюджета по поликлиникам и стационарам;

F_2 – расходы консолидированного бюджета за отчетный год.

После вычисления коэффициентов K_3 и K_4 фактические затраты по отдельным болезням (A_1, A_2, A_3, A_4) уточняются коэффициентами по формулам таблицы:

	Поликлиника	Стационар
Бюджет	$A_3 \times (1 + K_3) \times (1 + K_4)$	$A_1 \times (1 + K_3) \times (1 + K_4)$
ОМС	$A_4 \times (1 + K_3) \times (1 + K_4)$	$A_2 \times (1 + K_3) \times (1 + K_4)$

Сбор информации проводится за финансовый год. Параллельно собирается статистическая информация о смертности согласно кодировке МКБ-10 и в разрезе муниципальных образований.

В отсутствие государственных учетных форм, позволяющих собирать полную финансовую информацию для анализа в целях отнесения фактических затрат по конкретным диагнозам и классам болезней, неизбежны упрощения и допуски, которые, впрочем, не сильно меняют общую картину. Затраты на медикаменты при оказании стационарной помощи учитываются по тарифам, принятым на уровне субъекта РФ без учета перераспределения расходов на медикаменты внутри ЛПУ по профилям. Тарифы обычно дифференцируются по уровням оказания медицинской помощи (клинический, городской, районный, уровень участковых больниц), а также по профилям (согласно коэффициентам относительной стоимости койко-дня, приведенным в методических рекоменда-

дациях по расчету и экономическому обоснованию территориальных программ государственных гарантий), но не отражают фактических затрат по диагнозам. Исключение могут составить регионы, где финансирование в системе ОМС проводится по законченному случаю в соответствии с медико-экономическими стандартами, т. к. специфика лекарственного обследования и лечения учитывается в этом случае в рамках расчета тарифа по каждому конкретному диагнозу.

Затраты на оборудование распределяются по диагнозам и классам болезней равномерно (кроме оборудования по целевым программам), но одни заболевания требуют больших объемов инструментального обеспечения, другие – меньших. Это наиболее трудно дифференцируемые затраты. Их можно учесть, лишь просчитав технологию оказания медицинской услуги, т.е. включив в расчет медико-экономического стандарта расходы на амортизацию и ремонт оборудования и на приобретение расходных материалов для проведения медицинских анализов и диагностических исследований.

Выходные данные, которые могут быть получены из финансовой базы данных для анализа:

1. Расходы на душу населения в разрезе пола, возраста (возможно выведение или корректировка половозрастных коэффициентов, используемых для расчета подушевых нормативов финансирования, которые применяются в субъекте РФ при распределении финансирования ТФ ОМС в страховые организации). Поскольку наиболее перспективной с точки зрения развития профилактической медицины является модель подушевого финансирования, а декларация перехода на подушевое финансирование в отрасли уже содержится в Постановлении Правительства РФ «О программе государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам РФ в 2005 году», данные о половозрастных коэффициентах понадобятся в ближайшем будущем и для распределения бюджетного финансирования на уровне муниципальных образований.

2. Расходы на душу населения в разрезе муниципальных образований. Эти данные могут быть использованы для анализа доступности медицинских услуг в различных муниципальных образованиях субъекта РФ и для оценки процедур выравнивания местных бюджетов с областного уровня, т.к. при предлагаемом алгоритме

сбора финансовой информации в подушевых расходах учитываются расходы на областные целевые программы, расходы на лечение в областных учреждениях здравоохранения и в целом расходы консолидированного бюджета и бюджета ТФ ОМС.

3. Анализ структуры расходов в разрезе классов болезней, групповых диагнозов, отдельных заболеваний в целом по субъекту РФ и в отдельности в каждом муниципальном образовании (*уникальная информация*, до сих пор не определена на государственном уровне, но постоянно необходима, о чем свидетельствуют многочисленные запросы Министерства здравоохранения в регионы о предоставлении подобной информации по службам материнства и детства, противотуберкулезной службе, наркослужбе и т.д.). Эта информация необходима также для ориентиров оценки стоимости медико-экономических стандартов по группам болезней или по отдельным диагнозам в случае их разработки (корректировки) на уровне субъекта РФ или муниципального образования.

Таблица 3.4. Структура всех затрат по отрасли «Здравоохранение» по классам заболеваний в Вологодской области в 2004 году

№	Классы заболеваний по МКБ-10	Доля, в %
	Всего	100
1	Болезни органов дыхания	29,2
2	Болезни системы кровообращения	10,8
3	Болезни глаза и его придаточного аппарата	8,8
4	Болезни костно-мышечной соединительной ткани	7,0
5	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	6,1
6	Болезни органов пищеварения	5,8
7	Болезни мочеполовой системы	5,4
8	Болезни кожи и подкожной клетчатки	4,7
9	Инфекционные и паразитарные болезни	4,0
10	Психические расстройства и расстройства поведения	3,4
11	Болезни уха и сосцевидного отростка	3,1
12	Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	3,0
13	Болезни нервной системы	2,4
14	Новообразования	1,9
15	Беременность, роды и послеродовой период	1,1
16	Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	1,0
17	Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	0,4
18	Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	0,3
19	Прочие	1,4

Для примера приводится структура расходов по классам болезней одного из субъектов РФ, которая может быть почти типичной для большинства регионов и муниципальных образований (табл. 3.4).

3.3. Методика анализа потерь потенциальной жизни вследствие преждевременной смертности

В структуре смертности по причинам смерти (рис. 3.2) первое ранговое место занимают болезни органов кровообращения (55%, или 1045,7 на 100 тыс. чел.). На втором месте находятся несчастные случаи, травмы и отравления (15%, или 292,0 случая на 100 тыс. чел.), на третьем – новообразования (210,7 на 100 тыс. чел.), на четвертом – болезни органов пищеварения 119,1 на 100 тыс. чел., на пятом месте – заболевания органов дыхания (72,8 на 100 тыс. чел.).



Рисунок 3.2. Структура смертности всего населения Вологодской области в 2004 г. по причинам смерти

По причинам смертности среди мужчин первые три ранговых места занимают болезни органов кровообращения (46,5%), несчастные случаи, травмы и отравления (22,0%), новообразования (10,8%). Затем следуют болезни органов пищеварения (7,4%) и заболевания органов дыхания (5,5%). Структура причин смертности женщин следующая: болезни органов кровообращения (65%), новообразования (11,3%), несчастные случаи, травмы и отравления (6,8%), затем болезни органов пищеварения (4,7%) и заболевания органов дыхания (1,7%).

Первое место в структуре смертности населения трудоспособного возраста занимают несчастные случаи, травмы и отравления (34,9%),

второе – заболевания сердечно-сосудистой системы (29,1%), третье – болезни органов пищеварения (12,6%), четвертое и пятое – новообразования (8,3%) и заболевания органов дыхания (5,8%).

Показатель смертности по всем причинам за 2004 г. среди всего населения составил 1914,5 на 100 тыс. чел., что на 3,2% меньше, чем в 2003 г., но на 18% больше по сравнению с 1995 г. (табл. 3.5).

Таблица 3.5. Смертность среди населения Вологодской области по классам некоторых причин смерти (ранговая по 2004 г., число умерших на 100 тыс. населения)

Причины	1995 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2004 г. РФ	2004 г. СЗФО	Темпы роста к уровню 1995 г., %
<i>Всего</i>	<i>1617,0</i>	<i>1809,0</i>	<i>1977,3</i>	<i>1914,5</i>	<i>1596,0</i>	<i>1780,8</i>	<i>118</i>
В т.ч.:							
– от болезней системы кровообращения	927,0	1035,3	1094,2	1045,7	895,4	1019,5	113
– от несчастных случаев, травм и отравлений	233,0	266,0	298,4	292,0	227,5	255,3	126
– от новообразований	208,0	203,3	222,4	210,7	201,7	224,1	101
– от болезней органов пищеварения	42,2	73,2	96,5	119,1	59,3	71,0	282
– от инфекционных и паразитарных болезней	7,4	13,8	17,8	14,8	25,7	27,5	200

Как видно из данных таблицы, по основным классам заболеваний наблюдается снижение смертности, за исключением болезней органов пищеварения, которые дали темп прироста показателя за год 23,4%. Практически все региональные показатели смертности по основным причинам в 2004 г. превышали уровень РФ и СЗФО, кроме смертности от инфекционных и паразитарных болезней. Высоким остается уровень смертности в результате несчастных случаев, травм и отравлений. От этих причин умирают преимущественно люди трудоспособного возраста, составляющие основу трудового потенциала области и наиболее активно участвующие в социальной жизни.

Структура социальных потерь от преждевременной смертности отличается от структуры смертности населения. Так, по структуре социальных потерь от преждевременной смертности первое ранговое место по Вологодской области в 2004 г. занимали травмы, отравления, другие последствия воздействия внешних причин (средний возраст смерти составил 45 лет); второе – болезни системы кровообращения (средний возраст смерти – 62 года); третье – болезни органов пищеварения (средний возраст смерти – 51 год); четвертое

и пятое – новообразования и болезни органов дыхания (средний возраст смерти – соответственно 60 и 54 года) [прил. 15]. В структуре социальных потерь в 2004 г. изменений по сравнению с 2003 г. не произошло.

Для оценки социальных потерь, как уже было показано выше, в российских условиях целесообразнее всего использовать базу данных о смертности населения, ежегодно обновляемую Госкомстатом в каждом субъекте РФ. Территориальная компьютерная база данных об умерших в течение года позволяет использовать в качестве показателя социальной эффективности здравоохранения показатель потенциально потерянных лет жизни. При сравнении социально-экономического ущерба от преждевременной смертности в муниципальных образованиях он служит индикатором работы органов власти и системы здравоохранения по охране здоровья населения. Методика может использоваться руководством крупных промышленных предприятий при выработке решений по развитию социальной инфраструктуры для работников и мер по профилактике заболеваний, наносящих наибольший экономический ущерб предприятию.

Использовать другие измерители социальной эффективности в российских условиях затруднительно, т.к. единых компьютерных систем учета инвалидности и временной нетрудоспособности на уровне субъекта Федерации нет, а корректировка оценки ущерба здоровью с помощью методики DALY (Disability Adjusted Life Years) требует дополнительной демографической информации и специальных крупномасштабных исследований среди населения и врачей, поэтому ее использование нецелесообразно.

В качестве базового значения для анализа, согласно рекомендациям ВОЗ, лучше всего использовать показатель продолжительности жизни, равный 65 годам. Но в каждом субъекте РФ этот показатель может быть задан самостоятельно, исходя из территориальной статистики. Доказано, что при этом конечный результат расчетов будет меняться незначительно⁸³.

Показатель ПППЖ рассчитывается для случаев смерти в целом, а также смертности от отдельных заболеваний или их групп, что позволяет установить приоритеты здравоохранения территории.

⁸³ Ермаков С.П., Дуганов М.Д., Макеев А.Н., Колинко А.А. Финансовый макроанализ в здравоохранении (рекомендации по использованию на региональном и муниципальном уровнях). – М., 2000. – С. 41.

Собранная по приведенной выше методике информация о преждевременной смертности населения представляет из себя компьютерную базу данных, структурированную в разрезе:

- муниципальных образований;
- классов болезней по МКБ-10;
- групповых диагнозов по МКБ-10 (шифр диагноза без точки);
- конкретных диагнозов по МКБ-10 (шифр с точкой).

Выходные данные, которые могут быть получены за счет базы данных о преждевременной смертности для анализа:

1. Структура социальных потерь в разрезе классов болезней, групповых диагнозов, отдельных заболеваний в целом по субъекту РФ и в отдельности в каждом муниципальном образовании. Соответствующий анализ в большей степени нужен для оценки не просто смертности, а смертности населения в молодом и трудоспособном возрастах, т.е. экономических потерь от преждевременной смертности. Разумеется, деятельность учреждений здравоохранения корректнее оценивать в терминах предотвращенных потерь. Однако из-за отсутствия статистической информации целесообразнее использовать только данные о потерях вследствие преждевременной смертности.

Основные результаты расчета показателя ПГПЖ за период 2000 – 2004 гг. на территории Вологодской области представлены в *прил. 15*. Для проведения финансового макроанализа важны не столько абсолютные значения ПГПЖ по классам и по диагнозам, сколько относительные величины, выраженные в потенциально потерянных годах жизни в расчете на 1 тыс. населения (*табл. 3.6*).

В 2004 г. наиболее высокие социальные потери (сумма ПГПЖ) по всем причинам смерти регистрировались среди населения в возрасте от 25 до 59 лет (т.е. в трудоспособном возрасте) – 580738 лет. Причем структура социальных потерь в различных возрастных группах выглядит по-разному: так, среди детей, подростков и представителей возрастной группы от 20 до 59 лет первое ранговое место заняли потери в связи со смертностью от травм и отравлений; среди лиц старше 65 лет – от заболеваний сердечно-сосудистой системы. На втором месте оказалась смертность детей от заболеваний органов дыхания, представителей возрастной группы от 20 до 59 лет – от заболеваний сердечно-сосудистой системы, группы лиц от 15 до 19 лет и 65 лет и старше – от новообразований. Среди лиц мужского пола почти во всех возрастных группах (за исключением категории от 75 до 79 лет) сумма ПГПЖ была больше, чем среди представительниц женского пола, во всех аналогичных возрастных группах.

**Таблица 3.6. Показатели ПГПЖ по классам болезней
в Вологодской области (2004 г.)**

Код	Классы болезней	Кол-во смертей	Сумма ПГПЖ	ПГПЖ на 1 случай	ПГПЖ на 1000 жителей
19	Травмы, отравления, другие последствия воздействия внешних причин	3 708	74 939	20,21	59,93
9	Болезни системы кровообращения	13 171	42 524	3,23	34,01
11	Болезни органов пищеварения	1 511	21 903	14,50	17,52
2	Новообразования	2 648	12 724	4,81	10,18
10	Болезни органов дыхания	923	9 981	10,81	7,98
18	Симптомы, отклонения от нормы, выявленные при клин. и лаб. исследованиях	1 365	7 492	5,49	5,99
16	Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	83	5 168	62,27	4,13
1	Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	188	3 757	19,98	3,00
17	Врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения	65	3 304	50,83	2,64
6	Болезни нервной системы	150	2 610	17,40	2,09
5	Психические расстройства и расстройства поведения	68	1 017	14,96	0,81
14	Болезни мочеполовой системы	109	891	8,17	0,71
4	Болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ	114	738	6,47	0,59
15	Беременность, роды и послеродовой период	6	219	36,50	0,18
12	Болезни кожи и подкожной клетчатки	18	225	12,50	0,18
13	Болезни костно-мышечной системы	20	156	7,80	0,12
3	Болезни крови, кроветворных органов, нарушения, вовлекающие иммунный механизм	14	74	5,29	0,06
21	Факторы, влияющие на состояние здоровья населения	0	0	0	0,00
20	Внешние причины заболеваемости и смертности	0	0	0	0,00
7	Болезни глаза и его придаточного аппарата	0	0	0	0,00
8	Болезни уха и сосцевидного отростка	0	0	0	0,00
	<i>Итого/Среднее</i>	<i>24 161</i>	<i>187 722</i>	<i>14,34</i>	<i>7,15</i>

2. Данные о социальных потерях, выраженных в ПГПЖ на душу населения, в разрезе муниципальных образований могут быть использованы для ранжирования муниципалитетов по степени эффективности мероприятий местной власти по охране здоровья. Ведущей причиной социальных потерь от преждевременной смертности в целом в РФ и в большинстве субъектов и муниципальных

образований является смертность от травм, отравлений и воздействия внешних факторов. Внутри этого класса, как правило, пять первых мест занимают не управляемые системой здравоохранения причины – самоубийства, убийства, утопления, отравления алкоголем, угар на пожаре. Смертность от этих причин коррелируется с распространенностью алкоголизации населения, особенно мужского, а также с низким уровнем готовности социальных и психологических служб прийти на помощь человеку, оказавшемуся в критической ситуации. Поэтому посредством показателя ПГПЖ оцениваются действия местной власти в сфере повышении уровня жизни населения, снижения безработицы, отвлечения от пьянства и борьбы с наркоманией и преступностью, сохранения экологически чистой среды и т.д. Система здравоохранения (органы управления и учреждения здравоохранения) в этом смысле лишь часть (хотя и наиболее активная) общей системы охраны здоровья населения.

Показатель ПГПЖ позволяет объективно оценивать состояние системы охраны здоровья в каждом отдельном муниципальном образовании Вологодской области (*табл. 3.7*). В западных муниципальных образованиях области этот показатель в 2004 г. был в 1,8 раза выше, чем в восточных (максимальное значение имел Чагодощенский район, минимальное – Великоустюгский). Подобная ситуация повторяется на протяжении всего периода наблюдения.

Сохраняется значительная неравномерность распределения затрат на душу населения по районам области (*табл. 3.8*). Различия составляют несколько раз, что связано:

- с неодинаковыми возможностями доходной базы местных бюджетов;
- с уровнем развития сети учреждений здравоохранения в районах;
- со значительной дифференциацией объемов средств целевых программ, направляемых в районы и с неравными возможностями использования областных стационаров для лечения больных из районов и городов.

Использование баз данных в системе обязательного медицинского страхования и распределение расходов бюджета при помощи специальной методики позволили провести анализ затрат по классам болезней и отдельно по каждому из диагнозов МКБ-10. В 2003 г. на первом месте по затратам находился класс болезней пищеварения, на втором – органов дыхания, на третьем – системы кровообра-

Таблица 3.7. Показатели ПГПЖ по муниципальным образованиям Вологодской области (2004 г.)

Код	Муниципальное образование	Население	Кол-во смертей	Сумма ПГПЖ	ПГПЖ на 1случай	ПГПЖ на 1000 жителей
22	Чагодощенский район	15 100	410	2 994	7,30	198,28
23	Череповецкий район	40 200	1002	7 633	7,62	189,88
8	Вытегорский район	31 100	754	5 904	7,83	189,84
1	Бабаевский район	24 400	628	4 610	7,34	188,93
3	Белозерский район	20 800	469	3 844	8,20	184,81
14	Никольский район	26 000	619	4 727	7,64	181,81
16	Сямженский район	10 300	226	1 859	8,23	180,49
11	Кирилловский район	18 400	418	3 206	7,67	174,24
15	Нюксенский район	11 600	222	1 931	8,70	166,47
24	Шекснинский район	35 600	654	5 904	9,03	165,84
21	Харовский район	19 900	470	3 241	6,90	162,86
6	Вожегодский район	18 600	441	2 951	6,69	158,66
10	Кадуйский район	18 200	374	2 826	7,56	155,27
9	Грязовецкий р-н	40 500	839	6 273	7,48	154,89
20	Устюженский р-н	21 100	577	3 243	5,62	153,70
2	Бабушкинский р-н	14 500	308	2 160	7,01	148,97
27	Сокольский р-н	56 300	982	8 216	8,37	145,93
25	г. Вологда	297 500	4 998	42 156	8,43	141,70
18	Тотемский р-н	26 200	514	3 655	7,11	139,50
4	Вашкинский р-н	9 800	242	1 333	5,51	136,02
13	Междуреченский р-н	7 500	153	994	6,50	132,53
17	Тарногский р-н	15 100	292	1 986	6,80	131,52
28	г. Череповец	310 100	4 818	40 314	8,37	130,00
5	Верховажский р-н	16 200	327	2 042	6,24	126,05
19	Усть-Кубинский р-н	9 300	220	1 148	5,22	123,44
7	Вологодский район	50 300	954	6 008	6,30	119,44
12	Кичм.-Городецкий р-н	21 800	479	2 405	5,02	110,32
26	Великоустюгский р-н	64 100	864	6 885	7,97	107,41
	<i>Итого/Среднее:</i>	<i>1 250 500</i>	<i>23 254</i>	<i>180 448</i>	<i>7,24</i>	<i>153,53</i>

щения, на четвертом – психические расстройства, на пятом – факторы влияющие на здоровье населения. На этих пяти классах сосредоточено более половины затрат (56,2%). В 2002 г. первое место по затратам занимали заболевания органов кровообращения, второе – болезни органов дыхания, третье – органов пищеварения, четвертое – травмы и отравления, пятое – инфекционные заболевания.

Пятерка наиболее затратных в 2002, 2003 и 2004 гг. заболеваний представлена в *таблице 3.9*. В 2004 г. расходы на эти заболе-

Таблица 3.8. Расходы на здравоохранение по муниципальным образованиям Вологодской области из всех источников финансирования (2004 г.)

Муниципальное образование	Всего расходов из всех источников по районам	Сумма на 1 чел. (руб.)
г. Череповец	1 311 083,52	4 210,72
г. Вологда	1 168 074,86	3 893,99
Вашкинский	38 278,19	3 858,30
Усть-Кубинский	32 918,60	3 518,82
Междуреченский	26 457,96	3 502,97
Сямженский	36 028,96	3 479,71
Вологодский	170 312,65	3 371,13
Кирилловский	60 281,98	3 262,01
Великоустюгский	205 521,57	3 169,09
Сокольский	180 556,01	3 155,14
Нюксенский	36 724,63	3 148,55
Харовский	63 072,32	3 113,61
Тарногский	46 406,95	3 044,08
Вожегодский	56 605,49	3 004,86
Тотемский	77 806,33	2 957,74
Кичм.-Городецкий	61 892,50	2 814,96
Шекснинский	99 801,79	2 789,86
Бабушкинский	41 078,98	2 781,62
Грязовецкий	114 235,07	2 777,55
Белозерский	57 346,02	2 699,91
Чагодощенский	41 210,48	2 677,74
Верховажский	43 062,52	2 650,00
Бабаевский	63 908,53	2 586,03
Устюженский	53 760,91	2 512,43
Вытегорский	77 190,73	2 453,61
Никольский	61 209,74	2 333,93
Кадуйский	39 665,94	2 158,22
Череповецкий	67 318,70	1 658,30
<i>Итого по области</i>	<i>4 331 811,94</i>	<i>3 434,63</i>

вания составили 2,4 млрд. руб. или 67,32% в структуре всех расходов (прил. 14).

Из конкретных нозологических единиц в расчете на душу населения (не следует путать с расчетом на одного больного) наиболее затратными являются:

➤ В классе болезней органов кровообращения: **(I 20)** – стенокардия; **(I 10)** – эссенциальная или первичная гипертензия; **(I 67)** – цереброваскулярная болезнь (соответственно 128; 110,5; 107; 106 и 64,4 руб. на душу населения).

Таблица 3.9. Структура затрат по классам болезней и по каждому из диагнозов МКБ-10

Год	Место				
	1	2	3	4	5
2002	Заболевания системы кровообращения	Болезни органов дыхания	Болезни органов пищеварения	Травмы и отравления	Инфекционные заболевания
2003	Болезни органов пищеварения	Болезни органов дыхания	Заболевания системы кровообращения	Психические расстройства	Факторы, влияющие на здоровье населения
2004	Заболевания системы кровообращения	Психические расстройства	Инфекционные заболевания	Болезни органов дыхания	Новообразования

➤ В классе болезней психические расстройства и расстройства поведения: **(F 20)** – шизофрения (184,9 рубля на душу населения); **(F 10)** – психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя (102,4); **(F 06)** – психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга (59,3); **(F 32)** – депрессивный эпизод (46,3); **(F 79)** – умственная отсталость (41,6).

➤ В классе инфекционных и паразитарных болезней: **(A 15)** – туберкулез органов дыхания (121,8), **(A 18)** – туберкулез других органов (17,4), **(B 90)** – последствия туберкулеза (10,4), **(A 19)** – милиарный туберкулез (8,2).

➤ В классе болезней органов дыхания: **(J 44)** – хроническая обструктивная легочная болезнь, **(J 18)** – пневмония, **(J 42)** – хронический бронхит, **(J 45)** – астма, соответственно: 54,6; 23,8; 18,7; 15,1; 14,8 руб. на душу населения.

➤ В классе новообразований: **(C 34)** – злокачественные новообразования бронхов и легкого (17,4); **(C 50)** – злокачественные новообразования молочной железы (15); **(C 16)** – злокачественные новообразования желудка (12,8); **(C 44)** – злокачественные новообразования кожи (10,5); **(C 18)** – злокачественные новообразования ободочной кишки (8,9).

В 2004 г. в целом по области десятка наиболее затратных диагнозов на душу населения выглядела следующим образом:

1. **F 20** – шизофрения (184,9 руб.);
2. **I 20** – стенокардия (128,04 руб.);
3. **I 10** – первичная гипертензия (110,49 руб.);
4. **I 67** – другие цереброваскулярные болезни (107,01 руб.);

5. **I 25** – хроническая ишемическая болезнь сердца (106,02 руб.);
6. **F 10** – психические расстройства, вызванные употреблением алкоголя (102,36 руб.);
7. **A 15** – туберкулез органов дыхания (89,44 руб.);
8. **I 63** – инфаркт мозга (64,42 руб.);
9. **E 11** – инсулинонезависимый сахарный диабет (59,6 руб.);
10. **F 06** – психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга (59,25 руб.).

В основном это заболевания из класса болезней органов кровообращения, психических расстройств и расстройств поведения, а также из класса инфекционных и болезней эндокринной системы.

3.4. Анализ «затраты – результативность»

Полученные базы данных о финансовых затратах (выраженных в рублях на 1 тыс. чел. населения по МКБ-10) и о социальных потерях (выраженных в потенциально потерянных годах жизни на 1 тыс. чел. населения по МКБ-10) могут быть использованы для проведения классического экономического анализа по методу «затраты – результативность». При проведении анализа рекомендуется использовать **технический индекс «стоимость – эффективность»**. Индекс выводится как соотношение затрат в рублях к потерям в ПГПЖ. Значения индекса ниже среднего следует теоретически оценивать как показатель более эффективной работы системы здравоохранения, а значения индекса выше среднего – как показатели менее эффективной деятельности (табл. 3.10).

Просто механически свести затраты и потери в некий индекс будет ошибкой, т.к. важны, как мы уже показывали ранее, не столько абсолютные значения затрат и потерь, сколько относительные величины этих показателей, а именно: затраты на душу населения и потери на 1 тыс. чел. Точка пересечения двух дихотомических шкал – «потери» и «затраты» – определяется либо как среднеарифметическое значение для однородных показателей, либо как средняя строка в таблице классов болезней (11 строка в перечне 21 класса болезней).

Варианты интерпретаций технического индекса

Существует **четыре варианта интерпретации технического индекса** (табл. 3.11). Высокие относительные затраты при высоких относительных потерях характеризуют ситуацию как

Таблица 3.10. Технический индекс «стоимость – эффективность» по классам заболеваний
(Вологодская область; 2004 год)

Код	Наименование класса	Затраты	Кол-во смертей	Сумма ППЖ	ППЖ на 1случай	Затраты на ППЖ
<i>Деятельность учреждений здравоохранения более эффективна</i>						
7	Болезни глаза и его придаточного аппарата	166 799 468,4	0	0	0,00	0,00
21	Факторы, влияющие на состояние здоровья населения	7 0195 350,25	0	0,00	0,00	0,00
8	Болезни уха и сосцевидного отростка	16 894 960,44	0	0,00	0,00	0,00
20	Внешние причины заболеваемости и смертности	945 892,76	0	0,00	0,00	0,00
18	Симптомы, отклонения от нормы, выявленные при клин. и лаб. исследованиях	11 535 396,89	1 365	7 492,00	5,49	1 539,70
19	Травмы, отравления, др. последствия воздействия внешних причин	117 589 070,1	3 708	74 939,00	20,21	1 569,13
17	Врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения	10 645 240,31	65	3 304,00	50,83	3 221,93
16	Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	30 217 886,56	83	5 168,00	62,27	5 847,11
11	Болезни органов пищеварения	192 801 606,7	1511	21 903,00	14,50	8 802,52
	Итого по 9 классам /	617 624 872,3	6 732	112 806,00	17,03	2 331,15
	Среднее по 9 классам					
	<i>Итого/Среднее по 21 классу</i>	<i>3 631 705 038</i>	<i>24 161</i>	<i>187 722</i>	<i>14,34</i>	<i>138 622,15</i>
<i>Деятельность учреждений здравоохранения менее эффективна</i>						
6	Болезни нервной системы	38 666 959,31	150	2 610,00	17,40	14 814,93
2	Новообразования	215 163 704,6	2 648	12 724,00	4,81	16 910,07
9	Болезни системы кровообращения	923 325 044	13 171	42 524,00	3,23	21 713,03
10	Болезни органов дыхания	233 334 622,5	923	9 981,00	10,81	23 377,88
1	Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	252 525 717,5	188	3 757,00	19,98	67 214,72
4	Болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ	113 424 739,3	114	738,00	6,47	153 692,06
15	Беременность, роды и послеродовой период	36 054 547,34	6	219,00	36,50	164 632,64
3	Болезни крови, кроветворных органов, нарушения, вовлек. иммунный механизм	12 780 311,64	14	74,00	5,29	172 706,91
14	Болезни мочеполовой системы	156 727 379,5	109	891,00	8,17	175 900,54
12	Болезни кожи и подкожной клетчатки	40 367 552,41	18	225,00	12,50	179 411,34
5	Психические расстройства и расстройства поведения	820 568 447,9	68	1017,00	14,96	806 851,96
13	Болезни костно-мышечной системы	171 141 140	20	156,00	7,80	1 097 058,59
	Итого по 12 классам /Среднее по 12 классам	3 014 080 166	17 429	74 916,00	12,33	241 190,39

Таблица 3.11. **Варианты технического индекса
«стоимость – эффективность»**

		Затраты	
		Высокие	Низкие
Социальные потери (ПГПЖ)	Высокие	1. Затраты неэффективны	2. Нехватка ресурсов – дополнительное финансирование: - здравоохранение - социальная сфера - производственная сфера
	Низкие	3. Избыток ресурсов – перераспределение ресурсов: - другие виды заболеваний - меры профилактики	4. Реальная эффективность

неэффективное использование ресурсов с точки зрения предупреждения преждевременной смертности, низкие затраты при высоких потерях – как нехватку ресурсов, требующую дополнительного финансирования. Дополнительные ресурсы при этом обязательно должны быть направлены в систему здравоохранения. Это может быть и социальная или производственная сфера, в зависимости от того, какие мероприятия дадут максимальный эффект по предупреждению или уменьшению преждевременной смертности. Высокие затраты при относительно низких потерях должны оцениваться как избыток средств. При этом возможно перераспределение ресурсов внутри системы здравоохранения на лечение других классов болезней либо с затратных видов помощи, таких, как стационарная, на более дешевые виды помощи – профилактическую медицину или дневные стационары. И наконец, низкие затраты при низких потерях характеризуют ситуацию как реально эффективную с точки зрения предупреждения преждевременной смертности. Актуальность дополнительных ресурсных вложений возрастает при уменьшении технического индекса, а увеличение технического индекса свидетельствует о необходимости повышения эффективности мер по охране здоровья населения.

Выводы справедливы для территорий со сходной структурой и частотой заболеваемости и смертности от основных причин смерти, но не для различающихся территорий и, тем более, учреждений здравоохранения внутри территории. При рассмотрении социальных потерь вследствие преждевременной смертности данный подход лишь частично применим к заболеваниям, последствия которых для населения различны. Критерий преждевременной смертности нельзя использовать при сравнении социального

ущерба от болезней кровообращения (высокая смертность), сахарного диабета (средний уровень смертности в сочетании с высоким уровнем снижения трудоспособности больных) и болезней уха и глаза (редкие случаи смерти при высоком уровне снижения трудоспособности).

Анализ по классам болезней

Финансовый макроанализ, проведенный по классам болезней (табл. 3.12), показывает, что затраты неэффективны при лечении болезней органов дыхания (технический индекс равен 23,38),

Таблица 3.12. **Макроанализ по классам заболеваний за 2004 год**

		Затраты	
		Высокие	Низкие
Социальные потери (ПГПЖ)	Высокие	Болезни органов дыхания – 23,38 Болезни системы кровообращения – 21,71 Новообразования – 16,91 Болезни органов пищеварения – 8,80	Травмы и отравления – 1,57
	Низкие	Некоторые инфекционные и паразитарные болезни – 67,21 Психические расстройства и расстройства поведения – 806,85	Болезни глаза и его придаточного аппарата – 0 Факторы, влияющие на состояние здоровья населения – 0 Болезни уха и сосцевидного отростка – 0 Внешние причины заболеваемости и смертности – 0 Симптомы, отклонения от нормы, выявленные при клин. и лаб. исследованиях – 1,54 Врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения – 3,22 Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде – 5,85 Болезни нервной системы – 14,81 Болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ – 153,69 Беременность, роды и послеродовой период – 164,63 Болезни мочеполовой системы – 175,90 Болезни кожи и подкожной клетчатки – 179,41 Болезни крови, кроветворных органов, нарушения, вовлекающие иммунный механизм – 172,71 Болезни костно-мышечной системы – 1097,06

системы кровообращения (21,71), новообразований (16,91), болезней органов пищеварения (8,80). При этом наиболее высокое значение технического индекса отмечается в классе болезней органов дыхания (23,38) и кровообращения (21,71). В этих классах следует принимать меры как по рациональному использованию финансовых средств, так и по устранению социальных факторов, приводящих к преждевременной смертности. Низкие значения технического индекса в классах новообразований (16,91) и болезней органов пищеварения (8,80) характеризуют ситуацию как реально приближающуюся к эффективной.

В классах некоторых инфекционных и паразитарных болезней (67,21), а также психических расстройств и расстройств поведения (806,85), где отмечается избыток ресурсов, следует изменять подходы к лечению. Требуется удешевление медицинской помощи за счет применения мер первичной профилактики и пропаганды здорового образа жизни. Недостаток ресурсов отмечается в классе травм и отравлений (1,57). Здесь следует наращивать инвестиции, прежде всего в обеспечение службы скорой помощи и реанимационных отделений.

Анализ по муниципальным образованиям

Финансовый макроанализ в муниципальных образованиях области (см. рис. 3.3 на цв. вклейке) позволяет оценить деятельность системы охраны здоровья как неэффективную в Нюксенском (технический индекс равен 19,55) Харовском (15,71), Кирилловском (15,20), Вожегодском (13,38), Белозерском (11,92), Сямженском (11,63) районах.

Избыток ресурсов отмечается в Череповце (технический индекс составил 23,55), Великоустюгском (21,50), Усть-Кубинском (20,74), Кичменгско-Городецком (19,01), Междуреченском (18,80) и Вашкинском (18,32) районах. Во всех вышеназванных муниципальных образованиях неэффективность системы здравоохранения объясняется избыточными коечными мощностями стационаров, а также отчасти нерациональным использованием дорогостоящей скорой медицинской помощи. Именно в этих районах требуется первоочередная реструктуризация стационарной помощи на более дешевую стационарзамещающую.

При помощи компьютерной программы «Финздрав» можно анализировать ситуацию внутри каждого класса болезней и внутри каждого муниципального образования (см. рис. 3.4 на цв. вклейке).

Так, например, в классе травм и отравлений таким муниципальным образованиям, как Череповец (технический индекс – 2,68), Вашкинский (2,20), Усть-Кубинский районы (1,81), Вологда (1,73), следует акцентировать внимание на уменьшении затрат путем улучшения работы первичного звена и снижения затрат на скорую и неотложную помощь. В Тотемском (0,98), Череповецком (0,97), Кадуйском (0,93), Харовском (0,81), Никольском (0,75), Сямженском (0,70), Вытегорском (0,64) районах необходимо провести профилактические мероприятия по снижению социальных потерь от преждевременной смертности. В ряде муниципальных образований, например в Междуреченском (1,49), Кирилловском (1,44) Белозерском (1,25) Бабушкинском (1,22) районах, требуется принимать меры с целью уменьшения затрат и одновременно развития первичной профилактики, анализа больничной летальности, учебы персонала, чтобы уменьшить потери от преждевременной смертности и улучшить качество скорой и неотложной помощи. В Вологодском (0,88), Верховажском (0,90), Грязовецком (0,93) Тарногском (1,13), Бабаевском (1,30), Сокольском (1,35) районах соотношение социальных потерь и затрат по классу травм и отравлений наиболее оптимально. Технический индекс расположен в зоне эффективности.

При проведении макроанализа внутри самого класса травм и отравлений (*прил. 16*) выясняется, что затраты наиболее высоки при переломах бедренной кости (технический индекс равен 561,74); термических и химических ожогах туловища (56,29); открытой ране голени (22,33); при термических ожогах большой площади пораженной поверхности тела (17,58); переломах пояснично-крестцового отдела позвоночника и костей таза (6,01) и др.

Следует обратить внимание на меры по профилактике и снижению летальности от внутричерепных травм (1,67), травм органов грудной полости (1,22), переломов, захватывающих несколько областей тела (0,61), и токсического действия алкоголя (0,16).

В классе болезней кровообращения (*см. рис. 3.5 на цв. вклейке*) таким муниципальным образованиям, как Междуреченский (технический индекс 53,26), Бабушкинский (52,56), Нюксенский районы (29,79), Череповец (29,42), Шекснинский (25,75), Усть-Кубинский (25,30), Кадуйский районы (22,55), необходимо акцентировать внимание на уменьшении затрат в данном классе путем развития дневных стационаров кардиологического (терапевтического) профиля.

В Устюженском (16,28), Череповецком (15,90), Вытегорском (8,93), Чагодощенском (6,13) районах целесообразно провести профилактические мероприятия для снижения социальных потерь от преждевременной смертности, а также уделить внимание улучшению медицинской помощи населению (внедрение более эффективных методов лечения, повышение квалификации медицинского персонала и т.д.) для снижения летальности от патологии органов сердечно-сосудистой системы.

В Вологде (30,06), Верховажском (27,01), Кичменгско-Городецком (26,40), Великоустюгском (24,79) районах требуется принимать меры по реструктуризации стационарных коек терапевтического профиля с целью уменьшения затрат и по развитию первичной профилактики, анализу больничной летальности, учебе персонала с целью уменьшения потерь от преждевременной смертности. Часть муниципальных образований, например, Грязовецкий (13,43), Вологодский (13,61) и Никольский (19,96) районы, в классе заболеваний сердечно-сосудистой системы приближаются к зоне оптимальной эффективности.

Если провести макроанализ внутри самого класса болезней кровообращения (*прил. 17*), выясняется, что при таких диагнозах, как гипертензивная энцефалопатия (технический индекс составляет 202,94), атеросклероз конечностей (307,51), стенокардия (627,91), следует думать о замене стационарной помощи более дешевой амбулаторной или дневными стационарами. Стоит обратить внимание на меры по профилактике и снижению летальности от острых инфарктов сердца и головного мозга. При диагнозах первичная гипертензия (204,46), церебральный атеросклероз (111,09), хроническая ИБС (7,95) необходимо удешевлять медицинскую помощь путем переноса акцента в первичное звено, усиливая профилактику, одновременно принимая меры социального характера по снижению потерь от преждевременной смертности.

В классе болезней органов пищеварения (*см. рис. 3.6 на цв. вклейке*) наиболее нерациональное использование средств наблюдалось в Вашкинском (технический индекс равен 141,12), Сямженском (114,23), Бабушкинском (82,48), Междуреченском (71,07), Нюксенском (42,41) и Белозерском (40,32) районах. В зоне эффективности расходования средств при лечении болезней системы пищеварения находились следующие районы: Вологодский (10,06), Бабаевский (16,62), Харовский (21,08).

В разрезе диагнозов (*прил. 18*) нерациональное использование средств наблюдалось при лечении холецистита (технический индекс составил 155,15), грыжи передней брюшной стенки (149,81), гастрита и дуоденита (103,85), желчекаменной болезни (холелитиаз; 70,54), острого аппендицита (94,04), язвы двенадцатиперстной кишки (71,82).

В то же время необходимо увеличить финансирование лечения таких заболеваний, как фиброз и цирроз печени (технический индекс равен 2,68), токсическое поражение печени (0,08), алкогольная болезнь печени (0,05), поскольку здесь фиксируются наиболее высокие социальные потери (за счет высокой летальности населения относительно молодого возраста – от 25 до 50 лет) и низкие материальные затраты.

3.5. Использование оценки эффективности расходов на здравоохранение в бюджетном процессе

Бюджетный процесс носит циклический характер и представляет собой систему взаимосвязанных процедур подготовки и принятия управленческих решений. В нем выделяются следующие основные этапы:

- прогнозирование бюджета, включая прогноз социально-экономического развития страны и субъекта РФ;
- планирование бюджета, в т.ч. планирование объемов медицинской помощи и финансовое планирование;
 - согласование и утверждение бюджета;
 - исполнение бюджета (финансирование социальной политики);
 - мониторинг и контроль за исполнением бюджета (в системе ОМС – еще и контроль за выполнением объемов медицинской помощи);
 - анализ достижения результатов (в настоящее время при традиционном планировании и исполнении бюджета под этим имеется в виду освоение выделенных средств);
 - определение (или корректировка) целей будущего бюджетного цикла, в том числе стратегическое планирование.

Ниже представлена схема (*рис. 3.7*), отображающая хронологический порядок реализации бюджетных процедур.

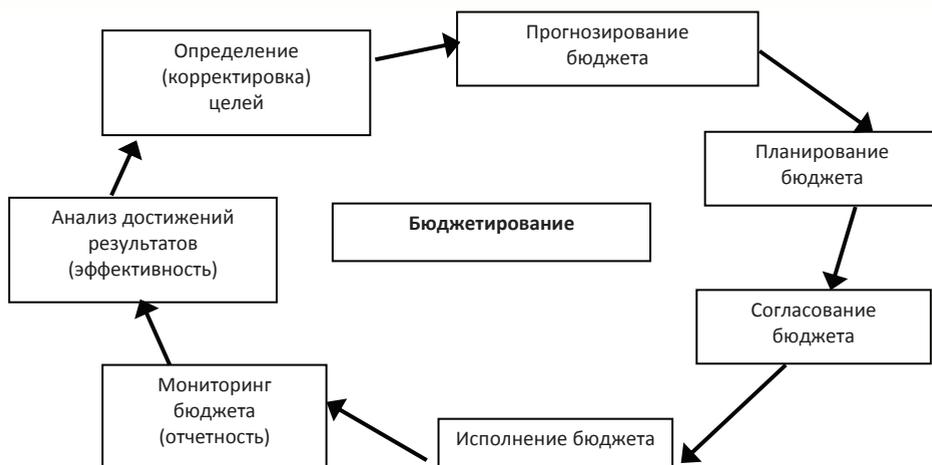


Рисунок 3.7. Управленческий цикл при создании бюджета

В практике создания бюджета отрасли здравоохранения в настоящее время самая существенная роль принадлежит этапам планирования и согласования бюджета, т.к. именно на этих этапах планируются объемные показатели работы учреждений здравоохранения и согласовывается с финансовыми органами размер финансовых средств, которые будут даны на реализацию этих планов. При этом прогнозные показатели учитываются не в полной мере или вовсе игнорируются (например, не проводится индексация расходов на горюче-смазочные материалы в связи с инфляцией, не учитывается кредиторская задолженность прошлых периодов и т.д.). Поскольку в настоящее время бюджеты создаются финансовыми органами не под цели и задачи, а только исходя из достигнутого уровня доходной базы, то все целевые программы, которые были приняты до процедуры согласования бюджета, подлежат корректировке под выделенные финансы. Т.е. в процессе создания бюджета перед органами управления здравоохранения ставится задача не достижения определенных результатов, а задача «вписаться» в выделенное отрасли финансирование. При этом инициатива руководителей органов управления здравоохранения и руководителей учреждений здравоохранения гасится принципом содержания учреждений, не зависящего от результата деятельности, и экономия финансовых средств в конце года не остается в распоряжении учреждений, а изымается. Более того, «не исполненный» вследствие экономии бюджет ставится в вину органам управления здравоохранения и является основанием для финансовых органов не рассматривать дальнейшее увеличение финансирования отрасли (по принципу «и так хватает»).

Очевидно, что при внедрении принципов бюджетирования, ориентированного на результат, бюджетный цикл должен быть акцентирован и, по сути, *начинаться с определения целей и задач отрасли*, достижения общественного согласия по отношению к результирующим показателям. После того как стратегические цели определены и поддержаны активным большинством общества, можно выстраивать «дерево» тактических целей, которые и ложатся в основу разработки прогноза. На этом этапе органам управления здравоохранения необходимо «защитить» правильность своего прогноза перед комиссией, состоящей из представителей не только исполнительной власти, но и законодательной, а также представителей общественности. Лишь после этого должна следовать процедура планирования необходимых для достижения целей ресурсов (кадровых, сетевых и финансовых) с преобладанием программно-целевого метода планирования. Причем и «дерево целей», и плановые показатели достижения результатов должны выстраиваться по ранжиру в порядке приоритетов. Приоритеты могут быть определены исходя из различных критериев, например уровня социально-экономического развития регионов, степени доступности услуг для разных групп населения, наличия достаточного уровня ресурсов для оказания качественной медицинской помощи.

На этапе согласования бюджета речь может идти только об одном: сколько финансовых средств будет выделено отрасли на реализацию поставленных целей (а не на содержание учреждений), и уточнение плановых показателей.

Еще одним очень важным этапом при бюджетировании, ориентированном на результат, становится этап мониторинга, т.к. бюджетная отчетность должна быть прозрачной и позволять отслеживать достижение результата при выделенном финансировании, оценивать эффективность действий органов управления (администраторов, а не главных распорядителей, как сейчас) по реализации планов и достижению результатов. Результаты деятельности отрасли при бюджетировании должны быть заранее определены обществом и являться предметом *отчета исполнительной власти перед законодательной властью и перед населением*. Для еще более прозрачной процедуры корректировки целей на будущий бюджетный цикл необходимо создавать механизм обратной связи с потребителями медицинских услуг, т.е. с населением. В этих целях необходимы широкие социальные исследования общественного мнения (социологические опросы).

Таким образом, цикл создания бюджета состоит из нескольких важных стадий, которые, взаимно дополняя друг друга, образуют беспрерывный процесс: конец одного этапа означает начало другого.

Особенностями создания бюджета территориальных фондов ОМС являются следующие моменты:

- территориальная программа ОМС и в настоящее время создается на принципах БОР, в которых в качестве результата рассматривается выполнение учреждениями здравоохранения плановых объемов медицинских услуг;

- объем необходимых финансов рассчитывается от нормативных величин стоимости единицы объема медицинской помощи (т.е. существует понятие «потребность»);

- реальные тарифы финансирования ЛПУ зависят от фактического наполнения бюджета ТФ ОМС, при этом решающую роль играет размер взносов за неработающее население из бюджета субъекта РФ;

- при неполном тарифе (только пять статей затрат) и недостаточном финансировании (например, на уровне 50% от расчетной потребности по медикаментам) требования со стороны страховых организаций по улучшению качества медицинских услуг не будут реализованы в ЛПУ, т.е. переход в бюджетировании, ориентированном на результат, с уровня *показателей объемов* на уровень *показателей качества* невозможен без обеспечения одноканального финансирования по полному тарифу.

Особенностями создания Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на территории Вологодской области (далее – Программа госгарантий) являются следующие моменты:

- ⇒ процесс создания Программы госгарантий и процесс создания бюджета не увязаны между собой;

- ⇒ органы управления здравоохранения не участвуют реально в согласовании объемов финансирования муниципальных бюджетов, тем более в расчете субвенций муниципальным образованиям, в связи с чем невозможно способствовать улучшению качества медицинских услуг;

- ⇒ реально органы управления здравоохранением определяют лишь объемы медицинской помощи (т.е. объемы государственного и муниципальных заказов), но не гарантируют их финансирования.

Методика «затраты – результативность» для оценки эффективности расходов на здравоохранение на региональном и муниципальном уровнях, подробно описанная в IV разделе, может с успехом использоваться в целях создания бюджета, ориентированного на результат, на нескольких этапах бюджетного процесса:

- на этапе согласования общественно значимых задач и критериев результатов работы отрасли с точки зрения общества (самый важный и первый этап в бюджетном процессе, ориентированном на результат) данная методика позволяет объективно аргументировать выделение приоритетов отрасли с точки зрения уменьшения социальных потерь от преждевременной смертности, что является самым главным и желаемым результатом в целом для общества;

- на этапе планирования данная методика позволяет определять тактические задачи и конкретные «оцифрованные» значения достижения результатов в работе отрасли, а именно отвечает на вопросы, что нужно делать: наращивать инвестиции или развивать профилактику, т.е. добиваться удешевления; принимать меры в самой системе здравоохранения или за ее пределами по уменьшению социальных потерь;

- на этапе исполнения бюджета (финансирования) данная методика помогает правильно распределить финансовые потоки внутри принятых целевых программ по муниципальным образованиям, учитывая их местоположение в таблицах анализа;

- и наконец, в перспективе перехода на подушевое финансирование как самый прогрессивный вид финансирования отрасли данная методика позволяет достоверно точно определить величину половозрастных коэффициентов в каждом муниципальном образовании.

На территории региона результатами макроанализа были обоснованы бюджетные затраты по Программе госгарантий и областным целевым программам.

Среднее подушевое финансирование медицинской помощи населению по Программе госгарантий составило: в 2004 г. – 3435 руб. (2003 г. – 3349 руб., 2002 г. – 2408 руб., 2001 г. – 2170 руб., 2000 г. – 1767 руб.). Нарастает доля расходов системы обязательного медицинского страхования в общей структуре расходов здравоохранения (табл. 3.13).

**Таблица 3.13. Структура финансирования
Программы государственных гарантий оказания гражданам
Российской Федерации бесплатной медицинской помощи
на территории Вологодской области за 2000 – 2004 гг.**

Наименование	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.
Структура источников, всего, в том числе млн. руб.	1 822	1 903,7	2 491,7	3 095,6	3 716,5
– бюджет	1 193,4	1 110,2	1 330,2	1 621,1	1 920,5
– ОМС	628,6	793,5	1 161,5	1 474,5	1 796,0
Структура на душу населения, в том числе, руб.	1 381,3	1 433,5	1 907,6	2 388,6	2 946,8
– бюджет	904,8	841,7	1 018,4	1 250,8	1 522,8
– ОМС	476,6	601,6	889,2	1 137,7	1 424,0

В 2004 г. финансировались из областного бюджета и успешно работали 16 областных целевых программ (ОЦП) и мероприятий в сфере здравоохранения, утвержденных Правительством области. Почти все целевые программы носят профилактический характер, что соответствует стратегии развития медицины как в России, так и за рубежом (*табл. 3.14*).

**Таблица 3.14. Динамика финансирования областных целевых
программ в Вологодской области по отрасли «Здравоохранение»**

Название программ и мероприятий	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.
ОЦП «Здоровый ребенок»	20,759	10,577	31,500	81,47
ОЦМ «Профилактика и лечение артериальной гипертонии»	0,087	0,235	0,250	0,250
ОЦМ «Эффективная лучевая диагностика»	0,000	0,000	0,000	15,00
ОЦП «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками»	3,102	1,000	1,303	1,20
ОЦМ «Льготные лекарства»	33,719	144,195	129,346	159,86
ОЦМ «Анти-ВИЧ/СПИД»	1,031	2,300	6,400	6,328
ОЦП «Сахарный диабет»	40,366	49,800	45,510	52,0
ОЦП «Неотложные меры борьбы с туберкулезом»	3,802	0,840	2,280	3,78
ОЦП «Вакцинопрофилактика»	3,153	2,500	3,100	4,09
ОЦП «Информатизация»	–	–	–	8,998
ОЦМ «Предупреждение распространения ИППП»	–	–	0,650	1,15
ОЦМ «Санитарный автотранспорт»	–	–	2,951	3,1
ОЦМ «Медицина катастроф»	–	–	2,115	1,436
ОЦМ «Развитие донорства крови»	–	–	1,350	1,4
ОЦМ «Развитие онкологической помощи»	–	–	–	1,2
ОЦМ «Дети-инвалиды»	–	–	–	0,368
Итого	107,041	211,446	226,755	341,636
Количество программ, финансируемых из обл. бюджета	9	8	12	16
Сумма областного бюджета отрасли «Здравоохранение»	394,191	527,869	659,306	889,146
Доля целевых программ (%)	27,2	40,1	34,4	38,4
Примечание. «–» – в данный период программы не существовало				

Наглядным примером эффективного вложения средств в профилактику заболеваний являются результаты выполнения ОЦП «Вакцинопрофилактика». Повышение объемов иммунизации населения в 1999 и 2000 гг. привело к снижению заболеваемости вирусным гепатитом «В» в 2 раза (рис. 3.8) и краснухой в 22 раза (рис. 3.9).

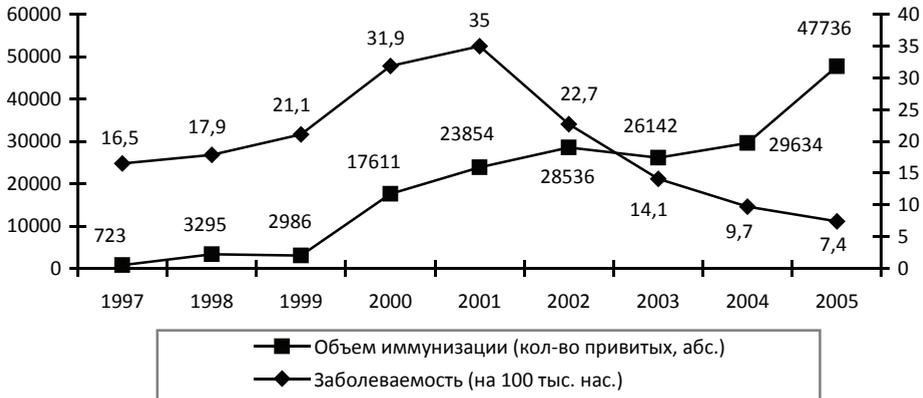


Рисунок 3.8. Заболеваемость населения Вологодской области вирусным гепатитом «В» и объемы иммунизации



Рисунок 3.9. Заболеваемость населения Вологодской области краснухой и объемы иммунизации

Аналогичную картину можно наблюдать при оценке деятельности по профилактике болезней системы кровообращения (рис. 3.10). Эффективность вложения средств в функционирование кабинетов медицинской профилактики оправдала себя уже через четыре года: в 2003 г. прекратилась тенденция увеличения доли болезней органов кровообращения, а к 2005 г. их удельный вес удалось снизить на 5%.

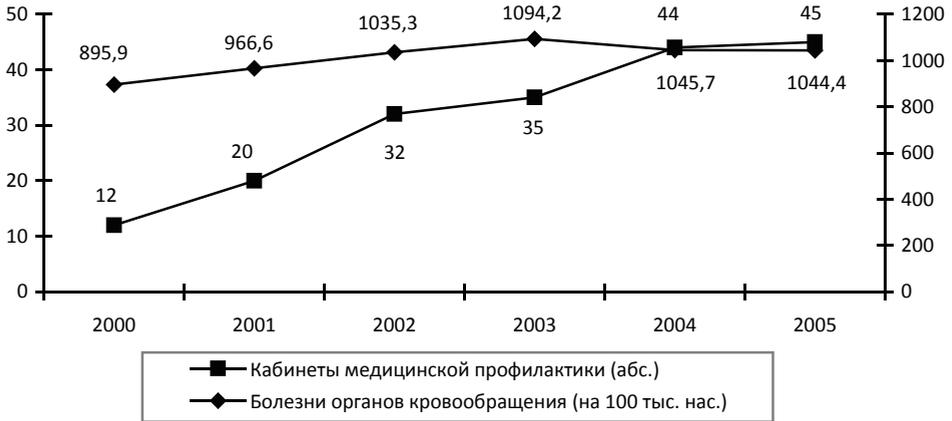


Рисунок 3.10. Профилактическая деятельность по снижению смертности от болезней системы кровообращения

Таким образом, использование финансового макроанализа как одного из инструментов определения эффективных направлений вложения средств может активно применяться в региональной системе здравоохранения с целью обеспечения охраны и укрепления общественного здоровья. Кроме того, практическое внедрение результатов финансового макроанализа в деятельность отрасли на территории Вологодского региона позволило:

1. Обосновать бюджетные затраты по областным целевым программам и Программе государственных гарантий на 2004 год.
2. Определить классы болезней и отдельные заболевания, преждевременная смертность от которых приводит в последние годы к наибольшему социально-экономическому ущербу.
3. Продолжить работу по реструктуризации коечной сети и развитию сети дневных стационаров.
4. Обосновать увеличение доли расходов на здравоохранение в бюджетах всех уровней.
5. Повысить обоснованность управленческих решений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В качестве одной из наиболее актуальных проблем отечественной системы здравоохранения на современном этапе в Программе социально-экономического развития РФ на среднесрочную перспективу отмечается ограниченность государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи вследствие нехватки финансовых и материальных ресурсов, а также недостаточно эффективного их использования. Перевод отрасли здравоохранения на финансирование по принципам БОР должен способствовать решению этого вопроса за счет предоставления большей самостоятельности медицинским учреждениям в управлении своими ресурсами и приоритетного развития наименее затратного амбулаторно-поликлинического звена.

В отрасли здравоохранения накоплен богатый опыт финансирования, ориентированного на результат (НХМ, ОМС, целевые программы), который лишь частично используется при создании бюджетов.

Прежде чем начинать создание бюджета, ориентированного на результат, необходимо достигнуть общественного согласия относительно стратегических целей отрасли здравоохранения на основе анализа эффективности деятельности системы здравоохранения.

Для эффективного проведения реформы бюджетного процесса и внедрения методов бюджетирования, ориентированного на получение количественных и качественных результатов, на уровне регионов и муниципалитетов следует принять следующие первоочередные меры:

- разработка пакета нормативных документов, регламентирующих процесс создания бюджета, ориентированного на результат;
- повышение структурной эффективности работы отрасли «Здравоохранение» в рамках исполнения Программы государственных гарантий;

→ увеличение инвестиций в отрасль здравоохранения в целях получения обществом качественных медицинских услуг.

В представленном Правительством РФ документе «Прогноз социально-экономического развития Российской Федерации на 2006 год и основные параметры прогноза до 2008 года» записано: «Существующая система здравоохранения характеризуется дефицитом финансирования отрасли и неудовлетворительной материально-технической базой, что негативно отражается на доступности и качестве медицинской помощи населению».

Проект Федерального закона «О федеральном бюджете на 2006 год» предусматривает 66%-ный прирост расходов по статье «Здравоохранение и спорт», что составляет 2,5% ВВП (в 2003 г. – 2,9%, в 2004 г. – 2,8; *таблица*). Между тем минимальный стандарт государственных расходов по этой статье согласно рекомендациям ВОЗ – 5%, а по некоторым экспертным оценкам – 8% ВВП. Таким образом, «для более или менее нормального функционирования здравоохранения требуется удвоение госзатрат, а для его модернизации на современной технологической основе – их утроение»⁸⁴.

Структура госфинансирования отрасли «Здравоохранение и спорт»

Бюджет (млн. руб.)	1998г.	1999г.	2000г.	2001г.	2002г.	2003г.	2004г.	2006 (млрд. руб.)
Федеральный	23,4	37,4	53,7	69,6	88,8	103,1	111,3	145,6
Территориальный	534,8	980,3	1 504,1	1 512,5	1 857,1	2 333,9	3 203,0	461,6
Консолидированный	558,2	1 017,7	1 557,8	1 582,1	1 945,9	2 437,0	3 314,3	607,2

Проектируемая структура госфинансирования отраслей социальной сферы в 2006 г. предполагает увеличение финансовой нагрузки на региональные бюджеты. В целом на них придется более двух третей социальных расходов консолидированного бюджета, в том числе на финансирование ЖКХ – почти 94%, здравоохранения – 76%, социальной политики – 65%. В то же время, как показывает практика, позитивных сдвигов при такой политике не происходит. Кроме того, в проекте федерального бюджета не предусмотрено обеспечения дополнительно передаваемых «вниз» полномочий,

⁸⁴ Глазьев С. Федеральная социально-экономическая политика: принципиальных изменений не намечается (по поводу правительственных бюджетных проектировок и прогнозных оценок – 2006) // Российский экономический журнал. – 2005. – №7-8. – С. 6-7.

вследствие чего бюджета субъектов Федерации может просто не хватить на реализацию всех намеченных планов. Таким образом, несмотря на необходимость рационализации бюджетных средств, другим, не менее важным, условием успешности запланированных мероприятий является увеличение бюджетных ассигнований.

Различные эксперименты в области регулирования бюджетных средств в сфере здравоохранения на протяжении последних лет привели к тому, что в настоящее время взят курс на соединение текущей и перспективной деятельности медицинских учреждений. В интервью «Новой газете» заместитель министра здравоохранения *В.И. Стародубов* отметил: «Наше здравоохранение в последние 10 – 12 лет привыкло работать без денег, а теперь мы должны научиться работать с деньгами. У нас впервые за последние 15 лет те изменения, которые касаются здравоохранения, проводятся с принятием мер по его финансированию. Такая возможность за все годы моей работы в здравоохранении появилась впервые. Нас интересует не сама система здравоохранения как субъект воздействия, нас интересует, чтобы у пациента было больше возможностей получения другого объема и другого уровня медицинской помощи. Сейчас нужно использовать тот уникальный шанс, который выпал здравоохранению»⁸⁵.

Переход отрасли на финансирование по принципам БОР, с одной стороны, обеспечивает стимулирование к достижению запланированных результатов, с другой – позволяет более рационально и эффективно использовать имеющиеся денежные средства. Как отмечено в Концепции реформирования бюджетного процесса РФ в 2004 – 2006 гг., «в отличие от преобладающего в настоящее время сметного планирования (на основе индексации сложившихся затрат по дробным позициям бюджетной классификации), программно-целевое бюджетное планирование исходит из необходимости направления бюджетных средств на достижение общественно значимых и, как правило, количественно измеримых результатов деятельности администраторов бюджетных средств с одновременным мониторингом и контролем за достижением намеченных целей и результатов, а также обеспечением качества внутриведомственных процедур бюджетного планирования и финансового менеджмента»⁸⁶. Постепенный переход все

⁸⁵ Новая газета. – 2005. – №89. – 28 ноября.

⁸⁶ Концепция реформирования бюджетного процесса Российской Федерации в 2004 – 2006 гг. – М., 2004.

большого количества развитых стран к бюджетированию, ориентированному на результат, также свидетельствует о перспективности данного метода.

Усиление роли планирования в деятельности медицинских учреждений предполагает внедрение новых, современных, методик сбора информации и оценки деятельности. К таким методикам можно отнести мониторинг и финансовый макроанализ системы здравоохранения. Опыт Вологодской области свидетельствует о том, что с их помощью можно устанавливать индикаторы, которые объективно отражают качество деятельности медицинских учреждений. Вместе с тем удастся научно обоснованно определять самые насущные проблемы здравоохранения в различных районах области и наиболее затратные виды заболеваний. В настоящее время данные, полученные в результате использования социально-экономического мониторинга и финансового макроанализа, учитываются при планировании бюджетных расходов в сфере здравоохранения Вологодской области. Дальнейшее применение этих методик в рамках бюджетирования, ориентированного на результат, будет способствовать построению развитой системы индикативного планирования, необходимой для эффективного функционирования отрасли здравоохранения в новых условиях.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

**Постановление Правительства Российской Федерации от 22 мая
2004 г. №249 г. Москва**

**О МЕРАХ ПО ПОВЫШЕНИЮ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ
БЮДЖЕТНЫХ РАСХОДОВ**

Опубликовано 1 июня 2004 г.

Вступает в силу с 9 июня 2004 г.

В целях повышения результативности бюджетных расходов Правительство Российской Федерации постановляет:

1. Одобрить прилагаемую Концепцию реформирования бюджетного процесса в Российской Федерации в 2004 – 2006 годах.

Министерству финансов Российской Федерации, другим федеральным органам исполнительной власти руководствоваться положениями указанной Концепции при формировании и организации исполнения федерального бюджета, а также при подготовке проектов федеральных законов и иных нормативных правовых актов.

Рекомендовать органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органам местного самоуправления разработать и реализовать меры по повышению результативности расходов соответствующих бюджетов согласно основным положениям указанной Концепции.

2. Утвердить прилагаемые:

– Положение о докладах о результатах и основных направлениях деятельности субъектов бюджетного планирования;

– план мероприятий по реализации Концепции реформирования бюджетного процесса в Российской Федерации в 2004 – 2006 годах.

**Председатель Правительства
Российской Федерации
М. Фрадков**

Некоторые финансовые показатели деятельности муниципального здравоохранения Вологодской области

Районы области	Зарплата	Рейтинг	Тарифы на медицинские услуги				Рейтинг районов по видам помощи (3 – 6)	Загрязнения на 1 чел.	Рейтинг	Средний рейтинг (2, 7, 9)
			Скорая помощь	Стационары	АПУ	Дневные стационары				
Вологодская область	3 481						3 349			
Бабаевский р-н	2 965	15	355	196	51	83	15	1 861	21	17
Бабушкинский р-н	2 499	24	361	276	45	0	13	1 898	18	18
Белозерский р-н	3 000	13	286	266	52	158	10	2 042	11	11
Вашкинский р-н	3 155	8	202	312	44	99	14	2 446	4	9
Великоустогский р-н	3 300	4	217	339	47	134	10	1 915	16	10
Верховажский р-н	3 152	9	251	250	51	0	15	1 820	23	16
Вожегодский р-н	2 487	25	166	281	45	0	19	1 886	20	21
Вологодский р-н	2 236	27	328	250	39	95	17	2 322	5	16
Вытегорский р-н	2 134	28	189	296	44	0	20	1 891	19	22
Грязовецкий р-н	2 909	18	237	283	45	66	17	1 797	24	20
Кадуйский р-н	2 929	17	346	286	46	73	13	1 658	26	19
Кирилловский р-н	2 711	20	262	259	45	0	17	2 034	12	16
Кичм.-Городицкий р-н	2 942	16	190	245	58	136	13	1 947	15	15
Междуреченский р-н	3 045	12	573	326	41	108	10	2 251	7	10
Никольский р-н	2 319	26	99	277	35	76	21	1 423	27	25
Нюксенский р-н	3 511	3	412	270	43	94	14	1 968	13	10
Сокольский р-н	2 972	14	196	345	39	69	17	2 140	9	13
Сямженский р-н	2 630	22	382	277	43	0	15	2 073	10	16
Тарногский р-н	2 842	19	309	330	51	73	11	2 226	8	13
Тотемский р-н	3 133	11	170	274	53	166	12	1 835	22	15
Усть-Кубинский р-н	2 590	23	272	238	54	109	13	2 458	3	13
Устюженский р-н	3 151	10	249	295	45	95	14	1 962	14	13
Харовский р-н	3 182	7	191	249	48	0	19	1 909	17	14
Чагодощенский р-н	2 708	21	215	244	64	107	14	1 751	25	20
Череповецкий р-н	3 203	6	0	220	72	67	16	1 191	28	17
Шекснинский р-н	3 236	5	186	296	50	90	15	2 279	6	9
г. Череповец	4 573	1	414	413	52	110	4	3 555	1	2
г. Вологда	3 588	2	412	413	57	135	4	2 889	2	3

*Рейтинговая оценка составлялась по убывающей шкале (от районов с самыми высокими показателями к районам с самыми низкими).

Медико-демографические показатели

Территории	Заболееваемость на 100 тыс. чел.						Средний рейтинг за 2000 – 2004 гг.	Болезненность на 100 тыс. чел.						Средний рейтинг за 2000 – 2004 гг.			
	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2000 г.		2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2000 г.	2001 г.		2002 г.	2003 г.	2004 г.
	Бабавский р-н	53 529	60 611	58 963	47 546	49 571		9	102 988	110 238	108 426	103 470	105 388		12		
Бабашинский р-н	49 000	48 628	47 889	38 635	34 083	4	79 178	79 475	79 718	72 808	68 122	2					
Белозерский р-н	61 591	70 633	69 269	50 015	54 733	16	120 828	138 585	145 336	143 670	147 362	24					
Вашинский р-н	66 685	69 102	73 292	57 810	49 861	16	121 759	117 135	119 811	110 710	104 825	17					
Великоустюгский р-н	80 744	82 684	83 035	53 206	56 336	22	134 071	135 565	137 438	116 525	127 705	23					
Верховажский р-н	42 266	49 187	49 271	31 375	33 491	3	78 876	88 810	93 018	73 664	75 793	3					
Вожегодский р-н	75 063	81 548	77 991	58 364	62 371	23	111 759	122 917	119 597	101 553	110 991	16					
Вологодский р-н	53 394	51 089	54 021	30 195	25 613	3	97 331	95 842	100 605	75 813	72 260	4					
Вытегорский р-н	60 021	61 076	63 898	41 190	45 744	9	98 979	97 432	106 189	81 416	95 372	7					
Грязовецкий р-н	68 952	72 249	73 717	49 460	50 547	17	99 698	107 822	111 327	86 569	92 101	8					
Кадуйский р-н	67 134	72 587	69 483	55 525	56 821	18	102 771	116 199	114 330	97 728	101 332	12					
Кирилловский р-н	64 246	67 003	64 987	43 702	48 355	11	113 272	117 496	115 898	94 388	94 070	13					
Кичм.-Городицкий р-н	60 434	60 345	60 115	48 559	49 070	10	108 845	110 786	107 966	108 028	113 543	13					
Междуреченский р-н	103 728	94 260	104 271	73 871	68 235	27	188 469	168 514	175 808	154 408	151 437	27					
Никольский р-н	47 667	37 670	33 417	25 246	27 040	1	79 836	692 31	64 508	54 901	62 820	1					
Нюксенский р-н	67 657	66 899	67 153	40 016	41 450	11	103 828	106 370	110 815	87 412	92 347	8					
Сокольский р-н	113 490	122 185	111 279	78 273	86 976	28	179 496	192 629	190 075	161 418	167 955	28					
Сямженский р-н	69 492	67 340	79 068	43 768	50 279	16	126 195	120 628	135 667	80 843	98 028	15					
Тарногский р-н	69 389	74 663	66 899	50 870	50 875	18	109 972	120 662	114 099	113 241	116 533	17					
Тотемский р-н	71 772	74 277	77 720	38 379	46 023	15	115 830	127 172	139 604	104 771	111 355	19					
Усть-Кубинский р-н	65 487	72 850	77 524	68 198	83 159	21	109 644	116 572	126 758	115 470	147 521	18					
Устюженский р-н	64 611	60 345	66 160	32 956	45 475	8	118 068	122 693	118 640	93 477	115 245	16					
Харовский р-н	90 582	87 387	91 350	58 165	60 464	25	151 395	146 042	148 730	119 125	125 361	25					
Чагодощенский р-н	66 837	66 775	63 419	47 444	52 276	13	115 817	117 176	116 622	96 766	106 515	15					
Череповецкий р-н	56 309	59 592	57 440	34 851	36 416	5	91 226	96 943	95 895	76 020	93 883	5					
Шекнинский р-н	77 573	69 238	76 659	45 171	41 524	15	130 552	126 695	137 010	95 545	93 122	17					
г. Череповец	88 923	85 362	80 474	49 212	50 047	20	135 569	134 434	129 080	95 209	101 696	18					
г. Вологда	101 059	93 830	93 018	56 354	54 687	24	152 925	146 356	146 214	116 804	118 043	25					

Окончание приложения 3

Территории	Число умерших в расчете на 1 тыс. человек								Рейтинг								Ср. рейтинг					
	2000				2001				2002				2003					2004				
	2000	2001	2002	2003	2004	2000	2001	2002	2003	2004	2000	2001	2002	2003	2004	2000		2001	2002	2003	2004	
Бабавский р-н	23	22	24	27	26	26	22	24	26	26	25	325	334	352	379	382	27	28	26	28	27	27
Бабашинский р-н	17	20	21	24	21	8	17	15	17	12	14	174	178	182	185	188	4	2	2	2	3	3
Белозерский р-н	18	20	24	26	22	11	17	24	24	16	18	306	300	317	317	323	25	23	23	23	23	23
Вашинский р-н	18	24	21	24	25	11	26	15	13	25	18	268	282	287	289	293	19	18	19	21	20	19
Великоустогский р-н	17	19	20	23	22	8	9	9	11	13	10	297	295	294	294	297	24	21	20	22	21	22
Верховажский р-н	19	19	19	21	20	17	9	4	9	8	9	169	195	208	204	218	3	5	4	4	5	4
Вожегодский р-н	20	22	24	26	24	22	22	24	25	19	22	269	269	260	269	278	21	17	15	15	13	16
Вологодский р-н	15	17	19	18	19	4	6	4	3	4	4	160	187	183	190	174	1	3	3	3	2	2
Вытегорский р-н	19	21	21	24	24	17	19	15	14	22	17	201	217	230	226	248	6	7	8	9	8	8
Грязовецкий р-н	16	18	20	23	21	6	8	9	12	10	9	168	160	172	159	152	2	1	1	1	1	1
Кадуйский р-н	18	19	20	25	21	11	9	9	20	10	12	252	287	356	334	356	14	20	27	26	26	23
Кирилловский р-н	20	19	23	25	23	22	9	22	19	17	18	290	302	304	289	285	22	25	22	20	16	21
Кичменгско-Городецкий р-н	19	19	19	22	22	17	9	4	10	14	11	234	227	236	250	248	12	10	9	12	9	10
Междуреченский р-н	18	21	21	25	20	11	19	15	22	9	15	343	305	380	322	351	28	26	28	24	25	26
Никольский р-н	18	19	22	24	24	11	9	19	15	20	15	214	192	243	225	266	7	4	10	8	12	8
Нюксенский р-н	13	15	19	19	19	1	2	4	4	5	3	230	237	245	247	265	11	12	11	11	11	11
Сокольский р-н	20	22	26	24	24	22	22	27	16	23	22	264	298	299	287	291	18	22	21	19	18	20
Сямженский р-н	16	16	20	20	22	6	4	9	8	14	8	296	300	339	343	401	23	23	25	27	28	25
Тарногский р-н	18	17	18	19	19	11	6	3	6	6	6	268	286	279	274	285	19	19	18	16	17	18
Тотемский р-н	15	16	20	19	20	4	4	9	4	7	6	219	236	277	281	292	8	11	17	17	19	14
Усть-Кубинский р-н	19	21	19	25	24	17	19	4	22	20	16	249	252	258	256	329	13	13	14	13	24	15
Устюженский р-н	23	27	23	28	27	26	28	22	27	28	26	254	256	271	281	308	16	15	16	18	22	17
Харовский р-н	20	22	22	25	23	22	22	19	20	18	20	227	221	215	208	220	10	8	5	5	6	7
Чагодощенский р-н	26	25	27	29	27	28	27	28	28	27	28	257	259	256	262	282	17	16	13	14	15	15
Череповецкий р-н	17	19	22	24	25	8	9	19	17	24	15	191	197	219	224	238	5	6	6	7	7	6
Шекснинский р-н	19	19	20	19	18	17	9	9	6	3	9	307	320	323	327	278	26	27	24	25	14	23
г. Череповец	13	14	14	16	15	1	1	1	1	1	1	252	253	248	246	256	14	14	12	10	10	12
г. Вологда	13	15	15	17	17	1	2	2	2	2	2	220	222	222	220	216	9	9	7	6	4	7

Показатели обеспеченности ресурсами здравоохранения Вологодской области

Территории	Укомплектованность врачами				Средний рейтинг				Укомплектованность средним медицинским персоналом				Рейтинг				Средний рейтинг
	2002		2003		2004		2004		2002		2003		2004		2004		
	2002	2003	2004	2004	2002	2003	2004	2004	2002	2003	2004	2004	2002	2003	2004	2004	
Бабавский р-н	88	93	54	17	8	13	13	13	99	99	80	80	4	4	12	7	
Бабушкинский р-н	68	67	46	28	28	22	26	26	95	91	84	84	20	25	8	18	
Белозерский р-н	75	80	48	26	21	21	23	23	93	96	80	80	24	15	13	17	
Вашинский р-н	100	92	51	1	10	20	10	10	97	97	84	84	12	12	6	10	
Великоустогский р-н	100	100	54	1	1	12	5	5	100	100	81	81	1	1	9	4	
Верховажский р-н	91	88	55	11	16	11	13	13	96	99	89	89	16	4	2	7	
Вожегодский р-н	95	95	59	6	3	4	4	4	99	99	86	86	4	4	4	4	
Вологодский р-н	86	78	44	19	26	24	23	23	98	94	69	69	9	20	24	18	
Вытегорский р-н	99	95	67	3	3	1	2	2	99	99	85	85	4	4	5	4	
Грязовецкий р-н	91	92	57	11	10	8	10	10	98	97	77	77	9	12	14	12	
Кадуйский р-н	94	93	58	8	8	5	7	7	100	100	81	81	1	1	10	4	
Кирилловский р-н	80	91	57	23	13	8	15	15	98	96	70	70	9	15	22	15	
Кичм.-Городецкий р-н	96	95	52	5	3	17	8	8	100	100	84	84	1	1	7	3	
Междуреченский р-н	84	79	46	20	24	23	22	22	88	90	69	69	28	27	23	26	
Никольский р-н	91	89	40	11	15	26	17	17	97	97	89	89	12	12	2	9	
Нюхненский р-н	80	80	36	23	21	27	24	24	90	93	72	72	27	22	20	23	
Сокольский р-н	93	94	56	9	7	10	9	9	96	96	66	66	16	15	25	19	
Сямженский р-н	75	71	44	26	27	25	26	26	96	98	77	77	16	9	16	14	
Тарногский р-н	90	88	61	14	16	2	11	11	99	98	90	90	4	9	1	5	
Тотемский р-н	93	92	57	9	10	7	9	9	97	95	77	77	12	19	17	16	
Усть-Кубинский р-н	82	80	51	22	21	19	21	21	97	88	75	75	12	28	19	20	
Устюженский р-н	98	100	58	4	1	6	4	4	91	92	76	76	26	24	18	23	
Харовский р-н	89	83	60	16	20	3	13	13	96	96	77	77	16	15	15	15	
Чагодощенский р-н	79	79	51	25	24	18	22	22	94	93	71	71	21	22	21	21	
Череповецкий р-н	83	87	52	21	18	16	18	18	94	91	63	63	21	25	27	24	
Шекснинский р-н	88	85	54	17	19	14	17	17	93	98	81	81	24	9	11	15	
г. Череповец	95	95	53	6	3	15	8	8	99	99	64	64	4	4	26	11	
г. Вологда	90	91	51	14	13	20	16	16	94	94	56	56	21	20	28	23	

Окончание приложения 4

Территории	Обеспеченность врачами (на 10 тыс. чел.)								Средний рейтинг за 2000 – 2004 гг.	Обеспеченность средним медицинским персоналом (на 10 тыс. чел.)				Средний рейтинг за 2000 – 2004 гг.
	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.		2003 г.	2004 г.			
	Бабаевский р-н	17	17	19	19	19,6	90	91		95	96	95,7	9	
Бабушкинский р-н	13	12	11	11	10,9	89	87	88	90	90,3	14			
Белозерский р-н	14	15	15	16	16,2	90	94	88,4	96	95,5	10			
Вашкинский р-н	17	17	16	14	14,2	105	108	111	109	118,6	2			
Великоустюгский р-н	28	28	29	28	29,7	119	123	126	128	138	1			
Верховажский р-н	11	11	12	11	11,1	76	76	79	80	83,1	22			
Вожегодский р-н	13	13	14	14	15,5	82	81	80	82	84,8	20			
Вологодский р-н	12	12	12	11	9,2	47	48	45	43	40,6	28			
Вытегорский р-н	14	15	13,8	14	14,7	86	84	82	80	86,9	18			
Грязовецкий р-н	12	12	10,7	11	11	60	59	59	59	62,7	27			
Кадульский р-н	18	17	17,7	19	17	80	82	80	83	83,8	20			
Кирилловский р-н	14	14	14,7	16	16,8	84	83	82	83	84,2	19			
Кичм.-Городецкий р-н	13	14	13,8	14	14,2	87	88	90	91	98,8	12			
Междуреченский р-н	14	13	13,9	14	14,7	92	88	87	89	90,8	13			
Никольский р-н	9	8	8,5	8	8	100	100	100	96	99,3	5			
Нюкенский р-н	15	15	14,6	14	14,6	97	89	86	91	96,1	11			
Сокольский р-н	26	27	26,2	26	24,3	102	101	94	93	94,5	7			
Сямженский р-н	13	13	13,9	12	13,6	97	92	97	93	103,6	7			
Тарногский р-н	15	16	17,2	18	16,5	100	101	100	102	110,6	4			
Тотемский р-н	17	17	16,2	16	16	87	85	85	85	88,7	17			
Усть-Кубинский р-н	12	12	12,4	13	14,9	89	89	90	93	100,4	10			
Устюженский р-н	16	16	16,5	16	16,5	74	76	77	78	76,8	23			
Харовский р-н	17	17	16,4	16	16,5	78	74	74	78	83,8	23			
Чагодощенский р-н	17	18	17,3	18	17,1	99	98	93	89	90,5	10			
Череповецкий р-н	14	14	14,3	14	13,8	63	63	61	57	57,3	26			
Шекснинский р-н	18	18	18,5	17	15,2	93	86	91	93	80,8	13			
г. Череповец	36	35	35,2	35	36,1	109	111	107	106	108,7	3			
г. Вологда	31	30	27,8	29	29	76	71	71	73	73,1	25			

Ранжирование районов Вологодской области по показателям здоровья населения

Территории	Смертность		Заболееваемость		Болезненность		Число лиц, состоящих на диспансерном наблюдении 2004 г.	Число лиц, состоящих на диспансерном наблюдении 2000–2004 гг.	Средний рейтинг районов за 2004 год	Средний рейтинг районов за 2000 – 2004 гг.
	2004 г.	2000–2004 гг.	2004 г.	2000–2004 гг.	2004 г.	2000–2004 гг.				
Бабаевский р-н	26	25	13	9	15	12	27	27	20	18
Бабушкинский р-н	12	14	4	4	2	2	3	3	5	6
Белозерский р-н	16	18	21	16	25	24	23	23	21	20
Вашкинский р-н	25	18	14	16	14	17	20	19	18	18
Великоустюгский р-н	13	10	22	22	24	23	21	22	20	19
Верховажский р-н	8	9	3	3	4	3	5	4	5	5
Вожегодский р-н	19	22	25	23	17	16	13	16	19	19
Вологодский р-н	4	4	1	3	3	4	2	2	3	3
Вытегорский р-н	22	17	9	9	10	7	8	8	12	10
Грязовецкий р-н	10	9	17	17	5	8	1	1	8	9
Кадуйский р-н	10	12	23	18	12	12	26	23	18	16
Кирилловский р-н	17	18	11	11	9	13	16	21	13	16
Кичи.-Городецкий р-н	14	11	12	10	19	13	9	10	14	11
Междуреченский р-н	9	15	26	27	27	27	25	26	22	24
Никольский р-н	20	15	2	1	1	1	12	8	9	6
Нюксенский р-н	5	3	6	11	6	8	11	11	7	8
Сокольский р-н	23	22	28	28	28	28	18	20	24	24
Сямженский р-н	14	8	16	16	11	15	28	25	17	16
Тарногский р-н	6	6	18	18	21	17	17	18	16	15
Тотемский р-н	7	6	10	15	18	19	19	14	14	14
Усть-Кубинский р-н	20	16	27	21	26	18	24	15	24	18
Устюженский р-н	28	26	8	8	20	16	22	17	20	17
Харовский р-н	18	20	24	25	23	25	6	7	18	19
Чагодощенский р-н	27	28	19	13	16	15	15	15	19	18
Череповецкий р-н	24	15	5	5	8	5	7	6	11	8
Шекснинский р-н	3	9	7	15	7	17	14	23	8	16
г. Череповец	1	1	15	20	13	18	10	12	10	13
г. Вологда	2	2	20	24	22	25	4	7	12	14

Приложение 6

**Показатели мониторинга системы здравоохранения
(в соответствии с задачами программы «Здоровье-21»*)**

№	Индикатор в виде показателей	Источник информации
1.1	Ожидаемая продолжительность жизни среди населения, по полу, в различных возрастных группах, среди городского и сельского населения	Облкомстат
1.2	Рождаемость среди городского и сельского населения (в сравнении)	
1.3	Смертность городского и сельского населения по возрастным группам (в сравнении)	
1.4	Естественный прирост в городе и на селе (в сравнении)	
1.5	Динамика доходов населения (на душу населения), по группам и слоям населения, по годам	
1.6	Стоимость «потребительской корзины» по группам и слоям населения	
1.7	Среднедушевой доход различных групп и слоев населения	
1.8	Уровень безработицы среди различных слоев населения	Департамент труда и социального развития
1.9	Процент населения, имеющего доходы ниже прожиточного минимума	Облкомстат
1.10	Самооценка здоровья в соответствующей возрастной группе: по полу; по городам и районам области	Опрос населения (ЦМП, ВНКЦ РАН и др.)
2.1	Показатель младенческой смертности, по полу, на 1 тыс. новорожденных	Областной комитет гос. статистики, расчет
2.2	Показатель детской смертности, на 100 тыс. детей	
2.3	Показатель материнской смертности, от всех причин (на 100 тыс.)	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие мед. помощь, родовспомогательные учреждения)
2.4	Частота искусственных абортов, по возрасту, на 1 тыс. женщин фертильного возраста	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие мед. помощь)
2.5	Процент детей, родившихся с массой тела менее 2500 г.	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие стационарную помощь)
2.6	Процент детей, находящихся на грудном вскармливании до 6 мес., до 1 года	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие помощь)
2.7	Показатель зарегистрированных несчастных случаев среди детей до 7 лет, на 1 тыс. детей соответствующего возраста	УВД области и другие заинтересованные ведомства
3.1	Заболееваемость детей и подростков (0 – 17 лет), по возрасту и полу, структура заболеваемости	Департамент здравоохранения (ГУЗ ВО МИАЦ, Бюро медицинской статистики), программа диспансеризации детского населения
3.2	Уровень хронической патологии у детей и подростков	
3.3	Показатели инвалидности среди детей и подростков (контингенты и распределение детей-инвалидов, причины выхода на инвалидность, классы патологии, обусловившие инвалидность детей)	
3.4	Показатели физического развития детей и молодежи, по возрасту и полу	
3.5	Показатели психического развития детей и молодежи, по возрасту и полу	
3.6	Удельный вес часто и длительно болеющих детей	
* Показатели разработаны и предоставлены специалистами ГУЗ ВО «Медицинский информационно-аналитический центр» и Департамента здравоохранения Вологодской области А.И. Попугаевым, Б.Д.Гусевым, Р.В. Петуховым.		

Продолжение приложения 6

3.7	Процент практически здоровых детей при поступлении в школу, по данным ПМО	Департамент здравоохранения, Департамент образования области
3.8	Процент практически здоровых лиц среди молодежи, по данным призывной комиссии	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие мед. помощь), Военный комиссариат области
3.9	Доля лиц соответствующего возраста, употребляющих никотин, алкоголь, наркотические и токсические вещества	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие мед. помощь), опрос населения (ЦМП, ВНКЦ ЦЭМИ РАН и др.)
3.10	Число ВИЧ-инфицированных на 100 тыс. населения данного возраста	Областной центр профилактики и борьбы со СПИДом
3.11	Количество беременных женщин до 18 лет	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие мед. помощь),
3.12	Частота госпитализации вследствие наркомании и токсикомании, на 100 тыс. населения соответствующего возраста	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие стационарную помощь, наркологические учреждения)
3.13	Число лиц, состоящих на диспансерном и профилактическом учете по поводу наркомании и токсикомании, на 100 тыс. населения данного возраста	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие амбулаторную помощь, наркологические учреждения)
3.14	Доля детей, подвергшихся насилию, в соответствующей возрастной группе	УВД области, опрос населения (ЦМП, ВНКЦ ЦЭМИ РАН и др.)
3.15	Частота искусственных абортов в возрасте до 14 лет, на 1 тыс. женщин данного возраста	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие стационарную помощь)
3.16	Частота искусственных абортов в возрасте 15 – 19 лет, на 1 тыс. женщин данного возраста	
3.17	Процент охвата школьников в секциях, кружках и клубах в соответствующей возрастной группе	Департамент культуры области; Департамент образования области
3.18	Самооценка своего здоровья в соответствующей возрастной группе	Опрос населения (ЦМП, ВНКЦ ЦЭМИ РАН и др.)
3.19	Показатель смертности на 100 тыс. населения данного возраста	Областной комитет гос. статистики, расчет
3.20	Показатель смертности вследствие самоубийств, на 100 тыс. населения данного возраста	
3.21	Показатель смертности вследствие злоупотребления наркотиками и токсикомании, повреждений без уточнений, на 100 тыс. населения данного возраста	
4.1	Ожидаемая продолжительность здоровой жизни среди населения трудоспособного возраста, годы	
4.2	Показатель смертности населения трудоспособного возраста, от всех причин, по полу и возрасту	
4.3	Показатель заболеваемости в трудоспособном возрасте с учетом причин, пола и возраста	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие медицинскую помощь)
4.4	Показатель первичного выхода на инвалидность в трудоспособном возрасте с учетом причин, пола и возраста	Областное бюро медико-социальной экспертизы, областное бюро социальной защиты

Продолжение приложения 6

4.5	Показатель временной нетрудоспособности (частота случаев и число дней), расходы на оплату больничного листа	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие мед. помощь), Департамент социального страхования
4.6	Показатель профессиональной заболеваемости по причинам, полу и возрасту	Центр Роспотребнадзора, Государственная техническая инспекция труда
4.7	Число лет жизни, потерянных в результате преждевременной смерти до 60 лет	Областной комитет гос. статистики, расчет
4.8	Оценка личного восприятия состояния физического здоровья, социальной поддержки, качества жизни среди населения, по полу и возрасту	Опрос населения
4.9	Число занимающихся физкультурой на 1 тыс. трудоспособного населения, по полу, возрасту	Областной комитет по физкультуре и спорту
5.1	Ожидаемая продолжительность жизни в возрасте 65 лет (до 60 лет)	Областной комитет гос. статистики, расчет
5.2	Численность и процент населения 60 лет и старше	
5.3	Численность и процент населения 80 лет и старше	
5.4	Доля населения в возрасте (60 лет и старше), оценивающих свое здоровье как «хорошее»	Опрос населения (ЦМП, ВНКЦ ЦЭМИ РАН и др.)
5.8	Доля инвалидов среди лиц старше 60 лет и структура заболеваемости по первичному выходу на инвалидность	Областное бюро медико-социальной экспертизы, областное бюро социальной защиты, Департамент здравоохранения
6.1	Стандартизованный коэффициент смертности от самоубийств и самоповреждений, все возрасты, на 100 тыс. нас.	Областной комитет гос. статистики
6.2	Показатель смертности в результате самоубийств и самоповреждений, по полу и возрасту, на 100 тыс. нас. соответствующей группы	
6.3	Показатель первичного выхода на инвалидность вследствие психических заболеваний, по полу и возрасту, на 100 тыс. соответствующего населения	Областное бюро медико-социальной экспертизы, областное бюро социальной защиты
6.4	Показатель заболеваемости невротами и функциональными психозами, по полу и возрасту, на 100 тыс. соответствующего населения	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие амбулаторную помощь, психиатрические учреждения)
7.1	Число лиц, получивших травмы на производстве, на 100 тыс. нас. по полу и возрасту	Государственная техническая инспекция труда
7.2	Показатель смертности вследствие несчастных случаев на производстве на 100 тыс. нас., по полу и возрасту	
7.3	Стандартизованный показатель первичного выхода на инвалидность вследствие несчастных случаев, отравлений и травм, в том числе производственных, на 100 тыс. нас.	Областное бюро медико-социальной экспертизы, областное бюро социальной защиты, расчет
7.4	Показатель первичного выхода на инвалидность вследствие несчастных случаев, отравлений и травм, в том числе производственных, на 100 тыс. соответствующего населения	
7.5	Показатель профессиональной заболеваемости на 100 тыс. нас., по полу и возрасту	Центр Роспотребнадзора, Государственная техническая инспекция труда
7.6	Стандартизованный коэффициент смертности вследствие травм и отравлений, на 100 тыс. нас.	Областной комитет гос. статистики, расчет
7.7	Число лиц, получивших травмы в быту, на 100 тыс. нас., по полу и возрасту	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие амбулаторную помощь)

Продолжение приложения 6

7.8	Число госпитализированных по поводу травм, на 100 тыс. нас., по полу и возрасту	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие стационарную помощь)
7.9	Показатель смертности от травм, отравлений, вызванных внешними причинами, по полу и возрасту, на 100 тыс. нас. соответствующей группы	Областной комитет государственной статистики
7.10	Стандартизованный коэффициент смертности вследствие дорожно-транспортных происшествий, на 100 тыс. нас.	
7.11	Число дорожно-транспортных происшествий с травмами, на 100 тыс. населения	Областное УВД, ГИБДД
7.12	Число травмированных в дорожно-транспортных происшествиях, на 100 тыс. нас., по полу и возрасту	Областное УВД, ГИБДД, Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие мед. помощь)
7.13	Показатель смертности вследствие дорожно-транспортных происшествий, по полу и возрасту, на 100 тыс. нас. соответствующей группы	Областной комитет гос. статистики, ГИБДД
7.14	Доля травмированных в состоянии алкогольного опьянения	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие мед. помощь)
8.1	Стандартизованный коэффициент смертности от болезней системы кровообращения, 0 – 60 лет, на 100 тыс. нас. этого возраста	Областной комитет гос. статистики, расчет
8.2	Стандартизованный коэффициент смертности от ишемической болезни сердца (ИБС), 0 – 64 года (0 – 60 лет), на 100 тыс. нас. этого возраста	
8.3	Стандартизованный коэффициент смертности от сосудистых поражений мозга, 0 – 64 года (0 – 60 лет), на 100 тыс. нас. этого возраста	
8.4	Стандартизованный коэффициент смертности от цереброваскулярных болезней, 0 – 60 лет, на 100 тыс. нас. этого возраста	
8.5	Стандартизованный коэффициент смертности от болезней органов системы кровообращения, на 100 тыс. нас. этого возраста	
8.6	Стандартизованный коэффициент смертности от ишемической болезни сердца, на 100 тыс. нас., все возрасты	
8.7	Стандартизованный коэффициент смертности от сосудистых поражений мозга, на 100 тыс. нас., все возрасты	
8.8	Стандартизованный коэффициент смертности от цереброваскулярных болезней, на 100 тыс. нас., все возрасты	
8.9	Стандартизованный показатель заболеваемости ишемической болезнью сердца, на 100 тыс. населения	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие мед. помощь), расчет
8.10	Показатель заболеваемости ИБС, по полу и возрасту, на 100 тыс. соответствующего возраста	
8.11	Стандартизованный показатель заболеваемости цереброваскулярными болезнями, на 100 тыс. нас.	
8.12	Показатель заболеваемости цереброваскулярными болезнями, по полу и возрасту, на 100 тыс. соответствующего населения	
8.13	Стандартизованный показатель первичного выхода на инвалидность вследствие ишемической болезни сердца, на 100 тыс. нас.	Областное бюро медико-социальной экспертизы, областное бюро социальной защиты, расчет
8.14	Показатель первичного выхода на инвалидность вследствие ишемической болезни сердца, по полу и возрасту, на 100 тыс. соответствующего населения	Областное бюро медико-социальной экспертизы, областное бюро социальной защиты

Продолжение приложения 6

8.15	Стандартизованный показатель первичного выхода на инвалидность вследствие цереброваскулярных болезней, на 100 тыс. нас.	Областное бюро медико-социальной экспертизы, областное бюро социальной защиты, расчет
8.16	Показатель первичного выхода на инвалидность вследствие цереброваскулярных болезней, по полу и возрасту, на 100 тыс. соответствующего населения	Областное бюро медико-социальной экспертизы, областное бюро социальной защиты
8.17	Стандартизованный коэффициент смертности от злокачественных новообразований, на 100 тыс. нас.	Областной комитет гос. статистики, расчет
8.18	Показатель смертности от злокачественных новообразований, по полу и возрасту, на 100 тыс. нас.	
8.19	Стандартизованный коэффициент смертности от злокачественных новообразований 0 – 64 года (0 – 60 лет) на 100 тыс. нас. этого возраста	
8.20	Стандартизованный коэффициент смертности от рака трахеи, бронхов и легких, на 100 тыс. нас.	
8.21	Стандартизованный коэффициент смертности от рака трахеи, бронхов и легких, 0 – 64 года (0 – 60 лет), на 100 тыс. нас. этого возраста	
8.22	Стандартизованный показатель смертности от рака шейки матки, на 100 тыс. женщин	
8.23	Стандартизованный коэффициент смертности от рака шейки матки, 0 – 64 года (0 – 60 лет), на 100 тыс. женщин этого возраста	
8.24	Стандартизованный коэффициент смертности от рака молочной железы, на 100 тыс. женщин	
8.25	Стандартизованный коэффициент смертности от рака молочной железы, 0 – 64 года (0 – 60 лет), на 100 тыс. женщин	
8.26	Стандартизованный коэффициент смертности от злокачественных новообразований органов пищеварения, все возрасты на 100 тыс. нас.	
8.27	Стандартизованный коэффициент смертности от злокачественных новообразований органов пищеварения, все возрасты, 0 – 64 года (0 – 60 лет), на 100 тыс. нас.	
8.28	Стандартизованный коэффициент смертности от злокачественных опухолей толстой и прямой кишки, на 100 тыс. нас.	
8.29	Стандартизованный коэффициент смертности от злокачественных опухолей толстой и прямой кишки (0 – 60 лет), на 100 тыс. нас. данного возраста	
8.30	Показатель заболеваемости раком шейки матки, по возрасту, на 100 тыс. женщин соответствующего возраста	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие мед. помощь, онкологические учреждения)
8.31	Показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями молочной железы, по возрасту, на 100 тыс. женщин соответствующего возраста	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие мед. помощь)
8.32	Показатель заболеваемости сахарным диабетом, по полу и возрасту, на 100 тыс. нас.	Областной комитет гос. статистики, расчет
8.33	Стандартизованный показатель смертности от сахарного диабета, на 100 тыс. нас.	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие мед. помощь)
8.34	Показатель заболеваемости анемией, по полу и возрасту, на 100 тыс. нас.	Областной комитет гос. статистики, расчет
9.1	Показатель смертности от инфекционных заболеваний на 100 тыс. нас.	Областной комитет гос. статистики, расчет
9.2	Стандартизованный показатель смертности от гепатита А, В, С и др. на 100 тыс. нас.	
9.3	Стандартизованный коэффициент смертности от туберкулеза на 100 тыс. нас.	
9.4	Заболеваемость ОКИ на 100 тыс. нас., по полу и возрасту	Центр Роспотребнадзора
9.5	Заболеваемость гепатитом А, В, С и др. на 100 тыс. нас., по полу и возрасту	

Продолжение приложения 6

9.6	Заболеваемость туберкулезом на 100 тыс. нас., по полу и возрасту	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие мед. помощь)
9.7	Заболеваемость ЗППП на 100 тыс. нас., по полу и возрасту	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие мед. помощь)
9.8	Число ВИЧ-инфицированных на 100 тыс. нас.	Областной центр профилактики и борьбы со СПИДом
9.9	Заболеваемость СПИДом на 100 тыс. нас., по полу и возрасту	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие мед. помощь)
9.10	Заболеваемость ОРВИ, гриппом на 100 тыс. нас., по полу и возрасту	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие мед. помощь)
9.11	Число вспышек инфекционных заболеваний и число пострадавших в них (ОКИ, дифтерия и др.)	Центр Роспотребнадзора
9.12	Показатели иммунной прослойки среди различных возрастных групп населения	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие мед. помощь), Областной комитет Госсанэпиднадзора
10.1	Концентрации загрязнителей атмосферного воздуха (по отдельным веществам)	Центр Роспотребнадзора
10.2	Доля населения, которое получает доброкачественную питьевую воду, удовлетворяющую стандартам (по данным лабораторного контроля)	Центр Роспотребнадзора, Департамент строительства, энергетики и жилищно-коммунального хозяйства
10.3	Выбросы загрязняющих веществ в атмосферный воздух, т	Центр Роспотребнадзора, Департамент охраны природы и природных ресурсов
10.4	Число техногенных аварий/катастроф в течение года	Областное подразделение Министерства по чрезвычайным ситуациям
10.5	Число пострадавших при техногенных авариях/катастрофах, в т.ч. со смертельным исходом	
10.6	Размер ущерба, нанесенного техногенными авариями /катастрофами	
10.7	Число часов в году со среднечасовой концентрацией взвешенных твердых частиц или сернистого ангидрида в атмосфере выше 250 мкг/куб. м	Центр Роспотребнадзора, Гидрометеослужба (ВЦ ГМС)
10.8	Число часов в году со среднечасовой концентрацией озона в атмосфере свыше 200 мкг/куб. м	Областной центр Госсанэпиднадзора, Гидрометеослужба (ВЦ ГМС)
10.9	Удельный вес рекреационных водоемов, удовлетворяющих нормативным требованиям	Областной центр Госсанэпиднадзора, Департамент охраны природы и природных ресурсов
10.10	Доля населения, обеспеченного водоснабжением, получающего воду из водопроводных колонок и из колодцев	Центр Роспотребнадзора, Департамент охраны природы и прир. ресурсов
10.11	Доля населения, обеспеченного централизованной канализацией с очистными сооружениями; канализацией с локальными очистными сооружениями; живущего в неканализованном жилом фонде	Центр Роспотребнадзора, Департамент строительства, энергетики и жилищно-коммунального хозяйства
10.12	Доля населения, обеспеченного системами сбора, удаления и утилизации жидких и твердых бытовых отходов	Центр Роспотребнадзора, Департамент строительства, энергетики и жилищно-коммунального хозяйства
10.13	Доля источников водоснабжения, отвечающих требованиям стандартов, из числа поверхностных, подземных, колодцев (каптаж, родники)	Центр Роспотребнадзора, областные жилищно-коммунальные хозяйства
10.14	Общий вес муниципальных отходов, т	Центр Роспотребнадзора, Департамент строительства, энергетики и жилищно-коммунального хозяйства
10.15	Площадь свалок, кв. м	Департамент строительства, энергетики и жилищно-коммунального хозяйства

Продолжение приложения 6

11.1	Процент некурящих среди взрослого населения старше 18 лет, по возрасту и полу	Опрос населения (ЦМП, ВНКЦ ЦЭМИ РАН и др.)
11.2	Процент курящих 20 и более сигарет в день среди взрослого населения старше 18 лет, по возрасту и полу	
11.3	Процент никогда не куривших среди взрослого населения старше 18 лет по возрасту и полу	
11.4	Процент бросивших курить в последние два года среди взрослого населения старше 18 лет, по возрасту и полу	
11.5	Процент сокративших курение в последние два года среди взрослого населения старше 18 лет, по полу и возрасту	
11.6	Потребление основных продуктов питания на душу населения	Областной комитет гос. статистики, расчет
11.7	Процент соотношения калорий с учетом общих энергетических затрат, получаемых за счет белков, жиров и углеводов	
11.8	Процент населения с повышенным индексом массы тела, по полу и возрасту	Опрос населения (ЦМП, ВНКЦ ЦЭМИ РАН и др.)
11.9	Доля лиц, часто употребляющих алкоголь, в соответствующих возрастных группах	
11.10	Доля лиц, потребляющих наркотические вещества, в соответствующих возрастных группах	
11.12	Доля лиц, занимающихся физкультурой и спортом, в соответствующей возрастной группе	Комитет по физ. культуре и спорту, опрос населения (ЦМП, ВНКЦ РАН и др.)
12.1	Показатели потребления алкоголя в литрах на душу населения (возможны другие показатели), по полу и возрасту	Областной комитет государственной статистики, расчет, Департамент продовольственных ресурсов области
12.2	Заболеваемость и болезненность алкогольными психозами на 100 тыс. нас.	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие мед. помощь, наркологические учреждения)
12.3	Число лиц, состоящих на диспансерном и профилактическом учете по поводу алкоголизма, на 100 тыс. нас., по полу и возрасту	
12.4	Доля лиц, употребляющих наркотические и токсические вещества, в соответствующих возрастных группах	Опрос населения (ЦМП, ВНКЦ РАН и др.)
12.5	Число лиц, состоящих на диспансерном и профилактическом учете по поводу токсикомании и наркомании, по полу и возрасту на 100 тыс. нас.	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие мед. помощь, наркологические учреждения)
12.6	Частота госпитализаций больных наркоманией и токсикоманией, по полу и возрасту на 100 тыс. соответствующего населения	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие стационарную помощь, наркологические учреждения)
12.7	Показатель дорожно-транспортных происшествий с участием лиц, находившихся в состоянии алкогольного опьянения, по полу и возрасту	Областное УВД
12.8	Стандартизованный коэффициент смертности вследствие хронического алкоголизма, на 100 тыс. нас.	Областной комитет гос. статистики, расчет
12.9	Стандартизованный коэффициент смертности вследствие случайного отравления, на 100 тыс. нас.	
12.10	Стандартизованный коэффициент смертности в результате алкогольного цирроза печени, случайного отравления алкоголем, на 100 тыс. нас.	
13.1	Средняя обеспеченность населения жильем, кв. м в среднем на человека	Областной комитет гос. статистики, расчет
13.2	Удельный вес числа семей, состоявших на учете на получение жилья, в общем числе семей (на конец года), %	

Продолжение приложения 6

13.3	Капитально отремонтировано жилых домов за год, тыс. кв. м общей площади	Областной комитет государственной статистики, расчет. Департамент строительства, энергетики и жилищно-коммунального хозяйства
13.4	Уровень благоустройства населенных пунктов (на конец года), наличие водопровода, канализации, центрального отопления, ванн, газоснабжения, горячего водоснабжением, и др.), в %	Департамент строительства, энергетики и жилищно-коммунального хозяйства
14.1	Работа межведомственных комиссий по вопросам охраны здоровья (число заседаний в год)	Заинтересованные учреждения и ведомства
14.2	Количество районов, где проводится программа ЗОЖ	ОЦМП
15.1	Обеспеченность населения врачами основных специальностей на 10 тыс. нас.	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие амбулаторную и стационарную помощь)
15.2	Обеспеченность населения средним медицинским персоналом по отдельным специальностям на 10 тыс. нас.	
15.3	Обеспеченность населения больничными койками всего и по профилю на 10 тыс. нас.	
15.4	Число врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений	
15.5	Мощность врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений (посещений в смену) на 10000 населения	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие амбулаторную и стационарную помощь)
15.6	Количество вызовов и число обслуженных службой скорой помощи в год на 10 тыс. нас.	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие амбулаторную и стационарную помощь, станции скорой медицинской помощи)
15.7	Численность лиц, которым оказана помощь, амбулаторно и при выездах, на 10 тыс. нас.	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие амбулаторную и стационарную помощь)
15.8	Суммарное количество средств, выделенных на капитальное строительство и техническое перевооружение учреждений здравоохранения	Департамент здравоохранения, финансово-экономический отдел
16.1	Исходы лечения (выздоровление, улучшение, ухудшение, без перемен), в %, среди детей и подростков, лиц трудоспособного возраста и пожилых	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие мед. помощь)
16.2	Частота совпадения диагноза при первом посещении и заключительного у детей, лиц трудоспособного возраста и пожилых	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие амбулаторную помощь)
16.3	Доля случаев поликлинического обслуживания, выполненного с профилактической целью, детей, лиц трудоспособного возраста и пожилых	
16.4	Частота осложнений, в том числе при анестезии и хирургических операциях	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие мед. помощь)
16.5	Частота совпадения диагноза направившего учреждения и клинического заключительного диагноза стационара в зависимости от характера заболевания у детей, лиц трудоспособного возраста и пожилых	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие стационарную помощь)
16.6	Больничная летальность, всего, в т.ч. послеоперационная	
16.7	Летальность при различных сроках доставки экстренных больных	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие мед. помощь)
16.8	Доля доставленных в стационар по экстренным показаниям через 6 часов, 24 часа и позже суток	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие стационарную помощь)
16.9	Доля повторных поступлений в стационар по поводу одного заболевания в течение года	
16.10	Экстренность госпитализации в зависимости от источника направления	
16.11	Частота совпадения клинического и патологоанатомического диагнозов в стационаре	

Продолжение приложения 6

16.12	Число лиц, пролеченных в дневных стационарах	Департамент здравоохранения
16.13	Внедрение новых (малоинвазивных и др.) технологий при лечении больных, доля учреждений, в %	
16.14	Наличие обоснованных жалоб и судебных исков к ЛПУ по поводу качества медицинской помощи, абс.	
17.1	Общие затраты на стационарное медицинское обслуживание, по районам и в целом, % средств, выделенных из общего бюджета субъекта, муниципального образования на здравоохранение	Департамент здравоохранения, ЛПУ и другие учреждения здравоохранения, финансово-экономические отделы, бухгалтерии
17.2	Источники финансирования стационаров (бюджетное, ОМС, ДМС, платные услуги), по районам и в целом	
17.3	Стоимость койко-дня в стационаре, всего, в том числе по кодам экономической классификации, по районам и в целом	
17.4	Общие затраты на поликлиническое обслуживание населения, по районам и в целом	
17.5	Источники финансирования поликлиники (бюджетное, ОМС, ДМС, платные услуги), по районам и в целом	Департамент здравоохранения, ЛПУ и другие учреждения здравоохранения, финансово-экономические отделы, бухгалтерии
17.6	Стоимость одного посещения в поликлинике, всего, в том числе по кодам экономической классификации, по районам и в целом	
17.7	Общие затраты на стационарное медицинское обслуживание по типам дневных стационаров (дневной стационар при больнице, при поликлинике, на дому) по районам и в целом	Департамент здравоохранения, ЛПУ и другие учреждения здравоохранения, финансово-экономические отделы, бухгалтерии
17.8	Источники финансирования дневных стационаров (бюджетное, ОМС, ДМС, платные услуги), по районам и в целом	
17.9	Стоимость одного дня пребывания в дневном стационаре всего, в том числе по кодам экономической классификации, по районам и в целом	
17.10	Общие затраты на скорую медицинскую помощь, по районам и в целом	
17.11	Источники финансирования скорой медицинской помощи (бюджетное, ДМС, платные услуги), по районам и в целом	
17.12	Стоимость одного вызова всего, в том числе по кодам экономической классификации, по районам и в целом	
17.13	Выделено средств на один ФАП, по районам и в целом	
17.14	Источники финансирования ФАП (бюджетное, ДМС, платные услуги), по районам и в целом	
17.15	Финансирование прочих учреждений здравоохранения всего, по районам и в целом	
17.16	Источники финансирования прочих учреждений здравоохранения (бюджетное, ДМС, платные услуги), по районам и в целом	
17.17	Финансирование целевых программ (по названию программы) субъекта Российской Федерации, утверждено, фактически, % исполнения	
17.18	Финансирование целевых программ (по названию программы) федеральной, утверждено, фактически, % исполнения	
17.19	Финансирование, всего по учреждениям здравоохранения (утверждено с уточнением и дополнениями), по кодам экономической классификации и фактическое	
17.20	Подушевое количество средств, выделенных на одного жителя (территориально) по районам и в целом	
18.1	Процент охвата различных групп населения обучением по программе «Здоровый образ жизни»	Областной центр медицинской профилактики
18.2	Число лиц, обученных основам здорового образа жизни, всего, абс., % охвата	
18.3	Число медицинских работников, обученных методике профилактики заболеваний и укрепления здоровья, всего	
18.4	Число пациентов, обученных в школах, всего, в том числе (по названию школ) перечислить	

Окончание приложения 6

18.5	Число проведенных мероприятий (указать)	Областной центр медицинской профилактики, Комитет печати, телерадиовещания, информационных коммуникаций области
18.6	Число лиц, участвующих в этих мероприятиях	Областной центр медицинской профилактики
18.7	Работа со СМИ (количество публикаций, выступлений и т.п.)	Областной центр медицинской профилактики, Комитет печати, телерадиовещания, информационных коммуникаций области
19.1	Суммарное количество средств, потраченных на научные исследования по вопросам охраны здоровья	Департамент здравоохранения области и другие заинтересованные ведомства
19.2	Наличие (перечислить) НИР по вопросам охраны здоровья	
20.1	Количество проектов межведомственного сотрудничества	
21.1	Наличие ежегодного доклада по вопросам охраны здоровья	
21.2	Выполнение целевых программ и мероприятий	
21.3	Комплексная оценка процессов в области охраны здоровья	

Ранжирование районов Вологодской области по показателям укомплектованности медицинскими кадрами

Территории	Коэффициент совместимости врачей			Ср. рейтинг по 2000-2004 гг.	Коэффициент совместимости ср. мед. персонала			Ср. рейтинг по 2000-2004 гг.	Врачи с квалификацией (в %)				Ср. рейтинг по 2000-2004 гг.	Медработники с квалификацией (в %)				Ср. рейтинг по 2000-2004 гг.		
	2002	2003	2004		2002	2003	2004		2000	2001	2002	2003		2004	2000	2001	2002		2003	2004
	Вологодская область	1,6	1,7		1,7	1,4	1,4		1,4	18	64,7	66,2		67,4	67,8	69	62,9		64,9	68,4
Бабаевский р-н	1,6	1,7	1,8	1,2	1,3	1,2	15	72,7	68,2	73,5	66,7	66,8	8	67,1	71,1	70,3	75,6	81,3	13	
Бабушкинский р-н	1,4	1,4	1,5	1,1	1,1	1,1	2	60	61,1	52,9	50	50	20	45,4	52,2	53,7	57,4	56,8	27	
Белозерский р-н	1,6	1,6	1,6	1,2	1,3	1,2	16	56,3	56,3	57,6	50	55,9	21	79,2	79,1	82,2	79,3	79	4	
Вашинский р-н	1,7	1,7	1,9	1,2	1,2	1,1	9	65,2	65,8	52,9	60	50	16	56,5	56,4	60,2	62,6	56,4	24	
Великоустогский р-н	1,7	1,8	1,8	1,1	1,2	1,2	6	55,6	61,1	66,2	70,5	74	14	81,9	80,3	80,2	76,6	76,5	5	
Верховажский р-н	1,5	1,6	1,6	1	1,1	1,1	1	57,9	72,2	65	66,7	66,7	12	66,1	75	74,8	73,5	72,6	11	
Вожегодский р-н	1,7	1,6	1,6	1,2	1,2	1,2	10	44,4	46,2	50	51,7	51,7	26	78,6	80,1	84,5	86,7	93,1	3	
Вологодский р-н	1,4	1,5	1,7	1,3	1,4	1,4	24	82,5	83,9	78,9	75	82,6	3	60,6	61,3	67,8	70,9	65,7	19	
Вытегорский р-н	1,5	1,5	1,4	1,1	1,1	1,2	3	51	47,1	55,3	47,8	43,5	25	64,1	64,7	65,8	63,6	68	21	
Грязовецкий р-н	1,5	1,6	1,6	1,2	1,3	1,3	17	60,8	58	60,9	63,8	68,9	15	69,1	70,9	73,4	73,5	71,1	12	
Кадуйский р-н	1,4	1,5	1,5	1,3	1,3	1,2	21	58,8	63,6	57,6	62,9	61,3	17	61,3	66,7	70,9	71,5	68,6	16	
Кирилловский р-н	1,6	1,6	1,5	1,4	1,4	1,4	25	53,6	70,4	67,9	52,3	51,6	15	77,4	78,3	81,5	79,6	78,1	5	
Кичм.-Городецкий р-н	1,7	1,8	1,9	1,1	1,2	1,2	7	75,8	69,7	63,6	65,6	64,5	9	50,2	52,8	60,3	60,5	61,1	25	
Междуреченский р-н	1,6	2	1,8	1,2	1,3	1,3	18	81,8	90	63,6	63,6	63,6	8	70,3	71,8	75,4	78,6	79,4	9	
Никольский р-н	1,9	2	2	1,1	1,1	1,1	4	48,1	47,8	54,2	59,1	47,6	23	36	41,7	48,1	50,4	49	28	
Нюкенский р-н	1,8	1,9	1,9	1,2	1,3	1,2	19	55	52,6	68,4	66,7	70,6	16	59,1	74,1	70,7	77,8	81,3	13	
Сокольский р-н	1,6	1,6	1,7	1,5	1,5	1,5	27	70,4	69,4	71,2	73,5	77,5	7	63,7	64,8	67	68	69	20	
Сямженский р-н	1,4	1,6	1,6	1,2	1,3	1,3	20	60	73,3	81,3	78,6	92,9	6	73,9	84,9	84,7	89,6	86,9	2	
Тарногский р-н	1,4	1,3	1,4	1,2	1,1	1,1	8	58,3	52	63	64,3	72	18	73	74,4	77,1	75,3	70,8	8	
Тотемский р-н	1,5	1,6	1,5	1,2	1,2	1,2	11	59,6	60,4	60	55,8	50	18	65,3	67,2	67,4	69,8	70	17	
Усть-Кубинский р-н	1,6	1,6	1,6	1,2	1,4	1,1	22	69,2	53,8	53,8	50	64,3	20	52,1	54,8	56,8	58,8	62,8	26	
Устюженский р-н	1,7	1,7	1,7	1,2	1,2	1,3	12	91,7	88,2	88,6	91,2	91,4	1	71,8	73	76,8	77,2	77,9	9	
Харовский р-н	1,4	1,3	1,5	1,2	1,2	1,3	13	75,7	70,3	69,4	73,5	69,7	6	80,6	82,6	82,1	82,1	75,6	3	
Чагодощенский р-н	1,5	1,6	1,5	1,2	1,2	1,3	14	60,7	58,6	60,7	60,7	57,7	17	64,6	69,4	72,2	71,3	71,7	15	
Череповецкий р-н	1,5	1,6	1,6	1,3	1,3	1,4	23	43,3	48,4	41	44,8	44,6	27	67,9	68	70,4	69,2	69,8	15	
Шекснинский р-н	1,4	1,6	1,6	1	1,2	1,2	5	49,1	52,5	44,1	53,7	44,4	24	65,1	70,4	70,2	70,3	68,1	16	
г. Череповец	1,7	1,8	1,8	1,4	1,5	1,6	26	61,6	63,4	65,4	66,9	67,6	11	59,6	58,6	63,9	66	66,3	23	
г. Вологда	1,6	1,7	1,8	1,6	1,7	1,7	28	66,8	69,4	71,5	73,1	74,4	8	60	65,9	68,4	67,5	63,4	20	

Ранжирование районов Вологодской области по показателям работы коечного фонда

Территории	Большинная летальность				Средний рейтинг за 2000-2004 гг.	Запушенность зпощаственных заболелваний				Средний рейтинг за 2000-2004 гг.	Среднее пребывание на койке				Средний рейтинг за 2000-2004 гг.			
	2000	2001	2002	2003		2004	2000	2001	2002		2003	2004	2000	2001		2002	2003	2004
	Вологодская область	1,2	1,3	1,3		1,4	1,4	23	23,5		25	23,3	22	15		14,4		14
Бабаевский р-н	0,7	0,9	0,6	0,8	0,8	35,1	27,3	18,9	24,3	33,7	17	13	13,7	13,4	12,8	12,9		
Бабштинский р-н	0,9	1,2	0,9	1,3	0,8	38,2	22	33,4	35,8	27,9	22	12,1	12,4	12,2	12,1	12,2		
Белозерский р-н	0,8	0,5	0,9	0,9	0,8	25	23,6	17,7	30,4	19,2	13	12,3	12,4	12,1	11,9	12,5		
Вашинский р-н	0,9	1,1	0,5	0,5	1	24,3	25	24,3	10	19,3	11	12,5	12,3	10,5	10,5	11,3		
Великоустогский р-н	1,4	1,5	1,7	1,9	1,7	17,8	29	28,2	28,3	16,5	17	15	14	13,8	13,7	13,8		
Верховажский р-н	0,8	1	0,9	0,8	0,7	26,8	29	24	20	17,5	16	11,5	10,6	10,4	10,7	10,5		
Вожегодский р-н	0,8	0,9	0,9	1	0,9	19,4	26,2	21,3	35,5	16,1	14	14,1	13,2	12,7	12,5	12,7		
Вологодский р-н	0,4	0,3	0,2	0,2	0,2	21,6	26,7	24,8	22,3	22,6	13	12,3	12,1	11,6	11,5	11,5		
Вытегорский р-н	1,2	1,3	1,2	1,2	1,4	24,1	31,2	27	20,6	20	17	13,2	13,2	12,7	11,8	11,8		
Грязовецкий р-н	1	1,4	1,3	1,4	1,2	20,4	26,3	18,8	26,1	23,1	11	10,6	10,5	10,6	10,5	10,5		
Кадуйский р-н	1,1	1,3	0,9	1,4	1,8	25	17,1	37,5	40,3	20,7	19	11,7	10,2	10,4	9,8	12,7		
Кирилловский р-н	1,1	0,8	1,1	0,8	1	22,8	20,8	21	22,3	24,5	10	13	12,5	12,3	12,1	12,7		
Кичм.-Городецкий р-н	0,7	0,6	0,8	0,6	0,5	30,3	17,5	22,8	18,3	23,8	11	10,9	11,4	11,4	11,1	11,1		
Междуреченский р-н	1,3	1,4	1	1,3	0,9	30,7	43,2	20,8	42,1	20,6	22	11,8	11,2	11,2	10,7	11,4		
Никольский р-н	0,8	0,9	0,7	1	0,7	27,5	26,6	32,8	30,8	17,1	22	11	11,9	11,5	11,1	10,9		
Нюксенский р-н	0,6	0,6	0,8	1	0,8	14,2	31,5	21	14,2	10,8	10	10,3	10,3	10,8	10,8	10,9		
Сокольский р-н	1,8	2	2	2,3	2,3	24,7	27,3	27,1	21,6	33	17	12,5	12	12,3	12,4	12,4		
Сямженский р-н	0,9	1	1,1	1,4	1,3	22,5	29,6	18,5	30,7	31,4	15	11,4	11,6	11,2	11,6	12,2		
Тарногский р-н	1	0,9	1	0,8	0,6	34,2	19,6	17,1	25	23,5	13	12,3	11,3	11,8	11,5	11,4		
Тотемский р-н	0,6	0,8	0,9	0,7	1,1	17,9	14,1	25,3	25	18	10	12	12,1	11,5	11,5	11,4		
Усть-Кубинский р-н	0,9	1,1	1	1	1,1	24,2	25,6	18,6	28,1	20	12	14,5	14,3	13,4	13,8	14,3		
Устюженский р-н	1,7	1,6	2,1	2,2	2,5	24,5	13,3	16,4	29,2	28,2	9	14,7	14,3	14,3	13,9	14		
Харовский р-н	2,1	1,8	1,7	2,1	1,8	27,5	26,2	26,3	24,7	23,2	18	14,3	13,5	13,1	12,8	12,4		
Чагодощенский р-н	1	0,9	1,2	1,3	0,8	31,7	26,7	39,1	23,8	23	21	12,7	11,9	11,6	11	11		
Череповецкий р-н	1,1	1,4	1,1	1,2	1,4	31,8	26,3	26,4	23,2	25,4	19	19,4	20,2	18,6	18,7	19,4		
Шекснинский р-н	1,2	1,3	1	0,8	0,7	25,3	23,4	25,8	18,9	17,3	13	12,9	13,3	12,4	11,4	11,4		
г. Череповец	1,1	1,3	1,4	1,5	1,5	22,1	18,4	21,2	20,4	18,7	8	15,1	14,1	14	13,8	13,6		
г. Вологда	2	2,1	2,2	2,5	2,4	21,7	18,7	23,2	19,8	21,4	8	13,4	12,5	12,4	12,3	12,2		

Охват профосмотрами и уровень диспансеризации в Вологодской области

Территории	Охват профосмотрами					Средний рейтинг за 2000 – 2004 гг.	Число лиц, состоящих на диспансерном наблюдении					Средний рейтинг за 2000 – 2004 гг.
	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.		2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	
	Вологодская область	93	92	94	94		93	249	254	260	258	
Бабаевский р-н	93,6	89	77	93	92	325	334	352	379	382	27	
Бабуринский р-н	86,8	82	85	88	90	174	178	182	185	188	3	
Белозерский р-н	98	94	97	95	95	306	300	317	317	323	24	
Вашинский р-н	95	94	98	97	95	268	282	287	289	293	19	
Великоустюгский р-н	92	86	95	96	96	297	295	294	294	297	22	
Верховажский р-н	83	81	87	85	88	169	195	208	204	218	4	
Вожегодский р-н	94	96	93	94	98	269	269	260	269	278	17	
Вологодский р-н	90	90	89	92	92	160	187	183	190	174	3	
Вытегорский р-н	89	89	94	95	96	201	217	230	226	248	8	
Грязовецкий р-н	93	90	91	93	93	168	160	172	157	156	1	
Кадуйский р-н	100	98	91	94	89	252	287	356	334	356	22	
Кирилловский р-н	98	97	96	96	95	290	302	304	289	285	23	
Кичм.-Городицкий р-н	83	84	75	82	92	234	227	236	249	248	11	
Междуреченский р-н	77	73	68	80	75	343	305	380	322	351	27	
Никольский р-н	100	100	92	95	73	214	192	243	225	266	7	
Нюксенский р-н	71	75	89	93	76	230	237	245	247	265	11	
Сокольский р-н	96	89	96	96	96	264	298	299	287	291	20	
Сямженский р-н	87	88	93	88	94	296	300	339	343	401	25	
Тарногский р-н	92	93	88	96	93	288	286	279	273	285	19	
Тотемский р-н	96	98	98	98	94	219	236	277	281	292	13	
Усть-Кубинский р-н	67	65	81	90	96	249	252	258	256	329	13	
Устюженский р-н	78	78	82	87	76	254	256	271	281	308	16	
Харовский р-н	81	80	79	79	79	227	221	215	208	220	7	
Чагодощенский р-н	97	96	98	98	99	257	259	256	262	282	15	
Череповецкий р-н	92	94	94	94	94	191	197	219	224	238	6	
Шекснинский р-н	98	98	98	99	95	307	320	323	327	278	26	
г. Череповец	96	96	98	97	92	252	253	248	246	256	13	
г. Вологда	95	98	97	95	99	220	222	222	220	216	8	

Приложение 10

**Ранжирование районов Вологодской области по показателям
работы акушерско-гинекологической службы**

Территории	Младенческая смертность					Средний рейтинг за 2000 – 2004 гг.	Аборты на 100 родов					Средний рейтинг за 2000 – 2004 гг.
	2000	2001	2002	2003	2004		2000	2001	2002	2003	2004	
Вологодская область	15,9	17,3	13,8	12,6	10,9		129	130	131	165	161	
Бабаевский р-н	16,5	32	17,9	11,2	11,5	18	100	105	127	127	167	6
Бабушкинский р-н	15,4		25,6	18,8	31,4	15	76	103	112	155	254	6
Белозерский р-н		25,2	5,2	6,1	18,7	8	219	268	188	252	169	20
Вашкинский р-н	23,6	22,6	15,6	5,5	20,0	16	440	545	558	588	678	26
Великоустюгский р-н	8,9	28,6		31,6	8,5	14	102	115	99	131	135	6
Верховажский р-н	5,8	17,1	12	24,8	14,7	13	162	149	180	174	174	13
Вожегодский р-н	9,9	18,5	20	–	18,3	11	224	209	104	154	130	13
Вологодский р-н	28,2	13,1	14,3	12,7	3,6	16						–
Вытегорский р-н	12,4	35,3	23,3	18,1	12,3	20	253	209	201	283	255	22
Грязовецкий р-н	6,8	17,9	19,1	17,3	18,2	13	186	186	193	215	243	18
Кадуйский р-н	20,5	30,3	10,3	–		13	387	202	147	161	253	16
Кирилловский р-н	13,9	19,4	22,3	–	14,1	12	263	208	232	182	104	20
Кичм.-Городецкий р-н	18,6	26,3	10,6	31,4	14,5	19	69	74	77	276	248	8
Междуреченский р-н	17,5	12,7	13,5	12	14,1	12	128	116	127	181	202	10
Никольский р-н	14,1	27,5	29,9	18,5	17,5	20	158	133	159	177	204	12
Нюксенский р-н	18,1	26,8	7,5	10,2	36,8	14	97	111	93	234	163	8
Сокольский р-н	41,7	7,6	20,7	6,5	15,9	16	150	153	151	241	231	15
Сямженский р-н	27,2	32,6		19,6	14,5	18	217	150	91	166	119	11
Тарногский р-н	21,3	21,3	13,2	25,6	12,2	19	55	77	74	157	180	3
Тотемский р-н	18,1	12,1	19,5	3,3	7,6	12	66	94	106	129	150	4
Усть-Кубинский р-н	23,5	12,2		–		7			392	262	280	–
Устюженский р-н	18,5	9,9	31,9	16,3	11,1	16	158	167	202	190	186	17
Харовский р-н		26,3	10,8	5,2		10	180	174	182	187	210	16
Чагодощенский р-н	12	34,2	7,1	24,5	21,0	16	111	164	209	272	274	17
Череповецкий р-н	32,4	21,5	17,2	19,8	11,3	21						–
Шекснинский р-н	27,3	17,8	10,2	21,3	13,7	17	244	284	237	242	297	22
г. Череповец	10	14,1	10,5	7,4	6,9	9	143	147	162	209	195	13
г. Вологда	14,7	14	13,4	12,8	10,8	12	117	116	105	138	134	7

Приложение 11

**Деятельность амбулаторно-поликлинического звена
и скорой медицинской помощи**

Территории	Число АП посещений на 1 жителя в год		Уровень госпитализации		Вызовы скорой помощи на 1000 населения		Средний рейтинг районов за 2003 г.	Средний рейтинг районов за 2000 – 2003 гг.
	2003 г.	2000 – 2003 гг.	2003 г.	2000 – 2003 гг.	2003 г.	2000 – 2003 гг.		
Бабаевский р-н	8	20	27	28	13	12	16	20
Бабушкинский р-н	27	2	5	9	9	6	14	6
Белозерский р-н	13	14	26	25	26	26	22	22
Вашкинский р-н	23	6	28	26	25	23	25	18
Великоустюгский р-н	9	21	11	17	20	21	13	19
Верховажский р-н	26	3	17	20	5	5	16	9
Вожегодский р-н	21	8	6	6	18	19	15	11
Вологодский р-н	19	9	2	2		0	11	4
Вытегорский р-н	16	12	18	14	15	20	16	15
Грязовецкий р-н	17	13	4	5	2	3	8	7
Кадуйский р-н	10	19	15	14	10	14	12	16
Кирилловский р-н	11	17	20	17	24	22	18	19
Кичм.-Городецкий р-н	14	15	13	13	19	14	15	14
Междуреченский р-н	25	4	16	16	1	2	14	7
Никольский р-н	28	1	22	21	14	13	21	12
Нюксенский р-н	24	5	19	23	8	9	17	12
Сокольский р-н	4	24	7	9	21	16	11	16
Сямженский р-н	22	7	24	23	4	8	17	13
Тарногский р-н	15	16	12	14	16	15	14	15
Тотемский р-н	18	11	25	24	11	9	18	15
Усть-Кубинский р-н	7	22	8	6	3	3	6	10
Устюженский р-н	2	27	10	10	12	15	8	17
Харовский р-н	12	18	9	9	23	22	15	16
Чагодощенский р-н	6	23	14	11	17	23	12	19
Череповецкий р-н	20	10	1	1		0	11	4
Шекснинский р-н	5	25	21	20	22	19	16	21
г. Череповец	1	28	23	24	6	7	10	19
г. Вологда	3	26	3	3	7	8	4	12

Мощность работы учреждений здравоохранения Вологодской области в 2004 г.

Территории	Число дней работы койки	Табл	Число посещений на 10 тыс. чел. нас.	Табл	Число посещений на 1 жителя в год врачей	Табл	Укомплектованность врачами	Табл	Укомплектованность средним мед. персоналом	Табл	Обеспеченность врачами на 10 тыс. чел.	Табл	Обеспеченность средним мед. персоналом на 10 тыс. чел. нас.	Табл	Средний рейтинг
Бабаевский р-н	348,5	4	195,4	20	6,9	8	53,8	13	79,8	12	19,6	5	95,7	10	11
Бабушкинский р-н	302,6	27	183,5	22	3,2	27	46,2	23	83,6	8	10,9	26	90,3	15	21
Белозерский р-н	655,7	1	208,6	17	4,9	20	48,4	22	79,7	13	16,2	12	95,5	11	15
Вашкинский р-н	340,7	5	220,7	14	4,6	22	50,5	20	84,4	6	14,2	20	118,6	2	13
Великоустюгский р-н	318,8	20	279,6	8	7,2	7	54,3	12	81,3	9	29,7	2	138	1	11
Верховажский р-н	316,6	21	147,7	26	3,5	26	55,4	11	88,5	2	11,1	24	83,1	22	17
Вожегодский р-н	322,3	18	270,2	9	5,5	14	58,6	4	86,3	4	15,5	14	84,8	18	10
Вологодский р-н	331,1	11	189,6	21	4,4	23	44,1	25	68,9	24	9,2	27	40,6	28	21
Вытегорский р-н	314	22	201,8	18	6,3	9	66,7	1	84,8	5	14,7	17	86,9	17	11
Грязовецкий р-н	329,6	14	249	11	5,5	14	56,6	8	77,3	14	11	25	62,7	26	12
Кадуйский р-н	307,7	24	233,4	13	5,9	12	58,3	5	81,1	10	17	7	83,8	20	13
Кирилловский р-н	333,4	9	215,9	15	5,7	13	56,6	8	69,9	22	16,8	8	84,2	19	13
Кичм.-Городецкий р-н	325,9	16	294,3	6	5,3	17	51,7	17	83,9	7	14,2	20	98,8	8	13
Междуреченский р-н	328,1	15	238,3	12	4,2	24	46	24	69,1	23	14,7	17	90,8	13	20
Никольский р-н	330,1	13	162,4	24	2,4	28	40,2	27	88,5	2	8	28	99,3	7	19
Нюксенский р-н	335,2	8	391,8	1	4,2	24	36,4	28	71,5	20	14,6	19	96,1	9	16
Сокольский р-н	305,1	26	328,9	3	7,4	5	56,2	10	66	25	24,3	4	94,5	12	14
Сямженский р-н	368,7	3	299,4	5	5	19	43,7	26	76,8	16	13,6	23	103,6	5	14
Тарногский р-н	309	23	367,3	2	5,5	14	60,8	2	89,6	1	16,5	9	110,6	3	8
Тотемский р-н	337,6	7	136,9	28	5,3	17	57,1	7	76,7	17	16	13	88,7	16	15
Усть-Кубинский р-н	391,3	2	320,7	4	8,3	3	50,9	19	74,6	19	14,9	16	100,4	6	9
Устюженский р-н	339,4	6	168,2	23	8,2	4	58,1	6	75,7	18	16,5	9	76,8	24	11
Харовский р-н	330,7	12	145,6	27	6,1	10	60,2	3	77,2	15	16,5	9	83,8	20	13
Чагодощенский р-н	307,3	25	196,2	19	7,4	5	51,3	18	71,4	21	17,1	6	90,5	14	18

Перечень показателей для экономического мониторинга здравоохранения

1. Показатели обеспеченности материальными и кадровыми ресурсами сферы здравоохранения:

- ➔ Обеспеченность населения врачами основных специальностей, на 10 тыс. нас., в разрезе муниципальных образований.
- ➔ Укомплектованность врачами основных специальностей.
- ➔ Обеспеченность населения средним мед. персоналом, по отдельным специальностям, на 10 тыс. нас., в разрезе муниципальных образований.
- ➔ Укомплектованность средним медицинским персоналом, по отдельным специальностям.
- ➔ Обеспеченность населения больничными койками, всего и по профилю (в том числе в дневных стационарах), на 10 тыс. нас., в разрезе муниципальных образований.
- ➔ Число коек, всего и по профилю (в том числе в дневных стационарах).
- ➔ Число врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений.

2. Показатели обеспеченности финансовыми ресурсами:

- ➔ Финансирование, всего по учреждениям здравоохранения, по кодам экономической классификации и фактическое.
- ➔ Подушевое количество выделенных средств на одного жителя (территориально), по районам и в целом.
- ➔ Удовлетворение потребности в финансовых ресурсах, по районам и в целом.
- ➔ Среднемесячная зарплата в отрасли, по районам и в целом.
- ➔ Стоимость койко-дня в стационаре всего, в том числе по кодам экономической классификации, по районам и в целом.
- ➔ Общие затраты на стационарное медицинское обслуживание, по районам и в целом, % выделенных средств из общего бюджета субъекта, муниципального образования на здравоохранение (в том числе по источникам финансирования).
- ➔ Общие затраты на поликлиническое обслуживание населения, по районам и в целом (в том числе по источникам финансирования).
- ➔ Стоимость одного посещения в поликлинике всего, в том числе по кодам экономической классификации, по районам и в целом.
- ➔ Общие затраты на стационарное медицинское обслуживание по типам дневных стационаров (дневной стационар при больнице, при поликлинике, на дому) по районам и в целом (в том числе по источникам финансирования).
- ➔ Стоимость одного дня пребывания в дневном стационаре всего, в том числе по кодам экономической классификации, по районам и в целом.
- ➔ Общие затраты на скорую медицинскую помощь по районам и в целом (в том числе по источникам финансирования).
- ➔ Стоимость одного вызова всего (в том числе по кодам экономической классификации, по районам и в целом).

→ Выделено средств на один ФАП, по районам и в целом (в том числе по источникам финансирования).

→ Финансирование прочих учреждений здравоохранения всего, по районам и в целом.

→ Источники финансирования прочих учреждений здравоохранения (бюджетное, ДМС, платные услуги), по районам и в целом.

→ Финансирование целевых программ (по названию программы) субъекта Российской Федерации, утверждено, фактически, % исполнения.

→ Финансирование целевых программ (по названию программы федеральной), утверждено, фактически, % исполнения.

→ Суммарное количество средств, выделенных на капитальное строительство и техническое перевооружение учреждений здравоохранения.

3. Показатели качества медицинской помощи:

→ Исходы лечения (выздоровление, улучшение, ухудшение, без перемен), в %, среди детей и подростков, лиц трудоспособного возраста и пожилых.

→ Частота совпадения диагноза при первом посещении и заключительного у детей, лиц трудоспособного возраста и пожилых.

→ Запущенность злокачественных новообразований.

→ Охват профосмотрами.

→ Охват ежегодной диспансеризацией.

→ Распространенность абортот.

→ Младенческая смертность.

→ Материнская смертность.

→ Удельный вес врачей и средних медработников, имеющих квалификационные категории.

→ Коэффициент совместительства у врачей и среднего медицинского персонала (по специальностям).

→ Доля случаев поликлинического обслуживания, выполненного с профилактической целью, детей, лиц трудоспособного возраста и пожилых.

→ Частота осложнений, в том числе при анестезии и хирургических операциях.

→ Частота совпадения диагноза направившего учреждения и клинического заключительного диагноза стационара в зависимости от характера заболевания у детей, лиц трудоспособного возраста и пожилых.

→ Больничная летальность всего, в т. ч. послеоперационная.

→ Летальность при различных сроках доставки экстренных больных.

→ Доля доставленных в стационар по экстренным показаниям в течение 24 часов и позже суток.

→ Доля повторных поступлений в стационар по поводу одного заболевания.

→ Экстренность госпитализации в зависимости от источника направления.

→ Частота совпадения клинического и патологоанатомического диагнозов в стационаре.

→ Наличие обоснованных жалоб и судебных исков к ЛПУ по поводу качества медицинской помощи, абс.

- ➔ Средняя длительность лечения в стационарах (в том числе в дневных), по классам болезней и возрастам.
- ➔ Мнение населения о качестве медицинской помощи.
- 4. Показатели, характеризующие объем медицинской помощи:
 - ➔ Мощность врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений (посещений в смену) на 10 тыс. нас.
 - ➔ Число посещений амбулаторно-поликлинических учреждений в смену.
 - ➔ Число посещений амбулаторно-поликлинических учреждений на 1 жителя в год.
 - ➔ Количество вызовов и число лиц, обслуженных службой скорой помощи, на 1 тыс. нас. в год.
 - ➔ Численность лиц, которым оказана помощь, амбулаторно и при выездах, на 10 тыс. нас.
 - ➔ Уровень госпитализации (с койками дневного пребывания и сестринского ухода).
 - ➔ Проведено больными койко-дней в стационарах (в том числе в дневных) в целом и на 10 тыс. нас.
 - ➔ Число дней работы койки в стационарах (в том числе в дневных).
 - ➔ Среднее пребывание больных на койке в стационарах (в том числе в дневных).
 - ➔ Мнение населения о доступности медицинской помощи.
- 5. Показатели здоровья населения:
 - ➔ Смертность населения.
 - ➔ Естественный прирост населения.
 - ➔ Средняя продолжительность жизни.
 - ➔ Младенческая и материнская смертность.
 - ➔ Общая и первичная заболеваемость населения.
 - ➔ Инвалидизация населения.

Затраты на одного жителя по классам болезней за 2000 – 2004 годы
(с учетом всех источников финансирования, включая областной бюджет; ранговая оценка за 2004 год)

Название класса	2000 г.		2001 г.		2002 г.		2003 г.		2004 г.	
	Затраты, всего	Затраты на 1 жителя	Затраты, всего	Затраты на 1 жителя	Затраты, всего	Затраты на 1 жителя	Затраты, всего	Затраты на 1 жителя	Затраты, всего	Затраты на 1 жителя
Болезни системы кровообращения	294 356 225	223	329 743 343	258	444 397 024	343	172 908 544	133	923 325 044	738
Психические расстройства и расстройства поведения	47 933 790	36	139 860 766	110	224 508 016	173	119 899 920	93	820 568 448	656
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	125 227 898	95	261 953 390	205	248 967 392	192	97 355 824	75	252 525 718	202
Болезни органов дыхания	276 441 078	209	305 230 968	239	432 243 104	334	212 330 816	164	233 334 623	187
Новообразования	69 685 072	53	167 550 963	131	71 709 016	55	21 183 610	16	215 163 705	172
Болезни органов пищеварения	299 768 121	227	277 259 456	217	388 240 512	300	225 080 640	174	192 801 607	154
Болезни костно-мышечной системы	148 962 072	113	167 853 587	131	228 779 440	177	90 756 520	70	171 141 140	137
Болезни глаза и его придаточного аппарата	62 078 401	47	61 001 891	48	56 164 432	43	30 384 812	23	166 799 468	133
Болезни мочеполовой системы	121 588 210	92	144 065 696	113	86 337 992	67	57 295 228	44	156 727 379	125
Травмы, отравления, другие последствия воздействия внешних причин	202 047 189	153	219 065 577	172	267 406 480	206	93 888 320	72	117 589 070	94
Болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ	78 265 182	59	88 943 875	70	66 641 416	51	30 255 758	23	113 424 739	91
Факторы, влияющие на состояние здоровья населения	161 241 054	122	125 631 371	98	156 690 464	121	102 102 360	79	70 195 350	56
Болезни кожи и подкожной клетчатки	102 715 896	78	78 876 834	62	39 828 816	31	32 877 156	25	40 367 552	32
Болезни нервной системы	70 228 652	53	86 095 171	67	96 688 976	75	45 667 108	35	38 666 959	31
Беременность, роды и послеродовой период	111 719 210	85	192 013 761	150	146 756 800	113	87 293 040	67	36 054 547	29
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	94 208 984	71	49 771 075	39	78 760 620	61	29 948 948	23	30 217 887	24
Болезни уха и сосцевидного отростка	22 567 255	17	21 299 172	17	25 954 468	20	11 331 203	9	16 894 960	14
Болезни крови, кроветворных органов, нарушения, вовлекающие иммунный механизм	14 413 157	11	18 443 341	14	21 928 908	17	6 237 292	5	12 780 312	10
Врожденные аномалии (деформации) и хромосомные нарушения	16 112 082	12	15 756 172	12	19 537 653	15	6 693 941	5	10 645 240	9
Симптомы, отклонения от нормы, выявленные при клин. и лаб. исследованиях	12 063 989	9	18 551 779	15	16 674 616	13	5 755 500	4	1 1535 397	9
Внешние причины заболеваемости и смертности	1 770 648	1	1 594 876	1	2 369 113	2	1 671 093	1	945 893	1
Всего	2 333 394 076	1 767	2 770 563 072	2 170	3 120 585 158	2 408	1480917632	1143	3631705038	2904

Структура социальных потерь за 2000 – 2004 годы (ранговая оценка за 2004 год)

Название класса	2000 г.				2001 г.				2002 г.				2003 г.				2004 г.			
	Кол-во смертей	Сумма ППЖ	ППЖ на 1случ.	Средний возраст смерти	Кол-во смертей	Сумма ППЖ	ППЖ на 1случ.	Средний возраст смерти	Кол-во смертей	Сумма ППЖ	ППЖ на 1случ.	Средний возраст смерти	Кол-во смертей	Сумма ППЖ	ППЖ на 1случ.	Средний возраст смерти	Кол-во смертей	Сумма ППЖ	ППЖ на 1случ.	Средний возраст смерти
Травмы, отравления, другие последствия воздействия внешних причин	3 109	65 633	21	45	3 501	69 945	20	44	3 429	71 275	21	44	3 764	75 145	20	45	3 708	74 939	20	45
Болезни системы кровообращения	11 952	30 774	3	62	13 545	37 399	3	62	12 786	33 236	3	62	13 800	41 782	3	62	13 171	42 524	3	62
Болезни органов пищеварения	647	7 050	11	53	962	11 590	12	54	776	9 670	12	53	1 217	15 978	13	52	1 511	21 903	14	51
Новообразования	2 737	12 823	5	60	2 643	13 517	5	60	2 740	13 899	5	60	2 805	13 705	5	60	2 648	12 724	5	60
Болезни органов дыхания	783	6 528	8	56	994	9 748	9	57	819	7 705	9	56	1 054	10 428	10	55	923	9 981	11	54
Симптомы, отклонения от нормы	1 049	4 736	5	60	1 248	6 753	5	60	1 226	5 807	5	60	1 390	7 685	6	59	1 365	7 492	5	60
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	91	5 606	62	3	96	5 942	62	3	106	6 548	62	3	91	5 589	61	4	83	5 168	62	3
Инфекционные и паразитарные болезни	144	2 976	21	47	182	3 279	18	44	166	3 198	19	46	224	4 615	21	44	188	3 757	20	45
Врожденные аномалии	61	2 874	47	26	66	3 261	49	18	71	3 323	47	18	77	3 679	48	17	65	3 304	51	14
Болезни нервной системы	104	1 907	18	43	104	2 288	22	47	126	2 542	20	45	143	2 617	18	47	150	2 610	17	48
Психические расстройства	54	755	14	31	71	992	14	51	65	990	15	50	92	1 301	14	51	68	1 017	15	50
Болезни мочеполовой системы	116	922	8	56	96	901	9	57	94	939	10	55	107	969	9	56	109	891	8	57
Болезни эндокринной системы	110	654	6	57	113	848	8	59	133	1 039	8	57	126	967	8	57	114	738	6	59

Окончание приложения 15

Болезни кожи и подкожной клетчатки	5	31	6	54	18	190	11	59	7	160	23	42	11	127	12	53	18	225	13	53
Беременность, роды	4	156	39	29	7	255	36	26	6	232	39	26	4	139	35	30	6	219	37	29
Болезни костно-мышечной системы	15	220	15	50	19	284	15	50	30	431	14	51	17	225	13	52	20	156	8	57
Болезни крови	17	256	15	55	19	188	10	50	13	116	9	56	15	112	7	58	14	74	5	60
Факторы, влияющие на состояние здоровья населения	2	0	0	50	8	120	15	65	2	39	20	46	0	0	0	65	0	0	0	65
Болезни уха и сосцевидного отростка	1	28	28	65	0	0	0	37	1	28	28	37	1	42	42	23	0	0	0	65
Болезни глаза и его придаточного аппарата	1	9	9	65	0	0	0	56	0	0	0	65	0	0	0	65	0	0	0	65
Внешние причины заболеваемости и смертности	0	0	0	65	0	0	0	65	0	0	0	65	0	0	0	65	0	0	0	65
Всего	20907	143504			23692	167500			22596	161177			24938	185105			24161	187722		49
Среднее				50				48				47								51

Макроанализ по классу травмы и отравления (по диагнозам) за 2004 год

Затраты				
	Высокие		Низкие	
Соц. потери (ПГПЖ)	<p>S06 Внутричерепная травма – 1,67</p> <p>S27 Травма других и неуточненных органов грудной полости – 1,22</p> <p>T02 Переломы, захватывающие несколько областей тела – 0,61</p> <p>T06 Другие травмы, охватывающие несколько областей тела, не классифицированные в других рубриках – 0,43</p> <p>S02 Перелом черепа и лицевых костей – 0,30</p> <p>T51 Токсическое действие алкоголя – 0,16</p>	<p>S36 Травма органов брюшной полости – 0,36</p> <p>T58 Токсическое действие окиси углерода – 0,12</p> <p>T59 Токсическое действие других газов, дымов и паров – 0,09</p> <p>T68 Гипотермия – 0,07</p> <p>T17 Инородное тело в дыхательных путях – 0,01</p> <p>T71 Асфиксия – 0,01</p> <p>T65 Токсическое действие других и неуточненных веществ – 0,01</p> <p>T75 Воздействие других внешних причин – 0,00</p> <p>S26 Травма сердца – 0,00</p>		
	<p>S42 Перелом на уровне плечевого пояса и плеча – 0,00</p> <p>S01 Открытая рана головы – 2,46</p> <p>T29 Термические и химические ожоги нескольких областей тела – 2,60</p> <p>T54 Токсическое действие разъедающих веществ – 2,76</p> <p>S22 Перелом ребра (ребер), грудины и грудного отдела позвоночника – 5,55</p> <p>S32 Перелом пояснично-крестцового отдела позвоночника и костей таза – 6,01</p> <p>T31 Термические ожоги, классифицированные в зависимости от площади пораженной поверхности тела – 17,58</p> <p>S81 Открытая рана голени – 22,33</p> <p>T21 Термические и химические ожоги туловища – 56,29</p> <p>S72 Перелом бедренной кости – 561,74</p>	<p>T52 Токсическое действие органических растворителей – 0,02</p> <p>T05 Травматические ампутации, захватывающие несколько областей тела – 0,02</p> <p>T00 Поверхностные травмы, захватывающие несколько областей тела – 0,08</p> <p>T09 Другие травмы позвоночника и туловища на неуточненном уровне – 0,08</p> <p>S09 Другие и неуточненные травмы головы – 0,11</p> <p>T01 Открытые раны, захватывающие несколько областей тела – 0,12</p> <p>S11 Открытая рана шеи – 0,13</p> <p>S12 Перелом шейного отдела позвоночника – 0,17</p> <p>S25 Травма кровеносных сосудов грудного отдела – 0,19</p> <p>T07 Множественные неуточненные травмы – 0,21</p> <p>S21 Открытая рана грудной клетки – 0,22</p> <p>T50 Отравление диуретиками и другими неуточненными лекарственными средствами, медикаментами и биологическими веществами – 0,28</p> <p>T30 Термические и химические ожоги неуточненной локализации – 0,34</p> <p>T79 Некоторые ранние осложнения травм, не классифицированные в других рубриках – 0,38</p> <p>T33 Поверхностное отморожение – 0,82</p> <p>T78 Неблагоприятные эффекты, не классифицированные в других рубриках – 0,83</p> <p>S37 Травма тазовых органов – 1,55</p> <p>T80 Осложнения, связанные с инфузией, трансфузией и лечебной инъекцией – 2,59</p> <p>S00 Поверхностная травма головы – 7,37</p> <p>T35 Отморожение, захватывающее несколько областей тела, и неуточненное отморожение – 21,07</p>		

Макроанализ по классу болезней системы кровообращения (по диагнозам) за 2004 год

Затраты		Низкие	
	Высокие		
Соц. потери (ПГПЖ)	Высокие	167 Другие цереброваскулярные болезни – 111,09 121 Острый инфаркт миокарда – 14,10 125 Хроническая ишемическая болезнь сердца – 7,95	161 Внутримозговое кровоизлияние – 7,15 164 Инсульт, не уточненный как кровоизлияние или инфаркт – 1,93 142 Кардиомиопатия – 0,41 126 Легочная эмболия – 0,28 124 Другие формы острой ишемической болезни сердца – 0,26
	Низкие	111 Гипертензивная болезнь сердца [гипертензивная болезнь сердца с преимущественным поражением сердца] – 202,94 110 Эссенциальная [первичная] гипертензия – 204,46 170 Атеросклероз – 307,51 163 Инфаркт мозга – 315,67 120 Стенокардия [грудная жаба] – 627,91	101 Ревматическая лихорадка с вовлечением сердца – 0,02 177 Другие поражения артерий и артериол – 0,03 128 Другие болезни легочных сосудов – 0,04 162 Другое неатравматическое внутричерепное кровоизлияние – 0,25 145 Другие нарушения проводимости – 0,31 151 Осложнения и неточно обозначенные болезни сердца – 0,55 173 Другие болезни периферических сосудов – 0,55 133 Острый и подострый эндокардит – 0,63 185 Варикозное расширение вен пищевода – 1,71 113 Гипертензивная [гипертензивная] болезнь с поражением сердца и почек – 2,39 171 Аневризма и расслоение аорты – 3,58 123 Некоторые текущие осложнения острого инфаркта миокарда – 3,94 109 Другие ревматические болезни сердца – 5,06 134 Ревматические поражения митрального клапана – 5,08 150 Сердечная недостаточность – 5,38 127 Другие формы легочно-сердечной недостаточности – 6,95 160 Субарахноидальное кровоизлияние – 8,02 112 Гипертензивная [гипертензивная] болезнь, осложненная поражением почек – 11,16 108 Поражения нескольких клапанов – 20,79 106 Ревматические болезни аортального клапана – 21,39 105 Ревматические болезни митрального клапана – 26,88 174 Эмболия и тромбоз артерий – 27,28 199 Другие и неуточненные нарушения системы кровообращения – 42,63 180 Флебит и тромбоз флебит – 50,91 122 Повторный инфаркт миокарда – 57,11 135 Ревматические поражения аортального клапана – 76,53 183 Варикозное расширение вен нижних конечностей – 178,86 169 Последствия цереброваскулярных болезней – 178,89 115 Вторичная гипертензия – 380,85 149 Другие нарушения сердечного ритма – 819,39

Приложение 18

**Макроанализ по классу болезней системы пищеварения
(по диагнозам) за 2004 год**

Затраты			
		Высокие	Низкие
		Соц. потери (ПГПЖ)	Высокие
	Низкие	К40 Паховая грыжа – 0,00 К55 Сосудистые болезни кишечника – 7,95 К56 Паралитический илеус и непроходимость кишечника без грыжи – 15,36 К25 Язва желудка – 17,79 К86 Другие болезни поджелудочной железы – 36,24 К80 Желчекаменная болезнь [холелитиаз] – 70,54 К26 Язва двенадцатиперстной кишки – 71,82 К35 Острый аппендицит – 94,04 К29 Гастрит и дуоденит – 103,85 К43 Грыжа передней брюшной стенки – 149,81 К81 Холецистит – 155,15	К75 Другие воспалительные болезни печени – 0 К52 Другие неинфекционные гастроэнтериты и колиты – 0 К42 Пупочная грыжа – 0 К41 Бедренная грыжа – 0 К61 Абсцесс области заднего прохода и прямой кишки – 0 К76 Другие болезни печени – 0,19 К65 Перитонит – 1,24 К63 Другие болезни кишечника – 3,71 К22 Другие болезни пищевода – 3,96 К44 Диафрагмальная грыжа – 4,64 К73 Хронический гепатит – 5,22 К51 Язвенный колит – 9,48 К57 Дивертикулярная болезнь кишечника – 13,12 К92 Другие болезни органов пищеварения – 13,56

ЛИТЕРАТУРА И ИНТЕРНЕТ-РЕСУРСЫ

1. Анализ управляемости действующей системы здравоохранения.- М., 1999.
2. Аналитический обзор зарубежного и отечественного опыта реформирования и управления системой здравоохранения: материалы к конф.- Новосибирск: ППРСИ.- 2002.- С. 55.
3. Безруков, В. Организация государственного планирования и регулирования экономики / В. Безруков // Плановое хозяйство.- 1990.- №3.- 69 с.
4. Большой экономический словарь / под ред. А.Б. Борисова.- М., 2002.- 402 с.
5. Бюджетирование, ориентированное на результат: проблемы и перспективы внедрения в российскую практику управления общественными финансами [Электронный ресурс].- Режим доступа: http://ruc.logincee.org/lib_upload
6. Воронков, Н. За здоровье приходится платить и платить дорого / Н. Воронков // Гудок.- 2004.- 16 март.
7. Гараджа, М.Ю. Мониторинг результативности бюджетных расходов: основные этапы внедрения на местном уровне / М.Ю. Гараджа.- М., 2002.- С. 4.
8. Индикативное планирование: теория и пути совершенствования.- М., 2000.- С. 17.
9. Информатизация и экономика здравоохранения регионов России: материалы ежегодной Рос. науч.-практ. конф., г. Москва, 26 мая 2001 г.- М., 2001.
10. Когут, А.Е. Информационные основы регионального социально-экономического мониторинга / А.Е. Когут, В.С. Рохчин.- СПб., 1995.- 143 с.
11. Кольба, А.Н. О создании государственной системы мониторинга здоровья населения России [Электронный ресурс] / А.Н. Кольба.- Режим доступа: <http://www.depart.drugreg.ru/tacis/work/kolwork.htm>
12. Концепция «Вологодская область – Здоровье 21: долгосрочная политика охраны и укрепления здоровья населения Вологодской области».- Вологда, 2000.- 14 с.
13. Концепция реформирования бюджетного процесса Российской Федерации в 2004 – 2006 гг. [Электронный ресурс].- Режим доступа: <http://irc.pskov.ru/docs/concept.doc>
14. Концепция создания государственной системы мониторинга здоровья населения России.- М., 1996.- С. 6.

15. Кудрин, В.С. Мониторинг медицинской деятельности в системе ее комплексной оценки / В.С. Кудрин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.- 2001.- №2.- С. 27.
16. Лавров, А.М. Среднесрочное бюджетирование, ориентированное на результаты: международный опыт и российские перспективы / А.М. Лавров.- М.: Финансы, 2003.- С. 9-14.
17. Материалы парламентских слушаний и заседаний «круглого стола» (с 14 октября 2004 г. по 2 февраля 2005 г.).- М., 2005.- 149 с.
18. Материалы Фонда социального страхования РФ [Электронный ресурс].- Режим доступа: <http://www.fss.ru/site/info3.asp?id=1111>
19. Методические основы мониторинга здоровья населения Ярославской области / Л.В. Кайкова, С.В. Гамаянова, О.А. Анисимов [и др.] // Информатизация и экономика здравоохранения регионов России: сб. статей [Электронный ресурс].- Режим доступа: <http://www.healthquality.ru/library/vol12rtf.zip>
20. Наумова, В.В. Маркетинг фармацевтического рынка Самарской области / В.В. Наумова, А.В. Спектор.- [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://infb.hippo.ru/browse.php?page=2&subpage=8&block=1>
21. О санитарно-эпидемиологической обстановке в Вологодской области в 2001 г.: гос. доклад.- Вологда, 2002.- 142 с.
22. Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2004 год: стат. сборник.- Вологда, 2005.- 110 с.
23. Основы местного самоуправления в городах России / под ред. А.Е. Когута.- СПб.: ИСЭП РАН, 1995.- 258 с.
24. Основы современного социального управления: теория и методология: учеб. пособие / под ред. В.Н. Иванова.- М.: Экономика, 2000.- С. 122.
25. Охрана и укрепление здоровья населения Вологодской области на 2003 – 2010 годы: стратегический план.- Вологда, 2002.
26. Потемкина, С. Новый эксперимент для старой медицины / С. Потемкина // Московская промышленная газета.- 2003.- № 24(239).- 19-25 июля.
27. Проблемы и опыт совершенствования управления и повышения эффективности функционирования учреждений и предприятий социальной сферы: тезисы докладов III Всерос. науч.-практ. конф.- СПб., 2004.- С. 18.
28. Разработка организационного проекта проведения регулярного мониторинга социально-экономического развития города: отчет о НИР.- Вологда, 2002.- С. 9.
29. Районная экономика: вчера, сегодня, завтра / колл. авт. под рук. В.А. Ильина, В.И. Чиркова.- Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2002.- С. 100.
30. Реморчук, А.А. Обязательное медицинское страхование: итоги и проблемы / А.А. Реморчук // Восточно-Сибирская Правда.- 1999.- № 2.- 12 янв.
31. Сборник нормативно-методических документов по переводу на новые условия хозяйствования учреждений здравоохранения. Том 1.- М., 1989.
32. Совершенствование деятельности территории на основе экономических методов управления: учеб.-метод. рекомендации / Н.Н. Бурдин, Ю.Е. Гречко [и др.].- Кемерово, 1989.
33. Совершенствование управления здравоохранения.- М., 2000.- 305 с.

34. Стратегическое планирование: учебник / под ред. Э.А. Уткина.- М.: ЭКМОС, 1998.- С. 21.
35. Стратегия управления муниципальными образованиями / колл. авторов под науч. рук. В.А. Ильина, А.С. Якуничева.- Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2000.- 115 с.
36. Стратегия экономического роста - 2015 / колл. авторов под рук. д.э.н., профессора В.А. Ильина.- Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2005.- 224 с.
37. Траутер, А.И. Организация здравоохранения: медстрах / А.И. Траутер // Врачебная газета.- 2003.- №8 (47).- авг.
38. Ускова, Т.В. Мониторинг развития муниципальных образований / Т.В. Ускова, А.Н. Зуев, А.А. Смирнов; под ред. В.А. Ильина.- Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2002.- 128 с.
39. Финансовый макроанализ в здравоохранении (рекомендации по использованию на региональном и муниципальном уровнях) / С.П. Ермаков, М.Д. Дуганов, А.Н. Макеев, А.А. Колюшко.- М., 2000.- С. 11.
40. Формирование федеральной системы мониторинга оценок населения: отчет о НИР.- Вологда, 2003.- С. 38.
41. Центр фискальной политики: материалы интервью с руководителем департамента бюджетной политики Министерства финансов А. Лавровым [Электронный ресурс].- Режим доступа: http://www.fpcenter.ru/common/data/pub/files/articles/2480/lavrov_komersant2604.pdf
42. Шейман, И.М. Реформа финансирования российского здравоохранения / И.М. Шейман.- М.: Издатцентр, 1998.- 336 с.
43. Юдин, Б.А. Проблемы управления здравоохранением [Электронный ресурс] / Б.А. Юдин.- Режим доступа: <http://www.medcore2000.ru/content.asp?id=30>

М.В. Морев, А.А. Шабунова, К.А. Гулин
**СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ
И ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ
АСПЕКТЫ СУИЦИДАЛЬНОГО
ПОВЕДЕНИЯ**

РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАУК
ИНСТИТУТ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО
РАЗВИТИЯ ТЕРРИТОРИЙ РАН

М.В. МОРЕВ, А.А. ШАБУНОВА, К.А. ГУЛИН

**СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ
И ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ**

ВОЛОГДА
2010

ВВЕДЕНИЕ

За последние 45 лет XX столетия средний мировой показатель суицидов возрос на 60% [3]. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в 2000 г. 1 млн. человек совершили суициды; по прогнозам, к 2020 г. в результате суицидов будет погибать уже 1,5 млн. человек [32]. По заявлению официального представителя ВОЗ, «самоубийство является главной проблемой духовного здоровья общества. Однако эту проблему можно решить, если общественность уделит ей больше внимания и правительства стран мира покажут, что намерены бороться с этим явлением» [3].

Общественное психическое здоровье представляет собой один из важнейших компонентов трудового и человеческого потенциала [48], и проблему суицидального поведения в данном контексте следует считать не только универсальным индикатором, отражающим психологический фон на определенной территории, но и одной из наиболее актуальных задач в сфере охраны и укрепления психического здоровья.

Проблема суицидального поведения в последние десятилетия широко обсуждается как на мировом, так и на общероссийском и региональном уровнях. Результатом этого является регулярное отражение данного вопроса в соответствующих нормативно-правовых и рекомендательных документах. В докладе ВОЗ за 2005 г. отмечено: «Депрессия, шизофрения, зависимость от алкоголя и наркотических средств, слабоумие, эпилепсия и самоубийства имеют в значительной степени приоритетный характер в силу того бремени, которым они являются для общины, и возможности уменьшения этого бремени посредством предоставления всестороннего обслуживания» [83].

Исключительная актуальность проблемы суицидального поведения для России обусловлена такими факторами, как негативные

последствия социально-экономических кризисов 90-х гг., антиалкогольная политика государства, специфика коммунистической идеологии в эпоху Советского Союза, многонациональный состав населения. Ослабление социального потенциала России, наблюдаемое при рассмотрении населения с различных точек зрения – в плане демографического воспроизводства, человеческого капитала, а также межличностных и общественных отношений, – можно сравнить сегодня с процессом истощения природы, которое происходит под антропогенным воздействием при отсутствии условий ее восстановления [90]. Социальное нездоровье населения проявляется в катастрофическом росте таких аномалий, как алкоголизм, наркомания (особенно среди молодежи), криминализация социальной среды, выходящая на мировой уровень, катастрофический рост уровня суицидов [92]. Без улучшения демографической ситуации ни о каком экономическом росте не может быть и речи. Лучшее, на что Россия может рассчитывать в условиях современного демо-графического кризиса, лишь некоторая экономическая стабилизация. Даже при условии привлечения значительных инвестиционных вложений экономика страны будет не в силах освоить по причине малочисленности населения в трудоспособном возрасте [50].

Оценивая показатели суицида в России, Всемирная организация здравоохранения признала нашу страну находящейся в состоянии вялотекущей чрезвычайной ситуации [90]. Уровень смертности от самоубийств превышает предельно допустимое значение, установленное специалистами ВОЗ (20 случаев на 100 тыс. нас.), причем это данные только официальной статистики. По мнению специалистов, в России суицидальное поведение лежит в основе 17% смертей от повреждений с неопределенными намерениями (в Вологодской области – 28%).

Уровень самоубийств особенно высок среди людей трудоспособного возраста (преимущественно среди мужчин), что имеет негативные демографические и экономические последствия. Если бы не самоубийства, разрыв между смертностью и рождаемостью был бы меньше на 10%. Если бы не они, стране не грозил бы дефицит рабочей силы [107].

Экономический аспект проблемы суицидального поведения состоит в том, что ежегодно в результате самоубийств гибнут десятки тысяч людей молодого возраста, составляющих основу

трудового потенциала общества. «Молодые люди в наибольшей степени подвергаются риску, и на них приходится более половины всех самоубийств» [84]. Доля суицидов составляет 1,4% от всех экономических потерь, вызываемых заболеваниями (в некоторых регионах мира этот показатель достигает 2,5%) [79]. Важно также отметить, что экономические издержки связаны не только со смертностью от суицида. Попытки самоубийств, реабилитация суицидентов, психотерапевтическая и медицинская помощь родственникам суицидентов – все это также влечет экономические потери, размер которых установить практически невозможно. Кроме того, значительная часть смертей в результате несчастных случаев, травм, алкогольных и прочих отравлений, дорожно-транспортных происшествий происходит под воздействием суицидальных тенденций, однако не регистрируется официальной статистикой как самоубийство.

В связи с высокой степенью актуальности проблемы суицидального поведения в России возникает необходимость проведения исследований, направленных на изучение факторов суицидального риска, а также поиск путей их минимизации и профилактики суицидальных тенденций на ранних стадиях развития.

В данной книге представлены результаты одного из таких исследований, проведенного научным коллективом ИСЭРТ РАН в 2003 – 2009 гг. под научным руководством доктора экономических наук, профессора В.А. Ильина. Целью настоящей работы является осмысление современных тенденций суицидальной активности населения страны и Вологодской области, научное обоснование и выработка управленческих решений, направленных на уменьшение числа самоубийств в регионе.

Глава 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

1.1. Развитие научных и общественных представлений о суициде

Самоубийство известно с древнейших времен, и на разных этапах развития общества отношение к этому феномену имело свою специфику.

О характере проблемы суицидального поведения в традиционном обществе свидетельствуют существовавшие ранее обычаи. Следует отметить, что самоубийство в то время было достаточно распространенным явлением. Среди известных личностей, добровольно расставшихся с жизнью, фигурируют древнегреческий философ-киник Диоген Синопский, древнеримский философ-эпикурец Луций Анней Сенека, римский император Нерон, эпикурец Петроний и др. Причина широкого распространения суицидов в традиционном обществе состоит в том, что самоубийство часто являлось не только «социально одобряемой», но и единственно возможной формой поведения в определенных ситуациях. Более подробно такие случаи рассмотрены в *таблице 1*.

На начальных этапах развития общества сильнейшее влияние на общественное мнение и психологию каждого конкретного индивида имела *религия*, которая неразрывно связана с образом жизни и до сих пор считается одним из факторов, определяющих уровень распространенности самоубийств. Отношение к самоубийству ведущих мировых религий и менее распространенных верований имеет свои особенности, но сохраняет и некоторые общие черты. Например, христианство в целом объявляет грехом попытку лишения себя жизни, однако в протестантских странах количество

Таблица 1. **Формы общественного поощрения суицидов**

Причина суицида	Исторический пример
1. Добровольное самопожертвование	На этапе первобытнообщинного строя в голодные годы ради спасения рода добровольно умерщвляли себя старики
2. Самоубийство женщин, ставших вдовами после гибели своих мужей	Самосожжение славянок после смерти их мужей, ритуальное самосожжение вдов («сати») в Индии
3. Добровольные уходы из жизни после смерти «повелителя», объекта почитания и поклонения	Жены и слуги правителей и других высокопоставленных лиц после смерти обязаны были разделить участь своего господина и прибегали к самоубийствам
4. Кодекс чести: самоубийство как искупление позора военных поражений	В Ветхом завете упоминается Саул, заколовший себя после поражения в бою. Римский император Нерон покончил с собой, потерпев поражение в борьбе за власть
5. Суицид как один из способов выражения общественного гнева, протеста против оскорблений; как средство восстановления своей чести	В Японии, где власть иерархического подчинения была максимально сильна, суицид часто был единственной возможностью выражения протеста людьми, стоявшими на низших ступенях иерархической лестницы. Подобные суициды известны и в России (имели место самоубийства в знак протеста против политики, проводимой Петром I)
6. Религиозное самоубийство	Самопожертвования богам в Индии («дикши»)

суицидов существенно выше, чем в католических (например, за период с 1999 по 2005 г. в Италии – 6,5, в Дании – 13,5 на 100 тыс. населения). Комментируя это явление, французский социолог Эмиль Дюркгейм писал: «Единственным существенным различием между католицизмом и протестантизмом является тот факт, что второй в гораздо большей степени допускает свободу исследования, чем первый... Протестант в большей степени является творцом своей веры» [48]. Иудейская религия также запрещает самоубийства, и здесь в качестве главного антисуицидального фактора выступают не религиозные догмы, а высокая степень целостности и единства еврейской общины. В то же время некоторые восточные религии (буддизм, брахманизм) исходят из доктрины: «все, что привязывает человека к жизни, есть причина страдания», поэтому ставят перед верующими ряд требований (достичь определенного возраста, родить сына и т. д.), выполнение которых позволяет им самовольно лишать себя жизни.

Религиозный «запрет» на самоубийство имеет положительный эффект и в настоящее время, однако такой подход влечет за собой гнев общества в отношении семьи «грешника». Табуирование суицида является исторической основой актуальной сегодня проблемы стигматизации и дискриминации суицидентов. Поэтому в

XX веке отношение религии и общества к феномену суицида стало более толерантным и сочувствующим.

Характеристика периода традиционного общества была бы неполной без описания философских воззрений на проблему суицидального поведения. Философы эпохи древней греко-римской культуры, Средневековья, Возрождения и Нового времени по-разному относились к феномену самоубийства, и эта неоднозначность способствовала появлению научных теорий происхождения и формирования суицидальных тенденций (табл. 2).

Таблица 2. **Философские представления о самоубийстве**

Представитель	Основная идея
1. Пифагор	Суицид – мятеж против установленного богами идеально гармоничного мира
2. Аристотель	Смерть следует приветствовать, но только тогда, когда она приходит в положенный час, а самоубийство – лишь проявление трусости и малодушия
3. Сократ, Платон	Жизнь человека зависит от богов и он «не вправе уклониться от собственного жребия»
4. Луций Анней Сенека	Толерантное отношение к самоубийству («Раньше ты умрешь или позже – неважно, хорошо или плохо, – вот что важно»)
5. Фома Аквинский	Самоубийство – преступление против закона природы, мира и Бога
6. Данте Алигьери	Самоубийство – грех (в «Божественной комедии» Данте поместил самоубийц среди мучающихся в аду грешников)
7. Мишель Монтень	Попытка оправдать суицид («невыносимые боли и опасения худшей смерти являются вполне оправданными побуждениями к самоубийству»)
8. Дэвид Юм	Божий промысел проявляется не в отдельных событиях, а во всеобщей мировой гармонии, частью которой является и суицид
9. Иммануил Кант	Оправдывал абсолютный моральный запрет на самоубийство, считая его «оскорблением человечества»
10. Карл Ясперс	Связывал самоубийство с ситуативными факторами, неповторимым стечением обстоятельств, определяющих уникальность человеческой судьбы
11. Н.А. Бердяев	Будучи непримиримым противником суицида, считал, что его порождает бессмысленное страдание и безнадежность, единственным выходом из которых является религия, дающая человеку духовную силу
Источник: Гроллман Э. Суицид: превенция, интервенция, поственция // Суицидология: Прошлое и настоящее: Проблемы самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. – М., 2001. – С. 305-306.	

Подобные философские труды, касающиеся нравственной допустимости суицида и его побудительных мотивов, предшествовали возникновению научного интереса к данной проблеме. С середины XIX в. в изучении проблемы суицидального поведения наряду с философскими и нравственными позициями были использованы знания из области психологии и психиатрии, антропологии и этнологии, правоведения, социологии и других наук, что позволяет сегодня рассматривать феномен самоубийства с междисциплинарных позиций.

Научные подходы к проблеме суицидального поведения появляются в конце XIX века. Они связаны, прежде всего, с именами социолога Э. Дюркгейма, психоаналитиков З. Фрейда, А. Адлера, К.Г. Юнга, психологов-гуманистов К. Роджерса, В. Франкла, суицидологов Э. Шнейдмана и Н. Фарбероу.

Из всего многообразия научных подходов можно выделить следующие:

- 1) психопатологический;
- 2) общепсихологический;
- 3) социологический;
- 4) танатологический или историко-культурный.

Рассмотрим подробнее специфику этих подходов.

⇨ *Психопатологическая концепция* (Прозоров, Хендин, Исакссон) исходит из предположения о том, что все самоубийцы – это душевнобольные люди, а все суицидальные действия – проявление психического расстройства. Сама проблема суицидального поведения изучалась типичными медицинскими методами, т. е. с точки зрения этиологии, патогенеза и клинической картины заболевания. В данном подходе предлагались различные методы медикаментозного и терапевтического лечения суицидентов.

В рамках психопатологической концепции сегодня изучаются генетические, физиологические, биохимические и другие параметры жизнедеятельности организма. Ряд исследователей, ссылаясь на большую частоту суицидов среди родственников самоубийц, считают это доказательством роли генетического фактора (Tsuang M.T., 1977; Garfinkel B.D., 1979; Roy A., 1983). Исследования, проведенные в Дании, показали большую конкордантность по фактору самоубийства у однояйцевых, чем у двуяйцевых близнецов (Juel-Nielsen, Videbech, 1970).

Наибольших успехов достигли исследования по определению связи между склонностью к суицидальному поведению и уровнем серотонина в крови и спинномозговой жидкости (Asberg M., 1976; Brown G. L., 1982; Beker U., 1996). «У людей, страдающих депрессивным расстройством, низкий уровень серотонина может приводить к агрессивным и импульсивным поступкам, которые обуславливают суицидальные мысли и действия. Но и вне депрессии низкий уровень серотонина способствует возникновению агрессивных тенденций, что делает этих людей опасными для себя и окружающих» [127].

В настоящее время принято считать, что суицид не является результатом психической патологии (об этом свидетельствует хотя бы тот факт, что почти две трети всех суицидов в мире совершается психически здоровыми людьми), однако представление о биохимической природе самоубийства рассматривается как одно из наиболее перспективных в плане возможностей купирования суицидальных тенденций.

✦ Согласно *общепсихологической концепции* основным в формировании суицидальных тенденций является психологический фактор. Концепции суицида с точки зрения представителей данного направления изложены в *таблице 3*.

Таблица 3. Психологические теории суицида

Представитель	Направление психологии	Основная идея
З. Фрейд (1856 – 1939) [146]	Психоанализ	Самоубийство – один из возможных результатов борьбы двух основополагающих противоположных влечений: Эроса – инстинкта жизни и Танатоса – инстинкта смерти
Альфред Адлер (1870 – 1937) [35]	Индивидуальная психология	Самоубийство – исход кризисной ситуации, заключающейся в утрате человеком чувства общности с другими людьми, необходимой для компенсации неполноценности, что является смыслом и целью жизни
Карен Хорни (1885 – 1952) [148]	Психодинамика и эго-психология	При нарушении взаимоотношений между людьми возникает невротический конфликт, порожденный базисной тревогой, формирующейся еще в детском возрасте. Возникшее в детстве чувство враждебности окружения, наряду с иными чувствами, резко актуализирующимися при межличностных конфликтах, становится основой суицидального поведения
Карл Густав Юнг (1875 – 1961) [156]	Аналитическая психология	Самоубийство может быть вызвано бессознательным стремлением человека к духовному перерождению, выступающим основным мотивом добровольной смерти. Это стремление обусловлено актуализацией архетипа коллективного бессознательного, принимающего различные формы, которые несут в себе мыслеобраз о награде, ожидающей человека в условиях невыносимого существования
Гарри Стэк Салливан (1892 – 1949) [128]	Психоанализ	Рассматривал суицид с точки зрения своей теории межличностного общения: самооценка индивида возникает главным образом из отношения к нему других людей. Если отношение окружающих обеспечивает человеку безопасность, у него формируется образ «хорошее Я», если отношение окружающих порождает тревогу, – «плохое Я». Последнее является источником душевного дискомфорта и при длительном существовании переходит в образ «не-Я», что, в свою очередь, приводит к возникновению аутоагрессивного поведения как единственного способа прекращения страданий

Окончание таблицы 3

Карл Роджерс (1902 – 1987) [120]	Гуманистическая психология	Основная тенденция жизни заключается в стремлении к самоактуализации, сохранению и усилению «Я», формирующегося во взаимодействии со средой и окружающими людьми. Если структура «Я» является ригидной, то не согласующийся с ней реальный опыт, воспринимаемый как угроза жизни личности, искажается либо отрицается. В результате опыт отчуждается от «Я», в силу чего теряется контакт с реальностью. Это приводит к осознанию полного одиночества, утрачивается вера в себя, появляется ненависть и презрение к жизни, смерть идеализируется и, таким образом, формируются суицидальные тенденции
Виктор Франкл (1905 – 1998) [35]	Логотерапия	Человек, которому свойственна осмысленность существования, свободен в отношении выбора способа своего бытия. Поэтому задача человека состоит в том, чтобы, осознав неповторимость и ценность жизни, перенести ее лишения и страдания. Таким образом, идея самоубийства, по Франклу, принципиально противоположна постулату о том, что жизнь при любых обстоятельствах наполнена смыслом для каждого человека. Само существование идеи самоубийства, возможность его выбора отличает человеческий способ бытия от способа существования животных. Франкл сочувственно относился к самоубийству, но не оправдывал его, поскольку самоубийство лишает человека возможности, пережив страдания, приобрести новый опыт и, следовательно, продолжить свое развитие

Ведущими в современной суицидологии признаются исследования американских ученых Эдвина Шнейдмана и Нормана Фарберу.

Суицидолог Э. Шнейдман в ходе проводимого им исследования психологической аутопсии (посмертный анализ обстоятельств, предшествующих и сопутствующих самоубийству: изучение биографии суицидента, различной документации, в том числе медицинской, предсмертных записок и т. д.) установил, что в основе суицидального поведения лежит особый психологический механизм, названный им «душевной болью» (*psychache*). Когда переживание негативных эмоций и драматических аспектов жизни становится особенно интенсивным, человек испытывает душевные страдания, и для того, чтобы по-настоящему понять самоубийство, следует прежде всего подумать о том, что заставляет человека лелеять мысль о смерти как способе прекращения страданий. Душевные страдания представляют собой реально испытываемую человеком боль, а летальность относится к идее, самой мысли о смерти как способе избавления от боли [158].

Согласно концепции Э. Шнейдмана «самоубийство основывается на душевной боли, а главным ее источником являются фрустрированные психологические потребности» [158]. Среди таких потребностей человека можно выделить два типа: к первому относятся потребности человека в повседневной жизни (модальные потребности, с которыми человек живет). Ко второму типу относятся те потребности, которые становятся актуальными для человека в ситуациях давления, страдания, внутреннего напряжения и душевной боли (витальные потребности). Когда появляются мысли о суициде, внутренний фокус сознания смещается с обычных (модальных) к витальным потребностям, которые человек считает важнейшими для продолжения жизни и которые подвергаются фрустрации вследствие наличия угрозы, давления, боли или других обстоятельств.

Базируясь на методе психологической аутопсии, Э. Шнейдман создал *теорию общих черт самоубийств*, т. е. определенных характеристик, свойственных всем формам проявления суицидального поведения и методам реализации суицидальных действий, а также вывел свою типологию самоубийств (эгоистические, диадические, агенеративные суициды).

Создатель концепции саморазрушительного поведения Норман Фарбероу шире взглянул на проблему суицидального поведения, включив в это понятие другие формы аутоагрессии (алкоголизм, трудовоголизм, неоправданную склонность к риску, опрометчивый азарт и др). Такой подход позволил Фарбероу разработать принципы современной профилактики суицидального поведения и стать инициатором создания центров профилактики суицидов в США, а затем во многих других странах мира.

В нашей стране суицидология начала развиваться в 1970-е годы, с того момента, когда в Московском институте психиатрии был создан специальный отдел под руководством профессора А.Г. Амбрумовой для научной разработки проблемы самоубийства. Тогда же открылся Всесоюзный научно-методический суицидологический центр, в задачу специалистов которого входило изучение поведения человека в различных экстремальных ситуациях.

Согласно концепции А.Г. Амбрумовой суицид – это проявление социально-психологической дезадаптации личности при наличии неразрешимых микросоциальных конфликтов. Уровень вероятности реализации суицидальных тенденций зависит от сочетания ряда

факторов – уровня типологической готовности личности, наличия «горячей точки» (узловые моменты в биографии суицидента, стрессовая ситуационная нагрузка) [7].

Попытка самоубийства происходит, когда социально-психологическая дезадаптация приводит к невозможности реализации базовых ценностных установок личности (*психическая депривация*).

Рассматривая суицидальное поведение в общепсихологическом аспекте, специалисты учитывают взаимодействие факторов риска трех основных уровней: психопатологического, индивидуально-личностного и ситуационно-средового. Естественным следствием научных изысканий специалистов явилась необходимость создания новой, нетрадиционной системы мер по оказанию помощи людям, пытавшимся покончить с собой, вне психоневрологического диспансера и психиатрической больницы.

В настоящее время руководителем Федерального научно-методического суицидологического центра является доктор медицинских наук, профессор В.Ф. Войцех. Его позиция относительно причин и механизма суицидального поведения в целом продолжает отечественные традиции: «По определению, суицид есть следствие социально-психологической дезадаптации в условиях неразрешенного социального конфликта. Сам конфликт может быть внутренним, внешним: неприятности на работе, скандалы в семье. Он приводит к истощению нервной системы, изматывает, затрагивает наиболее значимые личностные установки. Человек «зацикливается» на своей ситуации, начинает думать только о ней, перебирать возможные варианты ее разрешения, мучиться в поисках выхода, замыкаться в себе, при этом находясь в состоянии постоянного нервного напряжения, что приводит к нарушению сна, депрессии... Так он приходит к стрессу, кризису, во время которых появляются мысли о суициде. А дальше, как правило, попытка...» [136].

✦ *Социологический подход.* Высокий уровень самоубийств в большинстве экономически развитых стран мира ставит вопрос о причинах возникновения этого явления и о поиске оптимальных средств для его предупреждения. Анализ проблемы суицидального поведения лишь в рамках клинко-психологических исследований неизбежно сужает угол зрения и оказывается явно недостаточным для понимания всего многообразия негативных факторов, лежащих в основе его формирования.

Автором социальной теории самоубийств является французский социолог Э. Дюркгейм, который впервые выдвинул идею о существенном влиянии социально-экономических причин на формирование суицидального поведения. Его взгляды наиболее полно отражены в работе «Самоубийство: социологический этюд» [48]. Автор характеризует суицидальное поведение с точки зрения социологии, определяет границы его исследования и специфику подхода. В частности, Дюркгейм пишет: «В каждом обществе можно констатировать предрасположение к известному количеству добровольных смертей. Такое предрасположение может служить предметом социального изучения в пределах социологии» [48].

Согласно концепции Дюркгейма, в зависимости от мотивационной основы существуют следующие типы самоубийств [48]:

1. *Альтруистический суицид* – самоубийство, совершенное «во благо», в интересах каких-либо людей или идей. Причиной его является недостаток индивидуализма, т. е. этот вид самоубийства можно рассматривать как «продукт абсолютной зависимости личности от общества». К такому типу относятся самоубийство лица, считающего себя обузой для окружающих (преклонный возраст, тяжелое заболевание); суицид «вслед за кем-то», самоубийство после смерти любимого человека; суицид по религиозным убеждениям.

2. *Эгоистический суицид* – самоубийство во имя собственных, «эгоистических» интересов как способ ухода от каких-либо проблем. В отличие от альтруистического суицида, причиной самоубийства эгоистического является «избыток индивидуализма», т. е. стремление индивида отстраниться от общества.

Принципиальная разница этих форм заключается в специфике «включенности» человека в социальную среду, большей или меньшей степени его интегрированности в социум. Эгоистическое самоубийство проистекает из того, что человек не видит смысла в жизни, а альтруистическое – вызывается тем, что человек видит смысл жизни вне ее самой.

3. *Аномический суицид* – самоубийство как реакция протеста на экзистенциальный кризис (экономический, политический, семейный, межличностный, внутриличностный) или ситуацию, угрожающую возникновением такого кризиса (например, при резком изменении образа жизни).

4. *Фаталистический суицид* – самоубийство как следствие сверхконтроля или чрезмерного регулирования (конформизма).

Аномическое и фаталистическое самоубийства, по Дюркгейму, являются результатом тяжелого разногласия между личностью и окружающей его средой. Они определяются сопутствующими жизни субъекта страданиями, которые в конечном итоге заставляют человека насильственно прервать жизнь, кажущуюся ему невыносимой. Причем зачастую такое решение принимается раньше, чем человек успевает узнать эту жизнь на собственном опыте.

Э. Дюркгейм выделяет социальные и внесоциальные факторы риска. *К внесоциальным факторам* относятся психоорганическое предрасположение, физическая среда (климат, температура и т. д.), раса и наследственность.

К собственно социальным факторам риска Э. Дюркгейм относит:

1 Внешние обстоятельства, в которых находится самоубийца, микросоциальные и биографические характеристики.

2. Природу самих обществ (ведущий фактор риска). Каждое общество имеет свою устойчивую статистику суицидов, ее динамику и предпочитаемые формы ухода из жизни. Следовательно, каждая социальная группа имеет к самоубийству определенную, присущую именно ей коллективную наклонность.

Таким образом, суть социологического подхода к феномену суицида состоит в расширении спектра факторов, под воздействием которых возникают суицидальные тенденции, от индивидуально-психологических до социально-экономических и социально-психологических.

✦ *Танатологический (историко-культурный) подход.* Танатологический подход рассматривает самоубийство как историко-культурный феномен ценностного отношения человека к смерти. В рамках данного подхода анализируются древние обычаи, ритуалы, эволюция религиозных и философских концепций суицида, а также отражение темы суицида и смерти в литературе и искусстве.

Современная суицидология имеет большой багаж знаний о механизмах возникновения и развития суицидальных тенденций, поэтому усилия отечественных и зарубежных исследователей сосредоточены в основном на изучении факторов суицидального риска и возможностей повышения эффективности оказания помощи суицидентам и членам их семей. К таким ученым можно отнести Г.В. Старшенбаума (кризисная психотерапия), Д. И. Шустова (алкогольные суициды), А.Б. Смулевича (депрессия), В. Патнема (расстройства множественной личности), Д. Давидсона (посттравматические стрессовые расстройства) и т. д.

С течением времени отношение общества к феномену суицида изменялось от карательного к сочувствующему. Общая динамика этого процесса представлена в *таблице 4* [22].

Таблица 4. Динамика общественного мнения о суициде и суициденте

Временной период	Отношение к суициду	Отношение к суициденту	Исторические причины
Традиционные общества	Нарушение запрета, табу	Захваченный духами, вызывающий страх	Подчиненность жизненного уклада различным верованиям, обычаям, мифам
Древнее общество (Греция, Рим)	Преступление против общества	Преступник	Усложнение социальной и экономической структуры общества
IV в. н. э.	Грех	Еретик, атеист	Господство церкви и религиозных догм
Конец XIX в.	Позор	Презренный, бесчестный или неудачник	Развитие протестантизма, господство экономических стандартов благополучия. Смерть от суицида влекла за собой смену соц. статуса
Начало XX в.	Психическая патология	Душевнобольной	Стигматизация
XX - XXI вв.	Результат неудачной адаптации к жизненным условиям	Проигравший (неспособный добиться успеха в жизни)	Развитие научных представлений о суициде

Источник: Бойко О.В. Охрана психического здоровья.– М.: Академия, 2004. – С. 268.

На протяжении всей истории развития общества существовало и позитивное отношение к суициду и суициденту, хотя это следует рассматривать скорее как исключение из правил. Суицид могли рассматривать как проявление мужества, верности, как способ самопожертвования или проявление свободы своей воли. По утверждению В.Ф. Войцеха, отношение россиян к суициду и человеку, пытавшемуся покончить с собой, выглядит следующим образом: «Половина опрошенных считает, что в любой ситуации суицид неприемлем, половина признает такие попытки в крайних случаях возможными. Осуждения суицидентов и суицида как такового не наблюдается, хотя, например, для верующего человека – это тяжкий грех. Но у нас к суицидентам обычно относятся с пониманием, мол, тяжкая жизнь довела человека до самоубийства...» [136].

Таким образом, исторический взгляд на проблему суицидального поведения позволяет сделать вывод о том, что вместе с отношением общества к явлению суицида менялась и сама его суть: если на начальных этапах истории добровольный уход из жизни

носил прагматичный характер и во многом был обусловлен религиозными традициями, то в XX веке основным его мотивом стала неудовлетворенность теми или иными условиями жизни, изучением которых занимается современная суицидология.

1.2. Исторические предпосылки актуальности проблемы суицидального поведения в Российской Федерации

На динамику распространения самоубийств в России и Вологодском регионе оказали влияние те же события, которые определили специфику всей структуры смертности населения. Можно выделить следующие этапы:

1. С 1965 по 1980 г. – рост числа суицидов, связанный с тем, что приоритетной для системы здравоохранения была борьба с инфекционными заболеваниями и младенческой смертностью, а не укрепление психического здоровья населения.

2. С 1980 по 1989 г. – снижение смертности от самоубийств вследствие антиалкогольной кампании и улучшения психологического климата в стране в связи с оптимистическими ожиданиями от результатов «перестройки».

3. С 1990 по 2000 г. – существенное увеличение уровня суицидов, связанное с развалом СССР, резкой сменой идеологического курса, политической нестабильностью, экономическими кризисами, отменой антиалкогольной кампании.

4. С 2000 г. по настоящее время – постепенное снижение смертности от самоубийств благодаря относительной политической и экономической стабилизации в стране и адаптации населения к изменившимся в период кризиса условиям жизни.

Следует отметить, что в Вологодской области последствия от этих событий оказались более выраженными, чем по стране в целом.

Существующий в стране демографический кризис связан не только со снижением рождаемости, но и с высоким уровнем смертности, в первую очередь, от социально обусловленных причин, к числу которых относятся и суициды.

Известны три пути выхода из демографического кризиса: повышение рождаемости, снижение смертности и миграционная политика. Регулирование миграционных потоков как мера, способствующая эффективному решению демографической проблемы,

на сегодняшний день исчерпало себя. Кардинально повысить уровень рождаемости в ближайшее время представляется маловероятным, поскольку сначала надо создать культ семьи в обществе, что невозможно достичь отдельно взятыми мерами, такими как запрет аборт или материальное стимулирование.

Таким образом, наиболее эффективным направлением стабилизации демографической ситуации, по мнению специалистов, является именно сокращение смертности, причем смертности в молодых возрастных категориях [121].

Чтобы понять, какую роль играют сегодня самоубийства в формировании демографической ситуации в стране, необходимо дать характеристику этому явлению не только с количественной, но и с качественной стороны. Для этого следует обратиться к теории эпидемиологического перехода, разработанной американским демографом А.Р. Омраном в 1971 г. [138].

Суть его концепции состоит в радикальном изменении структуры причин смертности, когда причины экзогенного характера меняются на эндогенные.

Сама классификация причин смертности на экзогенные и эндогенные принадлежит французскому демографу Ж. Буржуа-Пиша [14]. К первым относятся причины, внешние по отношению к естественным процессам, происходящим в организме: насильственная смерть, туберкулез, эпидемии, инфекционные и паразитарные заболевания и т. д. Такие причины сравнительно легко поддаются воздействию (санитарно-гигиеническим и профилактическим мероприятиям, массовым вакцинациям и т. д.).

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

С развитием медицины, увеличением возможностей влияния на причины экзогенного характера и осознанием человеком ответственности за состояние собственного здоровья возрастает роль эндогенных факторов смертности, что и составляет суть концепции эпидемиологического перехода. Данный процесс проходит за четыре этапа:

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

2. *Снижение пандемии экзогенных заболеваний.* Снижение темпов смертности от инфекционных заболеваний, туберкулеза. Из-за

стремительного процесса индустриализации, загрязнения окружающей среды и ускорения темпов жизни увеличивается смертность от квазиэндогенных причин (болезни системы кровообращения, новообразования, несчастные случаи).

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

4. *Период отложенных дегенеративных заболеваний* (данная стадия предложена в 1986 г. С. Ольшанским и А. Олтом). Идет прогресс в медицине и профилактике заболеваний. Смертность снижается, ее средний возраст переходит на самые старшие возрастные группы. Появляется зависимость здоровья от профилактики [130].

Существует две модели эпидемиологического перехода:

1. Классическая модель (ускоренная). Характерна для западных стран.

2. Современная модель (замедленная). Характерна для развивающихся стран и сопровождается сохранением высокого уровня детской и младенческой смертности.

По поводу того, на какой стадии эпидемиологического перехода стоит Россия в настоящее время, единой точки зрения нет. Одни ученые приводят данные о чрезмерно высоком уровне смертности от туберкулеза и внешних причин как доказательство того, что это первая стадия (О.Е. Баксанский, И.К. Лисеев). Другие полагают, что в России, дошедшей до четвертой стадии, начался обратный эпидемиологический переход (В.Г. Семенова).

Среди ученых также нет единой точки зрения и на причины, повлекшие за собой широкое распространение смертности экзогенного характера, демографический кризис и в конечном итоге незавершенность эпидемиологического перехода. Некоторые исследователи (И.Б. Орлова, И.Н. Веселкова и др.) объясняют это распадом СССР, последовавшим за ним экономическим кризисом и, как следствие, психологической дезадаптацией широких слоев населения (в качестве аргумента приводятся данные о резком ухудшении демографической ситуации именно в кризисный период 1990-х гг.).

В то же время Е.М. Андреев, А.Г. Вишневский и другие полагают, что «кривая уровня смертности, тенденции которой сложились

еще в середине 60-х гг., была прервана антиалкогольной кампанией 1985 – 1987 гг., когда смертность искусственно понизилась» [98]. По мнению этих ученых, «в период 1993 – 1994 гг. реализовалась какая-то часть смертей, отсроченных благодаря антиалкогольной кампании, и их число прибавилось к числу смертей, действительно возросшему вследствие кризиса независимо от последствий антиалкогольной кампании» [11].

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

Некоторые исследователи подчеркивают, что население социалистического лагеря в период перестройки и в последующие годы подвергалось действию многочисленных ситуаций, вызывавших стресс, в результате чего выработался специфический моральный настрой населения восточноевропейских стран как фактор повышения смертности среди взрослого населения [98].

Характеризуя современную демографическую ситуацию, чл.-корр. РАН Н.М. Римашевская отмечает: «Мне еще не приходилось слышать ни одного предположения относительно того, что Россия преодолет тенденцию естественной убыли населения (превышения показателями смертности показателей рождаемости) до конца текущего столетия. Я давно говорю о том, что Россия прошла своеобразную «точку невозврата» в 1992 году: именно тогда пересеклись идущая вниз кривая рождаемости и идущая вверх кривая смертности» [121].

«За 1993 – 2005 годы россиян стало меньше на 5,8 миллиона человек. Инвалидов в стране – 12 миллионов, ежегодно на инвалидность выходит миллион человек. Продолжительность жизни у мужчин – 59 лет (136-е место в мире). Рождаемость – катастрофически низкая: для обеспечения воспроизводства населения показатель рождаемости должен быть не менее 2,14, в 2004 году в России он был равен 1,34. Рожаем, как в Европе, умираем, как в Африке» [117].

Для понимания современных тенденций в динамике смертности от самоубийств на территории Российской Федерации целесообразно начинать анализ с обзора проблемы в дореформенный период (60-е годы XX века), когда общая картина смертности «выглядела естественно обусловленной и имелись признаки, свидетельствующие о дрейфе в сторону зрелых стадий эпидемиоло-

гического перехода» [138]. Такой подход позволяет более наглядно продемонстрировать влияние социально-экономических и политических пре- образований на суицидальное поведение как демографическую проблему современного российского общества.

С точки зрения эпидемиологического перехода специфика демографических процессов в России имела следующие черты:

1. Более позднее начало и ускоренное развитие эпидемиологического перехода по сравнению с западными государствами, что существенно отразилось на уровне смертности от самоубийств.

2. Отсутствие адекватного появляющимся проблемам развития системы здравоохранения и профилактики факторов смертности от внешних причин, в том числе самоубийств.

В динамике смертности среди населения с середины 60-х гг. до конца XX века В.Г. Семенова выделяет три этапа: 1965 – 1980 гг., когда тенденции смертности были неблагоприятными; 80-е годы – период позитивных тенденций, особенно ускорившихся с проведением антиалкогольных мероприятий, и период 90-х годов XX века., когда негативные тенденции возобновились невиданными темпами [138].

Специфика этих исторических этапов, отразившаяся в динамике смертности от самоубийств, представлена на *рисунке 1* [26].

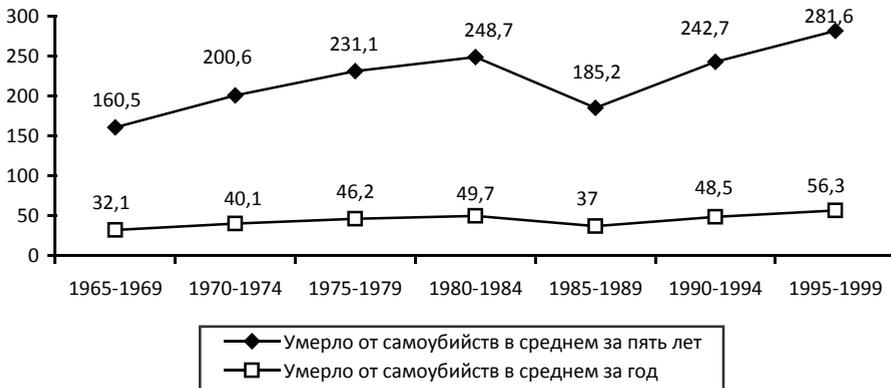


Рисунок 1. Уровень самоубийств в России за период с 1965 по 1999 г., тыс. чел.

Источник: Сравнительная характеристика лиц с различными способами суицида [Электронный ресурс] / Н.П. Ванчакова, А.В. Смирнов, К.В. Рыбакова, Ф.О. Урюпов. – Режим доступа: <http://hiv.altnet.ru>

Негативные тенденции в динамике суицидов до 80-х гг. обусловлены тем, что приоритетом советского здравоохранения была

борьба с инфекционными заболеваниями, а также сокращение детской и младенческой смертности. «Реальные же факторы, определившие рост смертности (в первую очередь, алкоголизм), были, конечно, объявлены, но никакой продуманной и направленной борьбы с ними (если не считать случайных кампаний), в отличие от Запада, проведено не было» [27]. Как отмечают И.Н. Веселкова и Е.В. Землянова, «снижение продолжительности жизни в России с середины 60-х годов связано с двумя основными составляющими избыточной смертности:

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

2. От несчастных случаев, отравлений и травм в трудоспособном возрасте, особенно у мужчин, куда входит и смертность от суицидов» [27].

Снижение уровня смертности от самоубийств в 80-е гг. связано с антиалкогольной кампанией, благодаря которой общая смертность и продолжительность жизни вышли на уровень 65 лет, причем за счет сокращения смертности не в младенческом и детском, а в трудоспособном возрасте. С психологической точки зрения не менее важным был факт ожидания населением позитивных изменений в связи с «перестроечным» курсом реформ.

Сегодня можно с полной уверенностью сказать, что ситуация, связанная с развалом Советского Союза в начале девяностых, сама по себе повлияла на стремительный рост случаев психических отклонений и самоубийств. Американские ученые Э. Брейнерд и Д. Катлер, исследуя причины смертности россиян в начале 1990-х гг., пришли к выводу, что на 25% ее рост был обусловлен влиянием стресса и отчаяния, на 25% – возросшим уровнем потребления алкоголя. При этом исследователи опровергли тезис о том, что на скачок смертности существенное влияние оказали неразвитость системы здравоохранения, неправильный образ жизни большинства россиян и безработица [15].

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

- экономическому (резкий спад производства, обнищание широких слоев населения, расслоение населения по доходам);
- социальному (маргинализация, безработица, криминализация);
- медицинскому (отсутствие профилактического звена в здравоохранении, постоянное увеличение количества платных услуг, а также размера их оплаты).

Как отмечает руководитель Федерального научно-методического суицидологического центра д.м.н., профессор В.Ф. Войцех, «увеличение числа попыток самоубийств началось с 1991 года в связи с резким изменением социально-экономической ситуации в стране, безработицей, низкой заработной платой или вовсе ее отсутствием, низкой социальной поддержкой населения, инфляцией, ростом числа страдающих алкоголизмом» [136].

Тенденции снижения суицидов, наблюдавшиеся в периоды с 1994 по 1998 г. и с 2000 по 2007 г., обусловлены адаптацией населения к изменившимся социально-экономическим условиям. По мнению директора Украинского НИИ социальной и судебной психиатрии А. Чуприкова, уменьшение смертности от самоубийств в последние три – четыре года «свидетельствует о приспособлении населения в целом к достаточно сложным для него условиям жизни при рыночной экономике» [156]. Однако и в 2007 г., в условиях относительной экономической стабилизации в обществе, уровень самоубийств в стране превышал предельно-критическое значение, установленное Всемирной организацией здравоохранения (20 случаев на 100 тыс. населения; *рис. 2*) [99].

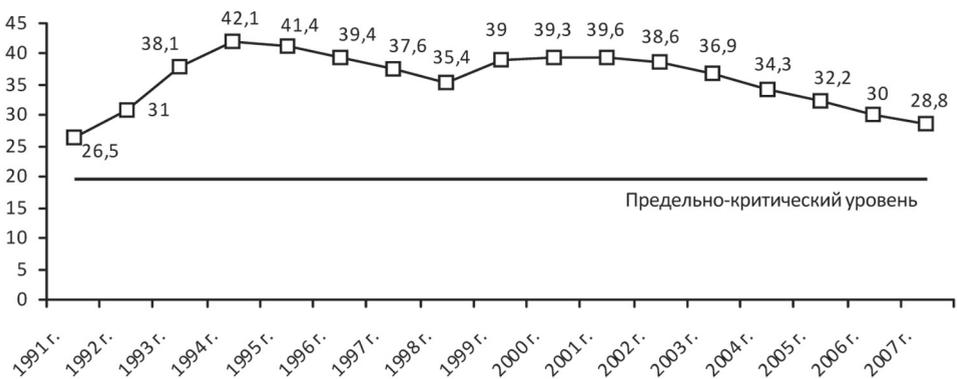


Рисунок 2. Уровень самоубийств в России после 1991 года
(умерших на 100 тыс. чел.)

Источник: Российский статистический ежегодник. 2007: Стат. сб. / Росстат. – М., 2008. – 53 с.

По мнению д.ф.н. И. Б. Орловой, «об огромном «вкладе» в прирост смертности от социально обусловленных причин свидетельствует тот факт, что за изучаемое десятилетие наибольшее увеличение фиксируется в смертности от отравлений алкоголем, убийств, самоубийств, дорожно-транспортных происшествий, туберкулеза» [98]. На фоне европейских государств у нас наблюдается несоизмеримо более высокий уровень погибших от причин категории «несчастные случаи, травмы и отравления» (внешние причины воздействия). Как отмечает Е.Ю. Андреева, «в настоящее время российский уровень смертности от внешних причин является самым высоким среди стран Европейского региона... В группе внешних причин суицид был и остается самым жестоким киллером, уносящим в России больше всего человеческих жизней» [12].

Е.М. Андреев и А.Г. Вишневский считают, что продолжительность жизни в России «в решающей степени определяется неблагоприятной динамикой смертности от двух групп причин смерти – болезней системы кровообращения и, особенно, внешних причин». При этом, анализируя вклад последних, они отмечают: «Если оценить соответствующий вклад в смертность наиболее жизнеспособной части населения – взрослых в возрасте от 15 до 65 лет, – то внешние причины вообще выходят на первое место» [11].

А.Е. Иванова и В.Г. Семенова отмечают, что качественным результатом реформ 1990-х гг. стало кардинальное изменение структуры травматической смертности, свидетельствующее о ее маргинализации: «На протяжении всего дореформенного периода среди причин смерти доминировали самоубийства и дорожно-транспортные происшествия: они не только устойчиво занимали первое – второе места, но с существенным отрывом опережали все остальные причины, что в целом соответствовало вполне цивилизованной структуре внешних причин смерти... Современное положение характеризуется выходом на первые места проблем, связанных с насилием и алкоголем» [59].

На наш взгляд, актуализация алкогольных причин смертности не снижает остроты проблемы суицидального поведения, поскольку алкоголизм и самоубийство – это формы аутодеструктивной активности, которые развиваются по одинаковым механизмам. Кроме того, при фиксировании смерти от суицида чаще всего учитываются только очевидные случаи, поскольку возникают определенные проблемы, связанные с отношением к близким и

родственникам погибшего суицидента. И хотя определенная часть смертей совершается под воздействием суицидального импульса, однако, из этических соображений, регистрируется как, например, дорожно-транспортное происшествие или повреждение с неопределенными намерениями. Статистика самоубийств во всем мире является заниженной по сравнению с ее реальными масштабами. Как отмечают специалисты ВОЗ, «суицид неправильно классифицируют, записывая, что смерть наступила в результате неопределенной или естественной причины, например, когда люди – особенно престарелые – перестают принимать лекарства, поддерживающие их жизнь. Суицид может быть не распознан официально, когда наркоман принимает повышенную дозу, когда человек преднамеренно морит себя голодом (так называемая «суицидальная эрозия») или когда он умирает через некоторое время после попытки самоубийства. В этих случаях, так же как в случае эвтаназии или ускорения смерти, официально записывают клиническую причину смерти» [70].

Одним из самых распространенных вариантов суицида подобного характера является «автоцид» (смерть, наступившая в результате ДТП). Исследования Центра профилактики самоубийств в Лос-Анджелесе свидетельствуют о том, что у 25% жертв автокатастроф перед этим отмечалось подавленное состояние и чувство беспомощности, т. е. классические проявления суицидальных тенденций. Около 25% водителей, погибших по причине ДТП, намеренно или полунанмеренно спровоцировали свою смерть рискованными действиями за рулем [50].

Таким образом, установить точное число смертей, обусловленных суицидальным поведением, практически невозможно, но можно предположить, что самоубийство (в явной или завуалированной форме) является наиболее распространенной причиной смертности в классе «Несчастные случаи, травмы и отравления».

Как отмечает И. Орлова, «возрастная структура смертности от суицидов совпадает с аналогичной структурой общей смертности и еще раз подтверждает, что наиболее серьезным симптомом социального нездоровья России в 90-е гг. является сверхсмертность мужчин трудоспособного возраста» (табл. 5) [98].

В первую очередь, проблема самоубийств распространена среди мужчин и жителей сельской местности (табл. 6).

**Таблица 5. Уровень смертности от самоубийств
в Российской Федерации (на 100 тыс. населения)**

Возрастная группа	1 – 14 лет		15 – 19 лет		20 – 39 лет		50 – 59 лет		Старше 60 лет	
	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж
1965	1,1	0,2	16,1	7,3	59,7	9,3	68,0	15,6	48,6	13,7
1984	1,6	0,3	23,1	5,9	77,6	11,3	118,5	22,2	91,5	27,7
1989	1,7	0,3	18,9	6,4	51,2	7,3	70,5	8,4	75,8	24,9
2002	2,2	0,6	38,2	8,3	84,1	10,8	94,3	12,8	87,2	19,9

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

**Таблица 6. Уровень смертности от самоубийств
в Российской Федерации (умерших на 100 тыс. населения)**

Категория населения	1995 г.	2000 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.
Мужчины	72,9	70,3	58,1	53,9	51,6
Женщины	13,7	11,8	9,8	9,5	9,6
Городское население	37,8	33,8	26,4	24,1	23,2
Сельское население	51,5	53,9	47,9	46,3	45,0

Источник: Российский статистический ежегодник – 2007: стат. сб. / Росстат. – М., 2008. – 54 с.

Таким образом, демографический кризис в стране вызван не только ключевыми историческими моментами 90-х годов (распад СССР в 1991 г., экономический кризис 1998 г.), но и недостаточной активностью государственной политики, направленностью общественной идеологии. По мнению А.Г. Вишневого, успех демографической стратегии СССР в начале 60-х годов был связан с приоритетной ролью государства в формировании демографической картины. Однако в середине 60-х годов возможности государства оказались исчерпанными, потребовалась новая стратегия, основанная на передаче части бюджетных средств бизнесу и домохозяйствам, а также на ответственности каждого человека за состояние своего здоровья. В отличие от западных стран, в СССР такой стратегии найти не удалось. Дальнейшие непродуманные социально-экономические реформы и смена идеологического курса в начале 90-х гг. тоже повлияли на жизнь широких слоев российского общества [130].

Повышенный уровень смертности трудоспособного населения является свидетельством того, что Россия до сих пор не завершила эпидемиологический переход, остановившись на четвертой его стадии.

Современное общественное устройство в стране практически полностью попадает под определение «социальная аномия», кото-

рое в свое время дал Э. Дюркгейм. Под этим состоянием общества французский социолог подразумевал отсутствие четких правил и норм поведения, когда старые ценности рухнули, а новые еще не сложились [3].

В среднем за период с 1999 по 2007 г. уровень смертности от самоубийств на территории Вологодской области был больше, чем в целом по России (рис. 3). Та же тенденция наблюдается при расчете индекса социальной разобщенности для России и Вологодской области. Он определен в соответствии с научными разработками, проведенными в Центре исследований суицидального поведения Оксфордского университета [171].

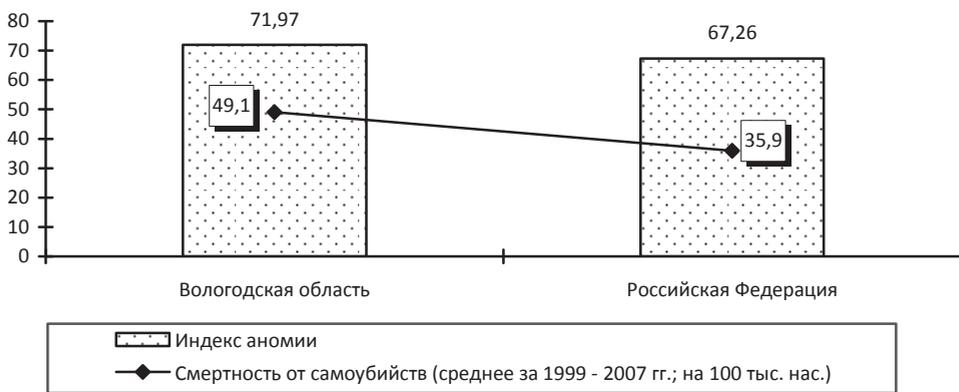


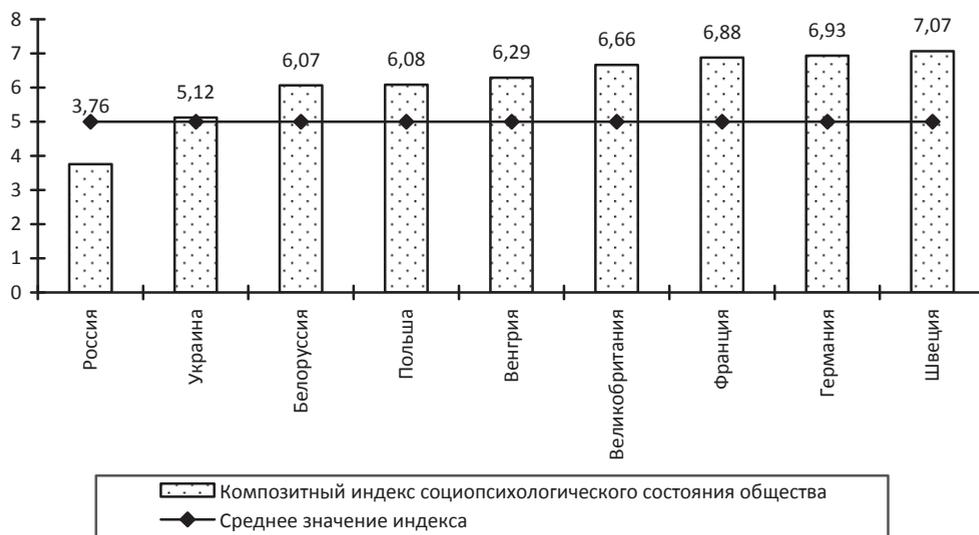
Рисунок 3. Значение индекса аномии на территории Вологодской области и Российской Федерации *

* Рассчитано автором по данным Всероссийской переписи населения.

Учеными Института психологии Российской академии наук был разработан композитный индекс социопсихологического состояния общества, в состав которого вошли индексы самоубийств, убийств, социального сиротства, устойчивости семьи, заболеваемости психическими расстройствами, концентрации доходов и др. [162]. В России данный показатель за период 1990 – 2004 гг. составил 3,76, что ниже среднего значения (5 единиц) и меньше, чем в странах ближнего и дальнего зарубежья (рис. 4).

Сопоставляя полученные результаты, ученые пришли к выводу, что общий уровень благополучия граждан той или иной страны зависит не только от социально-экономической ситуации, но и социально-психологического климата. В частности, сравнивая значения индекса в России и близких ей по менталитету и другим характеристикам Украине и Белоруссии, они отмечают: «...уровень

жизни в России выше, чем в указанных странах, однако их граждане не гибнут в Чечне, живут в условиях менее криминализованных режимов, и это, наряду с некоторыми другими неэкономическими факторами, обуславливает их лучшее психологическое самочувствие» [162].



**Рисунок 4. Значение композитного индекса
социопсихологического состояния общества
в различных странах мира**

Источник: Юревич А.В., Цапенко И.П. Социопсихологическое состояние современного российского общества // Вестник РАН. – 2007. – Том 77. – 5. – С. 387-395.

Социологическое исследование американских ученых Э. Брейнерд и Д. Катлера показало, что «у мужчин, связывающих с будущим позитивные надежды, вероятность ранней смерти была на 30% меньше, чем у лиц, не видящих просвета в будущем». Состоянием тяжелого психологического стресса ученые объясняют 25%-ный прирост смертности среди россиян в период с 1989 по 1994 г. [15].

Состояние социально-психологической атмосферы особенно важно с экономической точки зрения. «Душевный настрой народа имеет большее значение, чем можно предположить с первого взгляда. В экономике, не входя явным образом в расчеты, он определяет готовность игроков к риску, а значит, прямо влияет на ценообразование и другие основные экономические параметры» [44].

Состояние российского общества после ликвидации СССР и резкой смены курса реформ хорошо представлено Г. Белоглазовым в статье «Социологический анализ самоубийств в России». Иссле-

дователь пишет: «В такой ситуации неизбежно наблюдается разделение людей на тех, у кого совершилось крушение всех планов (впустую потрачены десятки лет жизни!), и на тех, кто рвался поскорее стать хозяевами жизни. Дикая приватизация, красивые военные мятежи и полное отсутствие цензуры при резкой активизации деятельности масс-медиа – все это способствовало формированию у россиян особого мировоззрения, отрицающего любые непоколебимые материальные и духовные ценности, равно как и всякие гарантии завтрашнего дня. Для такой страны это было большим потрясением» [16]. Наряду с культурно-психологическим аспектом современной ситуации в стране немаловажное значение имеет фактор экономической нестабильности. Уровень самоубийств, как и любой другой формы социальной девиации, прямо пропорционален экономической и социальной дифференциации общества.

В начале 90-х годов от 50 до 80% российского населения оказалось в категории бедных. В целом за этот период реальные денежные доходы населения сократились практически в два раза. На этом фоне произошло резкое увеличение их дифференциации: по официальным данным, разница в доходах 10% самых богатых и бедных жителей России выросла с 8 раз в 1992 г. до 14 раз в 2003 г., по результатам исследований, – до 25 раз (20 – 60 и более раз по разным оценкам) [105].

В 1993 году смертность от внешних причин в нашей стране, в отличие от мировых тенденций, заняла второе место, отодвинув на третье смертность от новообразований. Эта специфика сохраняется для России и по сию пору, что свидетельствует об особой значимости социально-экономических факторов [93]. Как отмечают специалисты ИСЭПН РАН, «вследствие реформ в выигрыше оказалась одна пятая часть населения, большинство же в основном проиграло» [96].

Т.Б. Дмитриева и Б.С. Положий считают, что последние 15 лет российских реформ условно можно разделить на три периода [46]:

1. 1991 – 1995 гг. Время коренной ломки социально-политической и экономической систем страны, острого социально-экономического кризиса.

2. 1996 – 1999 гг. Период сложного и болезненного процесса становления новых общественных и экономических отношений, социальной нестабильности, «пробуксовывания» реформ и разочарования в них значительной части населения.

3. С 2000 г. по настоящее время. Появление первых признаков социальной стабильности.

Экономические последствия кризисов нивелируются гораздо быстрее, чем последствия социальной дезадаптации личности [58]. Результаты кризиса продолжают оказывать существенное влияние на жизнь общества, и психическое здоровье населения является в этом смысле одной из наиболее уязвимых сторон. По-прежнему остаются актуальными проблемы экономического характера, недоверие власти, высокий уровень преступности и т. д. У многих людей вследствие этого сохраняется общий негативный фон восприятия своей повседневной жизни, что накладывает отпечаток и на их психику. Около 70% населения России живет в состоянии затяжного психоэмоционального и социального стресса, вызывающего рост депрессий, реактивных психозов, тяжелых неврозов и психосоматических расстройств. По данным Института мозга человека РАН, проблемы с психическим здоровьем имеют 15% детей дошкольного возраста, 25% подростков и до 40% призывников [100].

По утверждению директора Института комплексных социальных исследований доктора философских наук М.К. Горшкова, «самое неприятное, что все респонденты отмечают резкое падение морали в обществе. Устои разрушены, место моральных советских принципов остается пусто. До 40% молодежи, по опросам, готово сегодня преступить черту закона и моральные нормы для достижения цели. И в этом не стесняются признаться» [34].

Обоснованную тревогу вызывают масштабы прироста смертности, и особенно по причинам, имеющим непосредственно социальную природу (отравление алкоголем, самоубийства и убийства). Масштабы смертности по этим причинам – показатель социального нездоровья общества. Неестественные причины обусловили смерть каждого третьего из умерших в трудоспособном возрасте [57].

Уровень смертности населения в результате различных форм аутодеструктивного поведения является естественным следствием сложившегося психологического климата. Наиболее показательными индикаторами в этом плане можно считать смертность населения по причинам, связанным с употреблением алкоголя, а также в результате несчастных случаев, случайных травм и отравлений, определенный процент из которых совершается под влиянием суицидальных импульсов на подсознательном уровне.

На территории Вологодской области уровень смертности от внешних причин и в результате потребления алкогольной продукции выше, чем в среднем по стране. Региональный показатель смертности от причин, связанных с употреблением алкоголя, имел тенденцию увеличения в период с 1998 по 2005 г. Это стало следствием увеличения потребления суррогатов алкоголя, которые свободно продавались в киосках («Крепыш» и т. д.). Только в 2006 году после запрета продажи подобной продукции удалось добиться позитивных изменений в данном вопросе, снизив рассматриваемый показатель на 31% (со 105 умерших до 73 на 100 тыс. населения; *рис. 5*). В Вологодской области наблюдается тенденция снижения уровня смертности от несчастных случаев, травм и отравлений, однако по-прежнему этот показатель превышает среднероссийский на 15% (*рис. 6*).

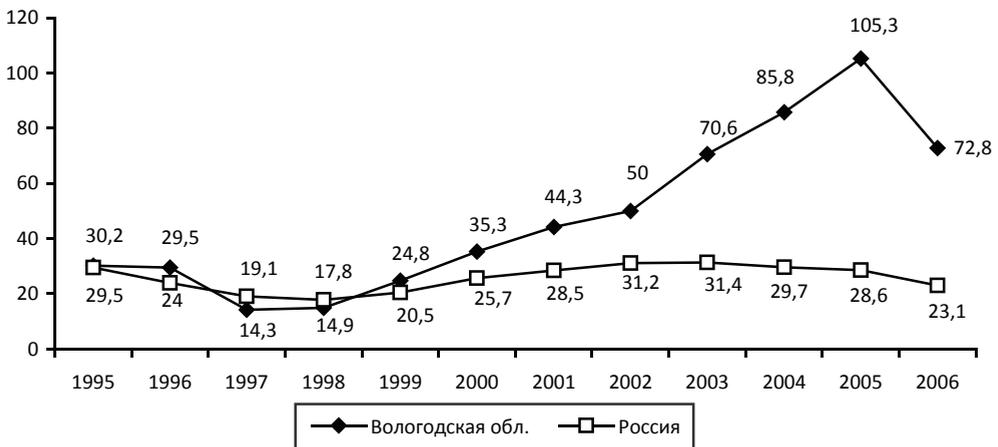


Рисунок 5. Смертность населения по причинам, связанным с употреблением алкогольной продукции (умерших на 100 тыс. населения)

Учитывая то, что проблема суицидального поведения напрямую связана с состоянием общественного психического здоровья и является его индикатором, следует кратко проанализировать особенности психологического климата, сложившегося на территории региона.

С 2000 по 2007 г. уровень болезненности психическими расстройствами незначительно увеличился, так же как и доля людей, состоящих на диспансерном учете по поводу психического заболевания (*рис. 7*). Заболеваемость психопатологиями снизилась, однако произошло это только в 2007 г., а в период с 2004 по 2006 г. данный индикатор имел негативную тенденцию к увеличению.

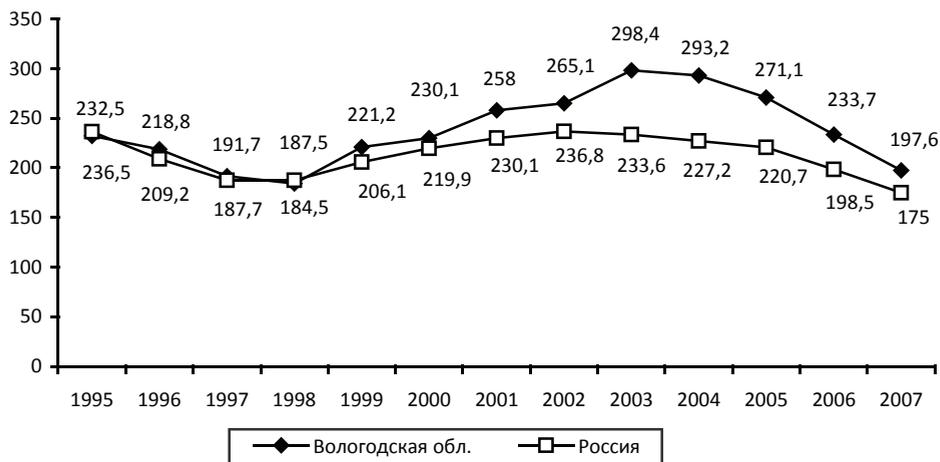


Рисунок 6. Смертность населения в результате несчастных случаев, травм и отравлений (умерших на 100 тыс. населения)

Источник: Российский статистический ежегодник. 2007: Стат. сб. / Росстат. – М., 2008. – 55 с.



Рисунок 7. Динамика заболеваемости и болезненности психическими расстройствами в 2000 – 2007 гг. (на 100 тыс. населения)

Источник: Статистический ежегодник Вологодской области. 1995 – 2007: Стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2008. – С. 137.

О современном состоянии общественного психического здоровья свидетельствуют также показатели смертности от убийств и других причин, связанных с употреблением алкогольной продукции. По данным Всемирной организации здравоохранения, эти показатели значительно выше в странах СНГ по сравнению со странами Европейского союза (рис. 8).

Уровень смертности от убийств на территории Российской Федерации существенно выше, чем в зарубежных странах (прил. 3).

В Вологодской области динамика соответствующего показателя с 1998 г. отличается нестабильностью, хотя в более ранний период (1993 – 1998 гг.) количество убийств на территории региона стабильно уменьшалось (рис. 9).

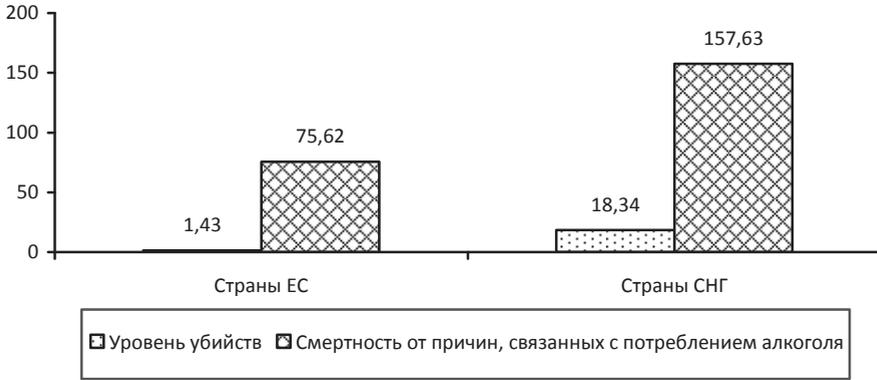


Рисунок 8. Корреляция между уровнем смертности от убийств и самоубийств * (среднее за 1996 – 2006 гг.)

* Рассчитано автором по Базе данных Всемирной организации здравоохранения «Здоровье для всех» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.euro.who.int/hfadb?language=Russian>

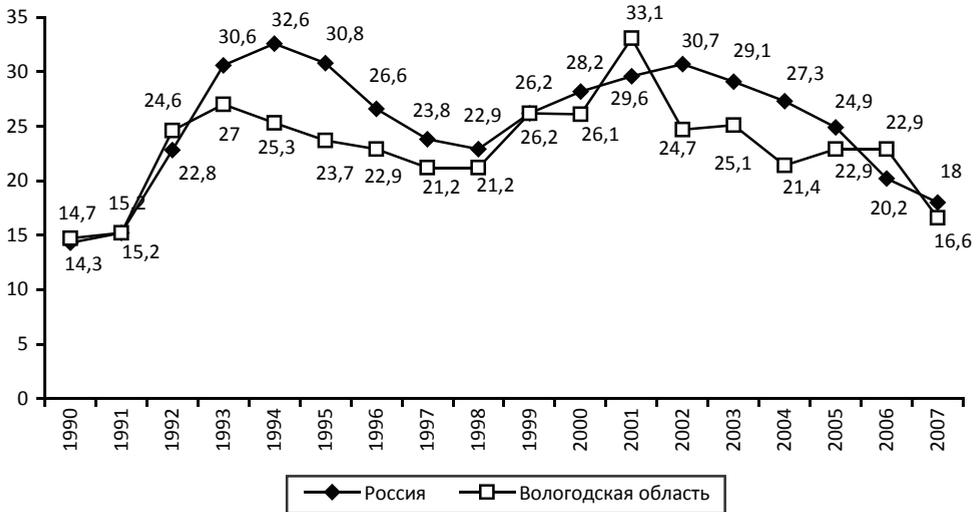


Рисунок 9. Смертность от убийств в Вологодской области и Российской Федерации (на 100 тысяч населения)

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

Реальные масштабы проблемы алкоголизма установить достаточно сложно, поскольку вести такую статистику невозможно даже по объемам продаж и выпуска алкогольной продукции. Вместе с тем,

исходя из данных наркологической службы Вологодской области, можно констатировать, что, несмотря на тенденцию снижения показателей алкоголизации в последние два года, уровень заболеваемости алкогольными психозами по сравнению с 2000 г. возрос с 46,6 до 63,9 случая на 100 тыс. населения (рис. 10). В 2006 г. значение данного показателя в среднем по России было в два раза больше (131 на 100 тыс. нас.).



Рисунок 10. Заболеваемость алкогольными психозами в Вологодской области и Российской Федерации (на 100 тыс. населения)

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

Официальная статистика учитывает только те случаи психических расстройств, которые были зарегистрированы в соответствующих медицинских учреждениях. На самом же деле распространение психических патологий и пограничных состояний значительно шире, что вызывает необходимость более точной оценки состояния общественного психического здоровья, а также диагностики психических патологий на ранних стадиях развития. Одним из способов решения данной задачи является мониторинг психологического самочувствия населения, который проводится научным коллективом ИСЭРТ РАН с 2002 г.¹

¹ Мониторинг психологического самочувствия населения осуществляется методом анкетирования по месту жительства. С периодичностью 6 раз в год опрашивается 1500 человек в 10 муниципальных образованиях Вологодской области (Кирилловский, Вожегодский, Шекснинский, Грязовецкий, Никольский, Бабаевский, Тарногский, Великоустюгский районы и города Вологда, Череповец). Выборка целенаправленная, квотная. Ошибка выборки не превышает 5%. Техническая обработка информации осуществляется в программах SPSS и Excel. В структуру анкеты включены госпитальная шкала тревоги и депрессии, методика экспресс-диагностики невроза К. Хека и X. Хесса.

Согласно полученным данным, в Вологодской области в 2008 г. доля лиц, которые имели признаки невротического расстройства, составила 16% жителей, признаки депрессии – 29%, повышенной тревоги – 28%. За годы проведения исследования значения показателей остаются практически неизменными (табл. 7). При этом следует учитывать, что затяжной характер любого из вышеперечисленных заболеваний создает опасность его осложнения и проявления глубинных симптомов.

Таблица 7. Распространение симптомов тревоги, депрессии и невроза среди жителей региона в 2002 – 2008 гг. (в % от числа опрошенных)

Уровень тревоги и депрессии	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	Среднее
<i>Уровень тревоги в норме</i>	59,5	61,1	66,3	65,8	66,6	73,2	72,1	66,4
Уровень тревоги превышает норму	40,3	38,2	33,3	34,2	32,9	26,7	27,9	33,4
Субклинически выраженная тревога	37,8	35,4	30,6	31,5	31,3	25,1	27,0	31,2
Клинически выраженная тревога	2,5	2,8	2,7	2,7	1,6	1,6	0,9	2,1
<i>Уровень депрессии в норме</i>	66,8	66,5	67,4	69,2	65,6	70,3	70,9	68,1
Уровень депрессии превышает норму	32,9	33,3	32,2	30,8	34,4	29,6	29,0	31,7
Субклинически выраженная депрессия	30,3	30,3	29,1	28,5	31,5	26,9	26,1	29,0
Клинически выраженная депрессия	2,6	3,0	3,1	2,3	2,9	2,7	2,9	2,8
Симптомы невроза	27,0	21,0	20,0	22,0	15,0	14,1	15,7	19,3
Источник: данные мониторинга общественного психического здоровья ИСЭРТ РАН.								

У 27% жителей области наблюдаются субклинически выраженные симптомы тревоги и депрессии, что вызывает необходимость психокоррекции и консультативной помощи специалиста. Почти 2% населения проявляет симптомы тревоги и депрессии на клиническом уровне. Необходимо также отметить, что именно депрессия является одним из основных движущих механизмов суицидальных тенденций, при этом вероятность совершения суицидальной попытки, а также число людей, вовлеченных в данный круг проблем, увеличивается по мере развития заболевания. По словам директора регионального бюро ВОЗ М. Данзона, «в настоящее время депрессия находится на третьем месте среди ведущих причин заболеваемости и инвалидности в Европейском регионе ВОЗ» [89].

На протяжении 2002 – 2008 гг. динамика распространения симптомов депрессии и показателя смертности от самоубийств имела тенденцию к снижению (рис. 11). С 2006 г. уровень суицидов и болезненность психическими расстройствами снижаются (рис. 12). Из этого можно сделать вывод о том, что изменения в психическом здоровье населения (особенно на пограничном, предпатологическом уровне) отражаются на уровне суицидальной активности.

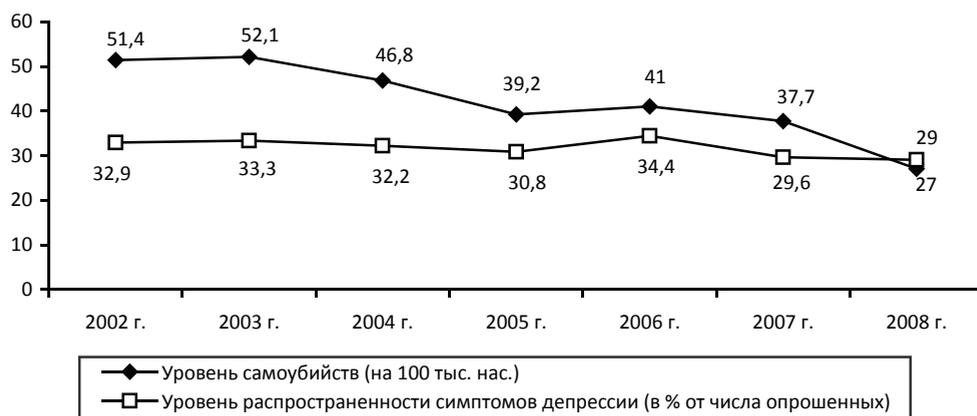


Рисунок 11. Уровень распространения симптомов депрессии и завершенных самоубийств в Вологодской области



Рисунок 12. Болезненность психическими расстройствами и уровень завершенных самоубийств в Вологодской области (на 100 тыс. нас.)

Источник: данные мониторинга общественного психического здоровья ИСЭРТ РАН; Статистический ежегодник Вологодской области. 1995 – 2007: Стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2008. – С. 137.

По мнению главного психиатра Минздрава Украины, директора Украинского НИИ социальной и судебной психиатрии А. Чуприкова, «важнейшим условием формирования суицидального поведения у психически до того здоровых людей является социально-

психологическая дезадаптация. Вторая половина XX века с постоянно возрастающим информационным перенасыщением, глобальными социально-экологическими проблемами определяет ее первостепенную значимость в формировании суицидального поведения» [156].

Таким образом, 90-е годы стали для россиян периодом длительного психологического стресса. За это время (с 1991 по 1999 г.) уровень самоубийств в стране увеличился с 27 до 39 случаев на 100 тыс. населения, в регионе – с 31 до 61 случая.

С 2000 г. в стране и области наблюдается тенденция снижения уровня смертности от самоубийств. Важным индикатором, характеризующим социально-психологическое самочувствие населения в это время, является показатель социального настроения. В его динамике с 2001 г. также отмечены положительные тенденции (рис. 13). За этот период численность жителей Вологодской области, испытывающих преимущественно позитивные эмоции, увеличилась с 52 до 68%, в то время как удельный вес тех, кто дает крайние негативные характеристики своему настроению, сократился почти вдвое. Аналогичные тенденции зарегистрированы и в целом по стране (рис. 14).



Рисунок 13. Динамика социального настроения в Вологодской области (в % от числа опрошенных)

Источник: данные мониторинга общественного психического здоровья ИСЭРТ РАН.

На территории Вологодской области и Российской Федерации состояние психологического климата и проблемы суицидального поведения тесно связаны, при этом их динамика обнаруживает

две различные тенденции. С одной стороны, в области отмечается некоторая стабилизация социально-психологического климата по сравнению с начальным периодом исследования. С другой стороны, продолжает сохраняться высокий уровень тревоги, депрессии, невротизации.



Рисунок 14. Динамика социального настроения в Российской Федерации (в % от числа опрошенных)

Источник: данные мониторинга общественного психического здоровья ИСЭРТ РАН; Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены / ВЦИОМ, 2001 – 2008.

Психологическая поддержка для противостояния стрессу необходима каждому третьему жителю, причем это характерно не только для Вологодской области, но и для России в целом [100]. На проблеме суицидального поведения это отражается, прежде всего, тем, что низкая выявляемость рассмотренных выше психических патологий создает опасность увеличения доли самоубийств в будущем, при этом вероятность такой ситуации имеет место даже в отсутствие каких-либо социально-экономических или политических катаклизмов.

В условиях экономического кризиса высокий уровень смертности от суицидов был следствием несоответствия между ожиданиями и реальными возможностями населения. «Так называемая статусная несовместимость – отсутствие соответствия между базовыми характеристиками индивидов и социальных групп в силу нарушения связей в цепочке: образование – профессия – статус – доход является одной из ключевых проблем переходных обществ. Естественным следствием этих нарушений оказывается психологический дискомфорт и, что важнее, дезориентация испытывающих статусную несовместимость индивидов и групп в социально-экономическом пространстве» [1].

Таким образом, социально-экономический кризис, имевший место в начале 1990-х гг., привел к маргинализации широких слоев населения. Одновременно с этим была отменена антиалкогольная кампания, а также взят политический курс на формирование рыночных отношений. Все эти обстоятельства отразились на психологическом климате в обществе, в результате чего резко возрос уровень распространения психопатологий, случаев алкоголизма и самоубийств. Пик суицидальной активности отмечается в середине 1990-х гг. С 2000 года, когда в стране наметились первые признаки политической и экономической стабилизации, количество суицидов сократилось, что еще раз доказывает ее связь с психологическим климатом в обществе.

1.3. Методологические подходы к исследованию суицидального поведения

На сегодняшний день теоретические основы проблемы суицидального поведения разработаны достаточно основательно как с психологической, так и с социологической и демографической точек зрения. В связи с этим современные исследования сосредоточиваются в основном на практических разработках в области факторов суицидального риска, а также изучении динамики самоубийств в конкретных группах населения. Среди направлений современных исследований можно выделить:

1. Эпидемиологические исследования суицидального поведения (В.Г. Семенова, А.Е. Иванова, А.Г. Вишневский).
2. Гендерные особенности суицидального поведения (И.Б. Назарова, О.В. Бойко и др.).
3. Исследование проблемы алкоголизма как фактора суицидального риска (А.В. Немцов, Д.И. Шустов, В.М. Школьников, Э. Брейнерд, Д. Катлер и др.).
4. Исследования суицидального поведения у людей с нарушениями психического здоровья (В.А. Мангуби, Д. Вассерман, Г.И. Брегман и др.).
5. Исследования степени суицидального риска у людей, переживающих смерть своих близких (Б. Дейтс, К. Лукас, Г. Сейден, Б. Колодзин и др.).
6. Исследования этнокультуральных особенностей суицидального поведения (Б.С. Положий, В.Д. Менделевич и др.).
7. Исследования темпоральных характеристик суицидального поведения (А.Ю. Мягков, О.И. Шумилов и др.).

8. Исследование возможностей профилактики суицидального поведения (Г.В. Старшенбаум, А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян и др.).

9. Суицидальная активность при тяжелых соматических заболеваниях (М. Гейер, В. Бройтигам, В.В. Ивашов).

10. Роль средств массовой информации в механизме развития суицидальных тенденций (Н.Е. Маркова, Е.А. Золотов, Д. Филипс и др.).

Отличительной чертой представленного исследования является использование социологического мониторинга. Его данные позволяют отслеживать динамику изменений, происходящих в общественном психическом здоровье, и, следовательно, определять конкретные группы суицидального риска до того момента, когда в них будут проявляться суицидальные тенденции, вызванные какими-либо социально-экономическими катаклизмами.

Нами было проведено исследование группы парасуицидентов (лиц, совершивших суицидальную попытку), результаты которого позволили выявить основные черты социальной ситуации, «благоприятствующей» возникновению начальных этапов суицидогенеза и в какой-то мере провоцирующей попытку самоубийства среди людей, абсолютно здоровых в физическом и психическом отношении.

В целом методы, использовавшиеся нами в ходе исследования, можно разделить на два блока (табл. 8).

Таблица 8. Структура методологических подходов исследования

Анализ факторов и структуры суицидального поведения по официальным статистическим данным	Анализ факторов суицидального риска по субъективным оценкам населения Вологодской области
1. Анализ статистических показателей психического здоровья и различных аспектов проблемы суицидального поведения; оценка деятельности медицинских учреждений; анализ статистических показателей, характеризующих факторы суицидального риска.	1. Анализ больничных карт парасуицидентов – пациентов Вологодской областной психиатрической больницы (ВОПБ).
2. Расчет индекса социальной разобщенности.	2. Мониторинг общественного мнения по вопросам социально-экономического положения, образа жизни и т. д.
3. Расчет таблиц ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ).	3. Мониторинг состояния общественного психического здоровья.
4. Оценка экономического ущерба по индексу «потерянные годы потенциальной жизни» (ППГЖ).	4. Социологические исследования потребностей населения в специализированных видах помощи; общественного мнения о суицидентах и людях, испытывающих проблемы с психическим здоровьем.

Учитывая тот факт, что самоубийство является добровольным поступком и поэтому целиком и полностью зависит от субъективного восприятия индивидом окружающей действительности, мы приходим к выводу, что данные официальной статистики не могут отражать внутренние механизмы, обуславливающие динамику и факторы суицидального риска. В связи с этим анализ проблемы суицидального поведения по официальным статистическим данным был подкреплён информацией, полученной в ходе проведения социологических опросов (мониторинг социально-экономического положения, состояния физического здоровья, психологического самочувствия).

Мониторинг общественного психического здоровья осуществляется на территории Вологодской области. Точки опроса: г. Вологда, г. Череповец, Бабаевский, Великоустюгский, Вожегодский, Грязовецкий, Кирилловский, Никольский, Тарногский, Шекснинский районы. Опрос проводится 1 раз в год с 2002 г. Форма опроса – формализованное интервью. Сбор эмпирических данных производится методом поквартирного опроса с шагом 5 – 8 квартир. Объем выборки – 1500 респондентов. Выборка целенаправленная, квотная. Репрезентативность выборки обеспечена соблюдением следующих условий:

- пропорций между городским и сельским населением;
- пропорций между жителями населенных пунктов различных типов (сельские поселения, малые и средние города);
- пропорции половозрастной структуры взрослого населения области.

Ошибка выборки не превышает 5%. Техническая обработка информации произведена в программах SPSS и Excel.

В структуре опросника пять исследовательских блоков:

1. Анализ факторов, влияющих на психологический климат в регионе.

Используемые вопросы:

- Что бы Вы могли сказать о своём настроении в последние дни?
- Укажите, пожалуйста, насколько Вы удовлетворены своей сегодняшней жизнью (по 10-балльной шкале, где 1 – полностью удовлетворен, 10 – полностью не удовлетворен).
- Чувствуете ли Вы себя в безопасности дома, на улице днем, на улице вечером?

- Отметьте наиболее актуальные из перечисленных ниже проблем в стране, которые беспокоят лично Вас, не оставляют Вас равнодушными (инфляция – постоянный рост цен, снижение уровня жизни, высокий уровень преступности, социальная незащищенность граждан, рост безработицы и т. д. – всего 20 пунктов).

- Скажите, пожалуйста, как Вы относитесь к религии?

- Отметьте, пожалуйста, удовлетворены ли Вы лично отношениями с друзьями, с коллегами по работе, с родителями, с супругом, с детьми; своим положением в обществе, содержанием работы, жилищно-бытовыми условиями и т. д. (всего 20 пунктов).

- Испытываете ли Вы чувство одиночества?

- Как часто и как тяжело Вы болеете?

- Как Вы считаете, какую роль средства массовой информации играют в формировании психического состояния человека?

- Как бы Вы оценили изменение своего материального положения за последние три года, по сравнению с прошлым годом, за последние 6 месяцев?

- Как бы Вы оценили изменение своего должностного положения за последние три года, по сравнению с прошлым годом, за последние 6 месяцев?

- Как часто Вы испытываете психологический дискомфорт в следующих сферах жизни: на работе, в семье, на улице, в общественном транспорте, при общении с родителями, при общении с друзьями, при обращении в учреждения социального обслуживания?

2. Анализ тенденций распространения негативных психических состояний: тревоги, депрессии (госпитальная шкала тревоги и депрессии) и невроза (методика экспресс-диагностики неврозов К. Хека и Х. Хесса).

Госпитальная шкала тревоги и депрессии (A. Zigmond, R. Snaithe, 1983) обладает высокой дискриминантной валидностью [68, с. 313]. Она представляет собой 14 утверждений, обслуживающих две подшкалы: 1) тревога (нечетные пункты) и 2) депрессия (четные пункты). Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа. При интерпретации учитывается суммарный показатель по каждой подшкале, при этом выделяются три области его значений:

0 – 7 – «норма» (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии);

8 – 10 – «субклинически выраженная тревога/депрессия»;

11 и выше – «клинически выраженная тревога/депрессия» [68, с. 313].

Методика экспресс-диагностики невроза К. Хека и Х. Хесса (К. Носк, Е.Несс, 1975) дает общую информацию о вероятности невротического состояния. Методика представляет собой тест из 40 вопросов. Ответу «Да» присуждается 1 балл, ответу «Нет» – 0 баллов. Интерпретация результатов проводится путем подсчета ответов «Да». В случае, если сумма баллов превышает 24, вероятность наличия у исследуемой личности невроза считается высокой [111, с. 170].

3. *Оценка потребности населения в специализированных (психологических, психиатрических, психотерапевтических) видах помощи.*

Используемые вопросы:

- Скажите, пожалуйста, Вы испытывали раньше психологические проблемы, требовавшие помощи квалифицированного специалиста (психолога, психиатра, психотерапевта)?

- Обращались ли Вы когда-нибудь за помощью к квалифицированному специалисту (психологу, психиатру, психотерапевту)?

- Если обращались, удовлетворил ли Вас результат оказанной помощи?

- Хотите ли Вы, чтобы услуги квалифицированного специалиста (психолога, психиатра, психотерапевта) были доступны по месту Вашего жительства?

- Готовы ли Вы обратиться за помощью к квалифицированному специалисту (психологу, психиатру, психотерапевту) в случае необходимости?

- Как Вы считаете, нужен ли «телефон доверия» по месту Вашего жительства?

- Приходилось ли Вам пользоваться «телефоном доверия»?

4. *Отношение населения к суицидентам и людям, испытывающим психологические проблемы.*

Используемые вопросы:

- Определите, пожалуйста, свое отношение к следующим поступкам: употребление наркотиков, самоубийство, супружеская измена, деловая неисполнительность и т. д. (всего 9 пунктов).

- Как Вы относитесь к людям, испытывающим проблемы с психологическим здоровьем?

5. *Социально-демографические характеристики респондентов: пол, возраст, семейное положение, образование, род занятий, место проживания (городская/сельская местность).*

Данный блок содержит также вопросы, раскрывающие субъективную оценку респондентами своего материального положения:

- Каков был среднемесячный фактический доход на одного члена Вашей семьи в течение последнего месяца?
- Какой размер дохода на одного члена семьи в месяц, по Вашему мнению, необходим для нормальной жизни?
- К какой категории (богатые, люди среднего достатка, бедные, нищие) Вы себя относите?

В 2007 г. на базе Вологодской областной психиатрической больницы было проведено исследование суицидальных попыток. Выборочная совокупность (98 человек) состояла из пациентов клиники, госпитализированных по поводу суицидальной попытки в период с 2006 по 1 квартал 2007 г. Форма исследования – анализ историй болезни пациентов. В ходе исследования фиксировались следующие данные о социально- демографических характеристиках парасуицидентов:

- пол;
- возраст;
- образование;
- профессиональная занятость;
- характер потребления алкоголя;
- отягощенность наследственности;
- способ парасуицида;
- причина суицидальной попытки;
- психологическое состояние, наличие психических отклонений;
- средний срок госпитализации по возрастным группам;
- темпоральные характеристики парасуицида (месяц совершения попытки).

Для анализа влияния распространенности самоубийств на общий уровень ожидаемой продолжительности жизни нами была использована методика расчета таблиц ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) [25].

Таблицы ОПЖ являются эмпирической моделью типа и параметров смертности населения, существующих на определенную календарную дату. Они показывают, как вымирало бы некоторое гипотетическое поколение одновременно родившихся при условии сохранения на протяжении всей жизни этого поколения по возрастных показателей смертности на том же уровне, который имел место на дату составления таблицы.

Таким образом, таблицы ОПЖ – это математическая модель процесса естественного убывания поколения сверстников с возрастом. Основные преимущества данной методики, на наш взгляд, состоят в следующем:

- относительное нивелирование последствий невозможности проследить реальные демографические процессы в определенном поколении сверстников;
- возможность расчета показателя ОПЖ в различных возрастных группах населения;
- возможность вычленения показателя ОПЖ без учета уровня смертности от определенной причины (в нашем случае – от самоубийств).

Суть методики состоит в последовательном измерении восьми показателей для каждой возрастной категории:

1. *Показатель смертности* (m_x). Повозрастной коэффициент смертности, отражающий, сколько умерших приходится на каждого человека популяции в возрасте x :

$$m_x = D_x / P_x,$$

где D_x – число умерших в возрасте x за изучаемый год;

P_x – среднегодовая численность популяции в возрасте x .

2. *Вероятность умереть от возраста x до следующего возрастного интервала* (q_x). Расчет проводится по формуле Паевского:

$$q_x = 1 - e^{-(rmx)},$$

где e – основание натурального логарифма ($e = 2,718282$);

r – ширина возрастного интервала (лет).

Для последнего возрастного интервала $q_x = 1$ исходя из соображения, что все поколение должно вымереть.

3. *Вероятность дожить от возраста x до следующего возрастного интервала* (p_x):

$$p_x = 1 - q_x.$$

Для последнего возрастного интервала $p_x = 0$.

4. *Порядок вымирания гипотетического поколения новорожденных* (l_x). Показывает, сколько лиц из первоначальной совокупности ($l_0 = 100000$ новорожденных) доживет до возраста x при условии сохранения повозрастной структуры смертности m_x на протяжении всей жизни.

$$l_{x+r} = l_x \times p_x.$$

5. *Число умерших гипотетического поколения от возраста x до следующего возрастного интервала* (d_x):

$$d_x = q_x \times l_x = l_x - l_{x+r}.$$

Для последнего возрастного интервала $d_x = l_x$ исходя из предположения, что все поколение должно вымереть.

6. Число человеко-лет, прожитых гипотетическим поколением от возраста x до следующего возрастного интервала (L_x):

$$L_x = (l_x + l_{x+r}) \times r / 2.$$

Для последней возрастной группы применяется формула:

$$L_x = k \times l_x,$$

где k – коэффициент, представляющий собой эмпирически рассчитанную среднюю продолжительность жизни для крайних возрастных групп (для возрастной группы «70 лет и более» $k = 9,6$).

7. Число человеко-лет, прожитых гипотетическим поколением от возраста x до смерти (T_x). Представляет собой сумму L_x от возраста x и старше:

$$T_x = \sum_{X, \omega} L_x,$$

где Σ – знак суммы; ω – предельный возраст.

8. Ожидаемая продолжительность жизни в возрасте x (e_x):

$$e_x = T_x / l_x.$$

Анализируя причины высокого уровня смертности от самоубийств в России, мы использовали методику вычисления уровня социальной разобщенности как показателя, адекватно отражающего современное состояние социально-психологического климата.

Расчет индекса социальной разобщенности был применен сотрудниками Центра исследований суицидального поведения при кафедре психиатрии Оксфордского университета и на кафедре социальной медицины Бристольского университета. Индекс рассчитывался по данным переписи населения в каждом округе и складывался из суммы следующих показателей [171]:

- процент жителей, имевших другие домашние адреса за год до переписи населения 1991 года (количество иммигрантов);
- процент одиноких лиц в населении;
- процент взрослых, не состоящих в браке;
- процент лиц, проживающих в нанимаемом в частном порядке жилье.

В нашем исследовании расчет велся по данным Всероссийской переписи населения (за исключением первого критерия, отражающего количество иммигрантов):

1. Количество людей, прибывших на данную территорию (в процентах от общей численности населения).

2. Процент домохозяйств, состоящих из одного человека.
3. Процент взрослых, не состоящих в браке (мужчины и женщины старше 16 лет, никогда не состоявшие в браке, вдовы, разошедшиеся).
4. Процент лиц, снимающих жилые помещения у отдельных граждан.

Широкая распространенность суицидов среди лиц трудоспособного возраста диктует необходимость рассматривать проблему суицидального поведения не только с демографической, но и экономической точки зрения.

В качестве одного из шагов по оценке масштабов экономических последствий распространения суицидов в обществе нами была использована методика расчета ущерба вследствие преждевременной смертности по индексу ПГПЖ. Потерянные годы потенциальной жизни (Years of Potential Life Lost) являются важным показателем, рекомендованным ВОЗ и отражающим современное состояние демографических процессов в регионе [151, с. 40]. Этот индикатор выражает меру влияния преждевременной смертности на население. ПГПЖ рассчитывается как сумма разностей лет между пороговым значением возраста смерти (ПЗВС) и фактическим возрастом смерти всех лиц, умерших в течение года в возрастах моложе ПЗВС.

$$x = L$$

$$\sum d_x(L - x),$$

$$x = 0,$$

где: d_x – число смертных случаев в возрасте x ; L – базовое значение продолжительности жизни.

Средний возраст смерти (СВС) рассчитывался по формуле:

$$СВС = 65 - ПГПЖ \text{ на } 1 \text{ случай},$$

где: 65 – число лет, ПГПЖ на 1 случай.

Значение ПЗВС задается произвольно в зависимости от целей расчета (обычно берут 60, 65 или 80 лет). ПГПЖ может учитывать смертность как от всех причин, так и от отдельных причин смерти. В данном исследовании за базовое значение продолжительности жизни при определении показателя ПГПЖ был выбран возраст 65 лет, поскольку именно это значение рекомендовано ВОЗ в рамках движения «Здоровье для всех к 2000 году» [112].

Таким образом, для решения поставленных задач мы использовали социологические, математические и экономические методы исследования, при этом уделяя особое внимание не только данным объективной статистики, но и субъективным оценкам населения Вологодской области, что соответствует принципу комплексности и позволяет с различных точек зрения взглянуть на проблему суицидального поведения.

Исторический анализ проблемы суицидального поведения позволяет констатировать, что по мере развития научных представлений о суициде отношение общества к данному феномену становилось более толерантным и сочувствующим. Тем не менее категорическое неприятие самоубийства по-прежнему существует и в настоящее время трактуется как одна из важных проблем, мешающих человеку своевременно обратиться за квалифицированной помощью.

Динамику распространения суицидов в России определяли такие события, как антиалкогольная кампания, «перестроечный» курс реформ, социально-экономические кризисы 1990-х гг. и последующий период стабилизации политической и экономической ситуации в стране.

Наконец, представив методологический аппарат исследования, важно подчеркнуть, что официальная статистика не отражает реальных масштабов проблемы суицидального поведения, поэтому для более адекватной оценки ситуации нами используется мониторинг психологического самочувствия населения, а также изучение социально-психологических характеристик людей, совершивших суицидальную попытку.

Глава 2

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В РОССИИ И ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ

2.1. Современное состояние проблемы суицидального поведения

Уровень завершенных суицидов служит важнейшим социально-демографическим показателем, обобщающим многие факторы общественной жизни. Он отражает глубину социальной патологии общества, представляя индикатор его неблагополучия [3]. На сегодняшний день Россия является одной из стран с наиболее высоким уровнем смертности населения от самоубийств. При этом суициды имеют существенный удельный вес в смертности трудоспособного населения. С учетом того, что снижение смертности – это наиболее эффективное направление улучшения демографической ситуации, изучение проблемы суицидального поведения приобретает особую значимость.

По данным Всемирной организации здравоохранения, Россия входит в число стран – лидеров по уровню смертности населения от самоубийств. Данные, приведенные в *таблице 9*, свидетельствуют о том, что для стран с высоким уровнем суицидов характерна более негативная демографическая ситуация, которая заключается в повышенном (в 3 – 4 раза) уровне преждевременной смертности.

На сегодняшний день в структуре всех причин смертности населения Российской Федерации суициды составляют примерно 2,3% (*табл. 10*). В классе «Несчастные случаи, травмы и отравления» этот показатель доходит до 16%, что превышает уровень смертности от наиболее распространенных причин – убийств (12,1%) и случайных отравлений алкоголем (12,6%).

Таблица 9. Демографические характеристики стран с максимальным и минимальным уровнем смертности от самоубийств (2006 г.)

Страна	Смертность от самоубийств (умерших на 100 тыс. нас.)	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (в годах)	Общий уровень смертности (умерших на 1 тыс. нас.)	Снижение ожидаемой продолжительности жизни из-за преждевременной смертности до 65 лет
<i>Пятерка стран с наиболее высоким уровнем самоубийств (ранжированный список)</i>				
Литва	28,94	71,16	13,2	9,68
Россия	27,63	66,67	15,21	12,34
Казахстан	27,27	66,18	10,27	12,32
Беларусь	25,31	70,37	13,71	9,33
Словения	22,79	78,35	9,05	5,0
<i>Пятерка стран с наименьшим уровнем самоубийств (ранжированный список)</i>				
Кипр	2,39	80,69	6,65	3,18
Греция	3,05	79,79	9,42	3,88
Италия	5,15	81,58	9,48	3,58
Мальта	6,04	79,59	7,91	3,45
Соединенное Королевство	6,53	79,66	9,44	4,31
Источник: База данных ВОЗ. Здоровье для всех / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.euro.who.int/hfadbf?language=Russian				

Таблица 10. Удельный вес самоубийств в структуре причин смертности населения Российской Федерации *

Причины смертности	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	Среднее за 2000 – 2006 гг.
Все причины (абс.)	2225,3	2254,9	2332,3	2365,8	2295,4	2303,9	2166,7	2277,8
Внешние причины (абс.)	318,7	331,6	339,3	335,2	327,1	315,9	282,8	321,5
Самоубийства (в % от внешних причин / в % от всех причин)	2,6 / 17,9	2,5 / 17,3	2,4 / 16,3	2,2 / 15,4	2,2 / 15,1	2,0 / 14,6	2,0 / 15,2	2,3 / 16,0
Убийства (в % от внешних причин/в % от всех причин)	1,9 / 12,9	1,9 / 12,9	1,9 / 13,1	1,8 / 12,5	1,7 / 12,0	1,6 / 11,3	1,3 / 10,2	1,7 / 12,1
Случайные алкогольные отравления (в % от внешних причин/в % от всех причин)	1,7 / 11,7	1,8 / 12,4	1,9 / 13,2	1,9 / 13,4	1,9 / 13,1	1,8 / 13,0	1,5 / 11,7	1,8 / 12,6
* Рассчитано по данным Российского статистического ежегодника. 2007: Стат. сб. / Росстат. – М., 2008.								

Общероссийские тенденции развития суицидального поведения нашли свое отражение и на региональном уровне. На территории Вологодской области смертность от самоубийств вышла на кардинально более высокий уровень с 1991 года, при этом уровень смертности жителей региона от самоубийств остается значительно выше аналогичного показателя по России на протяжении всего последнего десятилетия (рис. 15). Значительное повы-

шение суицидальной активности, согласно представленной диаграмме, отмечалось в 1992 и 1998 гг. – следом за известными социально-политическими и социально-экономическими событиями в стране. В целом за период 1999 – 2007 гг. на территории области было совершено 5 577 самоубийств. Средний уровень суицидальной активности населения региона за этот период составляет почти 49 случаев на 100 тыс. населения, что почти в 2,5 раза превышает предельно-критическое значение, установленное ВОЗ.



Рисунок 15. **Уровень смертности населения от самоубийств в Вологодской области и Российской Федерации***
(умерших на 100 тыс. населения)

* Данные за период с января по сентябрь 2008 г.

Источник: Российский статистический ежегодник. 2007: Стат. сб. / Росстат. – М., 2008.

В большинстве районов области (в 20 из 26) уровень смертности от самоубийств за период с 1999 по 2007 г. составлял от 60 до 80 случаев на 100 тыс. населения (см. рис. 16 на цв. вклейке; прил. 1).

Следует отметить, что проблема суицида не исчерпывается числом лиц, совершивших «завершенный» суицид, то есть установленной причиной смерти которого является очевидное преднамеренное лишение себя жизни. В проблему суицидального поведения вовлечено значительное количество людей, чья смерть не увязана напрямую с самоповреждением, чьи попытки не привели к смерти, а также близкие и родственники суицидентов.

Согласно формуле экспертов ВОЗ, на «n» завершенных суицидов (за период 1999 – 2007 гг. в Вологодской области – 5 577 человек) приходится [36]:

- 10 – 20 попыток (незавершенных) суицидов (в нашем регионе – в среднем $15 \cdot n = 83\ 655$);

- число людей, имеющих суицидальные намерения (внутренний суицидальный дискурс), – $100 \cdot n$ (в Вологодской области – $5\,577 \cdot 100 = 557\,700$);

- число близких, вовлеченных в проблему, риск развития суицида среди которых также резко возрастает: $n \cdot 8$ (в нашем регионе – $5\,577 \cdot 8 = 44\,616$).

Таким образом, за исследуемый период около 691 548 жителей региона могли быть вовлечены в проблему суицидального поведения.

В 2005 г., по данным В.Г. Семеновой, О.И. Антоновой и др., Вологодская область находилась в числе десяти регионов, которые занимали второе место по уровню самоубийств среди населения в возрасте от 20 до 39 лет (рис. 17). По уровню суицидов среди мужчин и женщин от 40 до 59 лет пятая группа, в которую входит Вологодская область, стоит на четвертом месте [139].

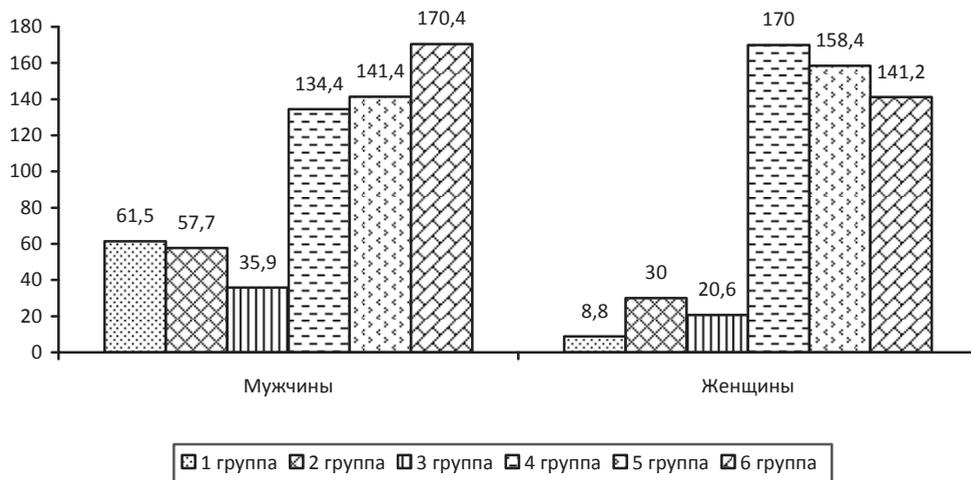


Рисунок 17. Распределение российских территорий по уровню самоубийств среди населения в возрасте от 20 до 39 лет (2005 г.; в % к уровню России)

* 1 группа: Брянская, Тюменская области, Чукотский АО, Кабардино-Балкария, Алтай, Калмыкия; 2 группа: Амурская, Липецкая, Московская, Новосибирская, Тульская, Челябинская области, Республика Коми; 3 группа: Хабаровский край, Архангельская, Астраханская, Белгородская, Воронежская, Иркутская, Калининградская, Тверская, Калужская, Камчатская, Кемеровская, Костромская, Магаданская, Новгородская, Оренбургская, Пензенская, Псковская, Смоленская, Еврейская автономная области, республики Адыгея, Дагестан, Марий-Эл, Мордовия, Чувашия; 4 группа: Краснодарский, Красноярский, Приморский края, Владимирская, Волгоградская, Нижегородская, Томская, Ярославская области, Санкт-Петербург и Москва, республики Башкортостан, Бурятия, Карелия, Северная Осетия, Татарстан, Саха (Якутия); 5 группа: Алтайский и Ставропольский края, Вологодская, Самарская, Мурманская, Саратовская, Свердловская, Ульяновская области, республики Тыва и Удмуртия; 6 группа: Сахалинская, Орловская, Ростовская, Рязанская, Тамбовская, Читинская области, Республика Хакасия.

Источник: Качество данных о российской смертности / В.Г. Семенова, О.И. Антонова, Н.С. Гаврилова, Е.В. Дубровина // Демографические перспективы России / под ред. Г.В. Осипова, С.В. Рязанцева. – С. 431.

Следует также отметить, что недоучет смертности от самоубийств за счет аналогичных латентных событий, отнесенных в категорию «Повреждения с неопределенными намерениями», в Вологодской области превышает среднероссийские показатели (табл. 11).

Таблица 11. Недоучет смертности населения от самоубийств за счет латентных аналогичных событий среди повреждений с неопределенными намерениями в 2005 г., в %

Территория	20 – 39 лет		40 – 59 лет	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
Вологодская область	26,2	26,5	19,7	36,4
Вологодская область (место среди субъектов РФ)	15	21	17	17
Российская Федерация	13,8	21,9	13,0	19,9

Источник: Качество данных о российской смертности / В.Г. Семенова, О.И. Антонова, Н.С. Гаврилова, Е.В. Дубровина // Демографические перспективы России / под ред. Г.В. Осипова, С.В. Рязанцева. – С. 436.

На территории области смертность от суицидов среди мужчин больше, чем среди женщин, примерно в 7 раз, а среди жителей сельской местности в 2 раза чаще, чем среди горожан.

Возрастная структура смертности от суицидов на территории области представлена в *таблице 12*. Стабильное снижение смертности от суицидов наблюдается только в возрастной группе от 40 до 59 лет. Тем не менее в данной категории ежегодно наблюдается наибольший уровень самоубийств. Особые опасения вызывает тот факт, что в 2008 г. единственной возрастной группой с негативными изменениями в динамике суицидальной активности стали представители младшей возрастной группы (от 10 до 19 лет).

Удельный вес суицидов в структуре всех причин смертности населения Вологодской области немного выше среднероссийских показателей и ежегодно составляет около 2,6%. В 2007 г. он незначительно увеличился (с 2,1 до 2,4%) по сравнению с 2006 г.), при этом смертность от всех причин класса «Несчастные случаи, травмы и отравления» снизилась с 14,4 до 13,7%. Это произошло за счет мужской части населения, среди которой на протяжении всего периода 2001 – 2007 гг. отмечается более высокий уровень смертности от внешних причин по сравнению с женщинами (примерно в 4,5 раза; *прил. 2*).

Неодинаковая суицидальная активность наблюдается среди мужчин и женщин различных возрастных групп (*табл. 13*). До 2007 г. стабильные позитивные тенденции наблюдались только

Таблица 12. Возрастная структура смертности населения Вологодской области от самоубийств (умерших на 100 тыс. населения)

Возрастная группа	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	Среднее за 1999 – 2007 гг.
<i>Пол</i>											
Мужской	89,5	109,4	98,6	96,1	94,5	98,1	87,2	70,9	76,5	76,6	89,8
Женский	18,1	18,4	18,8	14,5	13,1	9,7	12	11,8	11	11,0	13,8
<i>Возраст</i>											
10 – 19 лет (с 1998 по 2000 г. – 0 – 19 лет)	6,7	6,3	8,8	12,0	15,2	12,1	12,8	11,9	8,8	11,9	10,7
20 – 39 лет	59,8	68,4	61,0	56,4	57,0	69,6	55,6	40,9	43,2	37,5	54,9
40 – 59 лет	88,2	94,7	84,5	80,6	74,7	67,8	64,3	58,2	56,0	46,8	71,6
60 и более лет	54,8	81,0	71,4	69,4	63,0	55,0	62,0	46,7	57,8	47,3	60,8
<i>Тип поселения</i>											
Городская местность	43,3	51,6	46,9	47,8	40	41,3	34,3	28,9	29,2	25	38,8
Сельская местность	70,1	82,6	77	63,9	76,2	76,6	74,8	60,6	66,7	57,2	70,6
Источник: Статистический ежегодник Вологодской области 1995 – 2007 / Вологдастат. – Вологда, 2008.											

Таблица 13. Удельный вес самоубийств в половозрастных группах населения Вологодской области (в % от всех причин смертности)

Годы	Мужчины						Женщины					
	10 – 19	20 – 39	40 – 59	60 и более	0 – 17	Трудоспособный возраст	10 – 19	20 – 39	40 – 59	60 и более	0 – 17	Трудоспособный возраст
2001	18,2	14,9	6,9	1,9	НД	9,0	12,5	6,4	2,5	0,5	НД	4,2
2002	23,1	15,2	5,7	1,8	5,7	8,1	5,4	7,5	2,3	0,4	1,5	4,0
2003	16,0	13,0	5,0	1,6	6,0	6,9	5,1	7,4	15,5	0,4	1,4	3,1
2004	14,6	11,7	4,2	1,6	6,2	5,9	5,0	6,1	1,4	0,4	0,9	2,7
2005	18,9	8,5	3,8	1,3	4,2	5,0	12,0	5,5	1,7	0,3	3,5	3,1
2006	9,3	12,1	3,3	1,7	5,1	6,1	6,7	4,6	1,9	0,4	2,6	2,8
2007	18,5	11,6	4,1	1,4	5,0	6,0	2,7	5,5	1,8	0,3	1,0	3,2
Среднее за 2001 – 2007 гг.	16,9	12,4	4,7	1,6	5,4	6,7	7,1	6,1	3,9	0,4	1,8	3,3
* Рассчитано по данным Медицинского информационно-аналитического центра Вологодской области («Распределение умерших по полу, возрасту и причинам смерти 2001 – 2007»).												

в возрастных группах 40 – 59 лет среди мужчин и 20 – 39 лет – среди женщин, однако в 2007 г. уровень смертности от самоубийств в данных категориях незначительно увеличился.

По сравнению с другими причинами смертности представительство суицидов особенно высоко среди молодежи (10 – 19 и 20 – 39 лет), причем это характерно как для мужчин, так и для женщин. Удельный вес смертности от суицидов среди мужчин данных возрастных групп составляет соответственно 16,9 и 12,4%, среди женщин – 7,1 и 6,1%. В группе несовершеннолетних распространенность самоубийств существенно меньше (удельный вес – в среднем 5,4% среди мужчин и 1,8% – среди женщин), однако это связано с тем, что до 10-летнего возраста суициды вообще не совершаются.

Внешними причинами обусловлено около 15% всех смертей на территории Вологодской области. Причем среди мужской части населения смертность от несчастных случаев, травм и отравлений стоит на втором месте, уступая только смертности от болезней системы кровообращения. Анализируя структуру данного класса, необходимо отметить, что суициды в нем являются одной из наиболее актуальных причин. Их удельный вес составляет в среднем за год 19% среди мужчин и 12% среди женщин (*см. прил. 2*). В целом по области этот показатель составляет 17,5%, в то время как среднероссийский показатель равен 16,1%. Для сравнения: уровень смертности в результате ДТП на территории Вологодской области составляет 13%, от убийств – 9%.

Необходимо также отметить, что смертность в результате алкогольных отравлений и повреждений с неопределенными намерениями, к которым проблема суицидального поведения имеет непосредственное отношение, ежегодно составляет 16 и 18% соответственно, причем среди мужчин данные причины смертности распространены примерно в 1,2 раза больше, чем среди женщин (*см. прил. 2*).

Суицидами обусловлено около 18% всех случаев смертности от внешних причин в трудоспособном возрасте. На территории Вологодской области самоубийства встречаются чаще всего в младшей возрастной группе среди мужчин (10 – 19 лет; 27,2%) и в старшей возрастной группе среди женщин (более 60 лет; 16,9%). Причем, по последним данным, уровень смертности от суицидов среди мужчин 10 – 19 лет существенно увеличился (с 12 до 23%; *табл. 14*).

Таблица 14. Удельный вес суицидов в категории причин смертности «Несчастные случаи, травмы и отравления» в Вологодской области *, %

Год	Мужчины						Женщины					
	10–19	20–39	40–59	60 и более	0–17	Трудоспособный возраст	10–19	20–39	40–59	60 и более	0–17	Трудоспособный возраст
2001	25,0	22,3	20,2	28,4	н/д	20,9	16,0	13,1	34,1	18,6	н/д	12,8
2002	37,5	23,6	17,9	26,2	15,5	20,3	5,0	16,5	9,4	15,8	7,7	12,3
2003	18,2	21,7	16,1	26,5	15,4	18,2	7,5	16,1	7,5	14,1	5,3	10,3
2004	37,5	19,6	14,6	23,9	15,6	16,3	6,7	12,9	6,5	19,0	0,4	9,4
2005	37,5	15,1	13,9	20,9	11,3	14,6	20,0	15,0	9,0	14,3	11,1	11,5
2006	11,8	19,9	16,5	29,0	11,1	17,7	32,5	9,8	11,1	20,0	10,5	9,8
2007	23,0	19,5	16,3	26,1	11,9	17,9	4,2	13,5	12,9	16,6	3,0	12,9
Среднее за 2001 – 2007 гг.	27,2	20,2	16,5	25,9	13,5	18,0	13,1	13,8	12,9	16,9	6,3	11,3

* Рассчитано по данным Медицинского информационно-аналитического центра Вологодской области («Распределение умерших по полу, возрасту и причинам смерти 2001 – 2007»).

Таким образом, проведенный анализ позволил нам выявить место и роль завершенных самоубийств в структуре причин смертности населения Российской Федерации и Вологодской области, а также выделить глобальные причины, обусловившие резкий скачок суицидов в начале 1990-х гг. Полученные данные позволяют сделать вывод о существенном влиянии самоубийств на общую картину смертности населения. Учитывая тот факт, что официальная статистика не дает полной информации о распространении суицидов, мы можем отметить, что самоубийства являются основной причиной смертности в классе «Несчастные случаи, травмы и отравления», который, в свою очередь, находится в первой пятерке причин смертности населения региона.

Заключая вышеизложенное, подчеркнем, что повышенный уровень самоубийств в России по сравнению с другими странами мира имеет историческую обусловленность. Данные статистики свидетельствуют о том, что в Вологодской области социально-экономические и политические катаклизмы отразились в еще большей степени, создав при этом такую ситуацию, что самоубийства стали одной из наиболее распространенных причин смертности среди населения трудоспособного возраста.

Радикальные изменения на государственном уровне отражаются на динамике самоубийств, поэтому следует с большой долей вероятности ожидать обострения проблемы суицидального поведения как одного из последствий мирового финансового кризиса 2008 г. В настоящее время ученые не решаются прогнозировать масштабы увеличения уровня самоубийств, однако предпосылки его уже имеются. Так, по данным директора Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского Татьяны Дмитриевой, в 2008 г. на 20% увеличилась тенденция обращения пациентов к психологам, на 10% – к психиатрам, количество звонков по «горячей линии» научного центра им. В.П. Сербского возросло в 4 раза [83]. По данным социологических опросов, проведенных ИСЭРТ РАН в декабре 2008 г., 36% жителей Вологодской области уже ощутили на себе последствия мирового финансового кризиса: 21% опрошенных столкнулись с задержками выплаты зарплат и пенсий, 36% – с уменьшением их размеров, 20% – с увольнениями, 13% – с приостановкой деятельности предприятий.

Все эти данные свидетельствуют о необходимости детального анализа проблемы суицидального поведения, и в частности выявления факторов и групп суицидального риска. Их конкретизация обеспечит возможность адресного и более эффективного влияния на динамику смертности от самоубийств.

2.2. Комплексный анализ факторов суицидального риска на территории Вологодской области

Если рассматривать суицидальную активность населения как индикатор, отражающий уровень общественного психического здоровья, то логично предположить, что факторы суицидального риска могут быть аналогичными тем детерминантам, которые влияют на состояние здоровья в целом, и, следовательно, их классификация может быть построена сходным образом.

Здоровье каждого человека определяется особенностями его организма, образа жизни (факторы человека) и воздействием, которое он испытывает извне (факторы среды) [55]. В первую группу входит фактор генетической предрасположенности и образа жизни (вредные привычки, склонность к рискованным формам поведения). Во вторую группу факторов входят условия проживания, уровень дохода, социально-экономическая ситуация в обществе, особенности системы социальной поддержки.

По данным Н.С. Григорьевой, Т.В. Чубаровой, специфика заболеваний мужчин и женщин определяется следующими группами факторов [55]:

1. Биологические и физиологические (специфические заболевания мужчин и женщин).
2. Социокультурные (гендерные различия в заболеваемости и оценке собственного недомогания, обусловленные социальными и культурными традициями).
3. Экономические (уровень дохода).
4. Факторы окружающей среды (различия в образе жизни).
5. Системные факторы (например, уровень развития здравоохранения на городских и сельских территориях, интенсивность обращения мужчин и женщин за медицинской помощью или по поводу профилактики заболеваний).

Таким образом, на динамику демографических показателей влияют внутренние и внешние условия. То же самое относится и к детерминантам склонности индивида к проявлениям аутоагрессии.

Факторы суицидального риска – это внешние или внутренние стимулы (условия, обстоятельства), не являющиеся этиологическими, но способствующие формированию суицидальной активности или непосредственно вызывающие ее [33].

В системном характере происхождения суицидальных тенденций можно выделить три взаимосвязанных элемента (уровня):

- а) индивидуально-психологический (специфика мировоззрения, степень толерантности личности к нервно-психическим нагрузкам, тип темперамента и другие особенности личности);
- б) ситуационный;
- в) статусный.

Попытка суицида происходит тогда, когда на каком-либо из этих уровней проявляется несостоятельность индивида, его неспособность контролировать ситуацию. Ни один из перечисленных ниже факторов сам по себе не является стопроцентным условием совершения суицидальной попытки: различные гипотезы и научные споры вокруг данных проблем ведутся до сих пор. *Наша задача – определить круг параметров, которые необходимо учитывать для диагностики степени вероятности появления суицидальных тенденций.* При этом мы сознательно упускаем из виду случаи, когда суицидальная активность связана с грубой психической патологией.

Как отмечают специалисты ВОЗ, «знание того, какие индивиды имеют предрасположенность к суициду, а также сталкиваются с факторами риска, поможет выделить тех, кто больше всего нуждается в превентивных мерах» [89]. Организация системы мониторинга с использованием перечисленных в данной работе индикаторов позволит выявить группы людей, находящихся в зоне повышенной опасности. Надо также отметить, что анализ различных факторов риска суицидального поведения имеет немаловажное значение в плане диагностики защитных механизмов личности, которые снижают риск возникновения суицидальных тенденций, используются специалистами при выведении суицидента из состояния острого психологического кризиса и выступают в качестве основного механизма их возвращения к нормальной жизни. Антисуицидальные факторы являются обратной стороной предпосылок, обуславливающих дезадаптивное поведение индивида, поэтому их идентификация и понимание рассматривается специалистами ВОЗ как «основа для предупреждения суицидов» [89].

Среди факторов суицидального риска можно выделить психологические (индивидуальные особенности психики, тип темперамента, толерантность к психическим нагрузкам), социальные (специфика социальной среды, уровень безработицы, алкоголизма), экономические (уровень дохода, степень профессиональной мобильности, уровень инфляции), природно-климатические (фазы солнечной активности, магнитных бурь, суровость климата) и т. д. Однако, на наш взгляд, целесообразнее рассматривать детерминанты суицидального поведения с точки зрения сферы их влияния на все общество в целом, определенные социальные слои и индивидов. В связи с этим классификация факторов суицидального риска, основанная на анализе теоретического опыта и принципе комплексного подхода, может быть следующей (*рис. 18*).

На протяжении всей своей сознательной жизни человек подвергается воздействию факторов, которые при неблагоприятном стечении обстоятельств могут вызвать в нем суицидальные наклонности. В различные возрастные периоды структура этих факторов меняется: снижается интенсивность одних причин, повышается актуальность других. Это естественный процесс, заставляющий человека развиваться и самосовершенствоваться. Нас же интересует ситуация, когда индивид по каким-либо причинам не может преодолеть негативного влияния тех или иных факторов.



Рисунок 18. Структура факторов суицидального риска

С точки зрения управляемости практическую ценность представляют собой прежде всего факторы социальной среды на мезо- и микроуровне, поэтому именно им будет уделено преимущественное внимание в данной работе, хотя в реальной жизни социальные и психологические факторы риска сопутствуют друг другу и анализировать их отдельно можно только теоретически, в научных целях. Действие любого фактора не предопределяет суицид фатально, однако при определенных условиях повышает степень вероятности суицидальной попытки.

1. Факторы суицидального риска на макроуровне. К факторам суицидального риска на макроуровне мы относим психологический климат в обществе, природно-климатические условия, этническую принадлежность и традиционно сложившееся отношение общества к феномену суицида. Объединяющим все эти категории критерием является низкая степень возможности контроля и управления. Факторы макроуровня следует рассматривать как объективно существующие условия, формирующиеся в ходе исторического процесса развития общества. В предыдущей главе достаточно подробно были рассмотрены такие факторы, как психологи-

ческий климат в обществе и отношение социума к феномену самоубийства, поэтому далее речь пойдет о влиянии на проблему суицидального поведения этнического и климатического факторов.

В современной суицидологии считается, что среди народов Севера процент самоубийств значительно выше, чем среди южных народов. Причем такое положение вещей является исторически сложившейся нормой, а не результатом каких-либо социально-экономических катаклизмов. Я. Гишинский и Г. Румянцева объясняют это влиянием *историко-культурологического фактора*, то есть «насколько данная культура предлагает, подсказывает суицидальную модель возможного «разрешения» кризисной ситуации» [31]. По мнению ученых, этим может объясняться традиционно высокий уровень суицидов среди народов финно-угорской группы или, к примеру, более низкий уровень самоубийств среди черного населения США, в то время как их социально-экономическое положение заметно уступает положению белого населения.

К финно-угорской группе относится 21 народность РФ. По данным Всероссийской переписи населения, наиболее представительными являются мордва (845 тыс. чел.), удмурты (637 тыс.), марийцы (605 тыс.). Всего в России проживает 2 760 700 представителей финно-угорских народов, что составляет 1,9 % населения страны.

Причина более высокого уровня суицидальной активности среди народов Севера кроется в их особом *менталитете*, сложившемся под влиянием многих факторов, в том числе тяжелых условий климата и культурно-исторических традиций. Как следствие, северяне более замкнуты, сосредоточены на своем внутреннем мире, склонны к философским размышлениям и т. д. Не менее важен и тот факт, что на южные и восточные народы, в силу сложившихся исторических традиций, гораздо большее влияние оказывает религия.

ВОЗ отмечает, что «разные этнические группы – даже если они живут в одном и том же месте – могут иметь очень несходные уровни суицидов. В Сингапуре, например, среди этнических китайцев и индусов уровень самоубийств гораздо выше, чем среди этнических малайцев» [84]. Этнокультуральное изучение частоты самоубийств в Республике Коми показало, что частота самоубийств среди лиц финно-угорских национальностей составляет 94,9 случая на 100 000 нас., что в 2,2 раза превышает аналогичный показатель среди славян (41,5 на 100 000) и в 1,7 раза – средний показате-

тель по республике. При этом распространенность суицидов среди финно-угров возросла за последние годы в 1,6 раза, а среди славян оставалась стабильной [107].

Суицидальная активность финно-угорских народов, проживающих на территории России, выше, чем в других странах, что объясняется более неблагоприятным социально-экономическим положением и правовым статусом представителей данной этнической группы в нашей стране. По данным за 2002 г., это соотношение выглядело следующим образом (рис. 19) [164].

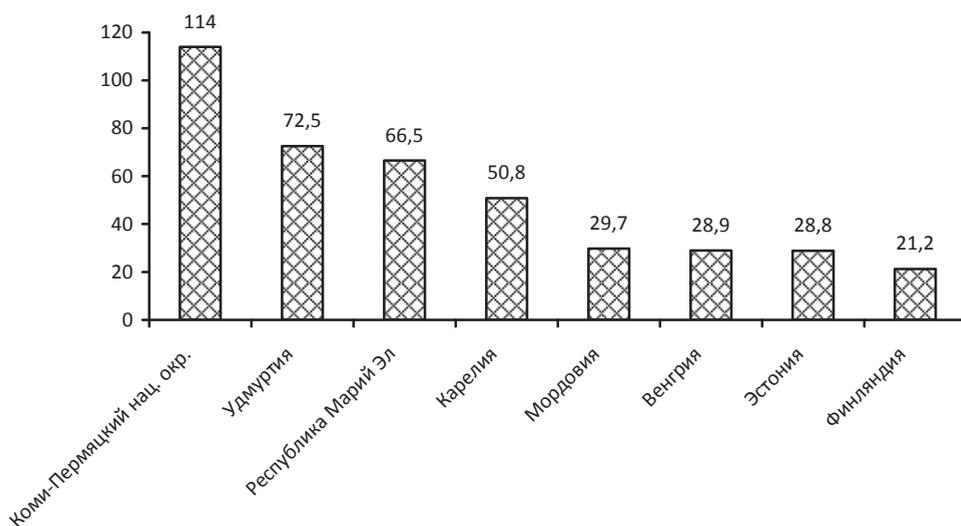


Рисунок 19. Уровень завершённых самоубийств среди народов финно-угорской группы (2002 г.; на 100 тыс. населения)

Источник: Яналов В. Финно-угорский мир и XXI век [Электронный ресурс] // Финно-угорский вестник. – 2006. – №3. – Режим доступа: <http://www.finugor.ru/?q=comment/reply/1801>

По мнению заместителя генерального директора Фонда развития культур финно-угорских народов Василия Яналова, «...финно-угорский мир имеет существенную особенность: в этом этническом сообществе, в отличие, скажем, от тюркского, нет цементирующего религиозного начала... Потомки лесных охотников, пчеловодов, рыболовов и сейчас характеризуются несильным типом личности, они легкоранимы, замкнуты, скромны. Как следствие – обостренные проблемы во взаимоотношениях с обществом у большинства этих народов. Они выражаются, в частности, в уровне суицида: 60 – 70 случаев на 100 000 населения у венгров, удмуртов, мари. Анализируя этот трагический факт, медики отмечают генную усталость, старение как следствие длительного замкнутого образа жизни» [164].

Немаловажным является и тот факт, что до 70% численности финно-угров России являются сельскими жителями, при этом на фоне других народов представители финно-угорской группы отличаются более низким уровнем образования. На 10 000 населения коми всего 133 человека являются студентами вузов, мордвы – 118 человек, мари – 116, удмуртов – 115, хантов и манси – 113, карелов – 106, коми-пермяков – 83. Для сравнения: этот же показатель среди бурят составляет 354 человека, абхазов – 327, калмыков – 304, евреев – 257, русских – 190. По удельному весу кандидатов и докторов наук на 100 000 населения финно-угорские народы замыкают список российских этносов [164].

Объясняя этническую составляющую суицидального поведения финно-угорских народов, Б. С. Положий выделяет следующие ее аспекты [107]:

- Фактор религиозной морали.
- Особенности национальных традиций (вера в загробную жизнь и т. д.).
- Антиципационная несостоятельность. Как отмечает ученый, «финно-угорская культура накладывает табу на разновариантное прогнозирование жизни, диктуя необходимость предвосхищения лишь позитивных событий. В итоге несовпадение личного прогноза развития ситуации с ее реальным неблагоприятным течением может принять психотравмирующий и суицидогенный характер».
- Утрата финно-угорскими народами традиционных национальных корней в процессе ассимиляции в России.

Влияние метеоклиматических условий на распространение самоубийств в настоящее время пока мало изучено и получаемые исследователями данные достаточно противоречивы. В классических исследованиях П. Сорокина, Э. Дюркгейма показано возрастание уровня суицидов в летний период, которое ученые объясняют активизацией социальной жизни.

Тем не менее некоторые современные исследования темпоральных характеристик суицидального поведения противоречат этим данным. Так, по результатам исследования Ю.С. Обидиной, самоубийства чаще совершаются в конце зимы – начале весны [85]. По данным исследования, проведенного Г.И. Девятковой в Пермской области, наибольшее число суицидов (56,3%) наблюдается в период с декабря по май [85].

Наше исследование суицидальных попыток показало, что уровень парасуицидов более высок в осенне-зимний период². На наш взгляд, это может быть связано с уменьшением продолжительности светового дня и отражением этого обстоятельства на психологическом самочувствии человека в виде подавленности настроения и ослабления толерантности организма к нервно-психическим нагрузкам (рис. 20).

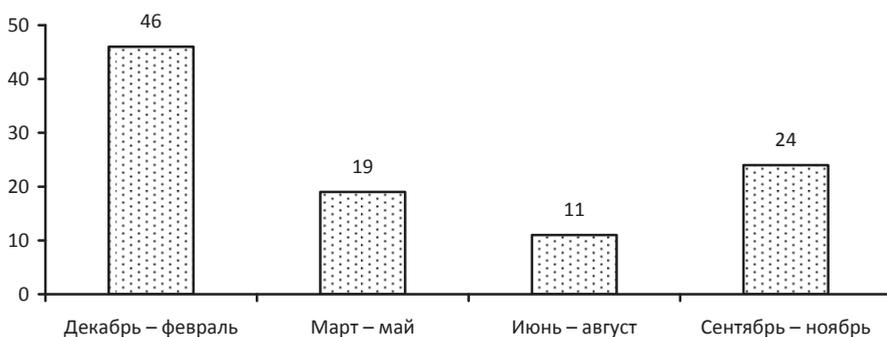


Рисунок 20. Сезонное распределение суицидальных попыток, в %

Источник: данные авторского исследования парасуицидентов – пациентов Вологодской областной психиатрической больницы (2007 г., объем выборки – 98 чел.).

Таким образом, факторы суицидального риска на макроуровне представляют собой наиболее общие условия существования социума, поэтому их влияние на уровень самоубийств следует рассматривать только при подходе к суициду как общественному феномену, имеющему свою историческую обусловленность в каждой стране.

II. Факторы суицидального риска на мезоуровне. К данной группе факторов мы относим те условия социальной среды, с которыми непосредственно сталкивается человек. Если факторы макроуровня своим объектом имеют общество в целом, то факторы суицидального риска на мезоуровне распространяются на определенные социальные группы. К таким детерминантам мы отнесли особенности социально-экономической ситуации, место проживания, состояние проблемы безработицы, влияние средств массовой информации и уровень развития системы здравоохранения.

Субъективная оценка населением Вологодской области уровня своего материального положения свидетельствует о тесной связи количества самоубийств и доли людей, относящих себя к «бедным»

² Исследование проведено в 2007 г. на базе Вологодской областной психиатрической больницы. Выборочная совокупность (98 человек) состояла из пациентов клиники, госпитализированных по поводу суицидальной попытки в период с 2006 по 1 квартал 2007 г. Форма исследования – анализ историй болезни пациентов.

и «нищим» слоям населения (рис. 21). Особенно наглядно эта связь проявлялась в период с 1996 по 2001 г. Коэффициент корреляции между уровнем смертности от самоубийств в Вологодской области за период 1994 – 2007 гг. и долей относящих себя к бедным и нищим слоям населения составил 0,84.

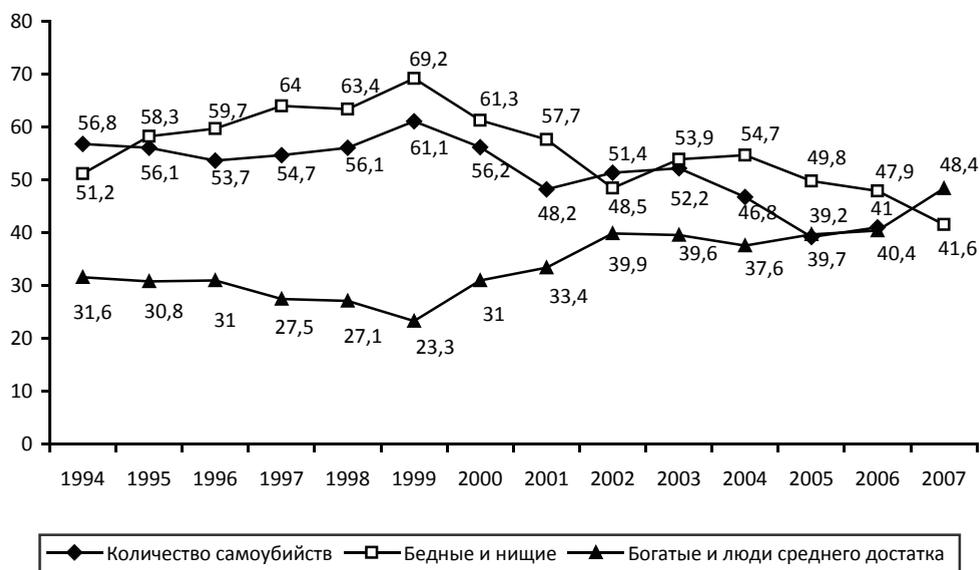


Рисунок 21. Соотношение уровня суицидальной активности жителей Вологодского региона и их субъективной оценки своего материального положения

Источник: данные мониторинга общественного мнения ИСЭРТ РАН по оценке социально-экономической ситуации в стране и области.

Мы не располагаем данными об уровне доходов исследуемых парасуицидентов, однако можем сделать косвенный вывод о том, что низкий уровень материального благополучия повышает риск возникновения суицидальных тенденций. Об этом свидетельствуют следующие факты:

1. По данным опроса, симптомы тревоги, депрессии и невроза чаще встречаются среди малоимущих слоев населения (рис. 22).

2. Анализ биографий парасуицидентов – пациентов ВОПБ – показал, что среди них широко распространены малопрестижные профессии (дворник, рабочий, санитарка, сторож и т. д.), которые не являются высокодоходными. Кроме того, на момент попытки суицида многие из них не работали или часто меняли место работы, т. е. не имели постоянного источника дохода.

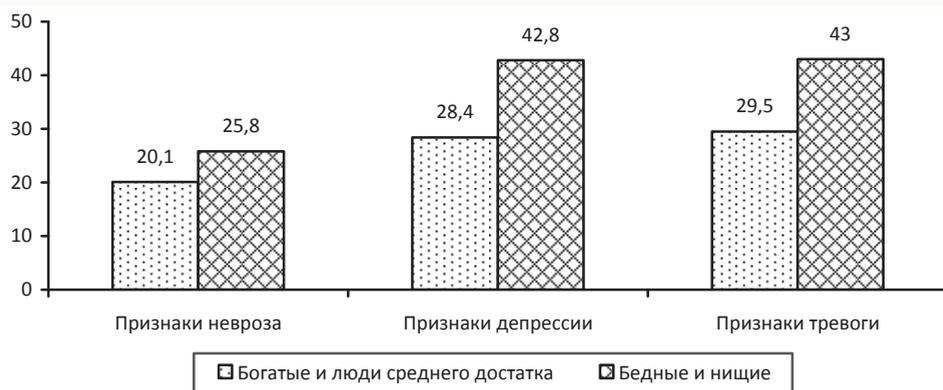


Рисунок 22. Распространение симптомов психических нарушений в зависимости от социальной самоидентификации населения (среднее за 2002 – 2008 гг.; в %)

Источник: данные мониторинга общественного мнения ИСЭРТ РАН по оценке социально-экономической ситуации в стране и области.

3. Интенсивность случаев смертности от самоубийств более высока на сельских территориях, где изначально уровень жизни населения ниже, о чем свидетельствуют данные Территориального органа ФСГС по Вологодской области.

Существование связи между уровнем самоубийств и экономической ситуацией в стране отмечается и другими учеными. В 2001 г. сотрудниками центра исследований суицидального поведения при кафедре психиатрии Оксфордского университета было проведено исследование на предмет обнаружения корреляционной зависимости между умышленными самоповреждениями, самоубийствами и уровнем социально-экономического развития отдельных округов Оксфорда [171]. Ученые пришли к выводу, что низкий уровень экономического развития оказывает негативное влияние на развитие суицидальных тенденций, причем этот фактор одинаково значим для обоих полов и в первую очередь влияет на младшие возрастные группы.

К тому же выводу пришли исследователи парасуицидов в Ивановской области: «Депрессивная экономика, низкий уровень жизни и высокая дифференциация доходов населения сильнее всего сказываются на представителях молодежной когорты, порождая у них глубокий разрыв между нормативными притязаниями... и средствами их реализации, усиливая аномические тенденции и способствуя тем самым росту суицидальной активности в этой группе» [85].

По данным О.В. Исаак, самоубийства в Республике Молдова в основном характерны для людей, имеющих финансовые проблемы [67]. Сегодня этот факт не вызывает удивления, т. к. в такой среде менее развит культурный потенциал, высока степень криминогенности обстановки, тяжелые условия быта, слабо развита инфраструктура досуговых учреждений, актуальна проблема алкоголизма и других форм асоциального поведения. По данным И.Б. Назаровой, «мужчины сложнее переносят экономические проблемы, поскольку не используют эффект культурных и социальных факторов таким образом, как женщины» [86].

Остается только добавить, что актуальность проблем экономического характера на территории региона по-прежнему остается высокой. Так, по данным Вологдастата, уровень дифференциации доходов 10% наиболее и 10% наименее обеспеченных слоев населения России и Вологодской области превышает предельно-критический уровень (10:1) [99], что свидетельствует о концентрации материальных благ среди немногочисленных представителей наиболее обеспеченного слоя общества, в то время как основная масса населения располагает ресурсами только для поддержания более или менее приемлемого уровня жизни.

Важнейшей стороной жизни, определяющей мировоззрение человека, является степень его занятости, характер и удовлетворенность своей профессиональной деятельностью. Уровень суицидов существенно выше среди безработных, чем среди работающего населения. Работа дает человеку возможность быть материально независимым, обеспечивает (целенаправленно или стихийно) определенный уровень социального контроля, способствует расширению круга знакомств и интересов. Бедность и низкое социальное положение – оба эти следствия безработицы, по-видимому, часто повышают уровень суицидального поведения, особенно в том случае, если работа потеряна внезапно [67].

В нашем исследовании 49% парасуицидентов не имели постоянного места работы (рис. 23). В то же время в целом по региону численность безработных и экономически неактивного населения в трудоспособном возрасте составила 5,5 и 24% соответственно, т. е. среди парасуицидентов представительство неработающих трудоспособного возраста примерно в 1,7 раза больше.

Сходные данные были получены при проведении аналогичных исследований. Так, в исследовании Д. И. Шустова в группе суи-



Рисунок 23. **Профессиональная занятость парасуицидентов, в %**

Источник: данные авторского исследования парасуицидентов – пациентов Вологодской областной психиатрической больницы (2007 г., объем выборки – 98 чел.).

цидентов насчитывалось 40% безработных трудоспособного возраста, а в группе парасуицидентов 43% потеряли работу в течение года перед попыткой самоубийства [159]. В исследовании материального положения семей безработных, проведенном под руководством старшего научного сотрудника ИСЭПН РАН, доктора экономических наук М.Е. Баскаковой, был сделан такой вывод: «Как и следовало ожидать, уровень материального благосостояния в семьях безработных ниже, чем в семьях, опрошенных по России в целом... В нынешней экономической ситуации потеря работы, а следовательно, заработка зачастую отбрасывает семью безработного за грань нищеты» [57].

По данным И.Б. Назаровой: «У мужчин состояние безработицы и бедности (домохозяйство, находящееся ниже уровня бедности 5 лет и более) ухудшает ситуацию в психологическом здоровье. То же можно сказать о бедных женщинах, которые «не очень и совсем не удовлетворены жизнью»: они «находят утешение» в социальной и культурной сфере, возможно, гибко меняя поведение... Даже недолгосрочный эффект безработицы (в течение года) ощутимо усиливает состояние психологического дискомфорта» [86].

В качестве фактора возникновения (или, наоборот, предотвращения) суицидальных тенденций, на наш взгляд, важным является не только сам факт профессиональной занятости, но и степень удовлетворенности индивида характером своей работы. Ежедневное и длительное времяпрепровождение за нелюбимым и к тому же сопряженным с нервными нагрузками делом негативно влияет на все стороны жизни человека, повышая тем самым степень суицидального риска.

По данным мониторинга общественного мнения, проведенного коллективом ИСЭРТ РАН, динамика распространения суицидов на территории Вологодской области на протяжении периода с 2002 по 2007 г. совпадала с изменениями численности людей, неудовлетворенных содержанием своей работы в целом (рис. 24).

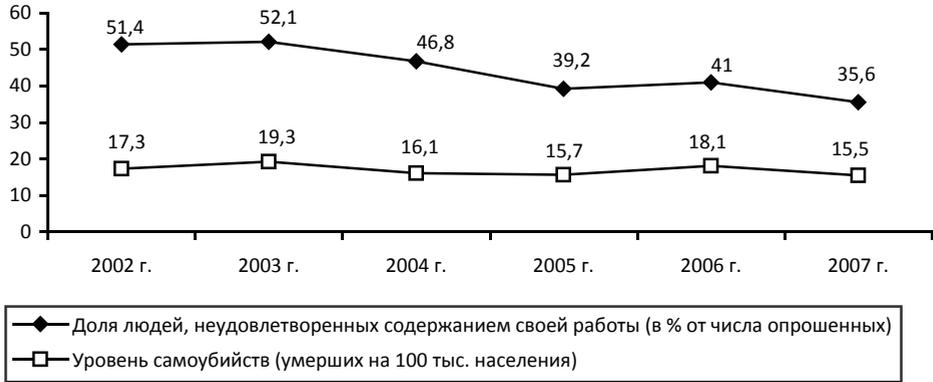


Рисунок 24. Динамика уровня смертности от самоубийств и доли людей, неудовлетворенных содержанием своей работы

Источники: данные мониторинга общественного психического здоровья, регулярно проводимого ИСЭРТ РАН; Статистический ежегодник Вологодской области. 1995 – 2007: Стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2008. – С. 54.

Определенная закономерность динамики самоубийств прослеживается среди работающего населения. По данным европейских исследований, уровень самоубийств среди мужчин особенно высок на низшей ступени классовой лестницы (неквалифицированный труд). У женщин же распространенность суицидов имеет U-образную форму (частота самоубийств снижается в группе специалистов среднего звена). Неудачи на работе, по статистике, сильнее переживаются мужчинами. Для женщин в качестве мотива суицидального поведения чаще выступают семейные взаимоотношения [70].

Результаты исследования уровня суицидального поведения в Вологодской области за период 1998 – 2007 гг. наглядно демонстрируют тот факт, что среди жителей сельской местности самоубийства совершаются значительно чаще, чем среди горожан (рис. 25).

Аналогичная тенденция была отмечена О.В. Исаак при анализе результатов исследования суицидального поведения жителей Республики Молдова, а также специалистами ВОЗ при анализе статистических данных в различных странах мира. Как отмечают украинские исследователи проблемы суицидального поведения,

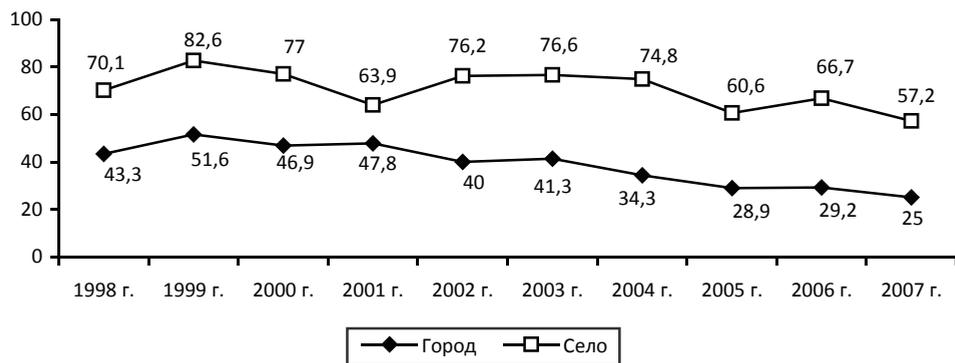


Рисунок 25. Смертность среди сельского и городского населения Вологодской области от самоубийств (умерших на 100 тыс. населения)

Источник: Демографический ежегодник Вологодской области. 1998 – 2007: Стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2008. – С. 35.

«сельские жители Украины в 1,52 раза чаще кончают жизнь самоубийством, чем городские. Во многом это связано с увеличением когорт населения старшего возраста, резким повышением уровня алкоголизации сельского населения и отсутствием тех видов помощи, которые доступны горожанам» [67].

Основными причинами такого распределения суицидов в территориальном разрезе, на наш взгляд, являются: тяжелые материальные и бытовые условия проживания в сельской местности, отсутствие специалистов и служб психологической помощи населению, неразвитость инфраструктуры культурно-досуговых учреждений, высокая степень актуальности различных социальных проблем (алкоголизм, нищета, криминальное поведение и т. д.).

Городские жители оптимистичнее смотрят на жизнь, что положительно влияет на эмоциональное здоровье, они больше удовлетворены жизнью, но у них выше запросы в отношении здоровья, а стало быть, в отношении здравоохранения и условий, связанных со здоровьем. Существует предположение, что городские жители лучше адаптировались к происходившим в результате индустриализации изменениям в условиях жизни [87].

На уровень психологического микроклимата как общества в целом, так и каждого человека в отдельности огромное влияние оказывают средства массовой информации. Основанные на механизме подражания кластерные суициды особенно часто встреча-

ются среди молодежи, причем данные Центра демографии и экологии человека Института народнохозяйственного прогнозирования РАН свидетельствуют о том, что по самоубийствам в этой категории Россия сегодня занимает первое место в мире. Ежегодно самоубийством заканчивают жизнь 2,5 тыс. несовершеннолетних россиян (второе место у США – 1,8 тыс.) [136].

Неправильное освещение СМИ проблемы суицидального поведения может существенно увеличить количество самоубийств. Впечатлительность подростков, как естественная особенность их возраста, обуславливает вероятность возникновения у них мысли о том, что суицид – одна из возможных альтернатив решения проблемы, особенно если самоубийство сверстника преподносится как нечто романтическое или сенсационное. Осознавая этот факт, ВОЗ разработала специальный перечень рекомендаций СМИ по освещению проблемы суицидального поведения. Аналогичные программы действуют в США («Centers for Disease Control and Prevention») и Великобритании («Befrienders International»).

Описывая современную ситуацию в этом вопросе, М. Кабанов, профессор Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, подчеркнул: «В психиатрии существует понятие “саморазрушающее поведение”. Это самоубийства, количество которых в нашей стране растет, наркомания, алкоголизм, азартные игры, включая их новейшую модификацию – компьютерные. Ныне этот арсенал дополнили акты жесточайшей телеагрессии, обращенной на окружающих» [58]. Как отмечала ректор Санкт-Петербургского университета профессор Л. Вербицкая, за один из последних дней 2003 г. по 15 телеканалам, принимаемым в крупных городах России, было показано 160 драк, 202 убийства, 6 ограблений, 10 половых актов, 66 сцен распития спиртных напитков, 39 случаев использования нецензурных выражений и 302 негативные новости. [58].

По данным Фонда «Здоровая Россия», СПИД, секс, наркотики, алкоголь, курение и рискованное поведение составляют 81% содержания Интернета, 89% – телевидения, 99% – радиовещания, 75% – прессы. На долю же здоровья в упомянутых СМИ приходится в среднем 13% информации [58].

По мнению руководителя научно-практического центра Института социально-экономических проблем народонаселения Н.Е. Марковой, современное искусство, целевой аудиторией которого являются подростки, оказывает следующие негативные влияния [82]:

1. Разрушение института социализации детей и подростков, уничтожение культурной преемственности и рост преступности.

2. Блокирование естественного полового рефлекса, распространение гомосексуализма, проституции и наркомании.

3. Психические травмы, как следствие сексуальной неудовлетворенности и психологического дискомфорта, в дальнейшем – частая смена партнеров, потребление наркотиков, рост самоубийств.

4. Частичное разрушение института семьи и дальнейшее снижение рождаемости.

5. Эпидемия СПИДа, наркомании, дальнейшее уменьшение населения России.

В этих условиях не удивительно, что, по данным за 2008 г., менее трети жителей Вологодской области (31%) считало положительным влияние СМИ на психику человека (рис. 26).



Рисунок 26. Как Вы считаете, какую роль средства массовой информации играют в формировании психического состояния индивида? (в % от числа опрошенных)

Источник: данные мониторинга общественного психического здоровья, регулярно проводимого ИСЭРТ РАН.

По мнению В. Войцеха, «суицидолог должен быть в каждом районе с населением от 500 000 человек» [136]. В то же время в Вологодской области профессиональные суицидологи отсутствуют, а дело оказания помощи суицидентам возложено на специалистов по охране психического здоровья. Обеспеченность психиатрами на территории региона больше, чем в среднем по стране (табл. 15). Однако такая ситуация складывается за счет городов Вологды и г. Череповца.

Таблица 15. **Обеспеченность населения психиатрами** (на 10 тыс. нас.)

Территория	2000	2003	2004	2005	2006	2007
Вологодская область	1,5	1,7	1,7	1,8	1,5	2,1
Российская Федерация	1,14	1,14	1,14	1,15	1,14	1,14

Источник: Статистический ежегодник Вологодской области 1995 – 2007. – Вологда, 2008; Российский статистический ежегодник. 2007: Стат. сб. / Росстат. – М., 2008. – С. 132.

Подводя промежуточные итоги, следует отметить, что, в отличие от детерминант макроуровня, факторы суицидального поведения на мезоуровне имеют более высокую степень управляемости и должны являться непосредственным объектом влияния со стороны управленческих структур. Изменение социальной ситуации, влияние на систему здравоохранения и средства массовой информации в конечном итоге будут иметь эффект на факторы как макро-, так и микроуровней, при этом важной особенностью детерминант мезоуровня является возможность их статистической оценки и мониторинга.

III. Факторы суицидального риска на микроуровне. Возможное увеличение количества добровольных уходов из жизни после преодоления этапа острого кризиса на уровне государства Т.Б. Дмитриева и Б.С. Положий объясняют так: «Как это ни парадоксально, но не исключено, что этот рост можно связать именно с социальной стабилизацией. На первый план в формировании суицидального поведения стали выходить не макросоциальные (как в 90-х годах), а более традиционные для самоубийств микросоциальные факторы, отражающие неблагополучие в области межличностных отношений в семье, на производстве, иных группах микросоциума, как бы принявшие «эстафетную палочку» от факторов социальной макросреды» [46].

Под факторами суицидального риска на микроуровне мы подразумеваем индивидуальные (социальные и психологические) характеристики человека, которые способствуют развитию суицидогенеза. В связи с этим важной особенностью итогов анализа факторов микроуровня представляется не выделение наиболее значимых детерминант суицидогенеза, а определение групп риска, т. е. социально-психологических характеристик тех категорий населения, которые в первую очередь должны являться объектом внимания суицидологов и специалистов по охране психического здоровья.

Составление своеобразного портрета представителя группы суицидального риска следует начинать с анализа распространения

самоубийств по возрастным категориям. Возрастная структура проблемы суицидального поведения на территории Вологодской области представлена в *таблице 16*. Ежегодно наиболее суицидально активную категорию составляют люди старше 40 лет. Однако особые опасения вызывает факт, что единственной возрастной группой с негативными изменениями в суицидальной активности стали в 2008 г. представители молодежи (от 10 до 19 лет).

Таблица 16. Возрастная структура смертности населения Вологодской области от самоубийств *
(умерших на 100 тыс. населения)

Возрастная группа	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	Среднее за 1999 – 2007 гг.
10 – 19 лет (с 1998 по 2000 г. – 0 - 19 лет)	6,7	6,3	8,8	12,0	15,2	12,1	12,8	11,9	8,8	11,9	10,7
20 – 39 лет	59,8	68,4	61,0	56,4	57,0	69,6	55,6	40,9	43,2	37,5	54,9
40 – 59 лет	88,2	94,7	84,5	80,6	74,7	67,8	64,3	58,2	56,0	46,8	71,6
60 и более лет	54,8	81,0	71,4	69,4	63,0	55,0	62,0	46,7	57,8	47,3	60,8

Источник: Рассчитано автором по данным Территориального органа ФГС (Статистический ежегодник Вологодской области 1995 – 2007: Стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2008).

Аналогичная картина получена при анализе возрастной структуры респондентов, у которых были отмечены симптомы тревоги, депрессии и невроза: признаки этих патологических состояний чаще отмечались в группе пожилых (от 55 лет) и людей среднего возраста (от 30 до 55 лет; *рис. 27*).

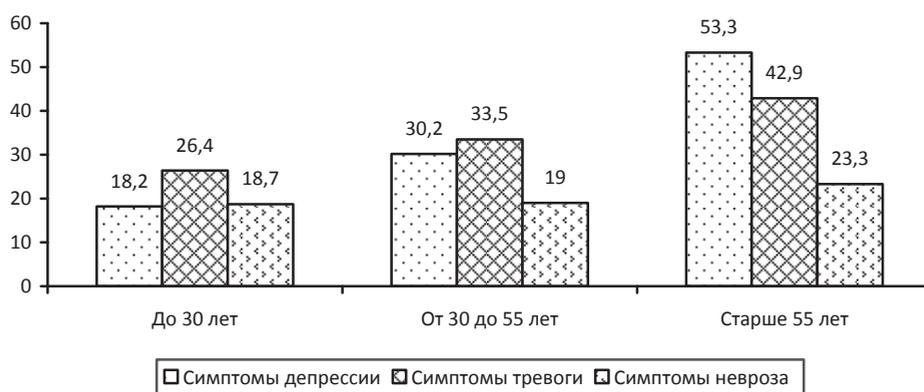


Рисунок 27. Распределение симптомов тревоги, депрессии, невроза в зависимости от возраста респондентов
(среднее за 2002 – 2008 гг.; в % от числа опрошенных)

Источник: данные мониторинга общественного психического здоровья, регулярно проводимого ИСЭРТ РАН.

Для каждой возрастной группы в большинстве случаев характерны свои причины, вызывающие у человека намерения расстаться с жизнью. Соответственно и суицидальное поведение обретает свои особенности. В качестве наиболее суицидоопасных возрастных периодов в мировой суицидологии чаще всего выделяются *группы подростков и пожилых людей*.

Результаты наших исследований показывают, что около 46% всех суицидальных попыток совершается представителями возрастной группы до 30 лет (*прил. 4*). В то же время среди людей старше 60 лет ежегодно отмечается высокий уровень завершенных самоубийств, а в 2006 г. представители данной возрастной категории вышли на первое место по уровню смертности от суицида.

По данным ВОЗ, в середине 1990-х гг. количество самоубийств в абсолютном выражении резко повышалось с возрастом. «В настоящее время уровень суицидов уже выше среди людей до 45 лет, чем среди пожилых, приблизительно на 1/3 во всех странах. Этот феномен существует на всех континентах и не зависит от уровня индустриализации и богатства страны.» [89]. В этом возрасте люди наиболее уязвимы с точки зрения возможностей сопротивления внутренним или внешним обстоятельствам, вызывающим суицидальные наклонности. Так, для подростков характерна несформированность мировоззрения («Я-концепция»), что вызывает различные вопросы философского толка. Не находя на них достойного ответа, подросток испытывает определенную степень дискомфорта, выражающуюся в конфликтах с окружающими, недовольстве своим внешним видом, трудностями в общении со сверстниками и т. д. Если при этом человек с рождения склонен к саморефлексии и внутренним переживаниям, опасность суицидальной попытки значительно повышается. Кроме того, несформированность личности предполагает высокую степень инфантильности подростка, склонность к гипертрофированию идей и т. д.

В подростковом возрасте причиной импульсивных суицидальных действий обычно являются конфликтные отношения с родителями, реже с учителями. В силу возрастных особенностей в данной среде широко распространены кластерные самоубийства, в основе которых лежит подражание индивида какому-либо значимому для него лицу. Иногда суицидальное поведение подростков определяется стремлением к временному «выключению» из трудной ситуации, к самоустранению во избежание проблем или

к привлечению внимания окружающих. Однако, даже несмотря на отсутствие собственно суицидальных намерений, потенциальная опасность таких действий очень высока.

Данный факт подтверждают результаты нашего исследования: из 98 попыток самоубийств 46% оказалось на счету возрастной группы до 30 лет, при этом в большинстве случаев парасуициды были спровоцированы семейным конфликтом (55%) и относились к разряду демонстративных и импульсивных. Можно предположить, что импульсивность и отсутствие жизненного опыта, свойственные молодым людям, играют в данном случае двоякую роль: с одной стороны, они повышают риск попытки суицида, с другой – делают ее не до конца продуманной, импульсивной или демонстративной.

Аналогичная картина была выявлена при изучении суицидальных попыток в г. Иваново. Возрастная структура категории парасуицидентов выглядела следующим образом: 51% (1656 чел.) – молодые люди в возрасте от 14 до 29 лет, 48,1% (1561 чел.) – представители средней и старшей возрастных групп, 0,9% (28 чел.) – дети и подростки, не достигшие 14-летнего возраста [85].

Таким образом, если завершенные суициды более распространены в средней возрастной группе, то попытки самоубийства значительно чаще встречаются в молодежной среде. Более подробно возрастная структура выборки нашего исследования представлена на следующей диаграмме (рис. 28).

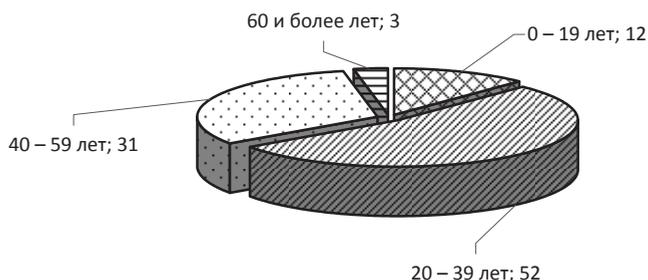


Рисунок 28. **Возрастная структура парасуицидального поведения, чел.**

Источник: данные авторского исследования парасуицидентов – пациентов Вологодской областной психиатрической больницы (2007 г., объем выборки – 98 чел.).

Особенностью людей пожилого возраста, которых также относят к группе риска, являются проблемы со здоровьем, выход на пенсию (сопровождающийся социальной изоляцией), осознание

приближающейся старости и смерти. Очень часто после выхода на пенсию, когда человек теряет возможность применения своих трудовых навыков и резко сужается круг социальных контактов, он начинает ощущать свое одиночество. Э. Дюркгейм по этому поводу писал, что «профессиональное общество имеет над всеми другими (религиозными, семейными, политическими) тройное преимущество: его власть охватывает почти всю жизнь, оно следует за работниками всюду, окружает их, напоминает им об их обязанностях, поддерживает их, когда надо» [48]. При этом вероятность суицида существенно повышается при отсутствии взаимопонимания между пожилым человеком и его ближайшими родственниками, что также может быть обусловлено возрастными особенностями.

Категорию подростков и пожилых людей специалисты относят к группе риска, однако статистические данные свидетельствуют о том, что самоубийства чаще всего совершаются в средней возрастной группе. По данным Вологдастата, за период 1999 – 2007 гг. люди 40 – 59 лет чаще всего прибегали к самовольным способам ухода из жизни. Причинами суицидов среди мужчин данного возраста в большинстве случаев выступают финансовый крах, безработица, алкоголизм, среди женщин более распространены суицидальные попытки, обусловленные изменой, уходом мужа или разводом.

В целом мужчины более суицидально активны, чем женщины. Впервые на проблему мужской сверхсмертности обратил внимание советский демограф Б.Ц. Урланис в статье «Берегите мужчин!» (1968). В данной работе он показал, что мужчины более склонны к рискованным и самодеструктивным формам поведения, среди них чаще распространены вредные привычки, алкоголизм, с ними чаще случаются транспортные происшествия [150]. Причины этого феномена позже были рассмотрены как отечественными (И.В. Корхова, Л.С. Шилова, Е.М. Андреев, А.Г. Вишневский и др.), так и зарубежными (J.J. Arnett, M.E. Addis, S.S. Feldman, J. Shapiro, M. Zuckerman) учеными.

По данным доктора социологических наук О.В. Исаак, за период с 1997 по 2003 г. среди мужской части населения Республики Молдова завершённые самоубийства отмечались примерно в шесть раз чаще, чем среди женщин. Анализ динамики самоубийств в Республике Марий Эл, проведенный в 2003 г., свидетельствует о том, что на долю мужчин приходится 76% всех суицидов [3]. Результаты нашего исследования подтверждают этот факт (рис. 29).



Рисунок 29. **Уровень завершённых самоубийств среди мужчин и женщин Вологодской области** (умерших на 100 тыс. населения)

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

О.В. Исаак объясняет более высокую степень суицидальной активности мужчин следующим образом: «Сталкиваясь со множеством проблем (период трудоустройства, создания семьи, рождения детей и т. д.), некоторые из мужчин переживают чувство беспомощности, которое провоцирует депрессивное состояние, тем самым стимулирует самоубийство. В случае женщин, их социальные функции матери, хозяйки дома, жены смягчают стрессовые ситуации, снижая негативные воздействия социальных факторов. Таким образом, женщина чаще и быстрее реагирует на изменения, касающиеся ее лично, ее детей, дома, и меньше – на общие социальные проблемы, имеющие место в обществе» [67].

Вместе с тем в современных условиях экономической нестабильности и высокой степени интенсивности жизненного уклада негативные переживания часто переносятся человеком на самую важную и самую уязвимую сторону своей жизни – семью (этим объясняется тот факт, что среди женщин суицидальное поведение распространено в первую очередь в городской среде). После же разрушения эмоциональных контактов он вновь остается один, появляется склонность к депрессии, возрастает риск суицида. Такая схема аналогична большинству актуальных сегодня социальных проблем (насилие в семье, алкоголизм, увеличение числа психических заболеваний и т. д.).

Э. Дюркгейм в свое время объяснял такое широкое распространение самоубийств среди мужчин тем, что у них в большей степени развит процесс социализации, мужчины активнее участвуют

в жизни общества и поэтому чаще испытывают влияние негативных факторов. Как нам видится, причина такого распределения суицидов среди населения состоит не только в этом. В силу особенностей своего мышления и видения мира мужчины действуют более радикально: к примеру, если они решают покончить с собой, то делают это наверняка, избирая такие способы, как самоповешение, самострел или падение с высоты. Этим объясняется значительно более высокий уровень самоубийств среди лиц именно мужского пола.

Женщины же в силу своей психологии в основном выбирают менее радикальные способы свести счеты с жизнью (отравление, самопорез). Они более импульсивны, склонны к демонстративным суицидам и при этом чаще рассчитывают на то, что их спасут, поэтому среди женщин более распространены парасуициды, однако уровень завершенных суицидов среди женщин меньше.

Кроме того, в отличие от мужчин, женщины гораздо более социально контактны: если какие-либо негативные события своей жизни мужчина переживает «внутри» себя, то женщины чаще беседуют с подругами или родителями, обращаются за помощью к специалистам. Такой стиль поведения для мужчин означает публичное признание своей уязвимости, что имеет для них гораздо большее значение, чем для женщин.

По мнению М.Ю. Арутюнян, «логика успеха» и «логика неуспеха» в одинаковой мере разрабатываются мужчинами и женщинами. Однако «неуспешные» женщины склонны отчасти видеть причины и способы исправления положения в членах семьи, в отличие от мужчин, которые уповают и сердятся лишь на себя и общество [13].

Важнейшим социальным институтом на всех возрастных этапах жизни человека является семья. Современная семья, несмотря на тенденцию уменьшения ее размеров, обеспечивает человеку необходимую социальную, финансовую и, главное, эмоциональную поддержку. Большинство ученых сходится в том, что одинокие люди в большей степени подвержены суицидальному риску. Они ведут более замкнутый образ жизни, чаще подвержены депрессии. Отдельным фактором в этом плане можно считать одиночество, произошедшее в результате развода и, особенно, смерти одного из супругов.

Полученные в ходе мониторинга данные свидетельствуют о том, что одиноко проживающим жителям области чаще всего

свойственно испытывать негативные эмоции (рис. 30). В среднем за период 2002 – 2008 гг. это отметили 47% респондентов из числа супружеских пар, проживающих раздельно, и 45% среди овдовевших. Значительная доля негативных характеристик своего настроения среди холостых и незамужних (30%) объясняется, скорее всего, тем, что в эту группу входят дети и подростки, проживающие совместно с родителями.

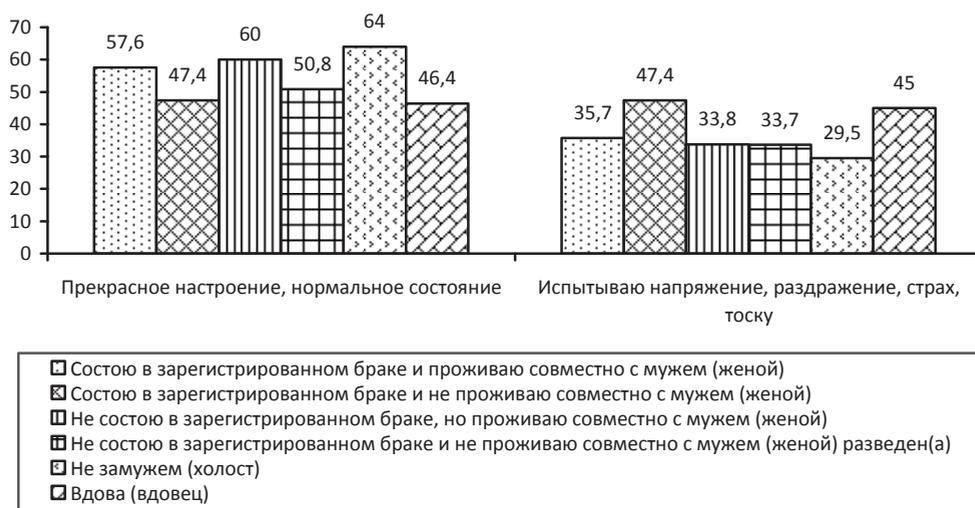


Рисунок 30. Характер настроения жителей Вологодской области в зависимости от их семейного положения (среднее за 2002 – 2008 гг.)

Источник: данные мониторинга общественного психического здоровья, регулярно проводимого ИСЭРТ РАН.

Аналогичную ситуацию можно наблюдать при анализе распространения симптомов тревоги, депрессии и невроза: признаки этих патологических состояний чаще встречаются среди вдовых и не проживающих совместно супружеских пар (рис. 31).

Вместе с тем, учитывая реалии сегодняшнего дня, нельзя не отметить, что семья далеко не всегда является гарантом психологического благополучия индивида. Двойственная роль семьи как фактора риска суицидального поведения выделяется многими специалистами. По данным А. Амбрумовой, Я. Гилинского, Л. Смолинского, в качестве мотива суицида для мужчин более значима ситуация конфликта в семье, для женщин – одиночества. Результаты исследований специалистов ВОЗ свидетельствуют о том, что самый высокий уровень самоубийств наблюдается среди разошедшихся или разведенных людей (особенно часто среди мужчин в первые несколько месяцев после разлуки), чуть менее распростра-



Рисунок 31. Распространение симптомов тревоги, депрессии, невроза в зависимости от семейного положения респондентов (среднее за 2002 – 2008 гг.; в % от числа опрошенных)

Источник: данные мониторинга общественного психического здоровья, регулярно проводимого ИСЭРТ РАН.

нены суициды в группе овдовевших, далее идут люди, которые живут в одиночестве и никогда не вступали в брачные отношения.

Результаты нашего исследования суицидальных попыток позволяют с уверенностью говорить о том, что дисгармония межличностных (в первую очередь семейных) отношений является одним из главных факторов суицидального риска. В 70% случаев попытке суицида предшествовал острый конфликт, при этом чаще всего он разгорался между супругами или между родителями и детьми. Для сравнения: конфликты между друзьями или коллегами по работе имели место лишь в 12% случаев. Это свидетельствует о том, что отношения в семье имеют первостепенное значение как фактор, определяющий степень суицидального риска. Поэтому данная сфера требует приоритетного внимания со стороны специалистов по охране психического здоровья.

В исследовании Н. П. Ванчаковой и др. было обследовано 54 парасуицидента, нанешие себе телесные повреждения, и 31 парасуицидент, пытавшийся отравиться. Ученые отмечают: «Основными причинами суицида являлись межличностные конфликты со значимыми людьми ближайшего окружения, вызванные нарушением этими людьми возлагавшихся на них ожиданий. В тех случаях, когда конфликтные ситуации касались других причин (конфликтов с законом, с криминальными структурами, финансовых

проблем), также речь шла о неспособности обратиться за поддержкой к близким людям или неадекватной реакции последних» [26].

В исследовании завершенных суицидов, проведенном в Рязанской области под руководством доктора медицинских наук Д.И. Шустова, такими причинами, как тяжелое психическое или соматическое заболевание, старость, одиночество и т. д., было обусловлено 29% суицидов. «На счету» же так называемых «незначимых» причин почти в два раза больше суицидов (57%). Выборка данного исследования составила 256 человек [159].

О кризисе семьи как социального института свидетельствует и динамика брачной структуры населения. В последние четыре года на территории области увеличивается количество разводов (2004 г. – 4,4; 2005 г. – 4,6; 2006 г. – 5,0; 2007 г. – 5,4 на 1 тыс. населения). Тем не менее ВОЗ, подчеркивая важную роль семьи как анти-суицидального фактора, отмечает, что «защитным эффектом не обладают только ранние браки (до 20 лет); вступившие в них люди имеют более высокий уровень суицидального поведения, чем их неженатые сверстники» [89].

По данным старшего научного сотрудника ИНП РАН Д. Богоявленского, «люди с более высоким уровнем образования меньше склонны к самоубийствам. Самое опасное – неполное среднее» [21]. Результаты нашего исследования попыток суицида свидетельствуют о том, что к группе риска также могут быть отнесены лица с начальным профессиональным образованием (рис. 32).

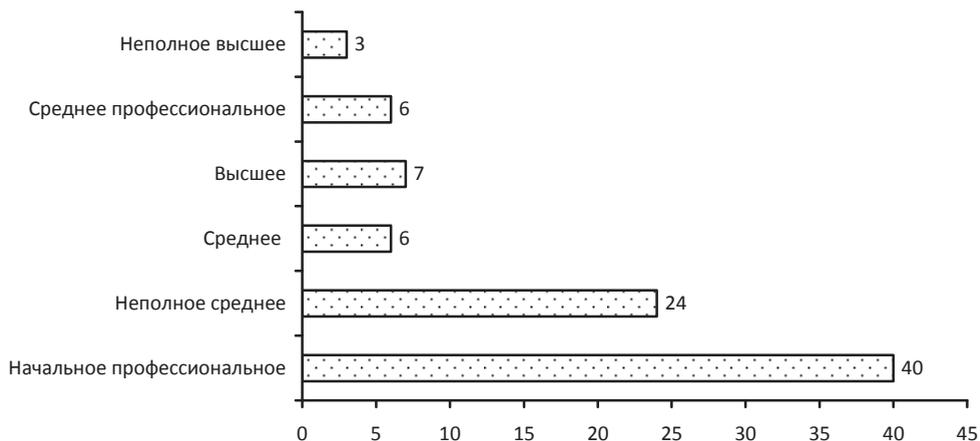


Рисунок 32. Уровень образования парасуицидентов, в %

Источник: данные авторского исследования парасуицидентов – пациентов Вологодской областной психиатрической больницы (2007 г., объем выборки – 98 чел.).

По данным переписи населения, распределение жителей Вологодской области старше 15 лет по уровню образования выглядит так: высшее – 12%, неполное высшее – 2%, среднее профессиональное – 30%, начальное профессиональное – 13%, среднее – 15%, неполное среднее – 26%. Таким образом, представительство людей с начальным профессиональным и средним образованием среди парасуицидентов больше, чем в целом по области.

Кроме того, данные мониторинга показывают, что люди со сравнительно более низким уровнем образования чаще проявляют признаки психических расстройств (рис. 33).



Рисунок 33. Распределение симптомов тревоги, депрессии, невроза в зависимости от уровня образования респондентов (среднее за 2002 – 2008 гг.; в % от числа опрошенных)

Источник: данные мониторинга общественного психического здоровья, регулярно проводимого ИСЭРТ РАН.

О широком распространении самоубийств среди лиц со средним и неполным средним образованием свидетельствует также динамика этих показателей на протяжении пяти лет (рис. 34).

Сущность низкого уровня образования как фактора суицидального риска, на наш взгляд, состоит в том, что оно чаще всего «соседствует» с малопrestiжными профессиями и менее культурной социальной средой. В таких жизненных условиях более распространены межличностные конфликты, следствием которых и является попытка самоубийства. Кроме того, социологические исследования показали, что люди с высоким уровнем образования в 2 раза более «удовлетворены» или «скорее удовлетворены жизнью», чем люди с низким уровнем образования [87].

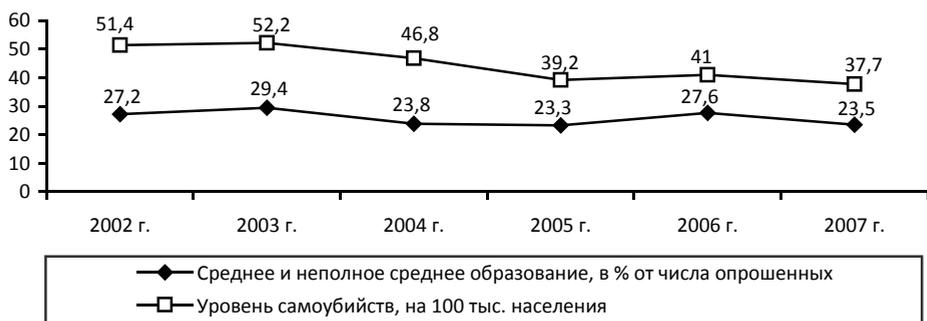


Рисунок 34. Динамика уровня самоубийств и доли людей со средним и неполным средним образованием

Источники: мониторинг общественного психического здоровья ИСЭРТ РАН; Статистический ежегодник Вологодской области. 1995 – 2007: Стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2008. – С. 44.

Суицидальное поведение, алкоголизм являются формами аутодеструктивного поведения, при этом фактор злоупотребления алкоголем требует особого внимания, поскольку эта форма поведения служит промежуточным звеном между относительно адекватным поведением индивида в обществе и суицидальными тенденциями.

Значение потребления алкоголя как фактора сверхсмертности населения России в начале 1990-х гг. после отмены антиалкогольной кампании было отмечено и зарубежными (Э. Брейнерд, Д. Катлер), и российскими учеными (А.В. Немцов, В.М. Школьников, А.Г. Вишневский).

А.В. Коротаев и Д.А. Халтурина, исследуя демографические последствия алкоголизации населения, отметили: «Характерно, что большинство стран, где наблюдались феномен сверхсмертности и демографические «кресты», – это водочные страны: Россия, Белоруссия, Украина и страны Балтии. Внимательное изучение ареала сверхсмертности в Восточной Европе не оставляет сомнений, что традиция потребления крепких алкогольных напитков (водка, самогон, горилка, палинка, ракия и т. д.) является колоссально мощным негативным фактором демографического развития, сопоставимым по силе с эпидемией СПИДа в Тропической Африке... В нетрезвом виде погибают около половины самоубийц, значительная часть которых не совершила бы роковой шаг, если бы не состояние опьянения» [76].

«Суицидальный риск больных алкоголизмом в десятки раз превышает риск самоубийства в общей популяции» [88]. 75% лиц,

совершивших парасуицид, хотя бы раз лечились от алкоголизма или наркомании. Каждый второй молодой самоубийца был алкоголиком. Три четверти мужчин и две трети женщин в возрасте 30 – 39 лет совершали попытки самоубийства в состоянии алкогольного опьянения. По данным Б. Любан-Плоцца, доля суицидентов среди больных с химическими зависимостями составляет 17%. Максимум самоубийств среди больных алкоголизмом приходится на возраст 25 – 49 лет. В общем и целом с алкоголем связано 30% всех суицидов. Как отмечает Д. Богоявленский, «алкоголь – это самый главный фактор риска. Он обнаружен в крови у 60 процентов самоубийц. Причем 40 процентов в момент смерти были натурально пьяны» [21].

В нашем исследовании 68% всех совершенных суицидальных попыток так или иначе были связаны с потреблением алкогольной продукции. При этом в 42 из 66 случаев алкоголизм имел стойкий патологический характер. В 15 случаях парасуицид совершался в состоянии алкогольного опьянения (не считая случаев патологического алкоголизма). Употребление алкоголя у 43% парасуицидентов носило запойный характер. Еще 25% парасуицидентов употребляли спиртные напитки эпизодически, но регулярно. 21% рассмотренных нами случаев парасуицида был связан с алкоголизмом ближайших родственников суицидента (чаще всего отцов или мужей). Практически все случаи злоупотребления алкоголем (как со стороны родственников, так и со стороны самого суицидента) сопровождалось неудовлетворительными жизненными условиями, тяжелым социальным положением, материальным неблагополучием, высоким уровнем конфликтности семейных отношений. Особую опасность представляет распространение алкоголизма среди молодежи. По нашим данным, из 45 попыток суицида, совершенных в возрастной группе от 10 до 30 лет, 32 попытки (т. е. 71%) так или иначе имели отношение к алкоголю.

По данным Территориального органа ФСГС по Вологодской области, показатели заболеваемости и болезненности алкогольными психозами снизились в 2007 году по сравнению с 2005 г. с 80 до 64 и со 148 до 121 случая на 100 тыс. населения. В то же время заметно увеличился уровень смертности от причин, связанных с употреблением алкоголя (с 53 до 106 случаев на 100 тыс. населения).

Это свидетельствует о широком распространении неучтенных случаев злоупотребления алкогольной продукцией. Результаты

мониторинга общественного мнения, проведенного с нашим участием, свидетельствуют о том, что уровень потребления алкоголя на территории Вологодской области остается практически неизменным на протяжении семи лет (рис. 35).

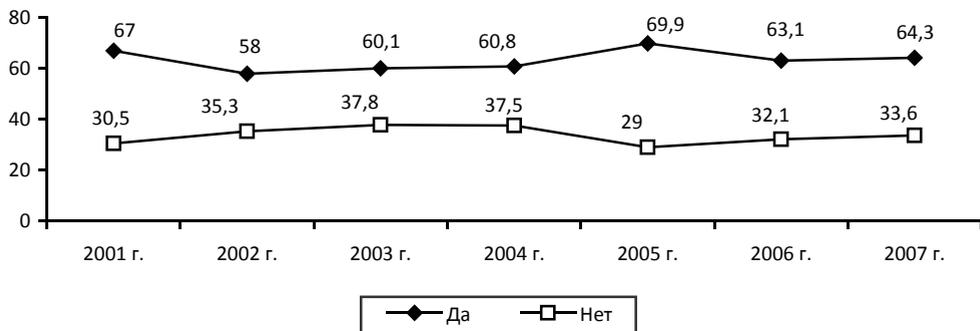


Рисунок 35. Распределение ответов на вопрос: «Употребляете ли Вы алкогольные напитки?» (в % от числа опрошенных)

Источник: данные мониторинга общественного мнения о состоянии физического здоровья и образе жизни населения Вологодской области, регулярно проводимого ИСЭРТ РАН.

Интересные данные были получены в ходе исследования суицидального поведения на территории Республики Марий Эл [3]. Зависимость количества самоубийств от потребления алкоголя ярко проявилась в ходе антиалкогольной кампании 1985 – 1989 гг. В 1984 и 1990 гг. смертность от самоубийств составила соответственно 72 и 39 случаев на 100 тыс. населения. С 1990 года, когда уровень потребления алкоголя вновь стал увеличиваться, смертность населения от суицидов также стала расти (до 70 случаев на 100 тыс. нас. в 1994 г.).

Исследования показывают, что среди наркоманов и алкоголиков уровни смертности по причине самоубийства приблизительно равны 7%. Доля самоубийц, у которых чуть ранее отмечалась алкогольная зависимость, составляет от 15 до 50%. Нагляднее всего взаимосвязь суицидального поведения и алкоголизма прослеживается среди представителей обоих полов молодого возраста и среди мужчин среднего возраста [88].

В исследовании завершенных суицидов, проведенном Д.И. Шустовым, в 48% случаев суицидент страдал от алкоголизма, при этом у 30% представителей неалкогольной группы тоже было отмечено употребление алкоголя непосредственно при осуществлении суицида [159]. Необходимо также отметить, что высокий

уровень потребления алкоголя во многом объясняет широкое распространение парасуцидов, обусловленных «стандартными» межличностными конфликтами. Так, в исследовании Д. И. Шустова «незначимыми» причинами было обусловлено 41% неалкогольных и 73% алкогольных суцидов, что, по-видимому, связано со специфическими психологическими особенностями, формирующимися под влиянием алкогольной зависимости или состояния алкогольного опьянения (повышенная конфликтность, раздражительность и т. д.).

Как отмечают А.Г. Амбрумова и В.А. Тихоненко, между приемом алкоголя и суицидальным поведением существуют два типа взаимозависимости. В первом случае алкоголь употребляется до возникновения суицидальных тенденций, которые являются уже результатом проблем, сопутствующих алкогольному образу жизни. Во втором случае алкоголь употребляется после возникновения суицидальных мыслей с целью «облегчить реализацию своего намерения» [9]. Надо также отметить, что алкоголь часто становится причиной самоубийства не потому, что вырабатывает в человеке тяжелую зависимость, а потому, что иллюзорно укрепляет его сознание. Нарушение когнитивных способностей вследствие опьянения ведет к снижению контроля и утрате гибкости мышления, вследствие чего исчезает способность видеть альтернативных вариантов разрешения проблемной ситуации.

Как отмечают ученые, «крепкие алкогольные напитки опасны благодаря существованию определенных паттернов потребления, обусловленных, впрочем, их свойствами» [92].

В конечном итоге роль сильнодействующих наркотиков как фактора риска суицидального поведения заключается в том, что состояние алкогольного или наркотического опьянения резко сокращает расстояние от суицидальных мыслей до суицидальных действий, которое у большинства людей достаточно велико. Помимо этого алкоголизм придает личности человека определенные черты, которые также повышают риск суицидального поведения. «Пациенты, злоупотребляющие психоактивными веществами, отличаются повышенной чувствительностью, обидчивостью и склонностью к негативным интерпретациям. Как правило, своими манерами и поведением они сознательно или неосознанно провоцируют негативные реакции окружающих, которые, в свою очередь, вызывают у них чувство отвержения, ненужности и брошенности. Таким

образом, возникает замкнутый круг, завершающийся чувством безнадежности и риском суицидального поведения» [159].

Динамика уровня самоубийств, как отмечалось ранее, аналогична динамике распространения психических расстройств в целом и симптомов депрессии в частности. Результаты мониторинга общественного мнения, проведенного коллективом ИСЭРТ РАН в 2002 – 2008 гг., показали, что наличие симптомов тревоги, депрессии и невроза чаще отмечается среди тех жителей области, которые более негативно характеризуют свое эмоциональное состояние (рис. 36).

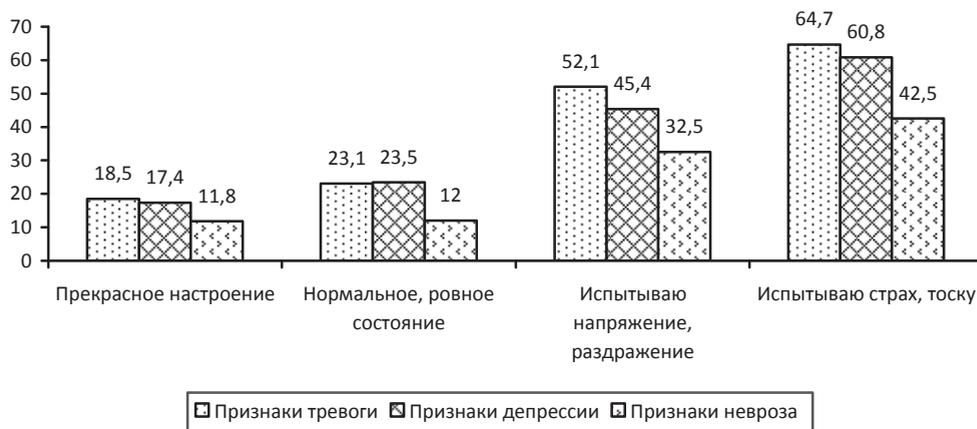


Рисунок 36. Распространение симптомов тревоги, депрессии, невроза в зависимости от социального самочувствия населения (2002 – 2008 гг.; в % от числа опрошенных)

Источник: данные мониторинга общественного психического здоровья, регулярно проводимого ИСЭРТ РАН.

В исследованиях М.Ю. Арутюнян специфика эмоционального состояния «удачников» и «неудачников» описана следующим образом: «Почти все респонденты, довольные своей жизнью, в настоящее время используют метафоры поступательного движения, процесса, внутренней работы, имеющей направление... В противоположность «удачникам» «неудачники» (те, кто субъективно переживает ощущение жизненного неуспеха) склонны описывать свою жизнь через метафоры застоя или течения, которое захватывает как бы лишенный собственной воли объект» [13].

Однако в отношении проблемы суицидального поведения важен не сам факт установления диагноза по той или иной психической патологии, а наличие его симптомов на предпатологическом, пограничном уровне. Эндогенное психическое заболевание

в некотором смысле можно рассматривать как альтернативу суицидальным тенденциям, поскольку, являясь пациентом клиники, человек получает лечение и уход, в то время как отсутствие медицинского диагноза вынуждает его жить и работать в тех же самых условиях, которые вызвали признаки психической патологии или склонность к проявлению суицидальных тенденций.

Как следствие, судя по литературным данным, лишь треть самоубийств совершается психически больными, остальная часть суицидов на счету здоровых людей [24]. В нашем исследовании только 9 из 98 суицидальных попыток было обусловлено психическим заболеванием (паранойя или шизофрения). Во всех остальных случаях парасуицид совершался здоровыми людьми, однако каждый из них на момент госпитализации проявлял признаки депрессии или тревоги (двигательная заторможенность, подавленность настроения, замкнутость или, наоборот, тревожность, мнительность, агрессивность).

Важно отметить, что около 15% парасуицидентов на момент исследования неоднократно являлись пациентами ВОПБ, а 30% совершали суицидальные попытки ранее (причем это лишь официальные данные, на самом деле повторных попыток самоубийства может быть гораздо больше). В исследовании Н.П. Ванчаковой, А.В. Смирнова и др. в группе парасуицидентов, использовавших отравление, повторную попытку совершили 29% человек, в группе нанесших себе физические повреждения – 35% [26].

Наличие суицидальной попытки в анамнезе парасуицидента следует рассматривать как особенно важный фактор. В данном случае человек уже принимал решение о самоубийстве и оно не является для него чем-то шокирующим, что, безусловно, повышает вероятность повторного парасуицида. На фактор повторного парасуицида обращали внимание такие зарубежные ученые, как Modestin (1992), Stephens (1999), Kelly (2004). Как отмечает Е.Ю. Андреева, «неудачные попытки в прошлом как бы «подсказывают» способ решения проблем, влияя на формирование «зрелого» решения уйти из жизни» [12].

По данным главного психиатра Минздрава Украины, директора Украинского НИИ социальной и судебной психиатрии А. Чуприкова, «50% людей, совершивших суицидальную попытку, повторяют суицидальные действия, из них 10% в течение первого года после предшествующей попытки» [156].

В данном контексте следует напомнить, что специалисты по охране психического здоровья могут купировать психологический кризис парасуицидента и частично изменить его отношение к проблемам. Однако при сохранении прежних условий существования (социально-экономическое неблагополучие, конфликтогенность социальной среды и т. д.) вероятность повторной суицидальной попытки остается высокой.

Из полученных данных можно сделать вывод о том, что отклонение в психическом здоровье, безусловно, следует рассматривать как фактор суицидального риска, но реализация суицидальных намерений не является прерогативой людей с психической патологией.

В конце 1990-х годов в Шотландии было проведено исследование завершённых суицидов, в ходе которого одним из главных факторов суицидального риска рассматривалось соматическое здоровье, а одним из важнейших направлений профилактики суицидов – лечение психических расстройств при соматических заболеваниях. На сегодняшний день установлено, что тяжелым соматическим заболеванием страдает каждый пятый суицидент. Почти половина пожилых людей и стариков, совершающих суицид, имеют инвалидность по соматическому заболеванию. Депрессия развивается у 15 – 20% людей, перенесших инфаркт миокарда. Суицидальная готовность отмечается у половины онкологических больных, 15% из которых заканчивают свою жизнь самоубийством. У ВИЧ-инфицированных суицидальный риск в 20 – 30 раз выше по сравнению с остальным населением [88].

Все эти данные свидетельствуют о том, что одним из факторов риска суицидального поведения является тяжелое соматическое заболевание, вызывающее у человека чувство утраты здоровья, потери привычного статуса, различные фобии, депрессию. Зависть к здоровью близких и ухаживающего персонала делает такого человека враждебным по отношению к окружающим, что еще больше усугубляет ситуацию. Возможная потеря физической привлекательности вследствие различных медицинских процедур провоцирует развитие различных социофобий и избегающего поведения.

Когда заболевание неизбежно несет в себе усиление страданий и летальный исход, человек начинает подводить итоги своей жизни. При этом в отсутствие закономерных физиологических изменений мозга остается высокий уровень критичности к себе, а суждения отличаются высокой степенью четкости, реалистичности и, как

следствие, пессимистичности. Суициды больных тяжелыми заболеваниями подготавливаются втайне от посторонних, тщательно и методично. Если попытка суицида не заканчивается смертью больного, вероятность ее повторения остается крайне высокой.

Согласно социологическим опросам, проведенным ИСЭРТ РАН в 2002 – 2003 гг. в некоторых лечебно-профилактических учреждениях (Устюженская ЦРБ, поликлиника №3 и многопрофильная больница г. Вологды), среди их пациентов наблюдается уровень тревоги и депрессии выше среднего по области на 10 – 25% (табл. 17) [100].

Таблица 17. Уровень тревоги и депрессии среди пациентов ЛПУ и населения Вологодской области в целом в 2002 – 2003 гг.
(в % к данной группе)

Уровень тревоги и депрессии	2002 г.		2003 г.	
	Среднее по области	Поликлиника №3	Среднее по области	Городская многопрофильная больница
Отсутствие тревоги	59,5	55,3	61,1	53,7
Субклинически выраженная тревога	37,8	40,1	35,4	43,2
Клинически выраженная тревога	2,5	4,6	2,8	3,1
Отсутствие депрессии	66,8	61,2	66,5	59,5
Субклинически выраженная депрессия	30,3	34,1	30,3	33,5
Клинически выраженная депрессия	2,6	4,7	3,0	7,0

Источник: Ослопова Ю.Е. Общественное психическое здоровье населения региона (на примере Вологодской области): дис. ... к.э.н.: 08.00.05 / Ю.Е. Ослопова. – Вологда, 2005. – 78 с.

Последний фактор, о котором, на наш взгляд, следует говорить отдельно, – это наследственная предрасположенность к различным формам аутоагрессии (вредные привычки, неоправданный риск, суицидальное поведение). Теория генетической предрасположенности к суицидальному поведению в настоящее время приобретает все большее значение в связи с научными исследованиями в рамках биохимической концепции происхождения суицида.

В 2005 г. ученые объявили о том, что им удалось выявить ген, отвечающий за склонность человека к депрессивным расстройствам. Как сообщается на сайте Института психотерапии и клинической психологии, «специфическая разновидность гена, носящего имя 5-НТТ, отныне будет считаться главной причиной депрессии. Ученые полагают, что сделанное ими открытие станет не только прорывом в области фундаментальной медицины, но поможет и практикующим медикам, в первую очередь в вопросе подбора спо-

соба лечения для людей, страдающих депрессивными состояниями. Именно данный ген является причиной депрессий, возникающих у людей после развода, болезни близких или автомобильной катастрофы» [83].

Наличие суицидента среди взрослых членов семьи сегодня рассценивается как существенный фактор суицидального риска для их потомства. Нейробиологическая составляющая суицидального поведения связана с серотонинергической активностью мозга. Снижение серотонина в организме человека отмечается также и при депрессии, симптомы которой отмечаются почти во всех случаях суицидального поведения. Генетические исследования суицидальности показали, что монозиготные близнецы, например, имеют в этом плане более высокий уровень конкордантности (совпадения), чем дизиготные. Также было установлено, что «суицидальный риск передается из биологической семьи в приемную при рождении независимо от передачи расстройств настроения или психозов, что является мощнейшим доказательством генетической передачи» [90]. Как отмечают специалисты ВОЗ, «о существовании биологической базы суицида заставляют предположить также исследования неврологических процессов, которые лежат в основе многих психических заболеваний, включая те, которые предрасполагают людей к суициду» [89].

В проведенном исследовании суицидальных попыток 33% парасуицидентов имели негативную наследственность. При этом злоупотребление алкоголем со стороны ближайших родственников имело место в 21% случаев, в 12% случаев были официально зарегистрированы психические заболевания (чаще всего неврозы). В исследовании Д.И. Шустова психопатологическая наследственность со стороны родственников парасуицидентов была обнаружена в 35% случаев (объем выборки составил 135 человек).

Мы не можем с полной уверенностью утверждать, что во всех этих случаях имела место генетическая предрасположенность. Однако тот факт, что каждая третья попытка самоубийства сопровождалась отклонениями в здоровье родственников, нельзя оставлять без внимания, поскольку данное обстоятельство имеет важное социальное значение как фактор социальной ситуации развития суицидента.

Анализ факторов суицидального риска на мезо- и микроуровнях позволяет выделить отдельные группы населения, которые в первую очередь склонны проявлять признаки суицидогенеза.

К таким категориям относятся:

1. Мужчины от 40 до 59 лет, проживающие в сельской местности (по данным на 2007 г. – 61 928 чел. или 5% всего населения области).
2. Лица, злоупотребляющие алкоголем.
3. Подростки, воспитывающиеся в семейной обстановке, которая характеризуется повышенной конфликтностью отношений.
4. Безработные и лица, не имеющие стабильного источника дохода.
5. Люди с пониженной толерантностью к нервно-психическим нагрузкам.
6. Люди, ведущие одинокий образ жизни.
7. Люди, испытывающие острые негативные изменения в жизни (смерть близкого, развод, банкротство, резкое изменение социального статуса).
8. Лица с тяжелым соматическим заболеванием.

Проведенное научным коллективом ИСЭРТ РАН исследование парасуицидального поведения позволило установить общие черты социальной ситуации, которая провоцирует попытку самоубийства при условии отсутствия психопатологии, тяжелого стресса или неизлечимого заболевания. Чаще всего у здоровых людей (преимущественно в молодежной среде) симптомы суицидогенеза проявляются в условиях тяжелого материального положения, конфликтности семейных отношений, на фоне безработицы и злоупотребления алкоголем.

Кроме того, опираясь на классические и современные исследования в области суицидологии, а также на результаты проведенных исследований, мы можем ранжировать факторы суицидального риска по степени их влияния на склонность человека к проявлению суицидальной активности и уровню распространенности в социуме (*табл. 18*).

Подход к анализу факторов суицидального риска через призму макро-, мезо- и микроуровней позволяет оценить причины суицидального поведения населения комплексно, с учетом общей социально-экономической ситуации в стране и конкретных характеристик индивида (гендерных, социальных и т. д.). Полученные данные позволили нам выявить группы суицидального риска в регионе, а также составить ранжированный список факторов, обуславливающих степень риска суицидальной попытки. В качестве

Таблица 18. Наиболее актуальные факторы суицидального риска на территории Вологодской области и их отражение в официальной статистике и данных социологических опросов

Фактор риска	Показатели и представительство по данным официальной статистики (2007 г.)	Показатели и представительство по данным социологических опросов (2008 г., в % от числа опрошенных)
Злоупотребление алкоголем	Взято под наблюдение больных с диагнозом «алкоголизм и алкогольные психозы», установленным впервые (127 на 100 тыс. нас.) Численность больных, состоящих на учете в ЛПУ (1395 на 100 тыс. нас.) Смертность от причин, связанных с употреблением алкоголя (53,9 на 100 тыс. нас.)*	Доля жителей, употребляющих алкогольные напитки (64%)
Низкий уровень дохода	Численность населения с доходами ниже прожиточного минимума (189,9 тыс. чел.) 20% населения с наименьшим уровнем дохода (6%) Численность пенсионеров, состоящих на учете в органах социальной защиты (344,9 тыс. чел.)	Доля людей, испытывающих «напряжение, раздражение, страх, тоску» (26%) Доля людей, не удовлетворенных своим материальным положением (45%) Доля людей, отметивших ухудшение своего материального положения в последние 6 мес. (19%) Доля людей, относящих себя к «бедным» и «нищим» слоям населения (44%) Доля людей, которым не хватает денег даже на приобретение продуктов питания (4%)
Дисгармония семейных взаимоотношений	Разведенные, разошедшиеся (88 на 1000 нас.) Коефициент разводимости (5,4 развода на 1000 нас.)	Доля людей, не удовлетворенных отношениями с супругом (12%) Доля людей, испытывающих психологический дискомфорт в семье (7%)
Безработица	Численность безработных, имеющих официальный статус в органах занятости (10652 чел.)	Доля официально зарегистрированных безработных (1,2%)
Психическое расстройство (депрессия)	Заболеваемость психическими расстройствами (6,9 на 100 тыс. нас.) Смертность от психических расстройств (3,1 на 100 тыс. нас.)	Доля людей, испытывавших психологические проблемы, которые требуют помощи квалифицированного специалиста (18%) Доля людей, пользовавшихся услугами «телефона доверия» (4%) Доля людей с признаками невроза (16%), депрессии (29%), тревоги (28%)
Одиночество	Количество разводов (5,3 на 1000 чел. нас.) Вдовье жители области (120 на 1000 нас.) Число домохозяйств, состоящих из одного человека (251 на 1000 нас.)	Доля людей, испытывающих чувство одиночества (10%) Доля людей, состоящих в разводе (7%), вдовых (9%), холостых (незамужних; 18%)

* Случайные отравления алкоголем, хронический алкоголизм, алкогольный психоз, алкогольный цирроз печени.

Источник: данные мониторинга общественного мнения, регулярно проводимого ИСЭРТ РАН; Статистический ежегодник Вологодской области 1995 – 2007; Стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2008.

одного из выводов необходимо отметить, что роль факторов риска на микроуровне возрастает по мере стабилизации социально-экономической ситуации в стране. При этом, учитывая их социальную сущность, следует подчеркнуть, что деятельность по их нивелированию не может сводиться лишь к усилиям со стороны системы здравоохранения. Эффективное решение проблемы суицидального поведения возможно только при ранней профилактике факторов риска, а следовательно, при условии консолидации всех социальных институтов общества.

После выявления основных факторов и групп суицидального риска необходимо оценить негативные последствия, которые влечет за собой высокий уровень смертности от самоубийств, а также определить основные направления организации системы профилактики суицидального поведения.

2.3. Влияние суицидальных тенденций на социально-экономическое развитие региона

Влияние самоубийств на общую смертность непосредственно отражается на показателе продолжительности жизни. По данным Территориального органа ФСГС по Вологодской области, ожидаемая продолжительность жизни в регионе, начиная с 2000 г., ниже, чем в среднем по Российской Федерации (рис. 37). Кроме того, в отличие от среднероссийских показателей, она имеет нестабильную динамику.

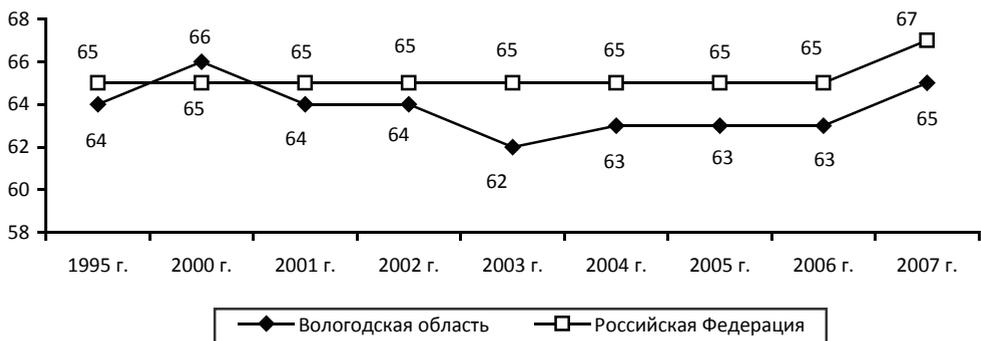


Рисунок 37. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет

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

Для того чтобы оценить негативные последствия влияния распространенности суицидов на уровень ожидаемой продолжительности жизни, нами была использована методика вычисления

Таблица 19. Влияние уровня самоубийств на ожидаемую продолжительность жизни * (2006 г., лет)

ОПЖ	Возрастная группа												
	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70 и более
Общий уровень ОПЖ	57,47	52,55	47,97	43,34	38,89	34,67	30,53	26,55	22,88	19,33	15,87	12,58	9,20
ОПЖ без учета суицидов	60,32	55,38	50,60	46,03	41,42	37,00	32,67	28,47	24,53	20,69	16,95	13,31	9,62

* Рассчитано автором с использованием методики расчета таблиц ожидаемой продолжительности жизни [25].

индекса ОПЖ, основанная на математической модели последовательного убывания условного поколения (табл. 19) [25].

В среднем смертность от суицидов снижает ожидаемую продолжительность жизни на 1,94 года. Полученные данные свидетельствуют также о том, что роль самоубийств как отрицательного фактора формирования продолжительности жизни более высока в ранних возрастных группах и постепенно снижается в более поздних категориях (рис. 38). Таким образом, важное демографическое и экономическое значение полученных результатов состоит в том, что относительно существенное сокращение ожидаемой продолжительности жизни среди представителей молодого возраста свидетельствует о потенциальном снижении трудового и человеческого потенциала.

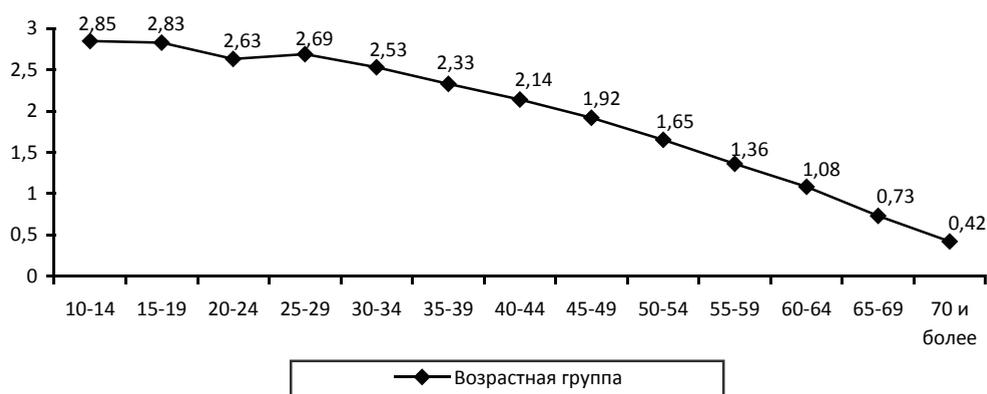


Рисунок 38. Разница между показателями общего уровня ОПЖ и ОПЖ с учетом смертности от самоубийств *, лет

* Рассчитано по методике построения таблиц ожидаемой продолжительности жизни [25].

Уровень самоубийств значительно ниже в экономически развитых государствах. Об этом свидетельствуют данные ВОЗ о соотношении показателей смертности от суицидов и объемов ВВП на душу населения (*табл. 20*).

Таблица 20. Соотношение уровня самоубийств и объемов ВВП в 2004 г.

Страна	Уровень самоубийств (умерших на 100 тыс. нас.)	Объем ВВП (долл. США на душу населения)
<i>Страны с высоким уровнем самоубийств</i>		
Литва	38,92	6480
Российская Федерация	31,74	4042
Беларусь	31,56	2330
Казахстан	30,57	2717
Венгрия	24,34	10110
<i>Страны с низким уровнем самоубийств</i>		
Кипр	0,69	18668
Греция	2,78	20672
Мальта	5,38	13256
Соединенное Королевство	6,69	35987
Испания	7	24321
Источник: база данных Всемирной организации здравоохранения «Здоровье для всех» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.euro.who.int/hfadb?language=Russian		

Широкая распространенность суицидов среди лиц трудоспособного возраста диктует необходимость рассмотрения проблемы суицидального поведения не только с демографической, но и с экономической точки зрения.

На территории Вологодской области в результате самоубийств гибнет больше людей трудоспособного возраста, чем в результате убийств, дорожно-транспортных происшествий и случайных отравлений алкоголем. Экономический ущерб от завершённых самоубийств ежегодно составляет около 0,019% ВРП, что больше, чем потери вследствие смертности от убийств в 2,7 раза, от ДТП – в 1,5 раза и от алкогольных отравлений – в 1,1 раза (*табл. 21*).

В качестве одного из шагов по оценке масштабов экономических последствий распространения суицидов в обществе нами была использована методика расчета ущерба вследствие преждевременной смертности по индексу «Потерянные годы потенциальной жизни». Данный индекс является важным показателем, отражающим потерянные годы потенциальной жизни умершего, рекомендованным ВОЗ [151]. По индексу ППЖ экономический ущерб от самоубийств выше, чем от убийств, ДТП и алкоголь-

Таблица 21. Потери ВРП вследствие смертности среди населения Вологодской области за год*

Показатель	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	Среднее за 2001 – 2006 гг.
Число умерших от всех причин класса «Несчастные случаи, травмы и отравления» в трудоспособном возрасте, чел.	2554	2606	2940	2871	2652	2259	2725
Недопроизведенный ВРП вследствие смертности от всех причин класса «Несчастные случаи, травмы и отравления», млн. руб./в % к ВРП	65,0 / 0,1	82,7 / 0,1	125,3 / 0,1	185,3 / 0,1	208,3 / 0,1	190,6 / 0,1	133,3 / 0,1
Число умерших от самоубийств в трудоспособном возрасте, чел.	505	496	502	587	375	371	493
Недопроизведенный ВРП вследствие смертности от самоубийств, млн. руб./в % к ВРП	12,9 / 0,02	15,7 / 0,02	21,4 / 0,02	37,9 / 0,02	29,5 / 0,02	31,3 / 0,02	23,5 / 0,02
Число умерших от случайных отравлений алкоголем в трудоспособном возрасте, чел.	359	375	525	571	417	271	449
Недопроизведенный ВРП вследствие смертности от случайных отравлений алкоголем, млн. руб./в % к ВРП	9,1 / 0,01	11,9 / 0,02	22,4 / 0,02	36,8 / 0,02	32,8 / 0,02	22,9 / 0,01	22,6 / 0,02
Число умерших от ДТП в трудоспособном возрасте, чел.	323	309	328	364	332	319	331
Недопроизведенный ВРП вследствие смертности от ДТП, млн. руб./в % к ВРП	8,2 / 0,01	9,8 / 0,01	14,0 / 0,01	23,5 / 0,02	26,1 / 0,01	26,9 / 0,01	16,3 / 0,01
Число умерших от убийств в трудоспособном возрасте, чел.	302	254	268	267	245	192	267
Недопроизведенный ВРП вследствие смертности от убийств, млн. руб./в % к ВРП	7,7 / 0,01	8,5 / 0,01	11,4 / 0,01	17,2 / 0,0001	19,2 / 0,01	16,2 / 0,01	12,8 / 0,01
* Из-за невозможности собрать информацию о дате смерти в каждом случае мы сделали статистическое допущение, что все случаи смерти произошли в середине года, т. е. каждый погибший не произвел половину среднедушевого ВРП. Рассчитано автором по методике «затраты – результаты» (Финансовый макроанализ в здравоохранении. Рекомендации для использования на региональном и муниципальном уровнях / С.П. Ермаков, М.Д. Дуганов, А.Н. Макеев, А.А. Колинъко. – М., 2000. – С. 40).							

ных отравлений (табл. 22). В целом на эти четыре причины приходится более половины (56%) всех экономических потерь, связанных со смертностью от внешних причин воздействия.

По данным Департамента здравоохранения Вологодской области в 2005 г. смертность от причин класса «Несчастные случаи, травмы и отравления» являлась лидирующей в структуре всех причин смертности населения региона по сумме социальных потерь

от преждевременной смертности. Далее идут болезни системы кровообращения (сумма ПГПЖ составляет 42 678), болезни органов пищеварения (24 573), новообразования (12 444) и болезни органов дыхания (10 331).

Таблица 22. Потери ВРП вследствие ПГПЖ* (год / в % к ВРП)

Показатели	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	Среднее за 2001 – 2006 гг.
ПГПЖ вследствие смертности от всех причин класса «НС, травмы и отравления»	68729 / 5,4	67007 / 5,3	76180 / 6,0	72808 / 5,8	67137 / 5,4	58373 / 4,7	68372,33 / 5,4
ПГПЖ вследствие смертности от самоубийств	13466 / 1,1	13526 / 1,1	13393 / 1,1	11725 / 0,9	9837 / 0,8	9585 / 0,8	11922 / 1,0
ПГПЖ вследствие смертности от ДТП	10588 / 0,8	10078 / 0,8	11326 / 0,9	11409 / 0,9	10840 / 0,9	10338 / 0,8	10763,17 / 0,9
ПГПЖ вследствие смертности от случайных отравлений алкоголем	7868 / 0,6	7807 / 0,6	11288 / 0,9	12174 / 1,0	8853 / 0,7	5786 / 0,5	8962,67 / 0,7
ПГПЖ вследствие смертности от убийств	7885 / 0,6	6043 / 0,5	7128 / 0,6	6072 / 0,5	6164 / 0,5	5249 / 0,4	6423,5 / 0,5

* Рассчитано автором по методике «затраты – результаты» (Финансовый макроанализ в здравоохранении. Рекомендации для использования на региональном и муниципальном уровнях / С.П. Ермаков, М.Д. Дуганов, А.Н. Макеев, А.А. Колинко.– М., 2000. – С. 40).

Структура экономического ущерба от самоубийств в различных категориях населения представлена в *таблице 23*. Согласно обеим методикам вычисления размер ущерба выше в категориях мужчин и жителей городов, что свидетельствует о более раннем среднем возрасте их смерти по сравнению с женщинами и сельскими жителями. Однако необходимо отметить, что в категориях мужчин и жителей городов показатели экономического ущерба постепенно уменьшаются, начиная с 2003 г., чего не наблюдается в категориях женщин и жителей села.

Аналогичные данные по другим причинам смерти класса «Несчастные случаи, травмы и отравления» приведены в *приложении 5*. В целом потери от самоубийств преобладают во всех категориях населения, кроме женщин (*см. табл. 23*).

Таким образом, самоубийства являются одной из наиболее затратных в экономическом смысле причин смертности населения. При этом необходимо учитывать, что представленные расчеты касаются только случаев суицида с летальным исходом. Реальные масштабы экономического ущерба, связанного с проблемой суицидального поведения, значительно шире, поскольку

**Таблица 23. Экономический ущерб от самоубийств
(гендерный и территориальный срез)***

Показатель экономического ущерба	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	Среднее за 2001 – 2006 гг.
<i>Мужчины</i>							
Вследствие ПГПЖ, год / в % к ВРП	11871 / 0,9	12037 / 1,0	11965 / 1,0	10531 / 0,8	8372 / 0,7	8583 / 0,7	10559,83 / 0,8
Вследствие смертности населения за год, чел. умерло в труд. возр. / в млн. руб. / в % к ВРП	454 / 11,6 / 0,03	446 / 14,2 / 0,02	455 / 19,4 / 0,02	394 / 25,4 / 0,02	328 / 25,8 / 0,01	337 / 28,4 / 0,01	402,33 / 20,8 / 0,01
<i>Женщины</i>							
Вследствие ПГПЖ, год / в % к ВРП	1595 / 0,12	1489 / 0,12	1428 / 0,11	1194 / 0,1	1465 / 0,12	1002 / 0,1	1362,17 / 0,11
Вследствие смертности населения за год, чел. умерло в труд. возр. / в млн. руб. / в % к ВРП	51 / 13,0 / 0,002	50 / 15,9 / 0,002	47 / 20,0 / 0,002	41 / 26,5 / 0,002	47 / 36,9 / 0,002	34 / 28,7 / 0,001	45 / 23,5 / 0,002
<i>Город</i>							
Вследствие ПГПЖ, год / в % к ВРП	8268 / 0,64	7711 / 0,61	7338 / 0,58	6209 / 0,5	4877 / 0,39	4768 / 0,39	6528,5 / 0,52
Вследствие смертности населения за год, чел. умерло в труд. возр. / в млн. руб. / в % к ВРП	319 / 8,1 / 0,01	283 / 9,0 / 0,01	265 / 11,3 / 0,01	232 / 15,0 / 0,01	187 / 14,7 / 0,01	189 / 15,9 / 0,01	245,83 / 12,3 / 0,01
<i>Село</i>							
Вследствие ПГПЖ, год / в % к ВРП	5198 / 0,41	5815 / 0,46	6055 / 0,48	5516 / 0,44	4960 / 0,34	4817 / 0,39	5393,5 / 0,42
Вследствие смертности населения за год, чел. умерло в труд. возр. / в млн. руб. / в % к ВРП	186 / 4,7 / 0,01	213 / 6,8 / 0,01	237 / 10,1 / 0,01	203 / 13,1 / 0,01	188 / 14,8 / 0,01	182 / 15,4 / 0,01	201,5 / 10,8 / 0,01
* Рассчитано автором по методике «затраты – результаты» (Финансовый макроанализ в здравоохранении. Рекомендации для использования на региональном и муниципальном уровнях / С.П. Ермаков, М.Д. Дуганов, А.Н. Макеев, А.А. Колянко. – М., 2000. – С. 40).							

он включает в себя затраты на лечение и реабилитацию парасуицидентов, а также экономические потери, связанные с оценкой «бремени семьи» суицидента. Кроме того, как мы уже упоминали, часть дорожно-транспортных происшествий, алкогольных и прочих отравлений, повреждений с неопределенными намерениями является результатом суицидальных тенденций. Такие случаи не отражаются официальной статистикой, поэтому установить их долю невозможно, однако очевидно, что они вносят свои коррективы и в структуру экономических потерь.

Экономический аспект проблемы суицидального поведения заключается не только в ущербе от смертности трудоспособного населения вследствие самоубийств, но и в косвенных потерях, выражающихся в весомых затратах региональной системы здравоохранения на лечение психических расстройств.

По данным Всемирной организации здравоохранения, в государствах ЕС, где уровень затрат на здравоохранение превышает аналогичный показатель в среднем по странам СНГ, суицидальная активность населения ниже (рис. 39).

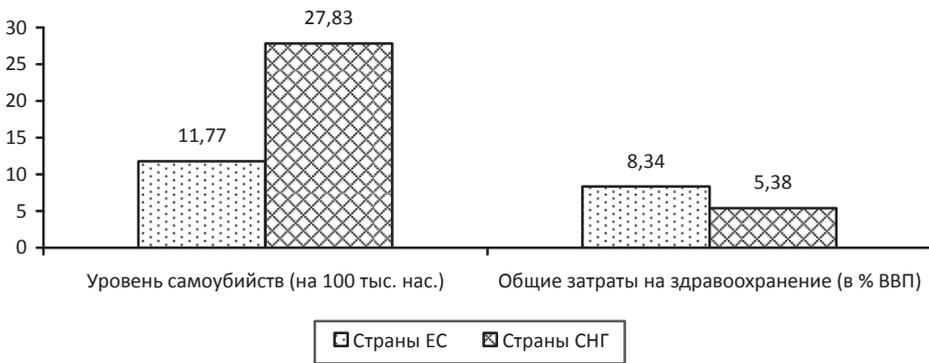


Рисунок 39. **Уровень самоубийств и затрат на здравоохранение в странах ЕС и СНГ*** (среднее за 1996 – 2006 гг.)

* Рассчитано автором по Базе данных Всемирной организации здравоохранения «Здоровье для всех» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.euro.who.int/hfad?language=Russian>

Если в 2000 г. психические расстройства как класс заболеваний находились на 16 месте по уровню затрат на одного жителя, то в 2004 г. они вышли на второе место по данному показателю (табл. 24). При этом в 2002 г. затраты системы здравоохранения на лечение и реабилитацию пяти наиболее затратных заболеваний составили 56,2% совокупности всех расходов, а в 2004 г. – 67,32%, или 2,4 млрд. руб. По данным за 2007 г., психические расстройства возглавляют пятерку наиболее затратных классов заболеваний на территории Вологодской области.

В классе «Психические расстройства» пятерка заболеваний, требующих наибольших затрат, выглядит следующим образом (данные за 2004 г.):

1. Шизофрения (184,9 руб. на 1 чел.).
2. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя (102,4 руб. на 1 чел.).

3. Психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга (59,3 руб. на 1 чел.).

4. Депрессия (46,3 руб. на 1 чел.).

5. Умственная отсталость (41,6 руб. на 1 чел.).

Таблица 24. Структура затрат по классам болезней и по каждому из диагнозов Международной классификации болезней (МКБ-Х)

Год	Ранжирование классов заболеваний по сумме затрат на 1 жителя				
	1	2	3	4	5
2002	Заболевания системы кровообращения	Болезни органов дыхания	Болезни органов пищеварения	Травмы и отравления	Инфекционные заболевания
2003	Болезни органов пищеварения	Болезни органов дыхания	Заболевания системы кровообращения	Психические расстройства	Факторы, влияющие на здоровье населения
2004	Заболевания системы кровообращения	Психические расстройства	Инфекционные заболевания	Болезни органов дыхания	Новообразование
2005	Заболевания системы кровообращения	Болезни органов дыхания	Болезни органов пищеварения	Беременность, роды и послеродовой период	Травмы и отравления
2006	Беременность, роды и послеродовой период	Болезни костно-мышечной системы	Болезни кожи и подкожной клетчатки	Болезни мочеполовой системы	Психические расстройства
2007	Психические расстройства	Некоторые инфекционные и паразитарные заболевания	Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	Беременность, роды и послеродовой период	Травмы и отравления
Источник: Методические материалы Медицинского информационно-аналитического центра Вологодской области.					

Как мы видим, из пяти представленных видов заболеваний три имеют непосредственное отношение к формированию суицидальных тенденций (депрессия, алкоголизм и шизофрения). Следует также отметить, что среди отдельных заболеваний всех классов шизофрения, по данным за 2004 г, требует наибольшего вложения финансовых средств именно в связи со стационарным обслуживанием пациентов (табл. 25).

Таким образом, вследствие широкого распространения самоубийств среди лиц трудоспособного возраста (особенно среди мужчин) решение проблемы суицидального поведения имеет важное демографическое и экономическое значение. Проведенный

анализ показал, что смертность от самоубийств влечет за собой существенные потери продолжительности жизни, а также потери ВРП, причем экономический ущерб от суицидов превышает аналогичные показатели от убийств, дорожно-транспортных происшествий и алкогольных отравлений. Кроме того, в экономическом плане проблема суицидального поведения актуальна не только из-за прямого ущерба от смертности населения, но и из-за существенных финансовых затрат системы здравоохранения на лечение психических заболеваний и реабилитацию парасуицидентов и их родственников.

Таблица 25. **Наиболее затратные заболевания на территории Вологодской области**

Наименование заболевания	Сумма затрат на 1 человека, в руб.
1. Шизофрения	184,90
2. Стенокардия	128,04
3. Первичная гипертензия	110,49
4. Другие цереброваскулярные болезни	107,01
5. Хроническая ишемическая болезнь сердца	106,02
6. Психические расстройства, вызванные употреблением алкоголя	102,36
7. Туберкулез органов дыхания	89,44
8. Инфаркт мозга	64,42
9. Инсулинонезависимый сахарный диабет	59,60
10. Психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга	59,25
Источник: Методические материалы Медицинского информационно-аналитического центра Вологодской области.	

Представленный анализ дает основание утверждать, что резкое увеличение уровня самоубийств в начале 1990-х гг. обусловлено социально-экономическим кризисом, отменой антиалкогольной кампании и сменой политического курса. Более детальное исследование факторов суицидального риска позволило выделить группы суицидального риска на территории Вологодской области, а также определить основные параметры социального портрета человека, склонного к проявлению аутоагрессии. Мы считаем это необходимым условием эффективной деятельности по снижению уровня смертности от самоубийств, поскольку тем самым обеспечивается возможность адресного мониторинга ситуации и оказания помощи представителям групп риска. В то же время

актуальна, на наш взгляд, конкретизация групп риска в целях адресного влияния на них для повышения эффективности управленческих решений в данной области. Конкретизация факторов и групп суицидального риска является долгосрочной целью, которая может быть достигнута при длительном и систематическом наблюдении за жизненными условиями представителей выделенных нами категорий суицидального риска.

Кроме того, эмпирическим путем нами доказан тот факт, что вследствие широкого распространения самоубийств среди представителей трудоспособного возраста суицидальное поведение является важной демографической и экономической проблемой. Это вызывает необходимость анализа действующей в настоящее время системы профилактики суицидального поведения и определения приоритетных путей ее оптимизации.

Глава 3

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ РЕГИОНАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ В ОБЛАСТИ СНИЖЕНИЯ СУИЦИДАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ

3.1. Основные направления профилактики суицидального поведения населения

Анализ проблемы суицидального поведения на международном уровне показал повышенный уровень смертности от самоубийств в России, что вызывает необходимость разработки и организации упорядоченной системы превенции суицидов. По заявлению представителя Департамента психического здоровья ВОЗ, «без государственной политики в области предотвращения суицидов надеяться на стихийное исправление ситуации бессмысленно» [136].

В отличие от западной модели оказания помощи суицидентам, отечественная модель реализуется в рамках государственного здравоохранения. Профилактика суицидального поведения, таким образом, находится в руках единой координационной системы, в то время как за рубежом – в основном в руках частнопрактикующих профессионалов. Вместе с тем обе модели сталкиваются с одной общей проблемой – недостаточно полной коррективкой личностных структур, которая необходима для предупреждения рецидивов парасуицида.

В 1989 г. Всемирная организация здравоохранения внесла превенцию суицидов в число приоритетных направлений в области охраны и укрепления общественного психического здоровья. Профилактика суицидального поведения представляет собой комплекс мероприятий, направленных на предотвращение возникно-

вения у людей социально-психологической и личностной дезадаптации, формирования на ее основе суицидальных тенденций или же их обострений [33].

В оценке финансовой стороны деятельности российской системы здравоохранения по лечению психических расстройств и пограничных состояний, ведущих к парасуициду, следует отметить актуальность двух важных проблем:

1. Недостаточный уровень финансирования отрасли со стороны государства.

2. Нерациональность использования имеющихся финансовых средств.

Обеспечение справедливого и адекватного финансирования в области охраны и укрепления психического здоровья рассматривается специалистами ВОЗ как одно из приоритетных направлений деятельности на ближайшие десять лет [50]. В то же время, по заявлению директора Центра им. Сербского Т. Дмитриевой, государственные расходы на психиатрию в России составляют 10% от общих расходов на здравоохранение, что вдвое ниже аналогичного показателя в развитых странах [83]. На территории Вологодской области за период 2000 – 2006 гг. уровень финансовых расходов на лечение психических патологий составил 7,67% от всех затрат на здравоохранение.

Совершенно очевидно, что необходимым условием эффективной деятельности по предупреждению развития суицидальных тенденций является уровень финансирования системы здравоохранения, соответствующий западноевропейским стандартам. Вместе с тем по данному показателю Россия отстает от развитых стран мира (*рис. 40*). В среднем по Европейскому региону общие затраты на здравоохранение составили 8,5 и 7,4 п. п. соответственно, в то время как в России этот показатель равен 5,7 п. п., что соответствует уровню таких стран, как Узбекистан (5,6) и Словакия (5,7).

О недостаточном финансировании отрасли здравоохранения в России свидетельствуют также данные, приведенные в *таблице 26*. При анализе ситуации в РФ и странах ОЭСР выявлено, что разрыв между ними в расходах на здравоохранение оказывается более весомым, чем отличия в показателях ВВП. Таким образом, потенциальные возможности для расширения объемов финансирования в России имеются, однако остаются нереализованными.

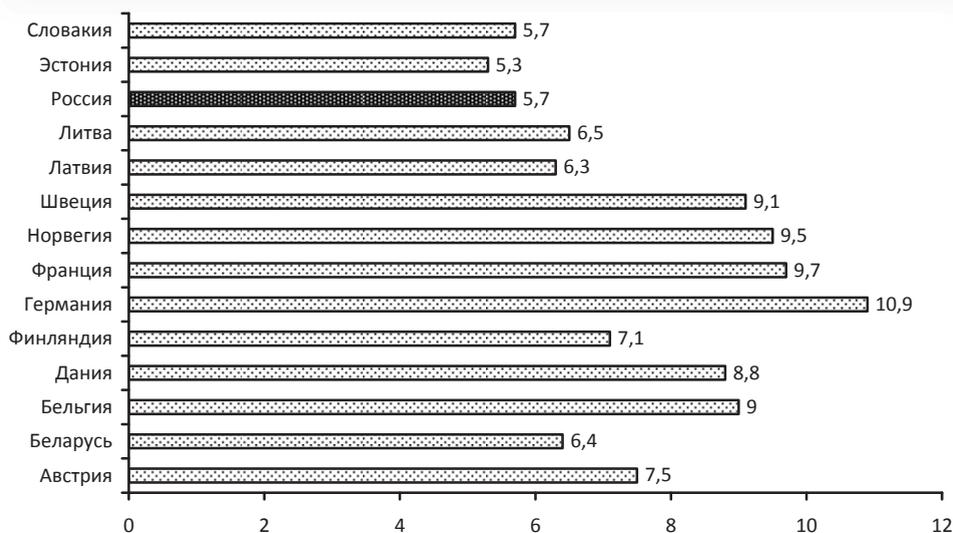


Рисунок 40. Общие затраты на здравоохранение в 2000 – 2004 гг., в % к ВВП

Источник: база данных ВОЗ «Здоровье для всех» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.euro.who.int/hfadb?language=Russian>.

Таблица 26. Соотношение ВВП и расходов на здравоохранение в странах «Большой восьмерки»

Страна	Общие расходы на здравоохранение, долл. по ППС		ВВП на душу населения, долл. по ППС		Отношение величин в странах ОЭСР к уровню РФ, в разгах (2003 г.)	
	1999 г.	2003 г.	1999 г.	2003 г.	Здравоохранение	ВВП
Франция	2306	2902	22897	27677	5,3	3,0
Германия	2566	3001	23743	27756	5,4	3,0
США	4335	5711	31872	37562	10,4	4,1
Великобритания	1700	2389	22093	27147	4,3	2,9
Канада	2400	2989	26251	30677	5,4	3,3
Италия	1859	2266	22172	27119	4,1	2,9
Япония	1829	2244	24898	27967	4,1	3,0
Россия	285	551	7473	9230	x	x

Источник: Доклад о развитии человека за 2005 год [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.un.org/russian/esa/hdr/2005/hdr05_ru_complete.pdf

Среди финансовых проблем региональной системы профилактики суицидального поведения следует отметить трудности, связанные непосредственно с оказанием помощи лицам, страдающим психическими расстройствами. Связь данного класса заболеваний и феномена самоубийства очевидна, поскольку независимо от причин и мотивов суицид всегда связан с изменениями в психическом здоровье, в рамках нормы или за ее пределами. В то же время психическая патология, если она не врожденная, возникает под влия-

нием тех же факторов, что и суицидальные тенденции. Другими словами, самоубийство и приобретенное психическое заболевание, наряду с другими формами проявления аутодеструктивной активности, можно трактовать как два альтернативных деструктивных варианта реакции личности на психотравмирующую ситуацию. Наконец, не следует забывать, что психическими заболеваниями обусловлено до трети всех суицидов в мире, в связи с чем лечение психических патологий само по себе можно рассматривать как необходимое звено профилактики суицидальных тенденций в обществе.

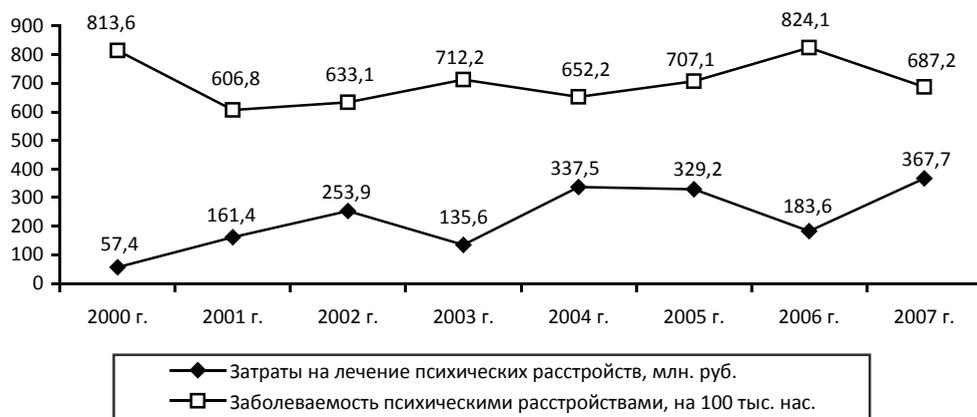


Рисунок 41. Динамика заболеваемости психическими расстройствами и затрат на их лечение в Вологодской области

Источники: Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2000 – 2007 гг. / Департамент здравоохранения Вологодской области. – Вологда, 2008; Методические материалы Медицинского информационно-аналитического центра Вологодской области.

На протяжении периода с 2000 по 2007 г. в динамике расходов на лечение психических заболеваний наблюдались тенденции, обратно пропорциональные распространенности психических патологий (рис. 41). Анализ финансовых расходов на лечение психических расстройств показывает, что в 6 из 7 случаев динамика заболеваемости психическими расстройствами и динамика затрат на их лечение имеют обратную связь. В то же время при увеличении затрат на 1 млн. руб. показатель заболеваемости снижается в среднем на 0,4 на 100 тыс. населения. В 2007 г. уровень заболеваемости психическими расстройствами в среднем по стране составил 663 на 100 тыс. населения, в Вологодской области – 687 на 100 тыс. населения (то есть на 23 случая меньше). Следовательно, для снижения заболеваемости психическими расстройствами в регионе

хотя бы до среднего по стране уровня требуется увеличение объемов финансирования психиатрии примерно на 163 176,5 руб. (или на 16% от уровня 2007 г.). Если же следовать ориентирам принятой в 2006 г. Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007 – 2011 годы)», то к 2011 г. финансирование психиатрии в Вологодской области должно увеличиться почти в 7 раз (до 2 343 млн. руб.).

Говоря о реализации финансовых средств в психиатрии, следует отметить, что приоритет должен отдаваться профилактике и диагностике заболеваний на ранних стадиях развития, а не дорогостоящей терапии в стационарных условиях. Попытка снизить уровень смертности от психических расстройств за счет увеличения срока госпитализации, предпринятая в Вологодской области в 2004 – 2005 гг., принесла определенные результаты в виде снижения больничной летальности (с 0,4 до 0,1 на 100 тыс. нас.). Однако этому сопутствовало увеличение показателя заболеваемости психическими расстройствами (с 652 до 824 на 100 тыс. нас.), что свидетельствует о нецелесообразности данного подхода. Аналогичная ситуация имела место в деятельности наркологической службы. По сравнению с 2000 г. в 2007 г. увеличилось количество коек по наркологическому профилю (с 275 до 305), обеспеченность населения ими возросла с 2,1 до 2,4 на 10 тыс. населения, хотя показатель болезненности при этом увеличился со 100,6 до 147,9, а уровень заболеваемости – с 46,6 до 80,3.

Усиление амбулаторного звена психологической помощи населению связано с учреждением новых структур, оказывающих диагностическую, терапевтическую, реабилитационную и профилактическую помощь различным категориям населения. На этот счет в Концепции демографического развития Российской Федерации на период до 2015 г. указано: «В целях своевременного выявления заболеваний и эффективного их лечения необходимо повысить роль первичной медико-санитарной помощи, развивать стационарозамещающие технологии, а также провести структурно-экономические преобразования в сети учреждений здравоохранения» [75].

Кадровые проблемы действующей в регионе системы профилактики суицидального поведения состоят в недостатке специалистов по охране психического здоровья на сельских территориях. Специалистами Государственного учреждения здравоохранения «Вологодская областная психиатрическая больница» проводится

кураторская работа, заключающаяся в плановых выездах в закрепленные районы для методической и консультативной помощи на местах, однако данное направление деятельности является скорее подспорьем и не может кардинально повлиять на ситуацию.

В решении кадрового вопроса большое значение имеет организация подготовки и повышения квалификации кадров в соответствующих учреждениях (практическая работа с суицидентом требует от специалиста максимально точного установления причины сложившейся ситуации, компетентности в профессиональном взаимодействии с клиентом и временного курирования его жизни после окончания всего процесса работы). Как отмечено в программе ВОЗ «Здоровье-21», «частота и уровни самоубийств могут быть резко сокращены, если представители медико-санитарных профессий будут подготовлены и обучены для обеспечения раннего выявления и диагностики депрессий и если будет предоставлено надлежащее лечение» [75].

В отсутствие четко отлаженного механизма сбора и обработки информации по проблеме суицидального поведения в регионе важной предпосылкой повышения эффективности деятельности по снижению суицидальной активности является систематизация статистических данных, разработка и запуск системы регионального мониторинга. Данная проблема существует не только в России и Вологодской области, но и во многих странах мира. По мнению специалистов ВОЗ, «четверть всех стран не имеют никаких систем сбора и представления данных по показателям психического здоровья. В других – надежность и охват систем информации исключительно ограничены. В результате все это препятствует формулированию и осуществлению рациональной политики психического здоровья и обеспечения обслуживания» [112].

На территории Вологодской области информация о количестве завершенных суицидов, парасуицидах, а также о категориях населения, относящихся к группе повышенного суицидального риска, находится в различных учреждениях (Вологодское областное бюро медицинской статистики, Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики, областной центр Госсанэпиднадзора и др.). Потенциал этой информации не используется в должной мере: не создан механизм систематизации статистических данных, отсутствует возможность выявления социальных характеристик людей, проявляющих признаки суицидо-

генеза, актуальна потребность в конкретизации групп суицидального риска с целью адресного влияния на них для достижения максимального эффекта.

Кроме того, изучение уровня суицидального поведения в области осложнено отсутствием ряда необходимых статистических данных. Фактически в настоящее время регистрируются только количественные показатели (случаи завершённых суицидов и попыток самоубийств). Вместе с тем для принятия необходимых мер по снижению уровня суицидальной активности требуется установление качественных характеристик образа жизни потенциального суицидента – его материального и социального положения, уровня коммуникабельности, семейного положения и т. д.

Сбор такой информации должны осуществлять работники УВД при выездах по поступившему сигналу о самоубийстве или попытке суицида. В случае неудачной попытки и госпитализации суицидента сведения о нем могут регистрироваться медицинскими работниками (например, лечащим врачом). Если суицидент состоял на учете и получал услуги какой-либо социальной службы, необходимо содействие ее представителей, поскольку они обладают информацией об образе жизни, материальном достатке и социальных контактах суицидента.

Чтобы полученные данные имели научную и практическую ценность, они должны аккумулироваться в одном месте, например в методическом отделе областной психиатрической больницы. При правильной организации механизма использования информационной карты появляется возможность детальной конкретизации факторов суицидального риска и характеристик социальной ситуации, провоцирующей симптомы суицидогенеза, а также максимальной конкретизации групп суицидального риска, что необходимо для соблюдения принципа адресности в проведении профилактических мероприятий и оказании помощи суицидентам.

Форма сбора информации о суициденте, на наш взгляд, должна включать следующие элементы (рис. 42).

Учитывая то, что проблема суицидального поведения в последние годы приобретает все более ярко выраженную тенденцию к омоложению, целесообразным, на наш взгляд, является изучение факторов суицидального риска в регионах с низким уровнем самоубийств среди молодежи и экстраполяция успешных моделей на регионы с высоким уровнем смертности от суицидов.

Регистрационная карта суицидента

1. Ф. И. О. _____

2. Пол _____ м / ж

3. Возраст _____

4. Уровень образования:

а. Высшее	г. Среднее специальное
б. Незаконченное высшее	д. Среднее
в. Неполное среднее	е. Начальное

5. Семейное положение:

а. Зарегистрированный брак, совместное проживание	г. В разводе
б. Зарегистрированный брак, раздельное проживание	д. Гражданский брак
в. Не замужем (холост)	е. Вдова (вдовец)

6. Место жительства: _____ город / село

7. Социальное положение:

а. Работающий	д. Инвалид
б. Учащийся	е. Безработный
в. Предприниматель	ж. Пенсионер
г. Военнослужащий	з. Другое _____

8. Материальное положение: _____
 В данном параметре должны учитываться источники и размер дохода. При отсутствии такой информации должны быть занесены данные, свидетельствующие о характере материального положения косвенно: размер и благоустройство жилья, наличие приусадебного участка, автомобиля и т. д.

9. Физическое здоровье: _____
 Данные о соматических заболеваниях суицидента, имевшихся на момент совершения суицида или парасуицида (заполняется в соответствии с медицинской документацией).

10. Способ суицидального действия:

а. Отравление	г. Падение с высоты
б. Самопорез	д. Утопление
в. Повешение	е. Другое _____

11. Дата и время происшествия: _____

12. Обстоятельства происшествия: _____
 Вносятся данные, конкретизирующие особенности суицида. Например: в состоянии алкогольного опьянения, в состоянии аффекта и т. д.

13. Микросоциальное окружение: _____
 Данные, характеризующие особенности социальных контактов суицидента. Например: количество родственников и друзей, частота социальных контактов, посещение культурно-развлекательных учреждений и т.д.

14. Психический статус: _____
 Наличие официально зарегистрированных психических заболеваний и суицидальных попыток в биографии. Заполняется в соответствии с медицинской документацией.

15. Психологический статус: _____
 Данные, характеризующие психологическое состояние суицидента за месяц до совершения суицидальной попытки (заполняется со слов соседей, родственников, знакомых).

Рисунок 42. Регистрационная карта суицидента

Широкими возможностями в первичной профилактике суицидов и преодолении проблемы стигматизации обладают средства массовой информации. Социальная реклама, информирование населения о деятельности «телефона доверия» и других психологических служб, повышение мотивации к здоровому образу жизни, обучение основам психогигиены и психопрофилактики – все эти функции могли бы быть реализованы СМИ при условии их заинтересованности в деле оказания помощи суицидентам и их семьям.

Освещение в СМИ вопросов, связанных с психологическими проблемами, считало необходимым на протяжении всего периода нашего исследования более 60% населения (рис. 43).

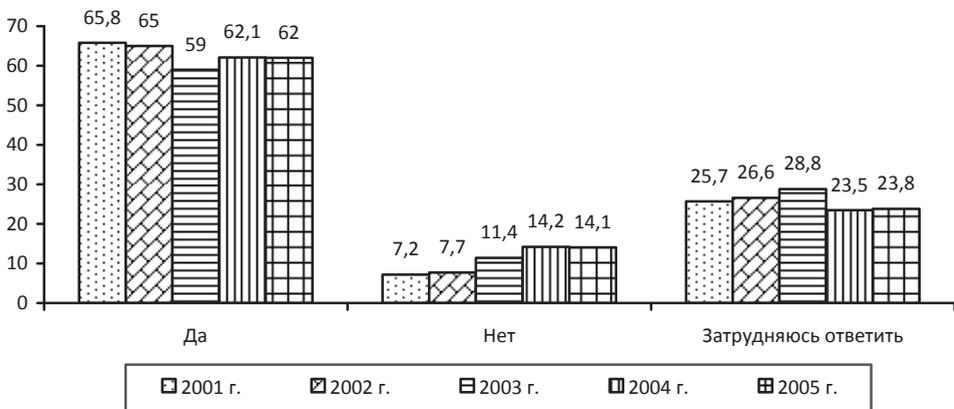


Рисунок 43. Доля лиц, считающих, что средства массовой информации должны помогать людям решать свои психологические проблемы и повышать общую психологическую грамотность, в %

Источник: данные мониторинга общественного психического здоровья ИСЭРТ РАН.

Для координации деятельности СМИ в данном направлении на территории Вологодской области была создана межведомственная рабочая группа, в состав которой вошли представители Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины Минздравсоцразвития РФ, а также Департамента здравоохранения, Департамента образования, Комитета информации, печати и телерадиовещания Вологодской области, Вологодского областного центра медицинской профилактики, Института социально-экономического развития территорий РАН и др. Результатом работы этой группы стала «Стратегия взаимодействия государственной власти, общества и средств массовой информации

в формировании у населения Вологодской области мотивации к здоровому образу жизни», которая определяет приоритетные направления деятельности в решении данного вопроса, исполнителей, целевые группы, объемы и источники финансирования социальной информационной кампании.

Сегодня, в условиях относительной стабилизации политической и экономической жизни в стране, на первый план в формировании суицидальных тенденций выходят факторы риска на микроуровне. Важнейшим из них, на наш взгляд, являются семейные взаимоотношения, которые определяют общий эмоциональный фон не только самих супругов, но и, в первую очередь, их детей. Проблема аутодеструктивного поведения имеет исключительно субъективный характер, поэтому главный момент в данном вопросе не количество и характер негативных событий, с которыми человек сталкивается в течение жизни, а его способность конструктивно воспринимать их и относиться к ним. Именно эта особенность личности целиком и полностью формируется в семье, начиная с базового доверия/недоверия к миру, закладываемого еще в младенческом возрасте. В связи с этим профилактика аутодеструктивного поведения должна начинаться с обучения членов семьи способам конструктивного общения, умению находить компромиссные решения, а также с разъяснения особенностей возрастной психологии. Возможно, что с введением должности врача общей практики перед системой здравоохранения откроются новые перспективы в плане снижения уровня самоубийств среди населения, однако для этого необходимо, чтобы в системе подготовки специалистов общей врачебной практики большое внимание уделялось практическим основам суицидологии.

К такому же выводу пришли сотрудники Северного государственного медицинского университета (СГМУ): «В целях повышения уровня суицидологической профилактики и реабилитации мы рекомендуем ввести в программу среднего, высшего и последипломного образования вопросы суицидологии (в СГМУ уже проводятся подобные занятия), где возможен разбор факторов и групп суицидального риска, наиболее возможных причин и мотиваций, проведение первичной и вторичной социально-психологической помощи суициденту» [137].

В качестве примера эффективности реализации образовательных программ среди работников здравоохранения можно приве-

сти результаты Готландского исследования, которое было проведено в Швеции в 80-е годы прошлого века. До эксперимента остров Готланд с населением 60 тысяч человек характеризовался высоким уровнем самоубийств и психических расстройств по сравнению с остальной частью территории Швеции и в то же время высоким уровнем жизни населения, отсутствием коренных социально-экономических преобразований, благоприятной экологической обстановкой.

В ходе эксперимента местный психиатрический департамент совместно со Шведским комитетом по профилактике и лечению депрессии создали образовательную программу (тренинги, семинары) для врачей общей практики по актуальным для них вопросам организации диагностики, профилактики и терапии суицидальности, депрессии, психических расстройств.

Эффект от такого рода мероприятий проявился через три года. Количество обращений по поводу депрессии в местные психиатрические учреждения и длительность пребывания на больничном листе снизились более чем на 50%. Количество койко-дней пребывания в стационаре пациентов с диагнозом «депрессия» уменьшилось на 70%, число самоубийств – на две трети [88].

В большинстве случаев суициды не совершаются импульсивно и непредсказуемо. Практически каждый человек, преследуемый мыслью о суициде, так или иначе сигнализирует окружающим о своем намерении. Установлено, что от 70 до 75% среди тех, кто намеревается покончить с собой, тем или иным образом раскрывают свои стремления. Примерно $\frac{3}{4}$ численности людей, склонных к суицидальному поведению, ищут возможности высказаться и быть услышанными (с этой целью они, например, могут чаще посещать своих врачей по тому или иному поводу). В связи с этим необходима регулярная диагностика психологического самочувствия населения на предмет выявления так называемых «предвестников» суицида, что может быть достигнуто в результате проведения мониторинга общественного мнения, а также в условиях развитой сети специализированных учреждений, оказывающих психологические, психотерапевтические и психиатрические услуги.

Другим, не менее важным направлением деятельности по повышению квалификации соответствующих кадров является проведение научного исследования факторов суицидального риска и возможностей их минимизации.

Для более полного анализа сложившейся системы помощи суицидентам и их семьям необходимо охарактеризовать не только ее специфические аспекты, такие как финансовое и кадровое обеспечение, но и отражение аспектов ее деятельности в общественном сознании населения региона. С этой целью нами проводится ежегодный мониторинг общественного мнения по вопросам удовлетворенности и доступности специализированных (психологических, психотерапевтических и психиатрических) услуг.

В 2008 г. почти половина жителей области (46%) отметили, что для преодоления психологических трудностей не нуждаются в квалифицированной помощи (рис. 44). При этом, начиная с 2006 г., постепенно увеличивается доля жителей области, уверенных в том, что они могут самостоятельно справиться с возникающими психологическими проблемами. Удельный вес сталкивающихся когда-либо с подобными проблемами возрос в 2008 г. по сравнению с 2007 г. с 16 до 18%. Чаще всего с ними сталкиваются люди, которые ведут одинокий образ жизни по причине развода (35%) или смерти одного из супругов (32%).

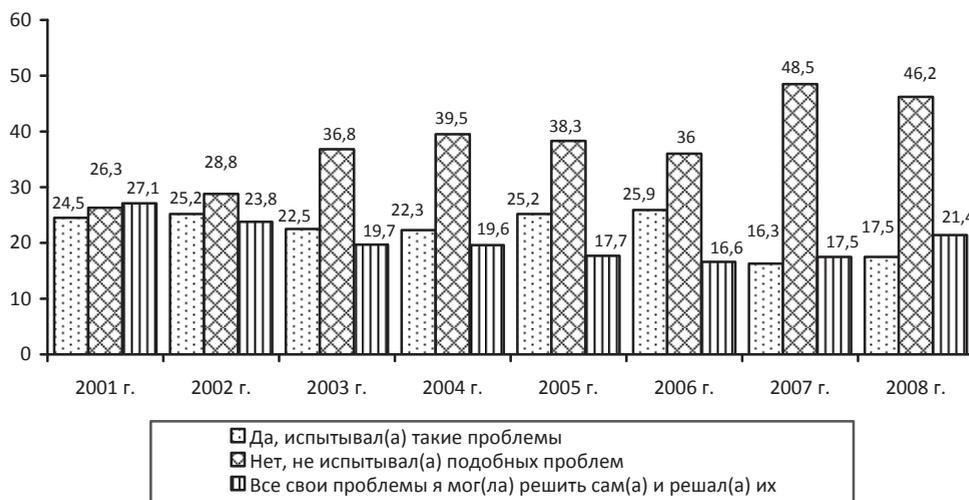


Рисунок 44. **Испытывали ли Вы раньше серьезные психологические проблемы, которые не могли решить из-за отсутствия квалифицированной помощи? (в % от числа опрошенных)**

Источник: данные мониторинга общественного психического здоровья, проводимого ИСЭРТ РАН.

Позитивная динамика в 2005 – 2007 гг. наблюдалась в оценках доступности для населения специализированной помощи (табл. 27). Однако следует отметить, что в среднем за период 2001 –

2008 г. почти 60% жителей области позитивно отнеслись к потенциальной возможности организовать деятельность квалифицированного специалиста по месту их жительства, причем более половины из них (32%) считают это необходимым.

Таблица 27. Хотелось бы Вам, чтобы услуги квалифицированного специалиста (психолога, психиатра, психотерапевта) были доступны по месту Вашего жительства? (в % от числа опрошенных)

Варианты ответов	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	Среднее за 2001 – 2008 гг.
Да, это необходимо	36,5	35,8	30,9	37,0	34,9	29,0	21,5	27,8	31,7
Нет, не вижу такой необходимости.	11,9	13,5	22,4	17,6	18,1	21,7	26,2	25,5	19,6
Да, наверное, не помешало бы.	35,1	33,4	24,7	23,9	24,8	22,3	27,8	25,3	27,2
Затрудняюсь ответить	15,3	16,8	20,7	20,8	21,9	27,0	24,5	21,3	21,0

Источник: данные мониторинга общественного психического здоровья, проводимого ИСЭРТ РАН.

Потребность в услугах службы «Телефон доверия» среди жителей области превышает потребность в помощи квалифицированных специалистов. В среднем за 2001 – 2008 гг. данный показатель составил 44%. В последние три года отмечается рост интереса к деятельности данной службы (рис. 45), что может быть связано с такими ее специфическими возможностями, как оперативность, финансовая и территориальная доступность, конфиденциальность.

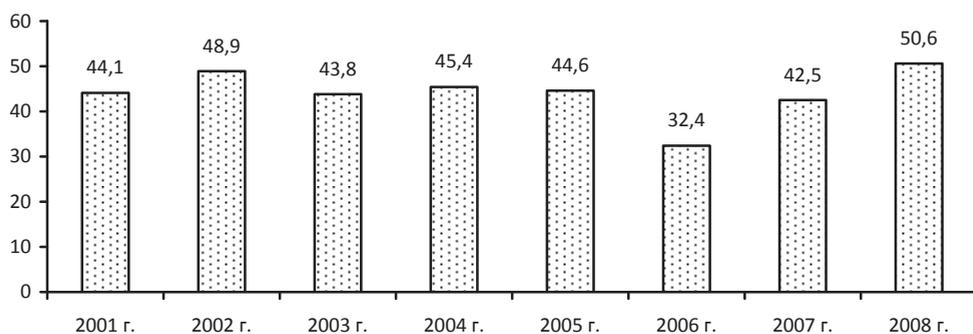


Рисунок 45. Как Вы считаете, нужен ли «телефон доверия» по месту Вашего жительства? (вариант ответа «да»; в %)

Источник: данные мониторинга общественного психического здоровья, проводимого ИСЭРТ РАН.

По данным за 2001 – 2005 гг., доля жителей области, пользующихся услугами квалифицированных специалистов, превышает удельный вес клиентов «телефона доверия» (рис. 46). Чаще всего

к помощи психологов и психиатров прибегают женщины до 30 лет, люди среднего достатка, совместно проживающие супружеские пары. В различных половозрастных категориях обращаемость к квалифицированным специалистам примерно одинаковая (32 – 34%). Следует также отметить, что среди обращающихся к ним преобладают проживающие совместно семейные пары (30%) и люди среднего достатка (35%). Для сравнения: в 2008 г. лишь 10% людей, причисляющих себя к «бедным» и «нищим» слоям населения, отметили, что когда-либо в своей жизни обращались за помощью к квалифицированному специалисту. Среди отдельно проживающих супружеских пар удельный вес таких людей составил 16%, среди холостых и незамужних – 15%, среди вдовых – 10%.



Рисунок 46. Обращались ли Вы ранее за психологической помощью?
(в % от числа опрошенных)

Примечание. Квалифицированный специалист – психолог, психотерапевт, осуществляющий частную практику. Психологическая служба – государственное учреждение. На территории Вологодской области их 9: Территориальный центр помощи семье и детям, Областной центр медико-психологической помощи и планирования семьи, Областной психотерапевтический центр, Областная психолого-медико-педагогическая консультация, Комплексный центр социального обслуживания, Областной наркологический диспансер, подростковый наркологический кабинет, Областная психиатрическая больница.

Источник: данные мониторинга общественного психического здоровья, регулярно проводимого ИСЭРТ РАН.

Логично предположить, что на обращаемость за специализированной помощью влияет не только степень актуальности проблемы стигматизации, но и уровень материального благосостояния. Стоимость одного сеанса групповой или индивидуальной психотерапии у ведущих частную практику специалистов составляет примерно 1 тыс. руб. или от 4 до 8 тыс. рублей в месяц. В то же время их услуги более доступны для населения территориально. Кроме того, они

более конфиденциальны по сравнению с помощью, оказываемой в рамках медицинского учреждения. Поэтому мы считаем, что уровень обращений к частно практикующим специалистам мог бы оказаться более высоким, если бы стоимость их услуг была соразмерна среднестатистическому семейному бюджету.

Показатели удовлетворенности населения деятельностью различных структур, оказывающих услуги психологического характера, не имеют выраженных тенденций и находятся в пределах 60 – 70 п.п. (рис. 47). Несмотря на снижение положительных отзывов о деятельности службы «Телефон доверия», в 2006 г. их удельный вес составил 61%. Доля позитивных оценок работы квалифицированных специалистов увеличилась с 61 до 64%.

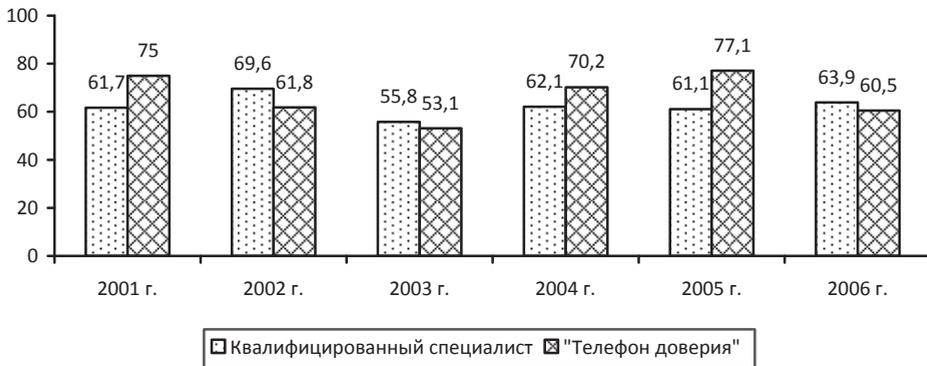


Рисунок 47. Доля тех, кому помогло обращение к квалифицированному специалисту или по «телефону доверия» (в % от числа обратившихся за помощью)

Источник: данные мониторинга общественного психического здоровья, регулярно проводимого ИСЭРТ РАН.

Несмотря на высокую степень востребованности и удовлетворенности качеством услуг всех субъектов, оказывающих специализированную психологическую помощь, готовность населения воспользоваться их услугами снизилась по сравнению как с 2005, так и с 2001 гг. В среднем за период 2001 – 2006 гг. почти четверть населения (22%) затруднилась бы обратиться за квалифицированной помощью в случае необходимости (рис. 48).

Среди причин, препятствующих готовности людей пользоваться услугами психологического характера, лидирующую позицию занимает стремление к самостоятельному принятию решений (табл. 28). Категория жителей области, руководствующихся данной установкой, имела тенденцию уменьшения в 2003 – 2005 гг. и

в 2007 г. по сравнению с 2006 г. (с 33 до 28%). В то же время значительными остаются доли людей, для которых затруднительно обращение к специалисту по причине страха перед негативной оценкой окружающих (21%), и тех, кто не верит в возможности специалистов по охране психического здоровья или не осведомлен о них (13%). В среднем за 2001 – 2008 гг. удельный вес обеих категорий составил 40%, что свидетельствует о высокой степени актуальности в регионе проблемы стигматизации.



Рисунок 48. Количество респондентов, готовых обратиться за психологической помощью в случае возникновения у них или их близких серьезных проблем (в % от числа опрошенных)

Источник: данные мониторинга общественного психического здоровья, проводимого ИСЭРТ РАН.

Таблица 28. Распределение ответов на вопрос: «Смогли бы Вы сейчас обратиться за помощью к квалифицированному специалисту (психологу, психиатру)?»

Вариант ответа	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	Среднее за 2001 – 2008 гг.
Да, смог(ла) бы обратиться сразу	21,9	24,4	24,5	24,7	28,1	20,6	33,8	36,2	26,8
Да, хотелось бы, но трудно это сделать (непривычно, могут неправильно понять окружающие)	31,9	24,5	18,2	21,5	23,9	21,2	23,7	20,7	23,2
Нет, потому что могу справиться сам(а)	30,8	31,2	36,3	34,3	27,4	33,0	27,9	29,9	31,4
Нет, потому что он все равно не поможет	13,0	15,7	16,7	17,5	16,5	22,9	14,6	13,3	16,3

Источник: данные мониторинга общественного психического здоровья, регулярно проводимого ИСЭРТ РАН.

Важной задачей в организации системы профилактики суицидального поведения является борьба со стигматизацией лиц, проявляющих суицидальные тенденции или отклонения в психическом здоровье, а также их родственников и специалистов, оказывающих соответствующие услуги. Стигматизация – это негативное выделение обществом индивида или социальной группы по какому-либо признаку с последующим стереотипным набором социальных реакций на данного индивида или представителей социальной группы [22]. По статистике лишь 15 – 20% самоубийц – душевнобольные люди [23], однако одним из самых широко распространенных мифов о суициде является представление о нем как о результате психической болезни. Это влечет за собой дискриминацию, выражающуюся в стремлении избежать общения с суицидентом, в ограничениях трудоустройства, включения в различные социальные группы и т. д.

Борьба со стигматизацией и дискриминацией, по решению ВОЗ, является одним из приоритетных направлений в области охраны и укрепления психического здоровья. В частности, специалисты ВОЗ отмечают: «Широкая распространенность случаев стигматизации лиц с психическими проблемами, приводящей к их дискриминации, не должна служить препятствием для разработки и реализации стратегий охраны психического здоровья... Во всех странах мира те люди, которые не стремятся к лечению, не проходят или не получают лечения, поступают так в силу боязни, недостатка ресурсов или отсутствия информации. Они обычно являются жертвами своей собственной болезни и становятся мишенями для злоупотребления правами человека и дискриминации. Стигматизация и дискриминация являются ключевыми факторами, которые препятствуют получению помощи, в которой они нуждаются» [112].

Ситуация в сфере психического здоровья осложняется тем, что в обществе не сформирована установка на получение психиатрической, психологической и психотерапевтической помощи. Это происходит вследствие недостатка информации и существования негативных стереотипов восприятия людей, как обращающихся за помощью к психиатру, так и тех, кто оказывает психиатрическую помощь. Низкокачественная помощь дополнительно стигматизирует больных, их близких и отталкивает от лечения. Это ведет к удорожанию медицинской помощи и увеличивает социальные и экономические затраты [100].

Причины стигматизации заключаются в трех группах потребностей общества [22]:

1. Потребность в сохранении удовлетворительных условий жизни, которые психически больной человек может нарушить своим вмешательством.

2. Потребность в сохранении нормального уровня психического функционирования (прежде всего когнитивного). Страх возникает вследствие веры в возможность передачи аномального хода мышления.

3. Потребность в сохранении эмоциональной стабильности, опасение эмоционального срыва.

В апреле 2000 г. исследовательский центр «Ромир» провел опрос общественного мнения по поводу отношения к эвтаназии и самоубийству (1500 респондентов, 94 населенных пункта, 40 субъектов РФ). Было установлено, что 63,2% россиян «не считают самоубийство оправданным никогда».

В апреле 2006 г. научным коллективом ИСЭРТ РАН был проведен аналогичный опрос, который показал, что проблема стигматизации на территории Вологодской области более актуальна: доля жителей, считающих, что самоубийство «никогда не может быть оправдано», составила 76,3%, при этом 13,8% респондентов полагают, что самоубийство «иногда допустимо» и лишь 6,1% относятся к данному явлению «снисходительно». Надо добавить, что из 18 перечисленных в опросе явлений самоубийство стояло на 4-й по уровню категорически отрицательных ответов, уступая только таким позициям, как «употребление наркотиков» (85,9%), «пытки» (83,6%) и «измена Родине» (80,7%).

В целях успешной реализации задачи снижения уровня смертности от самоубийств ВОЗ предлагает следующие рекомендации [50]:

1. Для создания информационного пространства:

- Повысить уровень информированности общественности о симптомах стрессовых и тревожно-депрессивных состояний.

- Проводить просветительскую работу на дому в семьях повышенного риска для целенаправленного содействия развитию родительских навыков, здоровых форм поведения и взаимодействия между родителями и детьми.

- Разработать в партнерстве с другими министерствами научно обоснованные образовательные программы для молодежи в школах и высших учебных заведениях, касающиеся проблем самоубийств, депрессий, расстройств, связанных с употреблением алкоголя и психоактивных веществ.

- Обеспечить более полное понимание сотрудниками служб здравоохранения и других секторов своего отношения к проблеме самоубийств и психических заболеваний и связанных с ними пред-рассудков.

2. Для дестигматизации суицидентов и людей, испытывающих психологические проблемы:

- Содействовать внедрению или тщательному анализу законодательства в отношении прав людей с инвалидностью, с тем чтобы оно охватывало вопросы психического здоровья, обеспечивая соблюдение принципов равенства и справедливости.

- Разработать согласованную программу политических и законодательных мер для борьбы со стигматизацией и дискриминацией с учетом международных и региональных норм в отношении прав человека.

- Установить конструктивный диалог со средствами массовой информации и предоставлять им информацию на систематической основе.

- Способствовать созданию и развитию местных и национальных неправительственных организаций и организаций, управляемых самими потребителями услуг, представляющими людей с психическими проблемами.

- Содействовать социальной интеграции детей и молодых людей с проблемами психического здоровья и инвалидностью в рамках существующей системы образования и профессиональной подготовки.

- Стимулировать участие населения в местных программах охраны психического здоровья за счёт поддержания соответствующих инициатив неправительственных организаций.

3. Для диагностики и профилактики суицидальных тенденций на ранних стадиях развития:

- Осуществлять мониторинг состояния психического здоровья, связанного с трудовой деятельностью, путём разработки соответствующих показателей и средств контроля.

- Разработать меры по охране и укреплению общественного психического здоровья на рабочих местах путем повышения квалификации персонала.

- Разработать стратегии, способствующие ограничению доступности средств совершения самоубийств.

- Способствовать созданию групп самопомощи, телефонных линий помощи и веб-сайтов, помогающих снизить уровень самоубийств и направленных прежде всего на группы высокого риска.

- Расширять права и возможности неправительственных организаций. Привлекать к разработке и реализации программ предупреждения самоубийств ведущие ведомства и организации, отвечающие за вопросы трудоустройства, образования и жилищные вопросы.

- Обеспечить адекватную профессиональную поддержку и предоставление услуг людям, находящимся в серьезных кризисных ситуациях и подвергающимся насилию, включая войны, стихийные бедствия и террористические акты.

Заключая, отметим, что актуальность и многофакторность проблемы суицидального поведения обуславливает необходимость разработки и внедрения упорядоченной системы профилактики суицидальных тенденций. И хотя действующие специалисты в целом не могут повлиять на глобальные причины самоубийств, так как они социальны по своей природе и отражают дефекты современного общественного устройства, тем не менее им по силам успешное выявление суицидоопасных контингентов, выведение их из психологического кризиса с целью предотвращения возможных суицидальных действий и повторных суицидальных попыток. Внимание специалистов при этом должно быть направлено не только на купирование суицидоопасного кризиса, но и на выработку у суицидента навыков социально-психологической адаптации, что необходимо для профилактики рецидивов парасуицида.

При отсутствии системного характера помощи суицидентам возрастает риск повторной попытки самоубийства и, следовательно, отсутствует возможность кардинальных положительных изменений в решении проблемы суицидального поведения. Надо также отметить, что система профилактики самоубийств должна выходить за рамки психиатрии и отрасли здравоохранения в целом. В связи с этим встает вопрос о создании региональной программы профилактики суицидального поведения, комплексной стратегии предотвращения самоубийств. В ней могут быть задействованы не только учреждения здравоохранения, но и прочие социальные институты, с которыми взаимодействует человек в своей жизни.

Таким образом, динамика общественного мнения свидетельствует о том, что на территории Вологодской области существует высокая степень потребности в услугах психологического характера. В среднем за период 2001 – 2008 гг. почти четверть населения (22%) когда-либо сталкивалась с серьезными психологическими проблемами,

которые была вынуждена решать самостоятельно вследствие недоступности квалифицированной помощи; 32% населения нуждается в организации по месту жительства работы квалифицированного специалиста по психическому здоровью, 44% – в «телефоне доверия». За 6 лет увеличилось по сравнению с уровнем 2001 г. не только количество обращений в соответствующие структуры, но и степень удовлетворенности их деятельностью. Между тем пользование услугами инфраструктуры психологической помощи осложняется неготовностью жителей региона прибегнуть к помощи специалистов и, следовательно, публично признать наличие у себя проблем психологического характера. Удельный вес категории населения, испытывающего затруднения при обращении к специалисту, остается стабильным на протяжении последних лет и составляет около 22%.

В этих условиях следует признать практически полное отсутствие организованной системы профилактики суицидального поведения на территории Вологодской области. Проблемы финансирования отрасли здравоохранения, а также недостатки в организации специализированной помощи имеют место на фоне высокого уровня потребности населения в услугах психологического характера. Сложившаяся ситуация усугубляется проблемой стигматизации психологических учреждений, которая могла бы быть решена при активном и правильном использовании средств массовой информации.

Надо также отметить, что первоочередной задачей в сфере снижения уровня суицидальной активности населения Вологодской области является создание четкой иерархии учреждений и служб, работающих непосредственно по профилю суицидального поведения. В связи с этим возникает необходимость разработки и принятия региональной программы профилактики суицидального поведения.

3.2. Разработка региональной концепции профилактики суицидального поведения

Отечественные и зарубежные представления о борьбе с предотвратимыми причинами смертности в целом и с самоубийствами в частности имеют определенные различия. «Российские специалисты, в отличие от зарубежных исследователей, считают каждую причину предотвратимой смертности лишь частично предотвратимой... Так, степень влияния учреждений здравоохранения на

смертность от социально обусловленных заболеваний (туберкулез, убийства, самоубийства, отравления и др.) напрямую зависит от социально-политических условий» [132].

На необходимость развития системы профилактики суицидального поведения в России указывает Концепция демографического развития Российской Федерации на период до 2015 г., одобренная Правительством РФ 24 сентября 2001 г. В частности, в ней отмечено: «В целях улучшения психического здоровья населения необходимо принятие мер по профилактике самоубийств, включая развитие сети телефонов доверия, совершенствование деятельности врачей-психиатров, медицинских психологов, психотерапевтов и социальных работников». Задача организации суицидологической службы на территории Вологодской области стоит только в перспективе и прописана в Областной целевой программе «Демографическое развитие Вологодской области на 2007 – 2010 гг.».

Опыт зарубежных стран (США, Япония, Финляндия) показывает, что для кардинального изменения ситуации в области суицидального поведения требуется антисуицидальная программа на государственном уровне. В России национальная стратегия предотвращения самоубийств отсутствует, хотя предпринимались попытки по ее созданию. В частности, в 80-х гг. XX в. А. Г. Амбрумовой был создан Всесоюзный суицидологический центр, который развалился в 90-х гг. «От той системы остались лишь Федеральный центр суицидологии и кризисный стационар при 20-й горбольнице в Москве – 60 коек на весь город.» [9] Еще одна попытка была предпринята в 1996 – 1998 гг. Был подписан приказ о создании суицидологической службы в России, однако, по заявлению В. Войцеха, возглавляющего в настоящее время Федеральный центр суицидологии, «после всех преобразований в системе здравоохранения все было разрушено» [136].

С незначительными различиями национальные программы превенции суицидов в разных странах имеют общие черты, обусловленные спецификой факторов суицидального риска. «Суицидодогенные факторы современного социума столь многочисленны и разнообразны, что их невозможно преодолеть лишь усилиями кризисных и превентивных служб, деятельностью только специалистов по социальной работе. Следовательно, задача заключается в том, чтобы ограничить распространение самоубийств, научиться предупреждать их. Задача эта сложная, требующая

разработки масштабных социальных программ, т. к. для ее решения нужно добиться кардинальных позитивных сдвигов в общественных отношениях и на микро-, и на макросоциальных уровнях» [30].

Таким образом, профилактика суицидального поведения во всех странах одновременно направлена на общество в целом и на систему здравоохранения в частности. В связи с этим Всемирной организацией здравоохранения и Организацией Объединенных Наций разработана общая стратегия превенции суицидального поведения, включающая в себя два направления:

1. Превенция суицидов в рамках системы здравоохранения. Целью этого подхода является повышение качества диагностических, профилактических и реабилитационных мероприятий, затрагивающих сферу психического здоровья населения. В качестве отдельных задач выделяются: адекватная оценка факторов риска суицидального поведения, повышение профессиональной компетенции работников здравоохранения в области суицидальной превенции, организация механизма наблюдения (ведения) суицидента после проведенной с ним психопрофилактической работы. Помимо пациентов медицинских учреждений, решение проблемы суицидального поведения в рамках системы здравоохранения направлено также на их ближайших родственников и медицинский персонал.

2. Превенция суицидов в рамках охраны общественного здоровья. Целью деятельности является первичная профилактика суицидального поведения, т. е. предотвращение и диагностика самих факторов суицидального риска. В рамках этого подхода реализуются следующие задачи: организация системы профилактики суицидов в отдельных сферах (школы, воинские части, тюрьмы и т.д.), повышение устойчивости семейных взаимоотношений, контроль за использованием информации в СМИ, развитие инфраструктуры досуговых учреждений и т. д. Работа направлена на все население в целом и на группы повышенного суицидального риска в частности.

Таким образом, в странах, которые имеют организованную систему профилактики суицидального поведения (Великобритания, Литва), эффективность решения проблемы самоубийств обеспечивается при помощи своевременной профилактики факторов суицидального риска в социуме, диагностики и мониторинга групп повышенного суицидального риска за рамками системы здравоохранения.

Аналогичным образом должны быть построены и региональные целевые программы на территории Российской Федерации. Так, на современном этапе проблема снижения уровня суицидального поведения в Вологодской области требует организации упорядоченной системы изучения, помощи и профилактики. При этом подход к проблеме должен быть комплексным – с вовлечением всех необходимых управленческих структур и исполнительских учреждений (социальных, медицинских, финансовых и т. д.). Модель системы профилактики суицидального поведения может выглядеть следующим образом (рис. 49).

Первичный уровень профилактики суицидального поведения ориентирован на широкие слои общества и состоит в профилактике факторов суицидального риска, дестигматизации суицидентов, информировании населения о методах повышения толерантности психики к стрессовым ситуациям.

Целевой группой вторичной профилактики выступают сами суициденты. Главный субъект данного уровня – представители системы здравоохранения (суицидологи, психиатры, психотерапевты, психологи, специалисты общей врачебной практики), целью которых является выведение суицидента из состояния острого психологического кризиса и предотвращение суицидальной попытки.

Третичная профилактика направлена на организацию реабилитационного пространства и закрепление у суицидента тех личностных черт, которые впоследствии будут обуславливать его устойчивость к негативным психическим факторам внешней социальной среды. Важно отметить, что на данном этапе целевой группой являются не только сами суициденты, но и члены их семей, которые также могут быть подвержены депрессии, суицидальным тенденциям, а также негативному отношению со стороны общества.

Таким образом, приведенная модель соответствует целям профилактики на всех уровнях развития суицидальных тенденций. При этом в качестве субъектов деятельности могут быть задействованы учреждения и специалисты практически всех возможных отраслей, а объектом выступают как сами суициденты, так и их ближайшее окружение, семья и различные социальные группы.

Следует подчеркнуть, что среди трех представленных блоков системы профилактики суицидального поведения приоритет в развитии, в том числе финансовом, должен быть отдан первичной



Рисунок 49. **Модель системы профилактики суицидального поведения**

профилактике. На наш взгляд, диагностика и профилактика суицидальных тенденций и симптомов депрессии на ранних стадиях развития будет способствовать более эффективному решению

проблемы суицидального поведения по сравнению с ликвидацией негативных последствий суицидов. В настоящее же время на территории Вологодской области диагностика и профилактика суицидальных тенденций среди населения практически не развита, основная масса финансовых средств уходит на лечение больных в стационарных условиях, что не является экономически эффективным.

В соответствии с медицинским и социальным направлениями деятельности по снижению уровня самоубийств мы считаем необходимым реализацию в Вологодской области следующих мероприятий (табл. 29).

Следует отметить, что изолированное развитие социального или медицинского направления профилактики суицидального поведения не будет давать максимального эффекта, поскольку устойчивый положительный результат в данном случае возможен только при длительной и коренной перестройке личностных структур индивида. Отсутствие своевременной квалифицированной помощи суицидолога может привести к попытке суицида. Аналогичным образом неизменность социальных условий может вызвать рецидив парасуицида. Следовательно, для достижения максимального эффекта от системы профилактики суицидального поведения требуется одновременное вложение средств как в медицинское, так и в социальное направление.

В связи с необходимостью комплексного влияния не только на систему здравоохранения, но и на профилактику факторов суицидального риска в социуме следует разработать и принять региональную целевую программу превенции суицидов. Причем реализовываться она должна за рамками системы здравоохранения, а значит, координироваться либо заместителем губернатора по социальной политике, либо специально созданной комиссией по организации системы суицидологической помощи (в состав такой комиссии должны входить представители органов власти, ведущие суицидологи, ученые).

Мы выделяем следующие положения программы:

Основные цели деятельности:

1. Снижение уровня смертности от самоубийств, уменьшение количества попыток суицида.

2. Создание системы научного анализа и комплексного влияния на факторы суицидального риска.

Таблица 29. Основные положения превенции суицидального поведения

	<p>Превенция в рамках всего общества в целом (социологическая модель)</p>	<p>Превенция в рамках системы здравоохранения (медицинская модель)</p>
Задачи	<p>1. Социальная политика в области снижения негативного влияния факторов суицидального риска: – повышение уровня доходов населения (совершенствование налоговой политики); – снижение уровня безработицы (ускоренное переобучение безработных, содействие занятости населения, проведение мероприятий по трудоустройству (ярмарки вакансий) и т.д.); – борьба с алкоголизмом (информационно-профилактические мероприятия среди молодежи, усиление контроля за продажей спиртных напитков несовершеннолетним). 2. Дестигматизация суицидентов и людей, испытывающих психологические проблемы. 3. Организация и контроль сотрудничества со средствами массовой информации по освещению вопросов, связанных с суицидом и психическим здоровьем. 4. Организация образовательного пространства, информирование населения о возможностях преодоления стрессовых ситуаций, а также о деятельности специализированных служб, оказывающих помощь при возникновении психологических проблем. 5. Научные исследования в области суицидологии, направленные на конкретизацию факторов и групп суицидального риска. 6. Повышение квалификации работников специфических сфер деятельности (социальные службы, детские дома, учреждения пенитенциарной системы, армия, учебные заведения, молодежные организации и т.д.). 7. Организация контроля за распространением в обществе наркотических средств, прежде всего – среди молодежи. 8. Организация реабилитационного пространства для людей, прошедших лечение в психиатрических больницах.</p>	<p>1. Диагностика психических расстройств, депрессии, признаков суицидогенеза на ранних стадиях развития. 2. Повышение квалификации работников здравоохранения, включая средний медицинский персонал. 3. Организация качественного медицинского лечения депрессий и психических расстройств, включая подготовку специалистов, фармацевтическое обеспечение больничных учреждений, совершенствование материально-технической базы. 4. Освещение в СМИ работниками здравоохранения вопросов, связанных с общественным психическим здоровьем. Обучение соответствующим методам специалистов, работающих непосредственно с населением (например, школьных психологов, социальных работников и т.д.). 5. Участие работников здравоохранения в реабилитации пациентов специализированных учреждений. Обеспечение возможности «ведения» пролеченного больного после выписки. 6. Специальная подготовка отдельных категорий медработников: врачей общей практики, работников онко-, психо- и наркодиспансеров. 7. Создание базы статистических данных на федеральном и региональном уровнях по количественным и качественным характеристикам суицидального поведения. 8. Расширение сети суицидологических учреждений (суицидологов, кабинетов суицидологической помощи и т.д.), повышение доступности специализированных услуг для жителей отдаленных территорий.</p>
Субъекты деятельности	<p>Социальные работники, суицидологи, психологи, классные руководители в школах, работники пенитенциарных учреждений, сотрудники правоохранительных органов, средства массовой информации, лица, принимающие управленческие решения, работодатели.</p>	<p>Работники системы здравоохранения всех звеньев. Лица, принимающие управленческие решения в сфере здравоохранения.</p>
Объекты деятельности	<p>1. Все население (в первую очередь, представители групп суицидального риска). 2. Специалисты, призванные вести просветительскую и методическую деятельность среди населения.</p>	<p>Пациенты лечебных учреждений. Люди, выписанные из больницы. Представители групп суицидального риска. Близкие и родственники суицидентов.</p>

Основные задачи:

1. Исследование факторов суицидального риска и формирование научно-методической базы для специалистов, учреждений и структурных подразделений системы охраны психического здоровья.

2. Развитие обучающих психопрофилактических и психотерапевтических программ.

3. Разработка и внедрение новых технологий в диагностике, лечении и реабилитации психических расстройств, совершенствование методов оказания психиатрической, психотерапевтической и психологической помощи населению.

4. Увеличение числа суицидологов и суицидологических служб, повышение квалификации специалистов по охране психического здоровья.

5. Развитие материально-технической базы специализированных медицинских учреждений, оказывающих психиатрическую, психотерапевтическую и психологическую помощь населению.

Основные мероприятия по решению задач:

1. Разработка и издание информационно-методических материалов.

2. Реализация масс-медиапроектов (рубрики в печатных изданиях, теле-, радиопередачи).

3. Проведение межведомственных и междисциплинарных конференций, совещаний по вопросам дестигматизации и профилактики психических расстройств.

4. Разработка и реализация психообразовательных программ для специалистов общемедицинской сети, социальных работников, участвующих в оказании помощи лицам, имеющим проблемы с психическим здоровьем.

5. Разработка и реализация психообразовательных программ (школ) для пациентов.

6. Организация и проведение научных исследований факторов, влияющих на формирование психического здоровья населения Вологодской области.

7. Создание системы мониторинга основных показателей эффективности психиатрической помощи населению.

8. Создание кризисной службы на базе областного психотерапевтического центра.

9. Создание кризисных кабинетов и кабинетов суицидологической помощи на базе общепрофильных лечебно-профилактических

учреждений. При создании сети таких структур следует ориентироваться на территориальный принцип, то есть организовывать службы в многонаселенных муниципальных образованиях, находящихся в непосредственной близости к малочисленным районам.

10. Повышение квалификации по суицидологическому профилю для школьных психологов, специалистов общей врачебной практики, психологов крупных предприятий.

11. Обучение медицинского персонала общепрофильных лечебно-профилактических учреждений методам выявления симптомов депрессии и суицидогенеза на ранних стадиях развития.

12. Проведение фармакоэкономических исследований и совершенствование медикаментозного лечения депрессии.

13. Организация надомной полипрофессиональной помощи лицам, имеющим проблемы с психическим здоровьем, на базе центров социальной помощи.

14. Создание специальных условий для проживания и трудоустройства суицидентов (например, организация общежития, вовлечение в деятельность религиозных конфессий и т. д.).

Ожидаемые результаты:

1. Разработка научно обоснованной стратегии развития системы профилактики и оказания помощи людям, проявляющим признаки суицидального поведения; создание адекватной инфраструктуры суицидологических учреждений.

2. Повышение информированности населения в вопросах, связанных с преодолением стресса, возможностями выхода из кризисных ситуаций. Формирование психогигиенических навыков у различных целевых групп населения с учётом факторов риска, возрастных, гендерных и других различий.

3. Увеличение продолжительности жизни и снижение экономических потерь в результате сокращения числа самоубийств.

Деятельность по созданию системы профилактики суицидального поведения должна быть разбита на 5 – 6 направлений в соответствии с задачами, заявленными в программе. По каждому направлению должны быть разработаны целевые ориентиры на кратковременную (до года), среднесрочную (2 – 3 года) и долгосрочную (5 лет) перспективу с целью обеспечения возможности контроля за ходом их реализации. Также должен быть назначен ответственный исполнитель, осуществляющий руководство исполнением конкретных мероприятий и предоставляющий отчеты комиссии в заранее установленные сроки.

Таким образом, профилактика суицидального поведения не является прерогативой системы здравоохранения, и ее эффективность зависит в первую очередь от возможности консолидации усилий работников здравоохранения и представителей других общественных институтов. Создание данных условий зависит от управленческих решений, которые должны быть направлены на стимулирование деятельности перечисленных субъектов к взаимному сотрудничеству и организационно-финансовое обеспечение такой возможности.

Анализ деятельности по снижению уровня самоубийств в регионе показал, что в ее организации отсутствует принцип системности. Не разработана комплексная стратегия превенции суицидов, отсутствуют квалифицированные суицидологи, не ведется мониторинг жизненных условий представителей групп суицидального риска, наблюдаются трудности в ведении статистической информации. Финансирование мероприятий, направленных на снижение смертности от самоубийств, недостаточно и реализуется в основном в рамках системы здравоохранения, то есть без учета профилактики факторов суицидального риска и диагностики симптомов суицидогенеза у представителей групп риска.

Результаты проведенного исследования позволяют также утверждать, что в регионе существует высокий уровень потребности населения в специализированных видах помощи. Причиной этого является не только дефицит специалистов и недоступность их услуг в отдаленных районах области, но и актуальность проблемы стигматизации, а также невозможность прибегнуть к квалифицированной помощи из-за отсутствия финансовых средств.

Итак, для снижения уровня суицидального поведения в регионе и экономических потерь общества в результате смертности населения от суицидов необходимо создание эффективной системы профилактики, основанной на следующем:

1. Проведение глубокого анализа факторов, определяющих уровень суицидальной активности населения.
2. Формирование компетентности специалистов первичного звена здравоохранения и социальной помощи в области суицидологии.
3. Организация «структурной поддержки» – специализированного кризисного центра, включающего в себя психологов, психотерапевтов, психиатров, соц. работников, реализующего такие задачи, как:

- проведение мониторинга ситуации в различных территориальных образованиях;
- организационно-методическое обеспечение;
- создание образовательных программ;
- психокоррекционная и психотерапевтическая деятельность;
- социальная терапия и социальное вмешательство в трудных жизненных ситуациях.

4. Организация системы учета лиц, склонных к проявлению суицидальных тенденций.

5. Взаимодействие специалистов различных сфер деятельности (здравоохранения, соц. обслуживания, образования, средств массовой информации и т. д.).

6. Создание в обществе психологической установки на широкое пользование услугами квалифицированных специалистов (психологи, психиатры, психотерапевты).

7. Развитие сети суицидологических служб, кризисных и реабилитационных центров, суицидологических кабинетов на базе ЛПУ и т. д.

8. Адекватное финансирование, материальное и кадровое обеспечение инфраструктуры соответствующих учреждений и служб.

9. Рациональное использование имеющихся в здравоохранении материально-финансовых средств.

Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения организационная модель профилактики суицидального поведения должна включать в себя первичный, вторичный и третичный уровень, что соответствует принципу комплексного подхода. При этом эффективность данной модели (в том числе экономическая) зависит прежде всего от первичной профилактики, то есть от работы по пропаганде здорового образа жизни среди широких слоев населения, диагностике и нивелированию факторов суицидального риска, мониторингу групп риска, дестигматизации суицидентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Российская Федерация на протяжении многих лет является одной из стран, лидирующих по уровню смертности от самоубийств. Актуальность данной проблемы в России была обусловлена самим ходом истории: социально-экономическими реформами, спецификой политических режимов, особенностями национальной структуры и менталитета населения.

На территории страны, в условиях широкого распространения суицидов, а также отмечаемой многими специалистами проблемы омоложения категории суицидентов, отсутствует какая-либо государственная антисуицидальная политика, являющаяся необходимым условием для кардинального изменения ситуации. Смертность от самоубийств превышает уровень смертности от убийств, ДТП и алкогольных отравлений, что делает данную проблему важной не только с демографической, но и с экономической точки зрения.

Суициды вносят ощутимый вклад в структуру смертности среди населения от предотвратимых причин, прежде всего в трудоспособном возрасте. Поэтому решение проблемы суицидального поведения является одним из перспективных направлений в плане снижения общей смертности и выхода страны из ситуации демографического кризиса.

Комплексность нашего исследования обеспечивалась изучением проблемы суицидального поведения с точки зрения демографии (качественные характеристики населения), экономики (оценка экономического ущерба), социологии (социологический опрос как один из методов исследования), статистики (анализ динамики статданных).

Анализ полученных в ходе исследования результатов показал следующее:

1. За период с 1991 по 2007 г. смертность от самоубийств в регионе увеличилась на 16%, в Российской Федерации – на 9%.

2. Наиболее суицидально активными категориями населения являются мужчины, жители сельской местности, люди среднего возраста. Однако в последнее время участились случаи суицида среди пожилых людей и подростков.

3. Резкий скачок уровня смертности от самоубийств в стране и регионе в 1991 г., а также актуальность данной проблемы в настоящее время обусловлены социально-экономической ситуацией, широким распространением социальных патологий, негативным социально-психологическим климатом.

4. На сегодняшний день суицидальное поведение населения детерминировано преимущественно микросоциальными причинами. В первую очередь к ним относятся:

- а) дисгармония семейных отношений;
- б) низкий уровень финансового благосостояния;
- в) злоупотребление алкоголем;
- г) отсутствие постоянного места работы;

д) низкий образовательный и культурный уровень развития социальной среды.

5. Учитывая, что проблема суицидального поведения значительно шире, чем только смертность от самоубийств, следует отметить, что она является главной причиной смертности в классе «Несчастные случаи, травмы и отравления», который входит в пятерку ведущих причин смертности населения региона.

6. Социально-экономический ущерб от самоубийств в регионе ежегодно составляет около 0,019% ВВП в год, что больше, чем вследствие смертности от убийств в 2,7 раза, от ДТП – в 1,5 раза и от алкогольных отравлений – в 1,1 раза.

7. Демографические последствия распространения суицидов выражаются в снижении продолжительности жизни: так, в 2006 г. она составили 1,94 года.

8. Несмотря на высокую степень актуальности проблемы, в Вологодской области отсутствует антисуицидальная политика и неорганизована система профилактики суицидов. Нет таких специалистов, как суицидологи, а психологов, психиатров, психотерапевтов явно недостаточно, особенно в районах.

9. Существующая в области система психологической помощи населению испытывает ряд трудностей организационного характера. К ним относятся: дефицит квалифицированных кадров, недостаток финансирования, отсутствие координации деятельности, трудности в сборе статистической информации.

10. Потребность населения в услугах психологического характера сохраняется на высоком уровне, однако реальная обращаемость за помощью существенно ниже. Это происходит по четырем следующим причинам:

- а) неразвитость сети специализированных учреждений;
- б) недостаточная информированность населения о деятельности имеющихся психологических служб;
- в) отсутствие у большинства жителей области установки на регулярное посещение специалиста;
- г) высокая степень актуальности проблемы стигматизации специалистов по охране психического здоровья, а также людей, обращающихся за помощью.

11. Как показали результаты долгосрочного мониторинга, в Вологодской области существует высокий уровень неучтенной психической патологии, которая в большей степени связана с проблемой суицидального поведения, чем официально зарегистрированные случаи заболеваемости психическими расстройствами. Процент предпатологических симптомов тревоги, депрессии и невротизма остается практически стабильным на протяжении всего периода измерений (34, 32 и 20 % соответственно).

Исходя из полученных в ходе исследования данных мы можем дать следующие рекомендации по снижению уровня суицидальной активности населения:

1. На региональном и федеральном уровне должны быть приняты законы, устанавливающие структуру суицидологической службы. Необходимо создать сеть суицидологических учреждений различного типа, обеспечить их кадровое и финансовое оснащение, объединить под началом центрального координирующего органа с целью соблюдения принципа системности. Этот шаг позволит не только повысить доступность специализированных услуг для населения, но и решить проблему структурирования потока статистической информации, необходимой как для принятия эффективных управленческих решений, так и для проведения научных исследований.

2. Подход к решению проблемы суицидального поведения должен быть комплексным, поэтому антисуицидальная политика должна задействовать максимально возможное количество заинтересованных субъектов (СМИ, учреждения образования и т. д.).

Система профилактики суицидального поведения должна одновременно реализовываться в рамках здравоохранения и всего общества в целом.

3. Поскольку уровень самоубийств связан с распространением психических патологий, и в частности депрессивных расстройств, требуется увеличение доли финансовых затрат на их лечение. Для того чтобы региональный показатель смертности от суицидов соответствовал среднероссийскому, необходимо увеличить расходы на психиатрию примерно на 16%.

4. Необходимо совершенствовать систему ранней диагностики суицидальных тенденций и психических отклонений. Одним из возможных вариантов решения данной проблемы может выступать разработка и внедрение комплексного мониторинга социально-психологического климата на территории области.

5. Попытка самоубийства не является прямым следствием какого-либо фактора, а возникает под влиянием целого комплекса причин. В связи с этим требуется принятие мер по улучшению социально-экономического положения представителей групп суицидального риска, а также по снижению актуальности таких социальных проблем, как алкоголизм, наркомания и преступность.

6. Микросоциальная обусловленность большинства совершенных на сегодняшний день самоубийств диктует необходимость развития семейной политики, причем не только с экономической, но и с психологической точки зрения. Семья должна быть главным объектом в системе первичной профилактики суицидального поведения, в связи с чем требуется привлечение всех субъектов, имеющих возможность взаимодействовать с данным социальным институтом.

7. Необходимо дальнейшее проведение научно-исследовательской деятельности, направленной на изучение факторов суицидального риска и возможностей их нивелирования. Для этого требуется расширение объемов статистической информации о суицидентах через увеличение числа индикаторов, характеризующих их материальное положение, отношения в семье и микросоциуме, сферу интересов, социальное положение, состояние физического и психического здоровья и т. д.

8. Необходимо совершенствовать политику в отношении материального благополучия и сферы занятости для выделенных нами

групп суицидального риска, к которым следует в первую очередь отнести подростков, пожилых людей, безработных и жителей сельской местности.

9. Для решения проблемы стигматизации требуется активное привлечение средств массовой информации с целью популяризации деятельности специализированных служб и для формирования общественной установки на положительное, сочувствующее отношение к суицидентам и членам их семей.

Таким образом, «суицидальное поведение, и особенно завершённые суициды, является наиболее демонстративным индикатором социально-психологической ситуации в стране» [72]. В ходе проведенного исследования нами был осуществлен комплексный анализ проблемы суицидального поведения в Вологодской области, что позволило выделить основные группы и факторы суицидального риска, определить приоритетные направления по созданию и совершенствованию системы профилактики самоубийств на территории региона.

Исследование показало, что суицидальное поведение является важной демографической и экономической проблемой современного общества. Смертность от самоубийств влечет за собой существенные экономические потери и непосредственно влияет на качественные характеристики трудового потенциала. Эффективная деятельность по снижению данного показателя возможна только при организации комплексной антисуицидальной политики как на региональном, так и на федеральном уровнях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аврамова, Е.М. Адаптационные процессы в России: успехи и провалы / Е.М. Аврамова // Народонаселение. – 2003. – № 3. – С. 105.
2. Аврамова, Е.М. Адаптация и перемена статуса / Е.М. Аврамова, О.А. Александрова // Народонаселение. – 1998. – № 2. – С. 14-23.
3. Алексеева, С.И. Социальные, этнические и личностные аспекты суицидальной активности населения Республики Марий Эл [Электронный ресурс] / С.И. Алексеева, Р.И. Горохова. – Режим доступа: www.iriss.ru/attach_download?object_id=000150071347&attach_id=000444
4. Александровский, Ю.А. Социально-стрессовые расстройства / Ю.А. Александровский // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 1992. – № 2. – С. 3-12.
5. Алкогольная катастрофа и возможности государственной политики в преодолении алкогольной сверхсмертности в России / под. ред. Д.А. Халтурина, А.В. Коротаева. – М.: ЛЕНАНД, 2008. – 376 с.
6. Амбрумова, А.Г. Анализ состояний психологического кризиса и их динамика / А.Г. Амбурова // Психологический журнал. – №6. – 1985. – С.107-115.
7. Амбрумова, А.Г. О ситуационных реакциях у подростков в суицидологической практике / А.Г. Амбурова, Е.М. Вроно // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1985. – Т. LXXXV. – Вып. 10. – С. 1557-1560.
8. Амбрумова, А.Г. Психологические аспекты одиночества / А.Г. Амбрумова, О.Э. Калашникова // Социальная и клиническая психиатрия. – 1996. – Т.6. – Вып.3. – С. 53-62.
9. Амбрумова, А.Г. Психология самоубийства / А.Г. Амбрумова // Социальная и клиническая психиатрия. – 1996. – Т.6. – Вып.4. – С. 14-20.
10. Андреев, Е.М. Почему в России так велик разрыв в продолжительности жизни мужчин и женщин [Электронный ресурс] / Е.М. Андреев. – Режим доступа: <http://www.demoscope.ru/weekly/2003/0131/analit05.php>
11. Андреев, Е.М. Вызов высокой смертности в России / Е.М. Андреев, А.Г. Вишневский // Народонаселение. – 2004. – №3. – С. 75-84.
12. Андреева, Е.Ю. Анализ смертности от самоубийств в регионах России / Е.Ю. Андреева // Демографические перспективы России / под ред. Г.В. Осипова, С.В. Рязанцева. – М., 2008. – С. 485-527.
13. Арутюнян, М.Ю. Мужчины и женщины: образы и модели успеха / М.Ю. Арутюнян // Народонаселение. – 1998. – № 1. – С. 72-81.
14. Баксанский, О.Е. Философия здоровья [Электронный ресурс] / О.Е. Баксанский, И.К. Лисеев // Библиотека «Полка букиниста». – Режим доступа: http://society.polbu.ru/baksansky_healthphilo/ch06_i.html
15. Белл, М. Причины подскока мужской смертности в России неясны [Электронный ресурс] / М. Белл. – Режим доступа: <http://www.voanews.com/russian/archive/2004-11/a-2004-11-17-41.cfm?renderforprint=1&textonly=1&&TEXTMODE=1&CFID=111876723&CFTOKEN=14558608>

16. Белоглазов, Г. Социологический анализ самоубийств в России [Электронный ресурс] / Г. Белоглазов. – Режим доступа: katatonia.narod.ru/ssuicide.html
17. Бердяев, Н.А. О самоубийстве / Н.А. Бердяев. – М., 1992.
18. Бирштейн, И.А. Психоневрологический этюд к вопросу о самоубийстве / И.А. Бирштейн [и др.] // Психотерапия. – 1913. – №4. – С. 221-234.
19. Блейхер, В.М. Толковый словарь психиатрических терминов: в 2-х томах / В.М. Блейхер, И.В. Крук. – Т. 1. – Ростов н/Д., 1996.
20. Богоявленский, Д.Д. Российские самоубийства и российские реформы [Электронный ресурс] / Д.Д. Богоявленский. – Режим доступа: http://www.book-ua.org/FILES/sociology/5_12_2007/soc076.doc
21. Богоявленский, Д.Д. Материалы интервью [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.rususa.com/news/>
22. Бойко, О.В. Охрана психического здоровья / О.В. Бойко. – М.: Академия, 2004. – 268 с.
23. Бородин, С.В. Мотивы и причины самоубийств / С.В. Бородин, А.С. Михлин // Актуальные проблемы суицидологии: труды Московского НИИ психиатрии. – М., 1978. – С. 28-43.
24. Вагин, И.О. Психология жизни и смерти / И.О. Вагин. – СПб., 2001. – 51 с.
25. Вальчук, Э.А. Заболеваемость населения: методы изучения / Э.А. Вальчук, Н.И. Гулицкая, В.В. Антипов. – Мн., 2000. – 23 с.
26. Ванчакова, Н.П. Сравнительная характеристика лиц с различными способами суицида [Электронный ресурс] / Н.П. Ванчакова, А.В. Смирнов, К.В. Рыбакова, Ф.О. Урюпов. – Режим доступа: <http://hiv.altnet.ru>
27. Веселкова, И.Н. Особенности смертности населения в современной России / И.Н. Веселкова, Е.В. Землянова // Народонаселение. – №3. – 2000. – С. 88-94.
28. Вроно, Е. Смерть как выход из тупика? / Е. Вроно // Воспитание школьников. – 1994. – №5. – С. 41-43.
29. Вроно, Е. Суицидология в России – немного истории [Электронный ресурс] / Е. Вроно. – Режим доступа: http://psychol.ras.ru/ppp_pfr/j3p/pap.php?id=20011222
30. Гарифулина, Э. Специфика организации социальной работы с лицами, склонными к суициду [Электронный ресурс] / Э. Гарифулина. – Режим доступа: <http://www2.asu.ru/~silant/sociol/works/05.htm>
31. Гишинский, Я. Основные тенденции динамики самоубийств в России [Электронный ресурс] / Я. Гишинский, Г. Румянцева. – Режим доступа: <http://www.demoscope.ru/weekly/2004/0161/analit01.php>
32. Глобализация в российском обществе: сб. научных трудов / отв. ред. И.И. Елисеева. – СПб.: Нестор-История, 2008. – 538 с.
33. Глоссарий суицидологических терминов [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.psychiatry.ru/lib_show.php?id=110
34. Горшков, М.К. Мы начинаем жить настоящим [Электронный ресурс] / М.К. Горшков // Литературная газета. – 2005. – №7-8. – 24 фев. – Режим доступа: http://www.lgz.ru/archives/html_arch/lg072005/Polosy/17_1.htm

35. Гроллман, Э. Суицид: превенция, интервенция, поственция / Э. Гроллман // Суицидология: Прошлое и настоящее: проблемы самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. – М., 2001. – 270 с.
36. Гулин, К.А. Духовное здоровье населения Вологодской области / К.А. Гулин // Народонаселение. – 2000. – №4. – С. 117-124.
37. Гулин, К.А. Проблемы психического здоровья населения / К.А. Гулин, О.И. Фалалеева, Ю.Е. Ослопова. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2003. – 71 с.
38. Дейтс, Б. Жизнь после потери / Б. Дейтс. – М., 1999. – 304 с.
39. Деларю, В.В. Психология отклоняющегося поведения: учебно-методическое пособие / В.В. Деларю. – Волгоград, 2004. – 26 с.
40. Демографические перспективы России / под ред. акад. Г.В. Осипова и проф. С.В. Рязанцева. – М.: Экон-Информ, 2008. – 906 с.
41. Демографический ежегодник Вологодской области: статистический сборник / Вологдастат. – Вологда, 2008. – 68 с.
42. Демографический ежегодник России 2005 – 2006: стат. сб. / Росстат. – М., 2006. – 561 с.
43. Демьянов, Ю.Г. Основы психопрофилактики и психотерапии / Ю.Г. Демьянов. – СПб., 1999.
44. Джадан, И. Страна неоправданного пессимизма [Электронный ресурс] / И. Джадан. – Режим доступа: <http://www.apn.ru/publications/print1739.htm>
45. Дискин, И.Е. Современный этап социального развития: специфика и альтернативы / И.Е. Дискин // Народонаселение. – 1998. – № 1. – С. 15.
46. Дмитриева, Т.Б. Психическое здоровье россиян [Электронный ресурс] / Т.Б. Дмитриева, Б.С. Положий // Человек. – 2002. – №6. – Режим доступа: <http://vivovoco.rsl.ru/VV/PAPERS/MEN/PSYRUS.HTM>
47. Доклад о развитии человека за 2005 год [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.un.org/russian/esa/hdr/2005/hdr05_ru_complete.pdf
48. Дюркгейм, Э. Самоубийство: социологический этюд / Э. Дюркгейм. – М., 1994. – 400 с.
49. Европейская база данных «Здоровье для всех» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.euro.who.int/hfadbf?language=Russian>
50. Европейский план действий по охране психического здоровья: Проблемы и пути их решения (2005 г.) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.psychiatry.ua/psyther/eurplan.htm>
51. Ежегодник Вологодской области. 1995 – 2007: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2007. – 363 с.
52. Ефремов, В.С. Основы суицидологии / В.С. Ефремов. – СПб.: Диалект, 2004. – 105 с.
53. Журавлева, И.В. Социальные факторы ухудшения здоровья населения / И.В. Журавлева // Россия: трансформирующееся общество. – М.: Канон-Пресс-Ц, 2001. – 509 с.
54. Здоровье-21: политика достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. – Копенгаген, 1998.

55. Здоровье и здравоохранение в гендерном измерении / под ред. Н.М. Римашиевской. – М.: Социальный проект, 2007. – С. 240.
56. Здоровье и СМИ: стратегия взаимодействия государственной власти, общества и средств массовой информации в формировании у населения Вологодской области мотивации к здоровому образу жизни / под науч. ред. к.п.н. Р.А. Касимова, к.м.н. А.А. Колюшко, к.м.н. А.И. Попугаева. – Вологда, 2006. – С. 6.
57. Здравомыслие, О.М. Личность и семья в эпоху перемен / О.М. Здравомыслие, М.Ю. Арутюнян. – М.: ИСЭПН РАН, 1994. – 155 с.
58. Иванов, И. Необъявленная война [Электронный ресурс] / И. Иванов. – Режим доступа: <http://www.sakha.ru/sakha/smi/gazeta/yakutia/n29326/25-62.htm>
59. Иванова, А.Е. Новые явления российской смертности / А.Е. Иванова, В.Г. Семенова // Народонаселение. – 2004. – №3. – С. 85-92.
60. Иванова, А.Е. Маргинализация российской смертности [Электронный ресурс] / А.Е. Иванова, В.Г. Семенова, Е.В. Дубровина. – Режим доступа: <http://demoscope.ru/weekly/2004/0181/tema01.php>
61. Игумнов, С.А. Психотерапия и психокоррекция детей и подростков / С.А. Игумнов. – М., 2000.
62. Игумнов, С.А. Региональные особенности суицидального поведения подростков г. Минска: мультифакторное исследование [Электронный ресурс] / С.А. Игумнов. – Режим доступа: <http://www.itlab.anitex.by/msmi/bmm/02.2007/19.html>
63. Ильин, В.А. Качество трудового потенциала населения Вологодской области / В.А. Ильин, Н.А. Смирнова, Я.Б. Тимофеева. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 1998. – 72 с.
64. Ильин, В.А. Общественное мнение о политической ситуации в регионах Северо-Запада: информ.-аналит. записка / В.А. Ильин, К.А. Гулин, А.А. Шабунова. – Вологда, 2007. – 20 с.
65. Ильин, В.А. Репродуктивный потенциал населения региона: состояние, тенденции, перспективы / В.А. Ильин, А.А. Колюшко, К.А. Гулин, А.А. Шабунова. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2005. – 208 с.
66. Институт психотерапии и клинической психологии [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.psygrad.ru/news/170.html>
67. Исаак, О.В. Самоубийства в Молдове с позиций концепции Э. Дюркгейма / О.В. Исаак // Социологические исследования. – 2004. – №12. – С. 116.
68. Калягин, В.А. Логопсихология: учеб. пособие для студ. вузов / В.А. Калягин. – М.: Академия, 2006. – 320 с.
69. Кислицина, О.А. Социально-экономические детерминанты здоровья россиян / О.А. Кислицина // Народонаселение. – 2007. – № 2 (36).
70. Колодеж, О.Ю. Основные теоретические направления в изучении суицидального поведения [Электронный ресурс] / О.Ю. Колодеж. – Режим доступа: <http://www.psychology.ru/lomonosov/tesises/fw.htm>
71. Комер, Р. Патопсихология поведения: нарушения и патология психики / Р. Комер. – СПб. - М.: Прайм-Еврознак-Нева-ОЛМА-Пресс, 2002. – 608 с.
72. Кон, И.С. Психология юношеского возраста / И.С. Кон. – М.: Просвещение, 1979. – 175 с.

73. Кондрашенко, В.Т. Девиантное поведение у подростков / В.Т. Кондрашенко. – Мн., 1988.
74. Кони, А.Ф. Самоубийство в законе и жизни. – М.: Право и жизни, 1923. – С. 26.
75. Концепция «Вологодская область – Здоровье-21: долгосрочная политика охраны и укрепления здоровья населения Вологодской области». – Вологда, 2000. – 16 с.
76. Коротаяев, А.В. Алкоголизация и наркотизация как важнейшие факторы демографического кризиса в России [Электронный ресурс] / А.В. Коротаяев, Д.А. Халтурина. – Режим доступа: <http://www.smi-svoi.ru/content/print.asp?sn=1057&ver=full>
77. Кочунас, Р. Основы психологического консультирования / Р. Кочунас. – М.: Академический проект, 2000. – 240 с.
78. Кулагина, И.Ю. Возрастная психология / И.Ю. Кулагина. – М.: ИНФРА-М, 1997. – 221 с.
79. Личко, А.Е. Типы акцентуаций характера и психопатий у подростков / А.Е. Личко. – М.: Эксмо-пресс, 1999. – 416 с.
80. Лукас, К. Молчаливое горе: жизнь в тени самоубийства / К. Лукас, Г. Сейден. – М.: Смысл, 2000. – С. 254.
81. Мангуби, В.А. Суицидальное поведение: суицидальный риск и самосознание смерти [Электронный ресурс] / В.А. Мангуби // Стресс и поведение: материалы VII Междисциплинарной конф. по биологической психиатрии, 28 февраля 2003. – Режим доступа: http://www.mosmedclinic.ru/conf_library/2003/4/415
82. Маркова, Н.Е. Культуринтервенция / Н.Е. Маркова. – М.: Квадрат, 2001. – 90 с.
83. Медицинские новости [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.medlinks.ru/article.php?sid=27882>
84. Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены: журнал / под ред. Е.М. Аврамовой, Е.В. Балацкого [и др.]; Всероссийский центр изучения общественного мнения (ВЦИОМ). – 2008. – №6.
85. Мягков, А.Ю. Структура и динамика незавершенных самоубийств [Электронный ресурс] / А.Ю. Мягков // Социологические исследования. – 2007. – № 3(275). – С. 92. – Режим доступа: <http://www.demoscope.ru/weekly/2004/0161/analit02.php>
86. Назарова, И.Б. Здоровье занятого населения: монография / И.Б. Назарова; Гос. ун-т – высшая школа экономики. – М.: МАКС -Пресс, 2007. – 526 с.
87. Назарова, И.Б. Здоровье российского населения: факторы и характеристики (90-е годы) / И.Б. Назарова // Социологические исследования. – 2003. – №11. – С. 57-69.
88. Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств / под ред. Д. Вассермана. – М.: Смысл, 2005. – 310 с.
89. Насилие и его влияние на здоровье: доклад о ситуации в мире / ВОЗ. – М.: Весь мир, 2003. – 196 с.
90. Национальная психолого-психиатрическая энциклопедия [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://vocabulary.ru/>

91. Немцов, А.В. Во власти зеленого змия [Электронный ресурс] / А.В. Немцов. – Режим доступа: <http://www.demoscope.ru/weekly/2006/0263/tema05.php>
92. Немцов, А.В. Самоубийства и потребление алкоголя [Электронный ресурс] / А.В. Немцов. – Режим доступа: <http://www.demoscope.ru/weekly/2002/073/tema01.php>
93. Неравенство и смертность в России: монография / под ред. В. Школьников, Е. Андреева, Т. Малеевой. – М.: Сигнал, 2000. – 107 с.
94. Новости [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://news.flexcom.ru/russia/2004/05/14/46963/>
95. Овчаренко, В.И. Психоаналитический глоссарий / В.И. Овчаренко. – Мн., 1994. – 307 с.
96. Овчарова, Л.Н. Оценка уровня бедности в России и возможные пути ее сокращения / Л.Н. Овчарова // Народообразование. – 2003. – № 3. – С. 98.
97. О мерах, принимаемых правительством РФ в связи с высоким показателем самоубийств детей и молодежи [Электронный ресурс]: информ. Комитета Государственной Думы по безопасности и Комитета Государственной Думы по делам женщин, семьи и молодежи к заседанию Государственной Думы 19.11.2004. – Режим доступа: <http://www.smolin.ru/duma/orders/2004-11-19.htm>
98. Орлова, И.Б. Смертность в современной России: характер и особенности [Электронный ресурс] / И.Б. Орлова. – Режим доступа: <http://www.ispr.ru/BIBLIO/JURNAL/Science/jurnal109.html>
99. Осипов, Г.В. Социология и государственность: достижения, проблемы, решения / Г.В. Осипов, В.Н. Кузнецов. – М.: Вече, 2005. – 185 с.
100. Ослопова, Ю.Е. Общественное психическое здоровье населения региона (на примере Вологодской области: дис. ... к.э.н.: 08.00.05 / Ю.Е. Ослопова. – Вологда, 2005. – 204 с.
101. Основы психолого-педагогической диагностики и коррекции суицидального поведения / под ред. В.И. Хальзова, В.А. Кулганова. – СПб., 1998.
102. Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2000 – 2007 гг. / Департамент здравоохранения правительства Вологодской области. – Вологда, 2008.
103. Охрана психического здоровья – тема Европейской конференции ВОЗ на уровне министров [Электронный ресурс] // Пресс-релиз ЕРБ ВОЗ/15/04, г. Копенгаген, 8 окт. 2004 г. – Режим доступа: <http://www.med.by/who/2004/pr15.htm>
104. Парадоксы суицида [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.rol.ru/news/med/news/05/04/07_001.htm
105. Позняк, В.Б. Эпидемиологическое исследование суицидального поведения среди населения Беларуси [Электронный ресурс] / В.Б. Позняк, А.П. Гелда, Е.В. Ласый. – Режим доступа: http://www.med.by/dn/book.asp?b=01-18_40
106. Половозрастной состав населения Вологодской области в 2007 году: стат. бюлл. / Вологдастат. – Вологда, 2008. – 79 с.
107. Положий, Б.С. Суициды в контексте этнокультуральной психиатрии [Электронный ресурс] / Б.С. Положий // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2002. – Т. 4. – № 2. – С. 2. – Режим доступа: http://old.consilium-medicum.com/media/psycho/02_06/245.shtml

108. Почему нас все меньше? [Электронный ресурс]: материалы «круглого стола» на тему «Демографический кризис: механизмы преодоления» // Человек и труд. – 2001. – №4. – Режим доступа: http://www.chelt.ru/2001/4/dem_4.html
109. Прохоров, Б.Б. Общественное здоровье и экономика / Б.Б. Прохоров, И.В. Горшкова, Д.И. Шмаков, Е.В. Тарасова. – М.: МАКС Пресс, 2007. – 288 с.
110. Психическое здоровье нации [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.bis-nn.ru/dr_fom/nr_25/zdorov.htm.
111. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учебное пособие / ред. и сост. Д.Я. Райгородский. – Самара, 2001. – С. 169-171.
112. Психическое здоровье: отвечая на призыв к действиям [Электронный ресурс] / ВОЗ; 55 сессия всемирной ассамблеи здравоохранения, 11 апреля 2002 г. – Режим доступа: <http://www.bpaonline.ru>
113. Психологическая библиотека: психодиагностические методики и математические методы обработки данных [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.psychol-ok.ru/statistics/spearman/>
114. Психология: словарь / под общ. ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. – 2-е изд. – М.: Политиздат, 1990. – 494 с.
115. Психология экстремальных ситуаций: хрестоматия / сост. А.Е. Тарас, К.В. Сельченко. – Мн.: Харвест, 2000. – 478 с.
116. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер Ком, 1999. – 752 с.
117. Пять – три в пользу смерти [Электронный ресурс] // Рабочая газета. – 2006. – №3. – 22 марта. – Режим доступа: <http://www.rb4.ru/issues/2006/3/2/224/>
118. Радишевская, Е. В этой жизни умирать не ново... / Е. Радишевская // Слово. – 1997. – №49.
119. Распределение умерших по полу, возрасту и причинам смерти 2001 – 2007: стат. сб. медицинского информационно-аналитического центра Вологодской области. – Вологда, 2008.
120. Регионы России: социально-экономические показатели. 2005: стат. сб. / Росстат. – М., 2006. – 982 с.
121. Римашевская, Н.М. Снизить смертность эффективнее, чем повышать рождаемость [Электронный ресурс] / Н.М. Римашевская // Агентство социальной информации. – Режим доступа: <http://www.asi.org.ru/ASI3/main.nsf/0/6CDF0E94531DC377C32571A0003A8C50>
122. Римашевская, Н.М. Социально-экономические и демографические проблемы современной России / Н.М. Римашевская // Вестник РАН. – 2004. – № 3. – С. 209.
123. Римашевская, Н.М. Человек и реформы: секреты выживания / Н.М. Римашевская. – М.: РИЦ ИСЭПН, 2003. – 392 с.
124. Римашевская, Н.М. Человеческий потенциал России: взгляд в XXI век / Н.М. Римашевская // Народонаселение. – 1999. – № 1. – С. 9-17.
125. Роджерс, К. Взгляд на психотерапию. Становление человека / К. Роджерс. – М., 1994. – 479 с.
126. Роджерс, К. О групповой психотерапии / К. Роджерс. – М., 1993. – 220 с.

127. Розанов, В.А. Нейробиологические основы суицидальности [Электронный ресурс] / В.А. Розанов, А.Н. Моховиков, Д. Вассерман // Украинский медицинский журнал. – 1999. – №6 (14), XI-XII. – 1999. – Режим доступа: <http://www.umj.com.ua/archive/14/1214.html>
128. Российский статистический ежегодник. 2007: стат. сб. / Росстат. – М., 2008. – 819 с.
129. Рудестам, К. Групповая психотерапия / К. Рудестам. – М.: Прогресс, 1993. – 368 с.
130. Русский архипелаг [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.archipelag.ru/glossary/epidemperehod/>
131. Рязанцев, С. Философия смерти / С. Рязанцев. – СПб.: Спикс, 1994. – 320 с.
132. Сабгайда, Т.П. Предотвратимая смертность населения / Т.П. Сабгайда, В.В. Антонюк, Г.Н. Евдокушкина, Э.В. Кондракова // Демографические перспективы России / под ред. Г.В. Осипова, С.В. Рязанцева. – М., 2008. – С. 373-395.
133. Салливан, Г.С. Интерперсональная теория в психиатрии / Г.С. Салливан. – СПб.: Ювента, 1999. – 347 с.
134. Салманс, С. Депрессия: Вопросы и ответы / С. Салманс. – М.: Крон-пресс, 1997. – 192 с.
135. Сальникова, Л. Тогда лучше не жить: о психологической помощи подросткам / Л. Сальникова // Народное образование. – 1990. – №10. – С. 110-115.
136. Седова, Ю. Доктор, спасите меня от меня самого! [Электронный ресурс]: интервью с В.Ф. Войцехом // Научная среда. – 2001. – № 31-32. – 8-14 авг. – Режим доступа: http://www.lgz.ru/archives/html_arch/lgz31-322001/Tetrad/art8.htm
137. Северный государственный медицинский университет [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.nsmu.ru/>
138. Семенова, В.Г. Обратный эпидемиологический переход в России / В.Г. Семенова. – М.: ЦСП, 2005. – 235 с.
139. Семенова, В.Г. Качество данных о российской смертности / В.Г. Семенова, О.И. Антонова, Н.С. Гаврилова // Демографические перспективы России / под ред. Г.В. Осипова, С.В. Рязанцева. – М., 2008. – С. 420-442.
140. Сладков, Л.А. Плюс – минус жизнь / Л.А. Сладков. – М.: Мол. Гвардия, 1990. – 98 с.
141. Смородина, М.С. Аномия общества и самоубийства / М.С. Смородина // Мониторинг общественного мнения. – 2006. – № 2 (78). – С. 140-147.
142. Соснов, А. Волшебный ящик в Стране дураков / А. Соснов // Поиск. – 2005. – №9. – 4 марта.
143. Старшенбаум, Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия / Г.В. Старшенбаум. – М.: Когито-Центр, 2005. – С. 273.
144. Старшенбаум, Г.В. Формы и методы кризисной психотерапии / Г.В. Старшенбаум. – М., 1987. – С. 20.
145. Статистический ежегодник Вологодской области. 1995 – 2007: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2008. – 399 с.
146. Степаненко, А. Уход по собственному желанию [Электронный ресурс] / А. Степаненко, Д. Мунгалов, Е. Сандро, К. Петров // Русский Newsweek. – 2007. – 5 сент. – Режим доступа: <http://demoscope.ru/weekly/2007/0299/gazeta08.php>

147. Суицидальная Россия [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://demoscope.ru/weekly/2004/0161/analit03.php>
148. Суицидология: Прошлое и настоящее: проблемы самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах / под ред. А.И. Моховикова. – М., 2001. – С. 569.
149. Тарабрина, Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н.В. Тарабрина. – СПб.: Питер, 2001. – С. 272.
150. Урланис, Б.Ц. Берегите мужчин! / Б.Ц. Урланис // Литературная газета. – 1968. – 26 июля.
151. Финансовый макроанализ в здравоохранении: рекомендации для использования на региональном и муниципальном уровнях / С.П. Ермаков, М.Д. Дуганов, А.Н. Макеев, А.А. Колянько. – М., 2000. – С.40.
152. Фрейд, З. Печаль и меланхолия / З. Фрейд // Психология эмоций: тексты. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. – С. 217.
153. Фромм, Э. Анатомия человеческой деструктивности / Э. Фромм. – СПб., 1998. – С. 154.
154. Хорни, К. Наши внутренние конфликты. Невроз и развитие личности / К. Хорни. – М.: Смысл, 1997. – С. 694.
155. Чуприков, А.П. Все темней и темней в бесконечном тоннеле [Электронный ресурс] / А.П. Чуприков // Зеркало недели. – 1996. – № 47 (112). – 23 – 29 ноября. – Режим доступа: <http://www.zn.ua/3000/3450/8904/>
156. Чуприков, А.П. Украине необходима суицидологическая служба [Электронный ресурс] / А.П. Чуприков, Г.Я. Пилягина // Медичний Всесвіт: науч.-практ. журнал. – 2001. – №1. – Режим доступа: http://socion.net.ua/med_journal/articles/psiho/chuprikov2.htm
157. Шмаков, Д.И. Оценка экономического ущерба от потерь здоровья населения России и ее регионах: дис. на соиск. уч. ст. канд. экон. наук: 08.00.05 / Д.И. Шмаков. – М., 2004. – С. 128.
158. Шнейдман, Э. Душа самоубийцы / Э. Шнейдман. – М.: Смысл, 2001. – С. 315.
159. Шустов, Д.И. Аутоагрессия, суицид и алкоголизм / Д.И. Шустов. – М.: Когито-Центр, 2004. – С. 41.
160. Юнг, К.Г. Душа и миф: шесть архетипов / К.Г. Юнг. – К., 1996. – С. 384.
161. Юнг, К.Г. Структура психики и процесс индивидуации / К.Г. Юнг. – М., 1996. – С. 236.
162. Юревич, А.В. Социопсихологическое состояние современного российского общества / А.В. Юревич, И.П. Цапенко // Вестник РАН. – 2007. – Том 77. – №5. – С. 387-395.
163. Ютан, К. Что такое охрана психического здоровья [Электронный ресурс] / К. Ютан. – Режим доступа: <http://www.aiha.com/russian/pubs/fall00/intro03.cfm>
164. Яналов, В. Финно-угорский мир и XXI век [Электронный ресурс] / В. Яналов // Финно-угорский вестник. – 2006. – № 3. – 27.11.2006. – Режим доступа: <http://www.finugor.ru/?q=comment/reply/1801>

165. Addis, M.E. Men, masculinity, and the contexts of help seeking / M.E Addis, J.R. Mahalik // *American Psychologist*. – 2003. – Vol. 58(1). – Pp. 5-14.
166. Arnett, J.J. Sensation seeking, aggressiveness, and adolescent reckless behavior / J.J. Arnett // *Personality and Individual Differences*. – 1996. – Vol. 20. – Pp. 693-702.
167. Beck, A.T. The prediction of suicide / A.T. Beck, H. Resnik, D. Eettieri. (Eds.). – Philadelphia: The Charles Press, 1974.
168. Brainerd, E. Autopsy of the empire: understanding mortality in Russia and the former Soviet Union [Electronic resource] // E. Brainerd, D. Cutler / Conference on «Health and demography in the States of the former Soviet Union», April 29-30, 2005. – Cambridge, MA / Mode of access: <http://www.wcfia.harvard.edu/conferences/demography/papers/Brainerd.pdf>
169. Coleman, D. European demographic systems of the future: convergence or diversity? / D. Coleman / Conference on «Human resources in Europe at the dawn of the 21st century». – Luxembourg: Eurostat, 1991.
170. Feldman, S.S. Predicting sexual experience in adolescent boys from peer acceptance and rejection during childhood / S.S. Feldman, D.A. Rosenthal, N.L. Brown, R.D. Canning // *Journal of Research in Adolescence*, 1995. – Vol. 5. – Pp. 387-412.
171. Hawton, K. The influence of the economic and social environment on deliberate self-harm and suicide: an ecological and person-based study [Electronic resource] / K. Hawton, L. Harriss, K. Hodder, S. Simkin, D. Gunnell // *Psychological Medicine*. – 2001. – № 31, Pp. 827-836 / Mode of access: <http://www.psychosor.org/1998/23/3-1.php>
172. Leon, D.A. Huge variation in Russian Federation mortality rates 1984 – 1994: Artefact, Alcohol or What? / D.A. Leon, L. Chenet, V.M. Shkolnikov, S. Zakharov, J. Shapiro, G. Rakhmanova, S. Vassin, M. McKee // *Lancet*. – 1997. – Vol. 350. – Pp. 383-388.
173. McKee, M. A positive relationship between alcohol and heart deceases in Eastern Europe: potential physiological mechanism / M. McKee, A. Britton // *Journal of the Royal Society of Medicine*. – 1998. – Vol. 91. – Pp. 402-407.
174. Shkolnikov, V. Why is the death rate from lung cancer falling in Russian Federation / V. Shkolnikov, M. McKee, D.A. Leon // *European Journal of Epidemiology*. – 1999. – Vol. 15. – № 3. – Pp. 203-206.
175. Shkolnikov, V.M., Nemtsov A.V. The anti-alcohol compaign and variations in Russian mortality / V.M. Shkolnikov, A.V. Nemtsov (Eds.: J.L. Bobsdilla, Ch.A. Costello and F. Mitchell). – Washington: Premature death in the New Independent States. Nat. Acad. Press, 1997. – P. 239-261.
176. Watson, P. Explaining rising mortality among men in Eastern Europe / P. Watson // *Social Science&Medicine*. – 1995. – Vol. 41. – Is. 7. – Pp. 923-934.
177. Weishaar, M. Cognitive approaches to understanding and treating suicidal behavior / M. Weishaar, A. Beck (Eds.: by Susan J. Blumenthal et David J. Kupfer) // *Suicide over the life cycle: risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients*. – Washington, DC: American Psychiatric Press, 1990. – Pp. 469-498.
178. Zigmond, A.S. The hospital anxiety and depression scale / A.S. Zigmond, R.P. Snaith // *Acta Psychiatr. Scand*, 1983. – Vol. 67. – Pp. 361-370.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Смертность населения Вологодской области от самоубийств в 1999 – 2007 гг.

	1999 г.		2000 г.		2001 г.		2002 г.		2003 г.		2004 г.		2005 г.		2006 г.		2007 г.		1999 – 2007 гг.	
	абс.	на 100 тыс. нас.	Всего (абс.)	Среднее (на 100 тыс. нас.)																
Всего	812	61,3	742	56,4	691	52,9	666	51,3	658	52,1	587	47,1	486	39,0	504	41,0	431	35,2	5577	48,5
Бабаевский	18	67,1	20	76,6	20	76,6	15	56,1	14	56,6	16	66,1	9	37,7	16	67,8	11	47,0	139	61,4
Бабушкинский	10	62,1	13	82,2	14	90,3	11	72,3	7	47,2	8	55,6	8	56,3	11	78,6	10	72,5	92	68,6
Белозерский	12	53,3	11	49,5	15	68,8	17	79,4	14	66,0	9	43,7	14	68,6	10	50,0	17	86,3	119	62,8
Вашкинский	10	90,9	3	27,5	6	56,0	7	66,0	7	70,0	3	30,6	6	62,5	6	63,2	10	107,5	58	63,8
В.-Устюжский	51	110,3	32	45,5	48	65,9	56	80,8	22	33,9	20	92,6	12	56,3	27	129,2	30	48,5	287	73,7
Верховажский	16	94,6	25	148,8	18	107,7	17	102,4	23	141,9	20	123,4	15	93,8	19	119,5	22	139,2	175	119,0
Вожегодский	21	101,4	21	102,4	14	68,6	18	88,6	25	132,9	15	81,1	13	71,4	17	94,4	10	56,2	154	88,6
Вологодский	43	87,0	32	65,5	28	57,9	29	60,7	28	55,4	26	51,7	20	39,8	18	35,9	17	33,9	241	54,2
Вытегорский	35	100,8	32	92,7	35	102,3	29	85,5	18	57,3	27	87,7	26	85,5	22	73,3	23	77,4	247	84,7
Грязовецкий	39	88,4	38	86,7	34	78,7	31	72,9	40	97,3	14	34,8	20	50,6	30	76,7	20	51,4	266	70,8
Кадульский	18	93,2	13	68,0	3	15,9	11	59,4	10	54,3	15	82,9	7	38,9	8	44,7	2	11,2	87	52,1
Кирилловский	24	122,4	20	103,0	14	72,5	5	26,3	9	48,9	12	65,6	11	60,8	12	66,7	5	28,1	112	66,0
К.-Городецкий	21	85,0	14	57,3	8	33,1	20	84,0	20	90,9	23	106,5	14	65,7	11	52,4	18	87,0	149	73,5
Междуреченский	4	49,3	5	61,7	5	38,4	3	37,9	2	26,3	7	94,6	7	95,9	3	41,1	2	27,8	38	55,2
Никольский	15	52,2	24	84,5	16	56,9	19	68,1	22	83,9	16	62,0	22	86,3	21	83,3	11	44,0	166	69,0
Нюксенский	11	83,9	7	53,8	5	38,4	9	69,2	6	51,2	7	60,3	5	43,5	11	96,5	4	35,4	65	59,1
Сокольский	44	278,4	39	65,1	37	62,9	33	56,9	10	17,4	13	91,5	9	64,7	17	125,0	16	29,6	218	87,9
Сямженский	16	139,1	10	86,9	5	43,4	8	70,1	6	57,6	13	126,2	5	49,0	4	39,2	4	39,6	71	72,3
Тарногский	13	80,7	8	50,3	8	50,3	14	89,7	10	65,3	16	106,7	6	40,5	9	61,6	8	55,2	92	66,7
Тотемский	30	107,9	22	79,1	25	90,2	17	61,8	24	91,2	16	61,3	19	73,6	18	69,8	22	85,6	193	80,1
У.-Кубинский	8	76,1	3	28,5	5	47,6	5	47,6	11	117,0	6	65,2	8	87,0	7	76,9	6	66,7	59	68,1
Устюженский	15	67,8	16	73,7	8	37,3	17	80,9	16	74,7	11	52,6	8	38,8	9	44,1	8	39,6	108	56,6
Харовский	22	97,3	12	53,5	23	104,0	16	73,7	17	84,1	13	65,7	8	41,5	14	74,5	10	53,8	135	72,0
Чагодощенский	11	65,8	12	72,7	4	24,5	9	56,2	14	90,9	2	13,3	6	40,5	11	75,3	11	76,4	80	57,3
Череповецкий	23	52,9	31	71,9	25	58,2	23	54,1	20	49,2	22	54,7	18	45,2	20	50,6	15	38,3	197	52,8
Шекнинский	24	73,8	31	96,2	16	50,0	19	59,9	18	50,2	19	53,4	8	22,7	17	48,3	10	28,3	162	53,6
г. Вологда	122	40,6	117	39,1	126	42,3	117	38,4	102	34,0	79	26,7	82	27,8	79	26,9	72	24,5	896	33,4
г. Череповец	136	42,0	131	40,5	128	39,6	91	28,2	88	28,2	94	30,4	61	19,8	57	18,5	37	12,0	823	28,8

Источник: база данных Территориального органа ФССГ по Вологодской области.

Таблица 1. Уровень самоубийств среди других причин смертности населения Вологодской области (умерших на 1 тыс. чел.; в % от всех причин смертности)

	Мужчины										Женщины										Всего																					
	2001 г.		2002 г.		2003 г.		2004 г.		2005 г.		2006 г.		2007 г.		2001 г.		2002 г.		2003 г.		2004 г.		2005 г.		2006 г.		2007 г.															
	абс.	в %	абс.	в %	абс.	в %	абс.	в %	абс.	в %	абс.	в %	абс.	в %	абс.	в %	абс.	в %	абс.	в %	абс.	в %	абс.	в %	абс.	в %	абс.	в %														
Все причины	19,24	100%	20,66	100%	23,48	100%	23,16	100%	22,6	100%	20,0	100%	18,4	100%	15,2	100%	15,81	100%	16,58	100%	15,7	100%	15,64	100%	14,55	100%	13,8	100%	17,13	100%	18,09	100%	19,77	100%	19,14	100%	18,85	100%	17,05	100%	15,9	100%
Заболевания системы кровообращения	9,04	46,9%	9,86	47,73%	11,04	47,02%	10,77	46,5%	10,6	46,9%	9,53	47,7%	9,11	49,5%	10,29	67,7%	10,79	68,25%	10,86	65,5%	10,18	64,84%	10,26	65,6%	9,67	66,5%	9,25	67,03%	9,7	56,6%	10,35	57,21%	10,94	55,34%	10,46	54,65%	10,42	55,3%	9,6	56,3%	9,19	57,8%
Несчастные случаи, травмы и отравления	4,39	22,8%	4,5	21,78%	5,13	21,85%	5,08	21,93%	4,71	20,8%	4,04	20,2%	3,49	18,97%	0,98	6,4%	1,03	6,51%	1,14	6,88%	1,07	6,82%	1,0	6,4%	0,87	6%	0,69	5%	2,59	14,7%	2,66	14,7%	2,98	15,07%	2,92	14,4%	2,71	13,7%	2,33	14,45%		
Из них самоубийства	0,96	5%	0,95	4,6%	0,98	4,17%	0,88	3,8%	0,71	3,1%	0,76	3,8%	0,66	3,59%	0,14	0,9%	0,13	0,82%	0,13	0,78%	0,12	0,76%	0,12	0,8%	0,11	0,8%	0,09	0,65%	0,53	3,1%	0,51	2,82%	0,52	2,63%	0,47	2,46%	0,39	2,1%	0,41	2,4%	0,35	2,2%
Заболевания органов пищеварения	0,8	4,2%	1,01	4,89%	1,36	5,79%	1,72	7,43%	1,8	8%	1,41	7,1%	1,18	6,41%	0,39	2,6%	0,49	3,1%	0,63	3,8%	0,74	4,71%	0,9	5,8%	0,62	4,3%	0,59	4,28%	0,73	4,04%	0,96	4,86%	1,19	6,22%	1,3	6,9%	0,98	5,7%	0,86	5,41%		
Психические расстройства	0,06	0,31%	0,08	0,39%	0,11	0,47%	0,08	0,35%	0,08	0,35%	0,1	0,5%	0,05	0,27%	0,03	0,2%	0,03	0,19%	0,04	0,24%	0,03	0,19%	0,04	0,26%	0,02	0,14%	0,01	0,07%	0,05	0,28%	0,05	0,28%	0,07	0,35%	0,05	0,26%	0,06	0,35%	0,06	0,35%		
Новообразования	2,5	12,9%	2,46	11,91%	2,65	11,29%	2,49	10,75%	2,48	11%	2,52	12,6%	2,49	13,53%	1,75	11,5%	1,65	10,44%	1,84	11,1%	1,77	11,27%	1,65	10,6%	0,95	2,4%	1,67	12,1%	2,09	11,22%	2,03	11,23%	2,22	11,02%	2,11	10,8%	2,03	7,9%	1,35	12,89%		
Заболевания органов дыхания	0,99	5,1%	1,26	6,1%	1,4	5,96%	1,26	5,44%	1,22	5,4%	0,89	4,5%	0,78	4,24%	0,29	1,9%	0,31	1,96%	0,35	2,11%	0,27	1,72%	0,3	1,9%	0,25	1,7%	0,22	1,59%	0,62	3,6%	0,76	4,2%	0,84	4,25%	0,73	3,9%	0,54	3,2%	0,48	3,02%		

Таблица 2. Самоубийства среди причин смертности класса «Несчастные случаи, травмы и отравления»
(умерших на 1 000 чел./в %)

	Мужчины												Женщины												Всего											
	2002 г.				2003 г.				2004 г.				2005 г.				2006 г.				2007 г.				2008 г.				2009 г.				2010 г.			
	Чел./1000	В %	Чел./1000	В %	Чел./1000	В %	Чел./1000	В %	Чел./1000	В %	Чел./1000	В %	Чел./1000	В %	Чел./1000	В %	Чел./1000	В %	Чел./1000	В %	Чел./1000	В %	Чел./1000	В %	Чел./1000	В %	Чел./1000	В %	Чел./1000	В %	Чел./1000	В %	Чел./1000	В %		
Несчастные случаи, травмы и отравления	4,39 / 100%	4,5 / 100%	5,13 / 100%	5,08 / 100%	4,71 / 100%	4,04 / 100%	3,49 / 100%	0,98 / 100%	1,03 / 100%	1,14 / 100%	1,07 / 100%	1,0 / 100%	0,87 / 100%	0,69 / 100%	2,59 / 100%	2,66 / 100%	2,99 / 100%	2,92 / 100%	2,71 / 100%	2,33 / 100%	1,98 / 100%	2,59 / 100%	2,66 / 100%	2,99 / 100%	2,92 / 100%	2,71 / 100%	2,33 / 100%	1,98 / 100%	2,59 / 100%	2,66 / 100%	2,99 / 100%	2,92 / 100%	2,71 / 100%	2,33 / 100%		
ДТП	0,45 / 10,25%	0,48 / 10,67%	0,67 / 13,06%	0,59 / 11,61%	0,54 / 11,46%	0,5 / 12,38%	0,51 / 14,6%	0,18 / 18,37%	0,16 / 15,53%	0,17 / 14,91%	0,17 / 15,89%	0,16 / 16%	0,16 / 18,39%	0,15 / 21,74%	0,31 / 11,97%	0,31 / 11,65%	0,34 / 11,37%	0,36 / 12,33%	0,34 / 12,55%	0,32 / 13,73%	0,32 / 16,16%	0,31 / 11,97%	0,31 / 11,65%	0,34 / 11,37%	0,36 / 12,33%	0,34 / 12,55%	0,32 / 13,73%	0,31 / 11,97%	0,31 / 11,65%	0,34 / 11,37%	0,36 / 12,33%	0,34 / 12,55%	0,32 / 13,73%			
Алкогольные отравления	0,59 / 13,44%	0,57 / 12,67%	0,85 / 16,57%	0,93 / 18,31%	0,71 / 15,07%	0,45 / 11,14%	0,32 / 9,17%	0,1 / 10,2%	0,14 / 13,59%	0,16 / 14,04%	0,18 / 16,82%	0,12 / 12%	0,08 / 9,2%	0,05 / 7,25%	0,33 / 12,74%	0,34 / 12,78%	0,48 / 16,05%	0,53 / 18,15%	0,39 / 14,39%	0,26 / 11,16%	0,18 / 9,09%	0,33 / 12,74%	0,34 / 12,78%	0,48 / 16,05%	0,53 / 18,15%	0,39 / 14,39%	0,26 / 11,16%	0,18 / 9,09%	0,33 / 12,74%	0,34 / 12,78%	0,48 / 16,05%	0,53 / 18,15%	0,39 / 14,39%			
Убийства	0,45 / 10,25%	0,4 / 8,89%	0,41 / 7,99%	0,36 / 7,09%	0,38 / 8,07%	0,29 / 7,18%	0,3 / 8,6%	0,13 / 13,27%	0,11 / 10,68%	0,12 / 10,53%	0,08 / 7,48%	0,1 / 10%	0,08 / 9,2%	0,05 / 7,25%	0,28 / 10,81%	0,25 / 9,4%	0,25 / 8,36%	0,21 / 7,19%	0,23 / 8,49%	0,18 / 8,59%	0,17 / 8,59%	0,28 / 10,81%	0,25 / 9,4%	0,25 / 8,36%	0,21 / 7,19%	0,23 / 8,49%	0,18 / 8,59%	0,28 / 10,81%	0,25 / 9,4%	0,25 / 8,36%	0,21 / 7,19%	0,23 / 8,49%				
Самоубийства	0,96 / 21,87%	0,95 / 21,11%	0,98 / 19,1%	0,88 / 17,32%	0,71 / 15,07%	0,76 / 18,81%	0,66 / 18,91%	0,14 / 14,29%	0,13 / 12,62%	0,13 / 11,4%	0,12 / 11,21%	0,12 / 12%	0,08 / 9,2%	0,09 / 13,04%	0,53 / 20,46%	0,51 / 19,17%	0,52 / 17,39%	0,47 / 16,1%	0,39 / 14,39%	0,41 / 17,6%	0,35 / 17,68%	0,53 / 20,46%	0,51 / 19,17%	0,52 / 17,39%	0,47 / 16,1%	0,39 / 14,39%	0,41 / 17,6%	0,35 / 17,68%	0,53 / 20,46%	0,51 / 19,17%	0,52 / 17,39%	0,47 / 16,1%	0,39 / 14,39%			
Повреждения с неопределенными намерениями	0,59 / 13,44%	0,83 / 18,44%	0,94 / 18,32%	0,86 / 16,93%	0,95 / 20,17%	0,73 / 18,07%	0,63 / 18,05%	0,14 / 14,29%	0,17 / 16,5%	0,19 / 16,67%	0,18 / 16,82%	0,19 / 19%	0,17 / 19,54%	0,12 / 17,39%	0,36 / 13,9%	0,48 / 18,05%	0,54 / 18,06%	0,49 / 16,78%	0,54 / 19,93%	0,41 / 17,6%	0,35 / 17,68%	0,36 / 13,9%	0,48 / 18,05%	0,54 / 18,06%	0,49 / 16,78%	0,54 / 19,93%	0,41 / 17,6%	0,35 / 17,68%	0,36 / 13,9%	0,48 / 18,05%	0,54 / 18,06%	0,49 / 16,78%				
Другие НС	1,34 / 30,52%	1,27 / 28,22%	1,41 / 27,49%	1,47 / 28,94%	1,41 / 29,94%	2,05 / 50,74%	0,22 / 6,3%	0,42 / 42,86%	0,32 / 31,07%	0,37 / 32,46%	0,33 / 30,84%	0,32 / 32%	0,43 / 49,43%	0,03 / 4,35%	0,85 / 32,82%	0,77 / 28,95%	0,85 / 28,43%	0,86 / 29,45%	0,82 / 30,26%	1,17 / 50,21%	0,12 / 6,06%	0,85 / 32,82%	0,77 / 28,95%	0,85 / 28,43%	0,86 / 29,45%	0,82 / 30,26%	1,17 / 50,21%	0,12 / 6,06%	0,85 / 32,82%	0,77 / 28,95%	0,85 / 28,43%	0,86 / 29,45%				

Приложение 3

Уровень смертности от убийств (0 – 65 лет) в России и странах мира

Страна	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Австрия	1,09	0,98	1,11	0,84	0,79	1,03	0,86	0,61	0,74	0,79	0,77
Беларусь	11,28	11,93	12,54	11,13	11,13	10,87	11,02	9,03	8,72	8,4	НД
Болгария	4,88	4,28	3,49	2,67	3,25	2,99	2,7	2,4	2,61	НД	НД
Хорватия	2,86	2,62	3,11	2,59	2,66	1,87	1,3	1,58	1,74	1,3	1,83
Чешская Республика	1,55	1,54	1,64	1,47	1,56	1,23	1,27	1,26	1,15	0,88	НД
Эстония	21,22	16,29	19,03	17,09	13,39	15,06	12	11,11	7,78	8,85	НД
Финляндия	3,57	2,71	2,44	2,87	2,8	3,03	2,66	1,97	2,55	2,16	2,04
Франция	1,05	0,94	0,76	0,73	0,88	0,85	0,8	0,76	0,71	0,71	НД
Германия	1,12	0,92	0,9	0,91	0,76	0,7	0,76	0,69	0,65	0,56	0,58
Венгрия	3,02	2,96	3,12	2,67	2,45	2,2	2,4	1,78	1,95	1,63	НД
Ирландия	1,04	0,95	1,04	1,06	1,05	1,09	1,13	0,96	0,6	0,33	0,91
Казахстан	21,07	19,84	19,69	17,77	17,85	16,57	13,79	15,59	16,63	14,8	13,85
Латвия	16,31	16,64	13,34	13	12,76	12,51	10,82	10,48	9,24	10,37	9,56
Литва	9,65	9,48	8,87	8,35	9,9	10,21	7,25	9,34	8,44	8,9	7,35
Нидерланды	1,36	1,32	1,09	1,33	1,18	1,34	1,26	1,24	1,18	1,12	0,81
Норвегия	0,97	0,99	0,98	0,87	1,17	0,84	0,93	1,13	0,91	0,69	НД
Польша	2,68	НД	НД	2,29	2,03	1,69	1,75	1,5	1,47	1,38	1,46
Португалия	1,24	1,27	1,35	1,11	0,96	1,28	1,63	1,52	0,88	НД	НД
Республика Молдова	14,39	13,45	12,32	11,28	12,31	11,36	9,79	9,12	7,34	7,63	7,17
Румыния	3,75	3,57	3,14	3,41	3,38	3,28	3,4	3,62	2,91	2,36	1,96
Российская Федерация	26,9	23,99	22,77	25,93	27,97	28,86	29,83	27,79	26,01	23,54	19,1
Словакия	1,98	2,65	2,03	2,31	2,15	2,08	2,12	1,94	1,62	1,54	НД
Словения	2,26	2,18	1,01	1,33	0,96	0,75	1,43	1,2	1,83	1,14	0,52
Испания	0,84	0,83	0,83	0,82	1	0,96	1,02	1	1,36	0,84	НД
Швеция	1,25	1,05	1,15	1,22	1,02	0,91	1,2	0,95	1,16	0,96	НД
Швейцария	1,12	1,43	0,86	1,06	0,83	1,05	0,92	0,67	0,96	0,99	НД
Украина	15,17	13,05	11,95	12,46	12,69	11,97	11,38	10,53	9,99	9,03	8,48
Соединенное Королевство	0,92	0,72	0,75	0,82	1,11	0,44	0,46	0,49	0,52	0,45	0,47
Узбекистан	6,5	4,98	4,52	3,91	3,77	3,88	3,82	2,67	3,01	3,37	НД
Страны ЕС	1,76	1,6	1,51	1,47	1,46	1,31	1,29	1,25	1,2	1,19	1,06
Страны СНГ	20	17,75	16,76	18,1	18,98	19,11	19,28	18,01	17,09	15,57	13,06

Источник: База данных Всемирной организации здравоохранения.

Социально-психологические характеристики парасуицидентов
(Объем выборки – 98 человек, исследуемый период – 2006 – I кв. 2007 гг.)

ПОЛ

Мужчины – 51

Женщины – 47

ВОЗРАСТ

0 – 19 лет: 12 (12%)

20 – 39 лет: 52 (53%)

40 – 59 лет: 31 (32%)

60 и более лет: 3 (3%)

0 – 30 лет: 45 (46%)

УРОВЕНЬ ОБРАЗОВАНИЯ

Неполное среднее: 23 (24%)

Среднее: 20 (20%)

Среднее специальное: 45 (46%)

Неполное высшее: 3 (3%)

Высшее: 7 (7%)

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАНЯТОСТЬ

Учащиеся: 7 (7%)

Работающие: 49 (50%)

Не работающие (пенсия, инвалидность, иждивение): 42 (43%)

УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ

Запойно: 42 (43%)

Эпизодически, но регулярно: 24 (25%)

Почти никогда: 32 (33%)

НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ

Алкоголизм родственников: 21 (21%)

Психические заболевания родственников: 12 (12%)

СПОСОБЫ ПАРАСУИЦИДА (включая предыдущие попытки)

Отравление: 65

Самопорезы: 38

Повешение: 21

Падение с высоты: 3

Утопление: 2

ПРИЧИНА ПОПЫТКИ

Скандалы в семье: 54 (55%)

Смерть родственника (супруга, ребенка): 11 (11%)

Тот или иной вариант дисгармонии семейных отношений (включая неполную семью и алкоголизм; из них 15 (15%) разводов): 58 (59%)

Стрессовая ситуация (изнасилование, банкротство, смерть близкого, неуставные отношения в армии, соматическое заболевание): 17 (17%)

Конфликты на работе (учебе), с друзьями (коллегами): 12 (12%)

Патология (паранойя, шизофрения): 9 (9%)

Неустроенность личной жизни: 5 (5%)

Множественные попытки: 29 (30%)

Проходили лечение в ВОПБ: 15 (15%)

СРОКИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ (койко-дней)

Средний срок госпитализации: 23 дня

Средняя стоимость 1 койко-дня в общепсихиатрическом отделении:

565 руб. 97 коп. (566 руб.)

Средний срок госпитализации в возрастной группе 0 – 30 лет: 22 койко-дня (12452 руб.)

Средний срок госпитализации в возрастной группе 30 – 55(60) лет: 24 койко-дня (13584 руб.)

Средний срок госпитализации в возрастной группе старше 55 (60) лет:

28 койко-дней (15848 руб.)

ТЕМПОРАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ (период госпитализации)

Декабрь – февраль: 45 (46%)

Март – май: 19 (19%)

Июнь – август: 11 (11%)

Сентябрь – ноябрь: 23 (24%)

ПРИЧИНЫ СУИЦИДАЛЬНЫХ ПОПЫТОК В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ

(0 – 30 лет; всего попыток в этом возрасте – 45)

Скандалы в семье (с любимым человеком): 27 (60%)

Стрессовая ситуация (изнасилование, банкротство, катастрофы, армия, соматическое заболевание): 6 (13%)

Конфликты на работе (учебе), с друзьями (коллегами): 3 (7%)

Патология (паранойя, шизофрения): 2 (4%)

Неустроенность в личном плане: 7 (16%)

Злоупотребление алкоголем (эпизодически, запойно, попытка в состоянии алкогольного опьянения): 32 (71%)

Таблица 1. Экономический ущерб от всех причин класса «Несчастные случаи, травмы и отравления»

Категория населения	Показатель экономического ущерба	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	Среднее за 2001 – 2006 гг.
Все население	Вследствие ППЖ (годы/в % к ВРП)	68729 / 5,351	67007 / 5,265	76180 / 6,04	72808 / 5,822	67137 / 5,412	58373 / 4,740	70372,2 / 5,578
	Вследствие смертности населения за год (Умерло чел. в труд. возр./ в руб./в % к ВРП)	2554 / 650432228,8 / 0,099	2606 / 82553980,8 / 0,102	2940 / 125349546 / 0,117	2871 / 185250988 / 0,115	2652 / 208333429 / 0,107	2259 / 190627409,3 / 0,092	2647 / 142876430,3 / 0,105
Мужчины	Вследствие ППЖ (годы/в % к ВРП)	56782 / 4,421	55798 / 4,384	62846 / 4,983	10044 / 0,803	49434 / 3,985	48191 / 3,913	46980,8 / 3,715
	Вследствие смертности населения за год (Умерло чел. в труд. возр./ в руб./в % к ВРП)	2165 / 55136488 / 0,084	2196 / 69650092,8 / 0,086	2495 / 106376571 / 0,099	2422 / 156279308 / 0,097	2251 / 176832032 / 0,091	1905 / 160754853,8 / 0,077	2239 / 120838224,3 / 0,089
Женщины	Вследствие ППЖ (годы/в % к ВРП)	11947 / 0,93	11209 / 0,881	13334 / 1,057	12623 / 1,009	11323 / 0,913	10182 / 0,827	12087,2 / 0,958
	Вследствие смертности населения за год (Умерло чел. в труд. возр./ в руб./в % к ВРП)	389 / 9906740,8 / 0,015	410 / 13003888 / 0,016	445 / 18972975,5 / 0,018	449 / 28971680,1 / 0,018	401 / 31501397,1 / 0,016	354 / 29872555,5 / 0,014	408 / 22038206 / 0,016
Город	Вследствие ППЖ (годы/в % к ВРП)	46987 / 3,658	42579 / 3,346	48894 / 3,877	45593 / 3,646	40331 / 3,251	35128 / 2,852	44876,8 / 3,556
	Вследствие смертности населения за год (Умерло чел. в труд. возр./ в руб./в % к ВРП)	1765 / 44949608 / 0,069	1676 / 53157356,8 / 0,066	1899 / 80965574,1 / 0,075	1793 / 115693146 / 0,072	1605 / 126084146 / 0,065	1349 / 113836376,8 / 0,055	1681,17 / 89114367,95 / 0,067
Село	Вследствие ППЖ (годы/в % к ВРП)	21742 / 1,693	24428 / 1,919	27286 / 2,163	27215 / 2,176	26806 / 2,161	23245 / 1,887	25495,4 / 2,022
	Вследствие смертности населения за год (Умерло чел. в труд. возр./ в руб./в % к ВРП)	789 / 20093620,8 / 0,031	930 / 29496624 / 0,037	1041 / 44383971,9 / 0,041	1078 / 69557842,2 / 0,043	1047 / 82249283,7 / 0,042	910 / 76791032,5 / 0,037	965,83 / 53762063 / 0,039

Таблица 2. Экономический ущерб от убийств

Категория населения	Показатель экономического ущерба	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	Среднее за 2001 – 2006 гг.
Все население	Вследствие ППЖ (годы/в % к ВРП)	7885 / 0,614	6043 / 0,475	7128 / 0,565	6072 / 0,486	6164 / 0,497	5249 / 0,426	6658,4 / 0,527
	Вследствие смертности населения за год (Умерло чел. в труд. возр./в руб./в % к ВРП)	302 / 7691094,4 / 0,012	254 / 8500102,4 / 0,01	268 / 11426421,2 / 0,012	267 / 17228148,3 / 0,0001	245 / 19246489,5 / 0,01	192 / 16202064 / 0,008	254,67 / 13382386,63 / 0,01
Мужчины	Вследствие ППЖ (годы/в % к ВРП)	6297 / 0,49	4718 / 0,371	5473 / 0,434	4720 / 0,377	4786 / 0,386	4050 / 0,329	5198,8 / 0,412
	Вследствие смертности населения за год (Умерло чел. в труд. возр./в руб./в % к ВРП)	240 / 6112128 / 0,009	207 / 6692244,8 / 0,008	211 / 8996174,9 / 0,008	178 / 11485432,2 / 0,007	196 / 15397191,6 / 0,008	147 / 12404705,3 / 0,006	196,5 / 10181312,8 / 0,01
Женщины	Вследствие ППЖ (годы/в % к ВРП)	1588 / 0,124	1325 / 0,104	1655 / 0,131	1352 / 0,108	1378 / 0,111	1199 / 0,097	1459,6 / 0,116
	Вследствие смертности населения за год (Умерло чел. в труд. возр./в руб./в % к ВРП)	62 / 1578966,4 / 0,002	47 / 1807857,6 / 0,002	57 / 2430246,3 / 0,002	43 / 2774570,7 / 0,002	49 / 3849297,9 / 0,002	45 / 3797358,8 / 0,002	50,5 / 2706383,0 / 0,002
Город	Вследствие ППЖ (годы/в % к ВРП)	6372 / 0,496	4196 / 0,33	4788 / 0,38	3953 / 0,316	3727 / 0,3	2982 / 0,242	4607,2 / 0,364
	Вследствие смертности населения за год (Умерло чел. в труд. возр./в руб./в % к ВРП)	244 / 6213996,8 / 0,01	175 / 5550440 / 0,007	175 / 7461282,5 / 0,007	140 / 9033486 / 0,006	157 / 12333464,7 / 0,006	110 / 9282432,5 / 0,004	166,83 / 8312517,08 / 0,007
Село	Вследствие ППЖ (годы/в % к ВРП)	1513 / 0,118	1847 / 0,145	2340 / 0,186	2119 / 0,169	2437 / 0,196	2267 / 0,184	2051,2 / 0,163
	Вследствие смертности населения за год (Умерло чел. в труд. возр./в руб./в % к ВРП)	58 / 1477097,6 / 0,002	79 / 2949662,4 / 0,003	93 / 3965138,7 / 0,004	81 / 522516,9 / 0,003	88 / 6913024,8 / 0,004	82 / 6919631,5 / 0,003	80,17 / 4575178,65 / 0,003

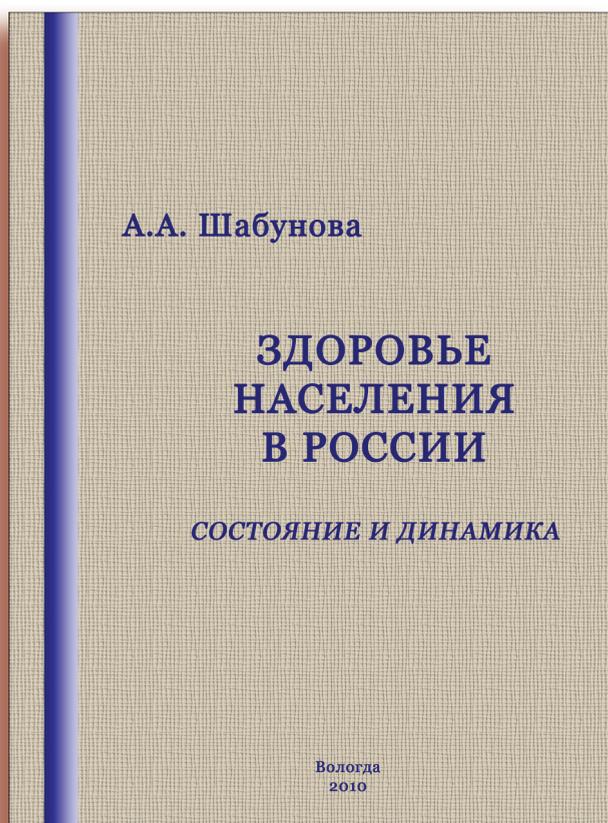
Таблица 3. Экономический ущерб от дорожно-транспортных происшествий

Категория населения	Показатель экономического ущерба	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	Среднее за 2001 – 2006 гг.
Все население	Вследствие ППЖ (годы/в % к ВРП)	10588 / 0,824	10078 / 0,792	11326 / 0,898	11409 / 0,912	10840 / 0,874	10338 / 0,839	10848,2 / 0,86
	Вследствие смертности населения за год (умерло чел. в труд. возр./в руб./в % к ВРП)	323 / 8225905,6 / 0,013	309 / 9800491,2 / 0,012	328 / 13984575,2 / 0,013	364 / 23487063,6 / 0,015	332 / 26080957,2 / 0,013	319 / 26919054,3 / 0,013	329,17 / 18083007,85 / 0,013
Мужчины	Вследствие ППЖ (годы/в % к ВРП)	7483 / 0,583	7891 / 0,62	8454 / 0,67	8990 / 0,719	8475 / 0,683	7904 / 0,642	8258,6 / 0,655
	Вследствие смертности населения за год (умерло чел. в труд. возр./в руб./в % к ВРП)	241 / 6137595,2 / 0,009	244 / 7738899,2 / 0,01	262 / 11170605,8 / 0,01	294 / 18970320,6 / 0,012	273 / 21446088,3 / 0,011	251 / 21180823,3 / 0,01	260,83 / 14440722,07 / 0,010
Женщины	Вследствие ППЖ (годы/в % к ВРП)	3105 / 0,242	2187 / 0,172	2872 / 0,228	2419 / 0,193	2365 / 0,191	2434 / 0,198	2589,6 / 0,21
	Вследствие смертности населения за год (умерло чел. в труд. возр./в руб./в % к ВРП)	82 / 2088310,4 / 0,003	65 / 2061592 / 0,003	66 / 2813969,4 / 0,003	70 / 4516743 / 0,003	59 / 4634868,9 / 0,002	68 / 5738231 / 0,003	68,33 / 3642285,78 / 0,003
Город	Вследствие ППЖ (годы/в % к ВРП)	6641 / 0,517	6302 / 0,495	7105 / 0,563	6877 / 0,55	5978 / 0,482	5764 / 0,468	6580,6 / 0,521
	Вследствие смертности населения за год (умерло чел. в труд. возр./в руб./в % к ВРП)	205 / 5220776 / 0,008	197 / 6248209,6 / 0,008	209 / 8910903,1 / 0,008	219 / 14130953,1 / 0,009	178 / 13983163,8 / 0,007	181 / 15273820,8 / 0,007	198,17 / 10627971,07 / 0,008
Село	Вследствие ППЖ (годы/в % к ВРП)	3947 / 0,307	3776 / 0,297	4221 / 0,335	4532 / 0,362	4862 / 0,392	4574 / 0,371	4267,6 / 0,339
	Вследствие смертности населения за год (умерло чел. в труд. возр./в руб./в % к ВРП)	118 / 3005129,6 / 0,005	112 / 3552281,6 / 0,004	119 / 5073672,1 / 0,005	145 / 9356110,5 / 0,006	154 / 12097793,4 / 0,006	138 / 11645233,5 / 0,006	131,00 / 7455036,78 / 0,005

Таблица 4. Экономический ущерб от случайных отравлений алкоголем

Категория населения	Показатель экономического ущерба	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	Среднее за 2001 – 2006 гг.
Все население	Вследствие ППЖ (годы/в % к ВРП)	7868 / 0,613	7807 / 0,613	11288 / 0,895	12174 / 0,974	8853 / 0,714	5786 / 0,470	9598 / 0,762
	Вследствие смертности населения за год (умерло чел. в труд. возр./ в руб./в % к ВРП)	359 / 9142724,8 / 0,014	375 / 11893800 / 0,015	525 / 22383847,5 / 0,021	571 / 36843717,9 / 0,023	417 / 32758310,7 / 0,017	271 / 22868538,3 / 0,011	419,67 / 22648489,87 / 0,017
Мужчины	Вследствие ППЖ (годы/в % к ВРП)	6547 / 0,51	6344 / 0,499	9406 / 0,746	10044 / 0,803	7583 / 0,611	4552 / 0,370	7984,8 / 0,634
	Вследствие смертности населения за год (умерло чел. в труд. возр./ в руб./в % к ВРП)	306 / 7792963,2 / 0,012	307 / 9737057,6 / 0,012	444 / 18930339,6 / 0,018	483 / 31165526,7 / 0,019	361 / 28359113,1 / 0,015	226 / 19071179,5 / 0,009	354,50 / 19176029,95 / 0,014
Женщины	Вследствие ППЖ (годы/в % к ВРП)	1321 / 0,103	1463 / 0,115	1882 / 0,149	2130 / 0,17	1270 / 0,102	1234 / 0,100	1613,2 / 0,128
	Вследствие смертности населения за год (умерло чел. в труд. возр./ в руб./в % к ВРП)	53 / 1349761,6 / 0,002	68 / 2156742,4 / 0,003	81 / 3453507,9 / 0,003	88 / 5678191,2 / 0,004	56 / 4399197,6 / 0,002	45 / 3797358,8 / 0,002	65,17 / 3472459,92 / 0,003
Город	Вследствие ППЖ (годы/в % к ВРП)	5154 / 0,401	4769 / 0,375	7259 / 0,576	7245 / 0,579	4706 / 0,379	3342 / 0,271	5826,6 / 0,462
	Вследствие смертности населения за год (умерло чел. в труд. возр./ в руб./в % к ВРП)	238 / 6061193,6 / 0,009	235 / 7453448 / 0,009	334 / 14240390,6 / 0,013	343 / 22132040,7 / 0,014	226 / 17763904,6 / 0,009	156 / 13164177 / 0,006	255,33 / 13467525,75 / 0,010
Село	Вследствие ППЖ (годы/в % к ВРП)	2714 / 0,211	3038 / 0,239	4029 / 0,319	4929 / 0,394	4147 / 0,334	2444 / 0,198	3771,4 / 0,3
	Вследствие смертности населения за год (умерло чел. в труд. возр./ в руб./в % к ВРП)	121 / 3081531,2 / 0,005	140 / 4440352 / 0,006	191 / 8143456,9 / 0,008	228 / 14711677,2 / 0,009	191 / 15004406,1 / 0,008	115 / 9704361,3 / 0,005	164,33 / 9180964,12 / 0,007

А.А. Шабунова
ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ
В РОССИИ: СОСТОЯНИЕ
И ДИНАМИКА



ОТ АВТОРА



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

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

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

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

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

ВВЕДЕНИЕ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1) биологическое (физическое) здоровье: совершенство саморегуляции в организме и максимальная адаптация к окружающей среде;

2) психическое здоровье: состояние общего душевного комфорта, обеспечивающее адекватную поведенческую реакцию;

3) социальное здоровье: система ценностей, установок и мотивов поведения индивида в обществе, мера его социальной активности, трудоспособности как форма деятельного отношения к миру.

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

Однако изучение здоровья будет неполным, если не учесть такие важные его компоненты, как репродуктивное здоровье и репродуктивный потенциал. Понимая под репродуктивным здоровьем не только возможность удовлетворенной и безопасной сексуальной

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

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

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

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

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

Глава 1

КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ

1.1. Понятие, сущность, тенденции общественного и индивидуального здоровья

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

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

Здоровье издревле является главной жизненной ценностью человека, основой гармоничного развития личности и величайшим благом. В современном обществе «максимально достижимый уровень здоровья» признается одним из неотъемлемых прав человека и народа, выступает как важнейшее условие и средство, как

одна из конечных целей общественного развития. Наоборот, низкий уровень здоровья населения ассоциируется с прямой угрозой национальной безопасности любого государства, с препятствием его социально-экономическому прогрессу [195, с. 121].

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

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

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

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

Признание теории «человеческого капитала» (344; 345; 383, с. 639-551) и ее дальнейшее развитие позволяют говорить о здоровье как об экономической категории. Выделяется понятие «капитал здоро-

вья» – инвестиции в человека, осуществляемые с целью формирования, поддержания и совершенствования его здоровья и работоспособности. Капитал здоровья является несущей конструкцией, основой человеческого капитала в целом [124, с. 30, 217].

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

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

Обобщение современных представлений о здоровье, получаемых из различных отраслей знаний, дает возможность сформировать его структуру, выделив составные части: духовно-нравственный компонент, биологический, социальный, интеллектуальный, эмоциональный, репродуктивный, физический, экономический и др. (табл. 1.1). Все компоненты взаимосвязаны.

Здоровье – это комплексное и вместе с тем целостное многомерное динамическое состояние, развивающееся в процессе реализации генетического потенциала в условиях конкретной социальной и экологической среды, позволяющее человеку в той или иной степени осуществлять его биологические и социальные функции. Для решения как практических, так и теоретических вопросов здоровья в любой области знаний важнейшее значение имеет определение самого здоровья.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

В других многочисленных определениях в качестве основных признаков здоровья используются: 1) отсутствие болезни; 2) нормальное состояние организма; 3) динамическое равновесие организма и среды; 4) способность к полноценному выполнению социальных функций; 5) полное физическое, духовное, умственное и социальное благополучие, гармоническое развитие организма;

6) способность приспосабливаться к динамическим условиям окружающей среды; 7) жизнеспособность как интегральный показатель жизнедеятельности, т.е. осуществление биологических и социальных функций и пр.

Обобщая доступные в литературе определения здоровья, П.А. Калью предложил следующее объединенное определение: «1 – нормальная функция организма на всех уровнях его организации, нормальное течение физических и биохимических процессов, способствующих индивидуальному выживанию и воспроизводству; 2 – динамическое равновесие организма и его функций и факторов окружающей среды; 3 – способность к полноценному выполнению основных функций, участие в социальной деятельности и общественно полезном труде; 4 – способность организма приспосабливаться к постоянно меняющимся условиям существования в окружающей среде, поддерживать постоянство внутренней среды организма, обеспечивая нормальную и разностороннюю жизнедеятельность; 5 – отсутствие болезни, болезненных состояний либо болезненных изменений; 6 – полное физическое и духовное, умственное и социальное благополучие, гармоническое развитие физических и духовных сил организма, принцип его единства, саморегуляции и гармонического взаимодействия всех органов» [128, с. 33-35].

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

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

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

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

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

В современной литературе понятие «общественное здоровье» рассматривается, по меньшей мере, в двух аспектах. С одной стороны, общественное здоровье как система (*public health as system*) – это система научных и практических мер и обеспечивающих их структур медицинского и немедицинского характера, деятельность которой направлена на реализацию концепции охраны и укрепления здоровья населения, профилактику заболеваний и травм, увеличение продолжительности активной жизни и трудоспособности.

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

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

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

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

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

А.И. Вялков и И.А. Гундаров понимают под общественным здоровьем способность населения обеспечивать воспроизводство полноценного потомства, необходимую продолжительность жизни и адекватную трудовую активность. Обсуждая сущность понятия, авторы отмечают, что общество есть множество отдельных индивидов, которые в то же время находятся во взаимодействии между собой, образуя социальное целое. Поэтому, с одной стороны, общество не может быть здоровым, если все его граждане по отдельности больны. С другой стороны, даже если все граждане по отдельности здоровы, общество может оказаться больным как социальный организм, когда повреждены внутренние системные зависимости, объединяющие людей в единое целое. Например, если население страны состоит на 70% из женщин и на 30% из мужчин и все они здоровы, тем не менее такая гендерная структура есть признак репродуктивного нездоровья, лишаящего народ возможности выжить [58, с. 5-9].

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Многочисленные исследования индивидуального здоровья, проведенные учеными Института социально-экономических отношений РАН, показали, что приемлемым методом его измерения

является балльная оценка, позволяющая получать интегральные индикаторы состояния человека. Н.М. Римашевская также использует понятие «потенциал здоровья», определяя его как некоторый теоретический «абсолют» здоровья, характеризующийся биологическим максимумом, снижающимся на протяжении жизненного цикла в результате воздействия патологических состояний человека. Поэтому здоровье может рассматриваться как некий потенциал, изменяющийся под влиянием нездоровья [117, с. 45].

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

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

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

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

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

- ожидаемая продолжительность жизни в возрасте 1 года, 20 лет, 40 лет, 60 лет;
- ожидаемая продолжительность жизни в состоянии нездоровья в возрасте 1 года, 20 лет, 40 лет, 60 лет;

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

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

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

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

Относительность и противоречивость категории «здоровье» делает целесообразным подход к нему с позиции качества. Подобный концептуальный подход с позиции «количество» и «качество» встречается в трудах отечественных ученых [7, с. 63-70; 14, с. 21; 125]. Определение здоровья как формы жизнедеятельности, обеспечивающей качество жизни и достаточную ее продолжительность, расширяет понимание этой категории. Показатели качества жизни включают уровень удовлетворения потребностей, объективные и субъективные показатели, а также, в отличие от показателей уровня жизни, оценку социального благополучия в психосоциальном аспекте, уровень душевного комфорта.

Анализ научной литературы показал, что здоровье следует рассматривать не в статике, а в динамике изменений внешней среды и в онтогенезе. В этом отношении заслуживает внимания высказывание, что здоровье определяет процесс адаптации [16, с. 73-78],

что это не результат инстинкта, а реакция на социально созданную реальность. Она дает возможность адаптироваться к изменяющейся внешней среде, социальным условиям, к росту и старению, лечению, страданиям и мирному ожиданию смерти [367]. То есть здоровье актуально во все периоды жизни и развития человека.

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

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

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

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

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

Третий, квазимодерный тип общественного здоровья характеризуется недостаточно продолжительной жизнью большинства населения при преждевременной повышенной смертности части

людей в молодых и допенсионных возрастах. Средняя продолжительность жизни находится в диапазоне 60 – 65 лет. Младенческая смертность составляет 10 – 15 случаев на 1000 новорожденных.

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

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

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

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

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

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

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

Однако столь небольшие положительные подвижки нельзя расценивать как начало устойчивого изменения общественного здоровья российского населения в лучшую сторону. С большой долей осторожности можно лишь предположить, что часть населения начала адаптироваться к сложившейся общественно-политической и социально-экономической ситуации. При этом необходимо иметь в виду, что ситуация может сдвинуться в любую сторону. Особую настороженность вызывает ухудшение здоровья детей и подростков [229, с. 41-55].

При определении основной причины сложившейся ситуации мы согласимся с Б.Б. Прохоровым, что это низкая величина валового

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

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

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

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

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

По мере развития медицины, увеличения возможностей влияния на причины экзогенного характера и по мере осознания человеком ответственности за состояние собственного здоровья возрас-

тает роль эндогенных факторов смертности, что и составляет суть концепции эпидемио-логического перехода. Данный процесс проходит за четыре этапа:

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

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

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

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

Существуют две модели эпидемиологического перехода:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Более позднее начало и ускоренное развитие эпидемиологического перехода по сравнению с западными государствами, что существенно отразилось на уровне смертности от самоубийств.

2. Отсутствие адекватного появляющимся проблемам развития системы здравоохранения и профилактики факторов смертности от внешних причин, в том числе самоубийств.

В динамике смертности населения с середины 60-х гг. XX века до начала XXI века В.Г. Семенова выделяет три этапа: 1965 – 1980 гг., когда тенденции смертности были весьма неблагоприятными, 80-е годы – период позитивных тенденций, особенно ускорившихся с проведением антиалкогольных мероприятий, и 90-е годы XX – начало XXI в., когда негативные тенденции возобновились невиданными темпами [270, с. 226].

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Современные исследователи выделяют два уровня изучения и формирования здоровья: индивидуальное здоровье – здоровье одного человека (представляющее микроуровень изучения) и общественное здоровье – здоровье популяционное, здоровье нации (представляющее макроуровень изучения закономерностей его изменения и формирования).

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

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

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

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

Ожидаемая продолжительность жизни населения в России на протяжении длительного исторического промежутка была ниже, чем в развитых странах. В настоящее время различия составляют для мужчин 15 – 19 лет, а для женщин 7 – 11 лет. За период с 2000 по 2008 г. уровень младенческой смертности в России снизился на 40%, ожидаемая продолжительность жизни населения выросла

почти на 3 года, но достигнутый уровень сопоставим с аналогичными показателями развивающихся стран, таких как Египет, Марокко.

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

1.2. Общественное здоровье и социально-экономическое развитие

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

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

Социальный капитал в поддержке физического ресурса – здоровья – может быть рассмотрен как система взаимосвязей: родственных, дружеских, административных и т.д., а также как доступ к необходимым ресурсам в сохранении жизни и здоровья инди-

вида и как доверие и взаимность во взаимодействиях с медицинским работником при получении услуг [380, с. 27-40; 282, с. 41-51] либо во взаимодействиях с работодателем при осуществлении им социальных гарантий.

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

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

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

Исследования влияния социального капитала на здоровье показывают, что социальная изоляция обычно предшествует заболеваниям, то есть является причиной, а не следствием болезни. Специалисты-психологи [350] в результате более тридцати лет наблюдений подтверждают связь между отношениями поддержки и взаимопонимания и психическим здоровьем. Например, одиноко

проживающие пожилые люди, не имеющие друзей или родственников, подвержены большему риску заболевания слабоумием или болезнью Альцгеймера при прочих равных условиях. Наличие положительных контактов с окружающими, особенно с членами семьи и детьми, сказывается на снижении вероятности заболевания слабоумием, даже если подобные контакты относительно нерегулярны.

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

Изменения в социальном капитале могут отражать изменения в моделях экономического неравенства внутри стран и между странами. Так, например, данные обследования, проведенного в США, показали, что неравенство по доходам уменьшает социальный капитал и таким образом ведет к повышению уровня смертности (а также к повышению уровня преступности) [369, с. 292-314]. Следует, безусловно, иметь в виду, что социальный капитал в данном контексте играет смягчающую роль, а между бедностью и плохим состоянием здоровья существует непосредственная связь. Данное исследование показало, что на здоровье в большей степени влияет распределение доходов в обществе, а не их средний уровень.

Наличие такого рода зависимостей выявлено и российскими учеными. Исследования, проведенные в Институте социально-экономических проблем народонаселения РАН, вскрыли закономерности влияния социально-экономического неравенства на экономический рост, демографическую динамику и качество человеческого и социального капитала. Подход А.Ю. Шевякова основан на гипотезе, что различным видам экономического, социального и демографического поведения соответствуют определенные функциональные границы или пороговые уровни доходов, переход через которые необходим для того, чтобы соответствующие виды поведения были полноценно осуществимыми [318, с. 32-33]. Учеными ИСЭПН доказано, что избыточное неравенство заметно снижает потенциал здоровья населения и рождаемость. Тогда как вытеснение избыточного неравенства за счет роста нормального неравенства, напротив, ведет к росту рождаемости. Динамика коэф-

фициента рождаемости в России в 1991 – 1999 гг. довольно точно следовала с лагом в один год за динамикой соотношения между нормальным и общим неравенством: локальным всплескам рождаемости в 1994 и 1998 годах предшествовали увеличения этого соотношения [317, с. 86-102].

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

Ситуация в РФ такова, что факт неравного доступа к медицинским услугам дополняется исключением некоторых групп населения из системы здравоохранения: бомжей, беспризорных детей, мигрантов, да и зачастую просто необеспеченных людей, которые лишены элементарной медицинской помощи или доступ которых к этой помощи сильно затруднен. Затем в обществе неравно разделены риски болезней или преждевременных смертей. Основной причиной заболеваний и преждевременных смертей в благополучных странах является неравенство в условиях жизни и труда в соединении со специфическими для различных социальных слоев стилями поведения по поддержанию здоровья [360, с. 137-143]. В России же в первую очередь необходимо принимать во внимание экзогенные факторы – преступность, ДТП, проблемы с окружающей средой, высокую стоимость лекарств, несвоевременно оказанную медицинскую помощь.

Впрочем, эндогенные факторы, конечно, тоже влияют на продолжительность жизни населения и возникновение хронических заболеваний или инвалидности, повышенную младенческую смертность.

В.В. Радаев [236, с. 20-32] отмечает, что в отличие от культурного и человеческого капитала социальный капитал не является атрибутом отдельного человека. Его объективированную структурную основу формируют сети социальных связей, которые используются для транслирования информации, экономии ресурсов, взаимного обучения правилам поведения, формирования репутаций. На основе социальных сетей, которые часто имеют тенденцию к относительной замкнутости, складывается институциональная основа

социального капитала – принадлежность к определенному социальному кругу, или членство в группе. При этом последнее может подкрепляться и формальными статусами [349, с. 102-103].

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

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

В своей концепции П. Бурдые указывает на связь между классовой принадлежностью индивида, уровнем его здоровья и образом жизни: знание о рациональном поведении влияет на отношение к здоровью. П. Бурдые анализирует логику практики во времени и пространстве, концептуализирует приобретенное положение (*habits*), поиск социальных различий в конструировании стиля жизни в отношении к здоровью. На основе социального капитала формируются культура и вкусы, которые распространяются на весь класс [385, с. 577-604]; преимущества, передаваемые элитами своим детям (навыки устной и письменной речи, эстетические ценности, умение взаимодействовать с людьми, ориентация на достижения в учебе), расширяют возможности их социальной мобильности. Высокие требования школы, которым необходимо соответствовать, чтобы оставаться успешным, способствуют воспроизводству классового неравенства [348, с. 2].

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

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

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

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

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

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

Социально-экономические различия – значимые факторы неравенства в здоровье. В основе данного предположения лежат представления о механизмах связи здоровья с неравенством в социально-экономическом положении [359, с. 693-705; 372, с. 1387-1393; 379, с. 841-868; 386, с. 145-166; 393, с. 591-605]. На влияние социально-экономического статуса на здоровье населения указывает в своих исследованиях и В.С. Тапилина [294, с. 126-137]. Уровень доходов определяет различия в жизненных стандартах – количестве и качестве потребляемых товаров и услуг. От этого, в свою очередь, зависит калорийность, разнообразие и сбалансированность питания, защитные и санитарно-гигиенические свойства используемой одежды и обуви, удобство и комфорт микросреды обитания. Различия в жизненных условиях формируют неодинаковые возможности адаптации и способность справляться с физическими и эмоциональными нагрузками. Неравенство в жизненных стандартах определяет неравенство возможностей в использовании эффективных мер и способов в борьбе с возникающими отклонениями от здоровья. С подобными механизмами «передачи» влияния социально-экономического неравенства на здоровье связана общая гипотеза исследования о том, что связь между показателями здоровья и социально-экономическим положением имеет следующую форму зависимости: «чем лучше экономическое положение, тем лучше здоровье».

Вместе с тем в последнее время обнаружены иные каналы существенного влияния неравенства на здоровье, в частности установлено, что хронические стрессы, связанные с неудовлетворенностью

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

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

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

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

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

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

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

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

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

И.В. Ильинский выделяет в связи с этим следующие составляющие: капитал образования, капитал здоровья и капитал культуры [124]. В зависимости от степени обобщенности человеческого капитала в его структуре можно обозначить следующие компоненты: индивидуальный, коллективный и общественный. Два первых рассматриваются на микроуровне как человеческие капиталы отдельно взятого человека и группы людей, объединенных по определенному признаку, – коллектива фирмы, членов социально-культурной группы и т.д. Общественный компонент – это человеческий капитал на макроуровне, он представляет собой весь нако-

пленный обществом человеческий капитал, который, в свою очередь, является частью национального богатства, стратегическим ресурсом и фактором экономического роста.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Важнейшими формами вложений в человека западные экономисты считают образование, подготовку на производстве (on-the-job training), медицинское обслуживание, миграцию, поиск информации о ценах и доходах, рождение детей и уход за ними. Образование и подготовка на производстве повышают уровень знаний человека, т.е. увеличивают объем человеческого капитала. Охрана

здоровья, сокращая заболеваемость и смертность, продлевает срок службы человека, а также увеличивает интенсивность его использования. Миграция и поиск информации способствуют перемещению рабочей силы в те районы и отрасли, где труд лучше оплачивается, т.е. цена за услуги человеческого капитала выше. Рождение детей и уход за ними представляют собой форму воспроизводства человеческого капитала в следующем поколении. В этом подходе уравнены факторы разного срока действия, влияющие на различные стороны воспроизводства рабочей силы.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

В.А. Ионцев и его соавторы в работе «Население России на рубеже XX – XXI веков: проблемы и перспективы» показывают, что «... существующие тенденции воспроизводства населения угрожают привести к тому критическому состоянию, которое определяет не только демографический кризис, но и ситуацию, при которой демографические факторы начинают реально препятствовать экономическому росту» [193, с. 107]. Другими словами, современная демографическая ситуация в нашей стране, характеризующаяся не только

низкой рождаемостью, но и крайне высоким уровнем смертности населения, особенно в трудоспособном возрасте, приводит к значительным потерям человеческого капитала, что может самым негативным образом сказаться на экономическом развитии.

Для современной России проблема увеличения или как минимум сохранения человеческого капитала является одной из важнейших. Как известно, показатели, характеризующие уровень здоровья населения, такие как ожидаемая продолжительность жизни, смертность в трудоспособном возрасте, заболеваемость детей и подростков, вызывают опасения за будущее нашей страны [162, с. 30; 8, с. 29-34; 193]. В этих условиях концепция, предполагающая в качестве необходимого условия, а возможно, и основной цели наращивание человеческого капитала, могла бы оказаться полезной не только с точки зрения идеологии, но и с точки зрения практических мероприятий, направленных на улучшение качества жизни и повышение уровня здоровья.

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

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

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

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

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

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

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

В то же время многочисленные исследования показывают, что сложная социально-экономическая ситуация в стране непосредственно отразилась на динамике здоровья населения, уровне и качестве жизни россиян [9, с. 27-33; 162, с. 30; 227; 251, с. 40-54; 326;

373, с. 17-36; 398]. По наиболее пессимистическим демографическим прогнозам, к 2050 году Россия может потерять треть населения, ухудшение здоровья неблагоприятно скажется на трудовом потенциале [3;72, с. 182; 143, с. 18-21; 251, с. 40-51].

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

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

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

Экономические аспекты потерь здоровья населения связаны со снижением количества произведенной продукции, дезоргани-

зацией 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 получить величину потерь, вызванных заболеваемостью, инвалидностью и смертностью, т.е., в сущности, определить цену здоровья.

В 1990-х годах интерес к экономическим аспектам здоровья в нашей стране начал возрастать. Повышенный интерес к стоимости здоровья был вызван разработками в области «экономики человека» и концепции человеческого капитала. В.Л. Корчагин [148, с. 10-14; 149, с. 109-120] подчеркивает, что усиление интереса к экономическим оценкам медико-демографических процессов происходит вследствие роста национального груза болезней, вызванного высокой смертностью, распространением хронических и инфекционных заболеваний, возрастанием потерь населения в связи с воздействием техногенных и стихийных факторов, а также дорожно-транспортным травматизмом. Согласно этому подходу потери здоровья населения характеризуются прямой и непрямой стоимостью. Прямая включает стоимость лечения и реабилитации больных, социальные выплаты (пенсии по инвалидности, выплаты по социальному страхованию) и расходы на мероприятия по охране здоровья населения. Непрямая стоимость учитывает упущенную выгоду в производстве ВВП, связанную с временной или постоянной утратой трудоспособности в результате заболеваемости, инвалидизации и смертности. По расчетам В.Л. Корчагина, в 1996 г. в России прямая стоимость груза болезней составила 110,2 трлн. руб., а непрямая – 316,7 трлн. руб.

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

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

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

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

- данная стоимость рассчитывалась на перспективу, с учетом суммарного количества лет, не дожитых до возраста ожидаемой продолжительности жизни, а не за период, равный одному году, как в остальных случаях;
- предельный возраст дожития при расчете количества потерянных лет принимался равным ожидаемой продолжительности жизни в развитых странах Европы (71 год для мужчин и 80 лет для женщин), которая значительно выше, чем в 1996 г. в России (60 лет для мужчин и 72 года для женщин).

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

Вследствие неравномерности регионального развития значительный интерес представляют расчеты экономического ущерба от потерь здоровья для отдельных регионов. На основании выше-

рассмотренной методики нами был осуществлен расчет упущенной выгоды в производстве ВРП и экономических потерь вследствие утраты здоровья для Вологодской области.

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

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

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

При обсуждении экономического ущерба, наносимого бременем болезней, отдельного внимания заслуживает распространение ВИЧ-инфекции и СПИДа. Многие исследования последних лет показали, что это заболевание ложится тяжелым экономическим бременем на отдельных граждан, семьи и целые страны. Так, Всемирный Банк провел два исследования, одно из которых посвящено влиянию ВИЧ-инфекции и СПИДа на экономику Российской Федерации.

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

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

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

Эксперты ВОЗ оценили также и возможные экономические выгоды, которые могла бы извлечь экономика государства при улучшении здоровья населения. Так, например, расчеты для Российской Федерации показали, что любая эффективная программа инвестиций в укрепление здоровья, начатая в 2000 г., будет экономически выгодна, если она: 1) снизит взрослую смертность на 2% в год относительно исходного уровня; 2) обойдется дешевле, чем 26% от величины ВВП РФ в 2000 г. [388, с. 138]. Эти оценки следует воспринимать главным образом как показатель того, чего можно добиться, улучшив состояние здоровья населения.

Таким образом, анализ теоретических основ свидетельствует о том, что общественное здоровье – сложная социально-экономическая категория, тесно взаимосвязанная с развитием общества. Уровень социально-экономического развития страны

определяет тип общественного здоровья. Войны, голод, социальная деградация общества ведут к значительному его ухудшению. Здоровье является значимым компонентом социального и человеческого капитала.

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

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

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

1.3. Методологические подходы к изучению здоровья

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

Для настоящего времени характерно включение все большего числа отраслей естественных и гуманитарных наук в общий поток исследований многообразных вопросов, касающихся здоровья, – медико-биологических [23; 32; 45, с. 5-9], философских [36, с. 48-53], психологических [104, с. 95-105], социально-гигиенических [142, с. 78-82; 140] и многих других. Растущий интерес к проблеме здоровья особенно заметен в области социально-экономических наук, где изучение этой проблемы постепенно завоевывает пози-

ции одного из ведущих направлений научных разработок [31; 257, с. 152-187; 265]. Объектом самостоятельного рассмотрения становится здоровье и в исследованиях проблем условий и образа жизни населения.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Более полные и глубокие знания о здоровье, например детском, дают углубленные медицинские осмотры или данные диспансеризации отдельных групп населения. Организация осмотров позволяет улучшить выявляемость отклонений, хронических заболеваний и начальных морфофункциональных сдвигов как терапевтом (педиатром), так и врачами-специалистами. Тем самым создаются

оптимальные условия для эффективного оздоровления населения с начальными формами отклонений. Но единичные углубленные медицинские осмотры не дают возможности выявить тенденции изменения здоровья популяции, установить зависимости между здоровьем и формирующими его факторами среды. Широкое применение медосмотров ограничено трудоемкостью и затратностью проведения.

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

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

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

Таким образом, при явных достоинствах этой группе методов присущи и недостатки. На наш взгляд, статистические данные лишь отчасти позволяют выявить влияние факторов на формиро-

вание общественного здоровья. Еще сложнее уловить изменения здоровья на микроуровне (семья, индивид), основываясь только на этих методах.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

В 90-х гг. прошлого века с формированием понятия «качество здоровья» был разработан ряд методик по его оценке. Одна из первых методик принадлежит английскому социологу А. Williams [356; 374]. Индикаторами качества здоровья в ней выступают мобильность, самообслуживание, повседневная деятельность, боль/дискомфорт, беспокойство/депрессия, составляющие 5 разделов, которые позволяют описать проблемы, связанные с выбранными индикаторами. На основании этих индикаторов А. Williams [394, с. 199-208] составил шкалу по измерению качества здоровья – индивидуальный термометр здоровья.

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

Субъективные характеристики здоровья населения, полученные в ходе социологических обследований, все чаще применяются отечественными и зарубежными учеными. Несмотря на некоторые ограничения метода самооценок, он признан достаточно надежным и рекомендован Всемирной организацией здравоохранения для мониторинга здоровья и внутри отдельных стран, и для

межстрановых сравнений. Поэтому использование социологической информации о состоянии здоровья населения вполне оправданно и полезно в качестве дополнительного инструмента оценки общественного здоровья и результативности политики здравоохранения.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Рисунок 1.1. Показатели, характеризующие общественное здоровье

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

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

Не менее важными среди применяемых представляются методы оценки эффективности средств, затраченных на лечение различных недугов. Например, анализ «затраты – эффективность» используется в тех случаях, когда для измерения эффекта приме-

няется только один количественный показатель (например, число сохраненных человеко-лет жизни) [96, с. 31-36].

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

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

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

Влияние лечения на физическое, психологическое, когнитивное и социальное функционирование пациента, его благополучие измеряются в неспецифических единицах (количество продленных лет

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

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

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

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

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

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

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

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

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

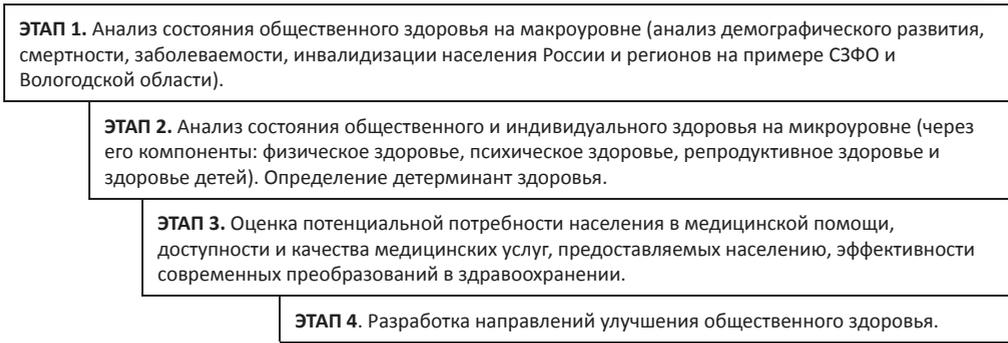


Рисунок 1.2. Этапы исследования

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

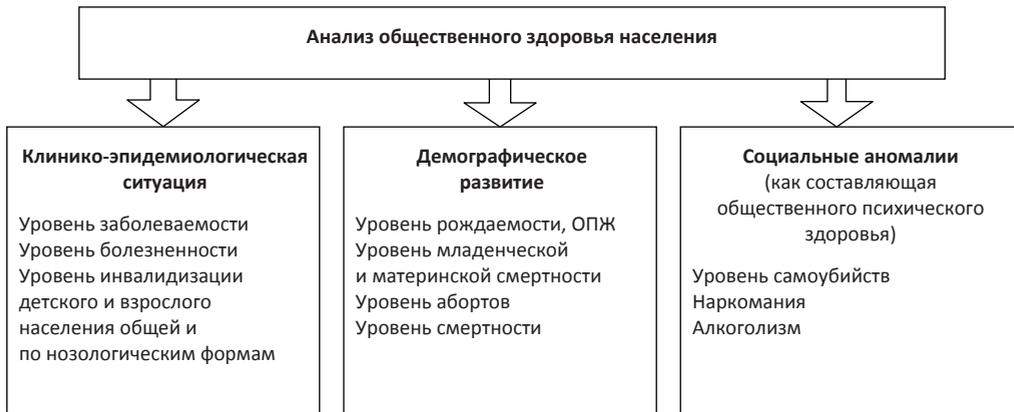


Рисунок 1.3. Система анализа общественного здоровья на макроуровне

Анализ исследования общественного здоровья на микроуровне опирался на данные социологических и медико-социологических исследований взаимосвязанных компонентов здоровья: физического здоровья, психического здоровья и социального самочувствия взрослого населения, репродуктивного здоровья и репродуктивного поведения, здоровья детского населения. Исследования проводились на территории Вологодской области, как одного из типичных регионов Российской Федерации, для которого харак-

терны все тенденции в изменении здоровья и демографического развития, присущие стране в целом.

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

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

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

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

В качестве основных задач исследования на данном этапе нами выделены: измерение индивидуального здоровья жителей Вологодской области на основе самооценок; построение индексов здоровья;

выявление зависимости здоровья от социально-демографических характеристик населения; определение прямых и обратных связей между состоянием здоровья и основными показателями уровня и образа жизни; построение типологической дифференциации населения по сочетанию параметров уровня и образа жизни и состояния здоровья.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Была разработана анкета для социологических опросов. Их периодичность была различной (в 2000 – 2001 гг. – два раза в год,

в последующем – один раз в год). Объем ежегодной выборки – 1500 респондентов. Методика организации и проведения опроса аналогична методике, использованной в исследовании «Мониторинг здоровья населения Вологодской области и условий его охраны и укрепления».

Анкета для исследования включала следующие основные блоки вопросов: оценка социального самочувствия и настроения, степени удовлетворенности жизнью; вопросы специальных методик; информированность населения в вопросах сохранения здоровья; оценка востребованности и доступности психологической помощи; социально-демографический блок, включающий вопросы о доходах (*прил. 3*).

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

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

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

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

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

Остановимся подробнее на вышеупомянутых методиках.

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

В 2003 г. по рекомендации главного психиатра Вологодской области в исследовании впервые была использована госпитальная шкала тревоги и депрессии, разработанная, адаптированная и рекомендованная экспертами ВОЗ. Она включает две шкалы по 7 вопросов (см. *прил. 3*), поэтому проста в применении и обработке полученных результатов. Данная методика позволяет оценить три уровня тревоги и депрессии.

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

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

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

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

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

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

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

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

Идея проведения мониторинга изучения условий формирования здоровья детей, подобного английскому, в России впервые была высказана профессором Н.М. Римашевской в 1980 году. «Уже тогда ученым института было ясно, что необходимо обратить внимание на детей, если думать о здоровье взрослых» [247, с. 100]. Проведенное нами исследование является воплощением идеи Н.М. Римашевской в жизнь. «Центральная идея исследования состоит в том, чтобы в формате лонгитюда, в режиме реального времени изучить процесс формирования качественного потенциала человека, начиная с рождения» [247, с. 100].

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

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

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

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

Организация исследования предполагала использование комплексного инструментария мониторинга, который состоял:

- из анкеты, характеризующей особенности семьи и домохозяйства новорожденного (на основе оценок родителей), а также здоровье родителей, и особенно подробно матери, специфику родов, основные параметры здоровья новорожденного или причины его смерти (на основе медицинской документации и экспертных оценок врачей). Анкеты, характеризующие состояние здоровья и развития ребенка, условия его жизни в возрасте одного, двух, трех лет и так далее (анкеты имели две части, одна из которых, касающаяся условий жизни и развития детей, заполнялась родителями, другая, касающаяся характеристики и оценки здоровья ребенка, – участковыми врачами-педиатрами);
- компьютерной программы обработки первичной информации (SPSS); статистических методов выявления наиболее значимых факторов.

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

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

Обследования семей с детьми в возрасте 1 год и старше дополнительно содержали блоки оценки родителями здоровья и развития

ребенка, оценки медицинской активности родителей ребенка, оценки организации и качества медицинского обслуживания ребенка; блок вопросов для педиатров: оценка физического развития и здоровья ребенка, сведения о заболеваниях, их кратности и тяжести протекания, оценка необходимости реабилитационных мероприятий для данного ребенка.

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

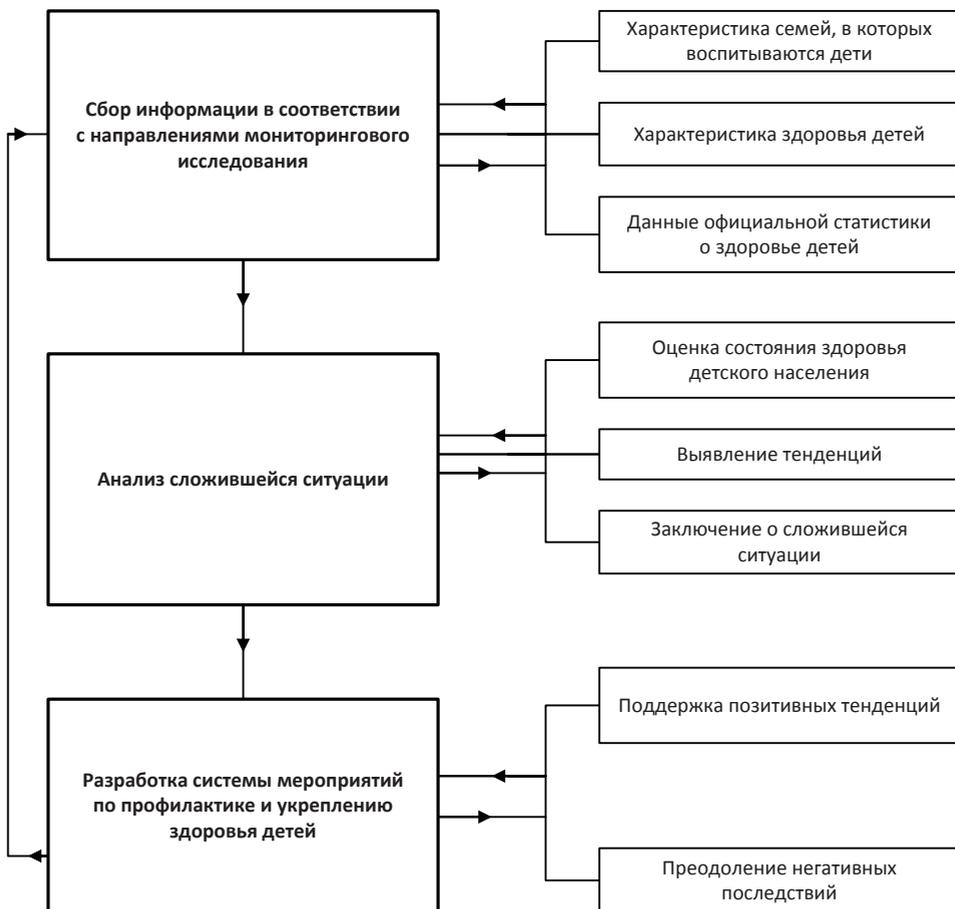


Рисунок 1.4. Этапы проведения мониторингового исследования

Схема проведения мониторинга отображена на *рисунке 1.4*. Дадим краткую характеристику каждого из выделенных этапов. На первом этапе мониторинга осуществляется сбор информации

в соответствии с направлениями мониторингового исследования: 1) информация о социально-экономических, демографических и медицинских показателях семьи, в которой воспитывается ребенок; 2) информация о здоровье ребенка; 3) официальные данные медицинской статистики.

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

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

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

Таким образом, подводя предварительные итоги, отметим, что здоровье – сложная социально-экономическая категория, тесно взаимосвязанная с развитием общества. С одной стороны, высокий уровень экономического развития государства позволяет инвестировать в развитие человеческого капитала, в том числе в здравоохранение и охрану здоровья населения, что способствует повышению продолжительности жизни и укреплению здоровья. С другой стороны, здоровье определяет качество трудовых ресурсов, что в свою очередь оказывает значительное влияние на рост ВВП

и производительность труда. Крепкое здоровье и высокая продолжительность жизни являются залогом повышения уровня экономического развития страны в целом и отдельных ее регионов.

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

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

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

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

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

Глава 2

ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ: ТЕНДЕНЦИИ И ФАКТОРЫ

2.1. Изменение общественного здоровья населения России

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Сложившиеся традиции и экономический уклад государств отражаются на их демографическом развитии. Принципиально различные модели воспроизводства населения обуславливают неодинаковую структуру заболеваемости и смертности в регионах мира. В развивающихся странах и странах с наиболее низким уровнем экономического развития (прежде всего страны Африки к югу от Сахары, некоторые арабские страны), как правило, велика доля детского и молодого населения. В Европе же, напротив, закрепились устойчивые тенденции старения населения, а уровень рождаемости установился гораздо ниже уровня простого воспроизводства. Именно эти различия и обуславливают принципиально различные структуры заболеваемости и причин смертности в этих странах.

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

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

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



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

Примечание. СПЖ – средняя продолжительность жизни.

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

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

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

Данные таблицы 2.2 показывают неравномерность протекания процесса депопуляции на примере Северо-Западного феде-

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

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

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

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

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

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

рального округа РФ. Можно выделить особо проблемные «северные» территории: Мурманскую область (-27,9%), Республику Коми (-21,5%), Архангельскую область (-18,8%) и относительно благополучные Калининградскую (+4,3%) и Ленинградскую (-2,7%) области. Вологодская область занимает срединное положение.

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

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

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

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

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

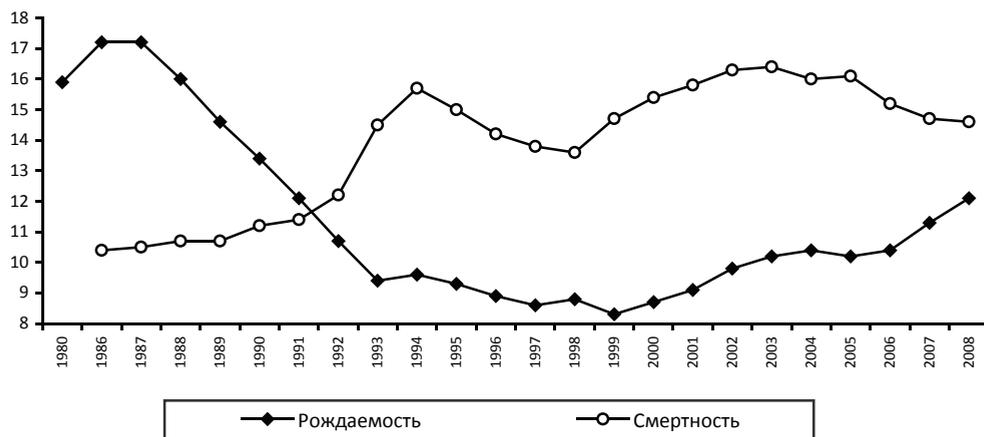


Рисунок 2.2. Динамика коэффициентов рождаемости и смертности (на 1000 человек населения)

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

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

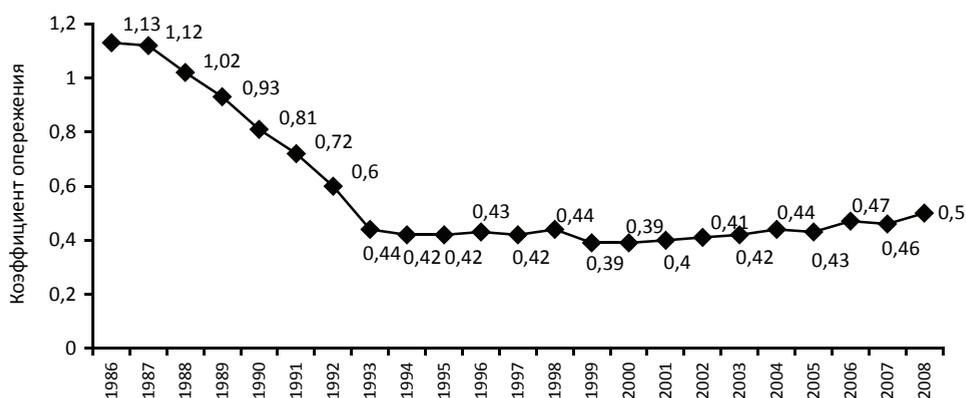


Рисунок 2.3. Значения коэффициента опережения по темпам роста для показателей рождаемости и смертности населения Российской Федерации (1986 – 2008 гг.)

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

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

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

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

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

Хотя темпы прироста смертности российского населения в благоприятный период развития страны снизились (в 1992 – 2000 гг. прирост составлял 25%, а в интервале между 2000 и 2008 гг. смертность населения снизилась на 5%), ее уровень существенно превышает показатели развитых стран. «Рожаем, как в Европе, умираем, как в Африке» [248, с. 209]. Особенно высока смертность россиян от предотвратимых причин² (табл. 2.5). С 1993 г. внешние причины заняли второе место в структуре смертности населения России. В период с 2006 по 2008 г. отмечалось незначительное снижение смертности населения, в том числе и от несчастных случаев, отравлений, травм, но даже с учетом этого россияне умирают от внешних причин в три раза чаще, чем население в странах Евросоюза.

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

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

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

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

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

Обобщающей характеристикой уровня смертности во всех возрастах служат показатели ожидаемой продолжительности жизни при рождении или средняя продолжительность жизни. Величина ожидаемой продолжительности жизни в мире в последние десятилетия постепенно увеличивалась. Однако наблюдается значительная дифференциация государств по этому показателю. Так, в Японии величина ОЖЖ достигает 83 лет, в развитых европейских странах она чуть ниже (Франция – 81 год, Великобритания – 80, Швейцария – 82,

Швеция – 81, Монако – 81, Нидерланды – 80, Испания – 81, Италия – 82, Австрия – 80, Германия – 80 лет), затем идут североамериканские страны (США – 78, Канада – 81 год) и Австралия (72 года). В то же время высокий уровень ожидаемой продолжительности жизни при низких показателях рождаемости подчеркивает тенденцию старения населения.

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

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

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

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

По уровню преждевременной смертности населения, находящегося в трудоспособном возрасте, Российская Федерация в 2007 г.

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

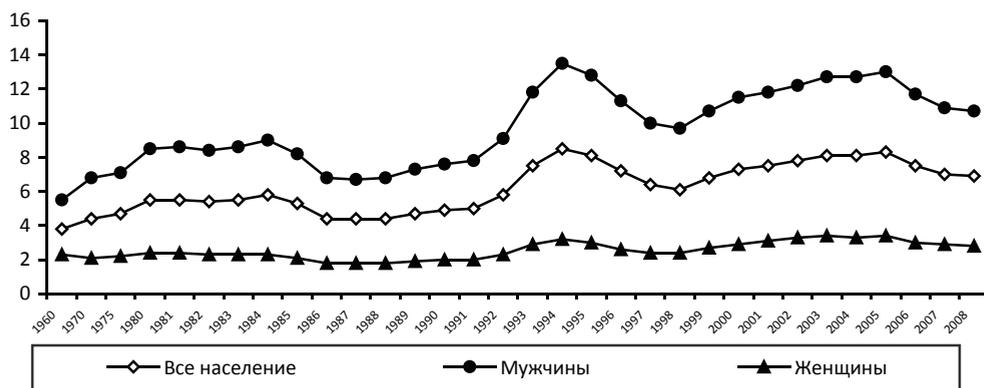


Рисунок 2.4. Коэффициенты смертности населения в трудоспособном возрасте (число умерших на 1000 лиц трудоспособного возраста)

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

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

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

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

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

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

Поэтому наряду с показателями ожидаемой продолжительности жизни важно проанализировать характеристики населения, отражающие качество жизни с учетом состояния здоровья. Это позволяет сделать показатель «ожидаемая продолжительность здоровой жизни (HALE) при рождении» (ОПЗЖ). Его значение для России равно 55 годам для мужчин и 65 годам для женщин, что заметно ниже, чем в целом по Европейскому региону, а также в сравнении со средним показателем по странам Американского региона и региона западной части Тихого океана (*рис. 2.5*). К тому же разница между уровнем ОПЗЖ в гендерном сопоставлении в России составляет 10 лет, что существенно выше, чем в любом из регионов ВОЗ.

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

Отмечается дифференциация территорий Российской Федерации по уровню заболеваемости населения. Наиболее высокие значения этого показателя зарегистрированы в Северо-Западном и Приволжском федеральных округах, в которых в 2008 г. уровень заболеваемости превышал среднероссийский показатель на 61 и 80 случаев на 1000 человек населения соответственно.

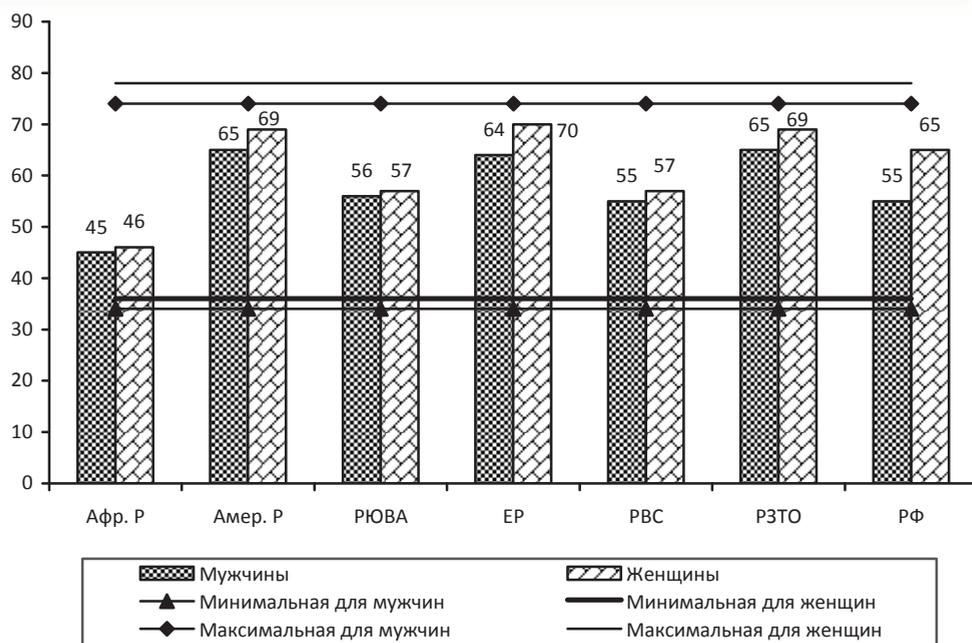


Рисунок 2.5. Ожидаемая продолжительность здоровой жизни (HALE) при рождении в регионах ВОЗ и Российской Федерации (2007 г.), лет

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

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

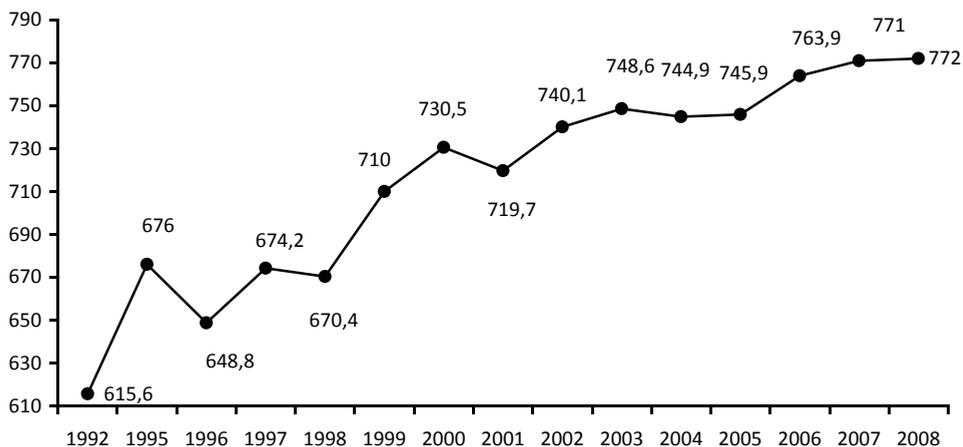


Рисунок 2.6. Заболеваемость населения (на 1000 человек населения в РФ; зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни)

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

Наиболее благоприятная ситуация на протяжении длительного периода наблюдается в Южном федеральном округе, где в 2008 г. уровень заболеваемости был на 119 случаев на 1000 человек населения ниже, чем в среднем по РФ (см. прил. 5, табл. 4). Вместе с тем даже на относительно благоприятных территориях показатели заболеваемости населения неуклонно увеличиваются.

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

Таблица 2.7. Численность инвалидов в России

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

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

Тревожную тенденцию представляет рост инвалидности детского населения. За период с 1990 по 2008 г. число детей-инвалидов выросло в 3,3 раза (см. табл. 2.7). Однако, по мнению специалистов, реальное число детей-инвалидов в России в 2 – 2,5 раза превосходит официально зарегистрированный уровень. В связи с нечеткостью механизма установления инвалидности многим детям ее просто

не оформляют [4]. В то же время нельзя не отметить уменьшение темпов прироста числа детей-инвалидов после 2000 г. и снижение уровня инвалидизации населения.

Важной характеристикой общественного здоровья служит число и степень распространения так называемых «социальных болезней», или «болезней социального неблагополучия», возникновение которых происходит при ухудшении социально-гигиенических условий проживания, при плохом состоянии бытовой и санитарной инфраструктуры, увеличении маргинальных слоев, при низком качестве медицинского обслуживания. Смертность от инфекционных и паразитарных болезней за период с 1990 по 2008 г. возросла в 2 раза (с 13 на 100 тыс. человек населения до 24,3 соответственно) [119].

Наиболее показательной в плане отражения степени благополучия социальных процессов является заболеваемость населения туберкулезом. Сложившаяся в России ситуация по заболеваемости туберкулезом может быть оценена как опасная (в 2008 г. – 85,1 чел. на 100 тыс. населения; *рис. 2.7*). По нормативам ВОЗ, при уровне заболеваемости туберкулезом 50 человек на 100 тыс. населения

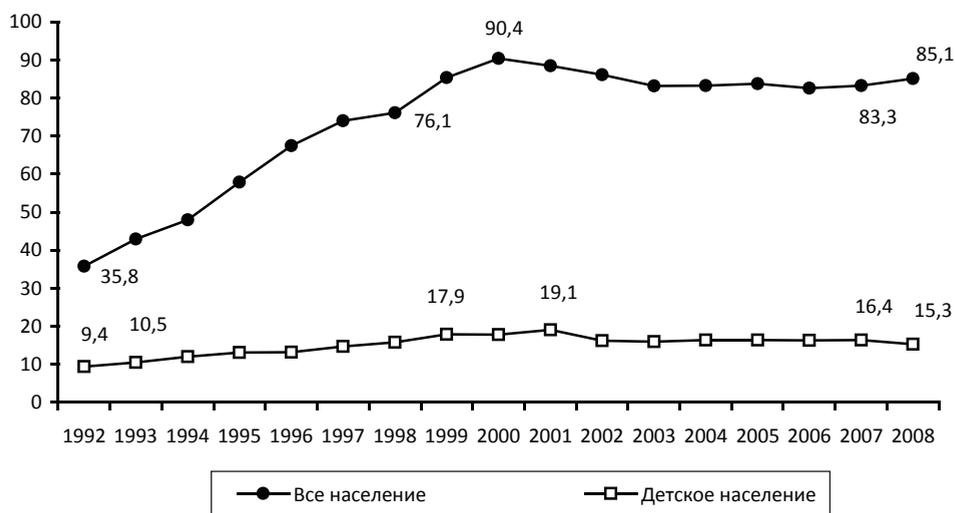


Рисунок 2.7. Заболеваемость населения туберкулезом на 100 000 чел. населения (зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни)

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

наступает эпидемия. Наиболее неблагоприятная ситуация складывается в Дальневосточном (в 2008 г. – 145,7 чел. на 100 тыс. населения), Сибирском (132,9) и Уральском (104,8) федеральных округах.

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

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

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

Заключая анализ общественного здоровья на межстрановом и страновом уровне, отметим, что характерная для современного

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

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

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

Если в демографической ситуации наметились положительные изменения, то здоровье россиян за относительно благополучный период с 1998 по 2008 г. даже не стабилизировалось. Во всех регионах отмечается рост заболеваемости населения. За этот период в целом по стране она выросла на 15%. Особенно значительное увеличение показателя отмечено в классах болезней системы кровообращения – 200%, болезней крови и кроветворных органов – 200%.

Заболеваемость социально обусловленными болезнями, такими как туберкулез, остается на опасно высоком уровне (85,1 чел. на 100 тыс. населения), превышающем порог эпидемии (по нормативам ВОЗ – 50 чел. на 100 тыс.).

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

2.2. Региональные особенности общественного и индивидуального здоровья

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

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

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

Выполненный нами анализ здоровья базируется на материалах во многом типичного для России региона – Вологодской области. Являясь субъектом РФ, область входит в Северо-Западный федеральный округ. Ее площадь составляет 145,7 тыс. кв. км (0,9% территории Российской Федерации). Вес ВРП Вологодской области в общероссийских показателях – 0,9% (2007 г.). Численность населения области почти не отличается от соответствующего показателя соседних регионов Центра и Северо-Запада России, составляя 0,9% населения страны. Средняя плотность населения в области, как и в среднем в стране, –

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

8,4 человека на один квадратный километр. В городах и поселках городского типа проживает 68% населения области, в сельской местности – 31%, что соответствует среднероссийским данным (73 и 27%). Демографические тенденции и тренды здоровья соответствуют таковым в России. В то же время по многим показателям здоровье населения области хуже, чем в целом по стране. Поэтому мы считаем возможным более подробно рассмотреть тенденции и причины изменения здоровья населения в регионе на популяционном и индивидуальном уровне. Полученные в результате исследования выводы могут быть распространены на все население России.

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

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

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

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

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

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

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

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

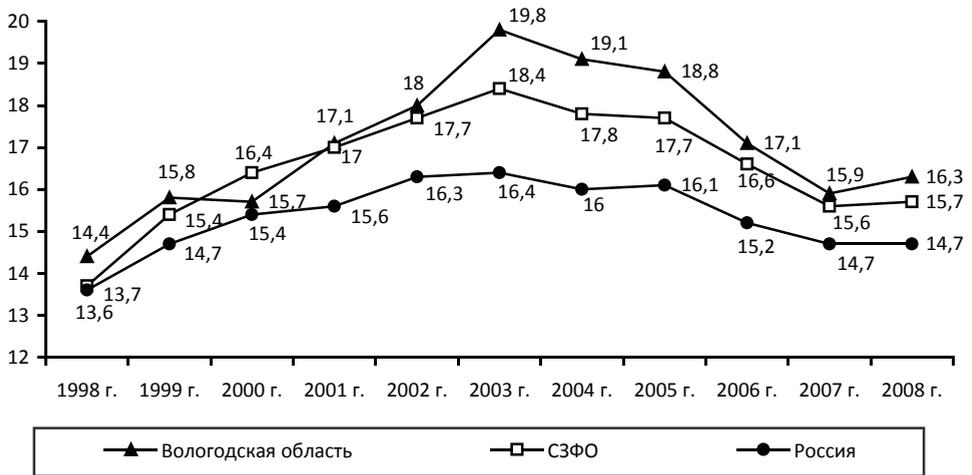


Рисунок 2.8. Динамика смертности населения Вологодской области в сравнении с СЗФО и РФ (на 1000 населения)

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

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

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

В период с 2003 по 2008 г. произошло некоторое снижение смертности по всем группам причин. Наиболее существенное сокращение зафиксировано в смертности от воздействия внешних причин – с 298,4 на 100 тыс. населения в 2003 г. до 196,5 на 100 тыс. населения в 2007 г. – за счет снижения смертности от дорожно-

транспортных происшествий и от алкогольных отравлений. Это позволило данной группе переместиться со второго на третье место в ранговом списке причин смертности (см. прил. 5, табл. 7).

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

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

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

Анализ показывает, что негативные тенденции смертности населения в регионе начались задолго до 1992 г.; реформы лишь ускорили происходившие процессы. Особого внимания требуют группы населения трудоспособного возраста, и прежде всего мужчины 40 – 59 лет, хотя резервы предотвратимой смертности формируются в молодом возрасте.

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

В то же время следует отметить, что рост заболеваемости в регионе был неравномерным. Выделяются два периода с наиболее значительным приростом показателя – 1998 – 2000 годы и 2005 год. Если в первый период увеличение первичной заболеваемости

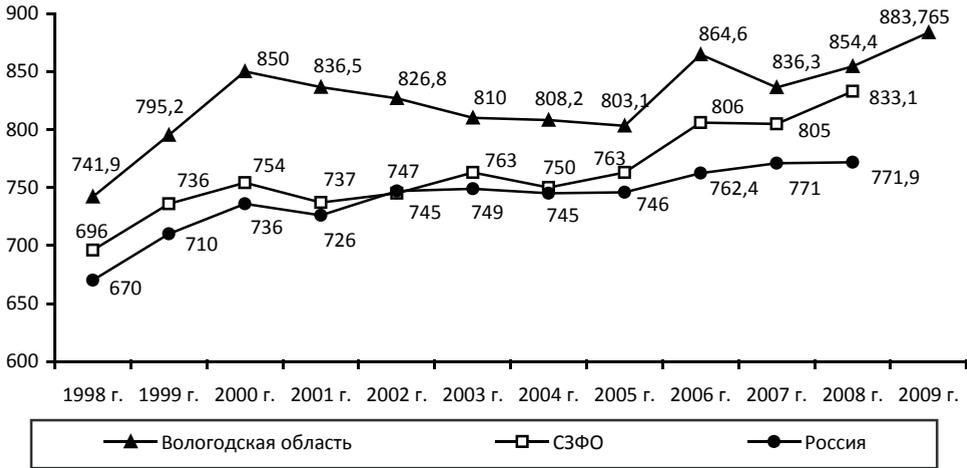


Рисунок 2.9. Заболеваемость населения Вологодской области
(на 1000 нас.)

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

было связано с кризисными явлениями в экономике и социальной сфере, то во второй – с ростом потребления алкоголя и алкогольсодержащих продуктов. В 2005 г. розничная продажа алкогольных напитков на душу населения в регионе составила 14,06 л (в 2000 г. – 9,63 л). Принятые меры⁴ (снижение шаговой доступности винно-водочных изделий, изъятие из продажи в уличных павильонах технических спиртов) снизили продажу алкоголя в 2006 г. до 11,69 л на душу населения. Но и при отмеченном снижении показатели реализации водки, ликеро-водочных изделий и пива в Вологодской области превосходят окружные и среднероссийские значения, что ведет к снижению здоровья населения. За период с 2000 по 2008 г. заболеваемость населения алкоголизмом и алкогольными психозами выросла на 19%.

Некоторый рост заболеваемости в 2007 г. может быть отчасти обусловлен диспансеризацией работающего населения [68]. В рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в 2007 г. была проведена дополнительная диспансеризация

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

трудоспособного населения. Впервые осмотрено 76,9 тыс. человек, выявлено 42251 заболевание или 7,8% от общего числа впервые выявленных болезней.

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

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

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

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

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

Область обладает обширной, в основном слабозаселенной территорией, неоднородной с точки зрения заболеваемости населения. Можно выделить группы муниципальных образований с высокой и низкой заболеваемостью (см. прил. 5, рис. 3 и 4). В большинстве районов уровень заболеваемости ниже среднеобластного.

В 1998 – 2008 гг. заметно снизились показатели заболеваемости только в Чагодощенском районе (с 700,0 до 672), в остальных 27 муниципальных образованиях заболеваемость увеличилась.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

жении ее роли в смертности) может служить важнейшей характеристикой при формировании системы мер, направленных на увеличение продолжительности жизни населения области. Существенный прирост этого показателя дают комплексные меры по снижению смертности от основных классов причин.

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

За период с 1999 по 2008 г. ОПЖ в Вологодской области увеличилась на 1,5 года (с 65,4 до 66,9). Во-вторых, улучшение самооценок за 2000 – 2005 гг. коррелирует с периодом снижения заболеваемости

мости населения, а ухудшение самооценок здоровья в 2006 г. соответствует росту заболеваемости, зафиксированному в статистической отчетности.

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

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

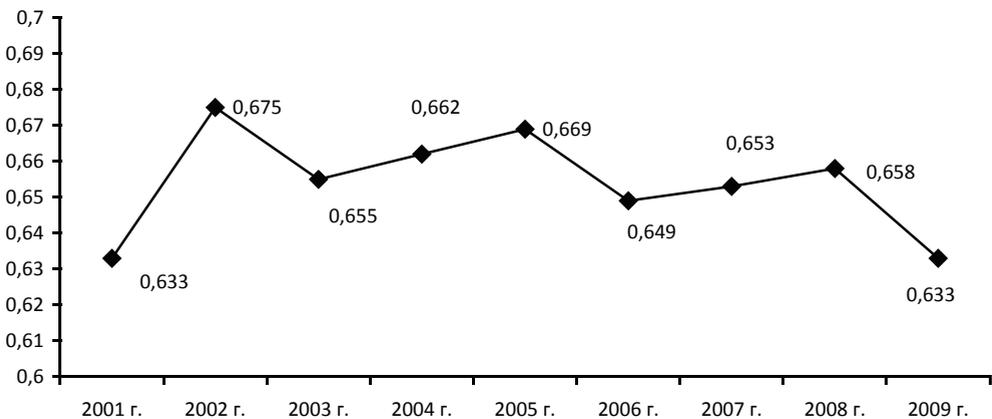


Рисунок 2.11. Динамика индекса здоровья населения Вологодской области

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

Данные мониторинга экономического положения и здоровья населения России подтверждают выявленные нами тенденции. В 2000-е годы – период общей стабилизации и роста экономики – отмечается последовательное улучшение самооценок здоровья населения. Например, за 1994 – 2003 гг. у 26,8% жителей страны здоровье улучшилось, у 58,3% – осталось без изменений и у 14,9% –

ухудшилось. Кроме того, значительно снизилась доля респондентов, оценивающих свое здоровье как «плохое и очень плохое», – с 27% в 1998 г. до 15% в 2005 г. [190, с. 102].

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

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

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

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

Источник: Данные мониторинга здоровья населения Вологодской области.

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

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

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

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

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

Источник: Данные мониторинга здоровья населения Вологодской области.

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

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

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

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

Источник: Данные мониторинга здоровья населения Вологодской области.

Это также указывает на низкий уровень медицинской активности мужского населения региона.

Таким образом, анализ результатов обследований выявил, что за период с 1999 по 2008 г. в целом по области произошли положительные изменения в самооценках здоровья населения региона. Причиной этих изменений может быть улучшение показателей социального настроения (см. рис. 2.12). Это можно расценивать как благоприятный фон для формирования положительных тенденций в сфере общественного здоровья населения, и необходимо приложить все возможные усилия для сохранения данной ситуации.

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

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

Состояние социально-психологической атмосферы особенно важно с экономической точки зрения. «Душевный настрой народа имеет большее значение, чем можно предположить с первого

взгляда. В экономике, не входя явным образом в экономические расчеты, он в значительной мере определяет готовность экономических игроков к риску, а значит, прямо влияет на ценообразование и другие основные экономические параметры» [83].

Комплексным индикатором социально-психологического самочувствия населения является показатель социального настроения. В его динамике с 1998 г. наблюдаются положительные изменения (рис. 2.12). За этот период численность людей, испытывающих преимущественно позитивные эмоции, увеличилась на 19% (с 49 до 68%), в то время как удельный вес тех, кто негативно оценивает свое настроение, сократился на 21% (с 47 до 26%). Вероятно, это стало основой улучшения самооценки и физического здоровья населения.

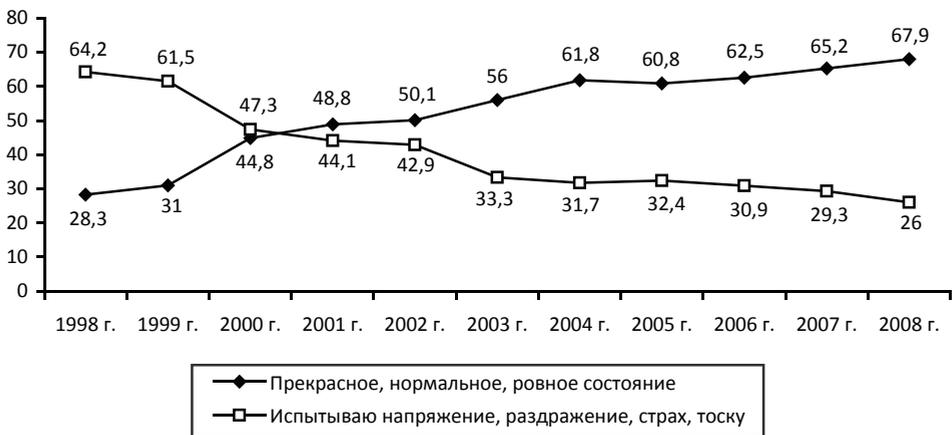


Рисунок 2.12. Динамика показателя социального настроения (в % от числа опрошенных)

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

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

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

уязвимыми. Вывод подтверждают данные, характеризующие благосостояние жителей региона: за период с 2005 по 2007 г. численность населения с доходами ниже прожиточного минимума сократилась с 229 до 190 тыс. чел.; размер среднемесячной заработной платы в 2000 г. составлял 2562 руб. (в 2,5 раза больше прожиточного минимума), в 2007 г. – 12914 руб. (в 3,3 раза больше прожиточного минимума);

темп роста среднемесячных назначенных пенсий составил в 2000 г. 172%, в 2005 г. – 180%, в 2007 г. – 178%.

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

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

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

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

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

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



Рисунок 2.13. Динамика заболеваемости психическими расстройствами

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

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

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

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

Состояние общественного психического здоровья отражается на динамике смертности от таких причин, как самоубийства, алкогольные отравления, убийства, терроризм и т.д. Все эти причины входят в состав категории «Несчастные случаи, травмы и отравления», численность которой, по данным Федеральной службы государственной статистики, имеет тенденцию к снижению как в регионе, так и в среднем по стране (рис. 2.14).

Наиболее показательной является динамика распространения самоубийств. Уровень смертности от них в области значительно выше аналогичного показателя по России на протяжении всего последнего десятилетия (рис. 2.15). Существенный рост суицидальной активности отмечался в 1992 и 1998 гг., то есть непо-



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

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



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

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

средственно следом за известными социально-политическими и социально-экономическими событиями в стране. С 2000 г. наблюдается тенденция снижения суицидальной активности, что, возможно, является следствием приспособления населения к новым социально-экономическим условиям, а также их частичного улучшения в период с 2003 по 2007 г.

За период с 1999 по 2008 г. средний уровень суицидальной активности населения региона составил около 49 случаев на 100 тыс. населения, что почти в 2,5 раза превышает предельно-критическое значение, установленное специалистами Всемирной организации здравоохранения (20 случаев на 100 тыс. населения) [205, с. 185].

В большинстве районов Вологодской области уровень смертности от самоубийств за данный период составлял от 60 до 80 случаев на 100 тыс. населения. В городах уровень суицидальной активности населения несколько ниже (в 2007 г. – 24,5 на 100 тыс. нас. в г. Вологде; 12,0 – в г. Череповце), что, на наш взгляд, может быть связано с более благоприятной социально-экономической ситуацией и развитой структурой специализированных учреждений, оказывающих помощь суицидентам и их близким.

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

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

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

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

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

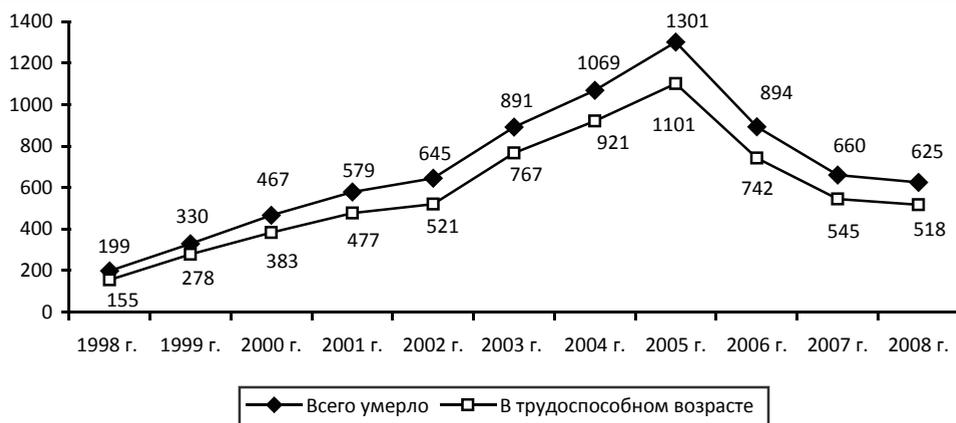


Рисунок 2.16. **Смертность от причин, связанных с употреблением алкоголя (абс.): случайных отравлений алкоголем, хронического алкоголизма, алкогольного психоза, алкогольного цирроза печени**

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

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

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

Согласно полученным данным, в Вологодской области в 2008 г. доля лиц, имевших признаки невротического расстройства, соста-

вила 16% в общей численности жителей, депрессии – 29%, повышенной тревоги – 28% (табл. 2.15). При этом следует учитывать, что затяжной характер любого из вышеперечисленных состояний создает опасность его осложнения и проявления симптомов на более глубинном уровне.

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

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

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

Таким образом, в динамике общественного психического здоровья в 2000 – 2008 гг. на территории страны и региона наблюдались в целом позитивные тенденции. Одной из причин этого является социально-экономическая и политическая стабилизация относи-

тельно кризисного периода 90-х годов. Вместе с тем по некоторым показателям психологический климат в регионе существенно хуже среднероссийского уровня. Кроме того, судя по результатам мониторинга, на территории Вологодской области широко распространены пограничные состояния психопатологий. Они не учитываются официальной статистикой, однако являются потенциальной основой для увеличения контингента учреждений, занимающихся охраной общественного психического здоровья.

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3. Факторы, детерминирующие здоровье населения

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

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

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

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

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

Известно, что качество общественного здоровья населения формируется и поддерживается совокупностью условий его жизни [230, с. 124-137]. Изменения качества жизни отражаются на состоянии здоровья, что сказывается на ожидаемой продолжительности жизни. Негативные проблемы общественного здоровья взаимосвязаны с социально-экономическими, производственными, экологическими факторами. Факторы, определяющие качество жизни, имеют общую основу, а именно острый психологический стресс,

возникающий при адаптации к неблагоприятным условиям жизни (безработица, недостаток денег, неудовлетворительные условия труда и жилищные условия, несбалансированность питания, высокая стоимость услуг, в том числе медицинских и т.д.). Современная цивилизация порождает новые (преимущественно техногенной природы) факторы, влияющие на ОПЖ.

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

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

Экономические факторы. Доказано, что крепкое здоровье населения – следствие хорошего состояния экономики, и это справедливо для отдельного человека и для населения страны в целом. Результаты исследований свидетельствуют, что именно острый экономический кризис (1992 г.) во многом спровоцировал резкое ухудшение здоровья населения России. Нами рассмотрены факторы, которые приводят к изменению здоровья населения.

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

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

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

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

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

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

Исходя из имеющихся доходов, население (человек) планирует и обеспечивает доступный для него уровень потребления. Высокие доходы позволяют обеспечить набор материальных благ, способствующих сохранению и укреплению потенциала здоровья. Если большую часть доходов семья использует только на минимально необходимый набор продуктов и самые неотложные платежи, то она не в состоянии удовлетворить другие свои потребности (социальные, медицинские, образовательные, культурные, рекреационные). Появляющиеся вследствие этого ограничения оказывают заметное влияние на здоровье. Это подтверждают данные социологического исследования, согласно которым существуют значительные различия в самооценках здоровья у населения с разным уровнем доходов. Лица с высокими доходами оценивают свое здоровье позитивнее, чем с низким: так, в 2008 г. 47% опрошенных оценивали свое здоровье как «очень хорошее и довольно хорошее», а в категории малообеспеченных доля таких оценок составляла только 30% (табл. 2.18). В период с 2002 по 2008 г. самооценка здоровья в группе с высокими доходами постоянно росла, в группе же с низкими доходами «наилучшее» здоровье было отмечено в 2005 г. (46,9%).

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

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

Источник: Данные мониторинга здоровья населения Вологодской области.

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

Таблица 2.19. Индекс здоровья респондентов в зависимости от уровня доходов

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

Источник: Данные мониторинга здоровья населения Вологодской области.

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

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

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

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

Уровень доходов определяется также и должностным статусом человека. Его изменение влечет за собой изменение материальных условий и опосредованно влияет на здоровье. Согласно данным мониторинга, соотношение доли вологжан, отмечающих улучшение материального положения семьи за последние пять лет, повышение своего должностного статуса, и доли населения, которое дает диаметрально противоположные оценки, составляет 2:1 – 2,6:1 соответственно (табл. 2.21). Позитивные показатели за этот период снизились на 10 – 14%, а негативные изменились незначительно – $\pm 1\%$. Таким образом, в целом за последние 5 лет наметились положительные тенденции изменения благосостояния населения.

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

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

Источник: Данные мониторинга здоровья населения Вологодской области.

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

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

Источник: Данные мониторинга здоровья населения Вологодской области.

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

Стоит отметить, что экономические последствия кризисов нивелируются гораздо быстрее, чем последствия социальной дезадаптации личности [106, с. 509]. И в этом контексте психическое здоровье населения является одной из наиболее уязвимых сторон. У многих людей вследствие этого сохраняется общий негативный фон восприятия своей повседневной жизни, что накладывает отпечаток и на их психику.

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

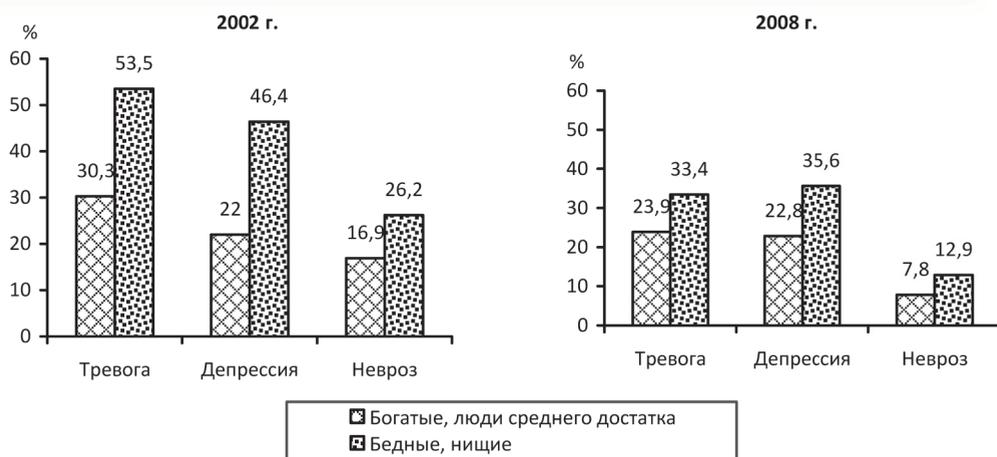


Рисунок 2.17. Распространение симптомов психических нарушений в зависимости от социальной самоидентификации населения

Источник: Данные мониторинга психического здоровья населения.

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

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

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

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

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

Источник: Данные мониторинга психического здоровья населения Вологодской области.

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

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

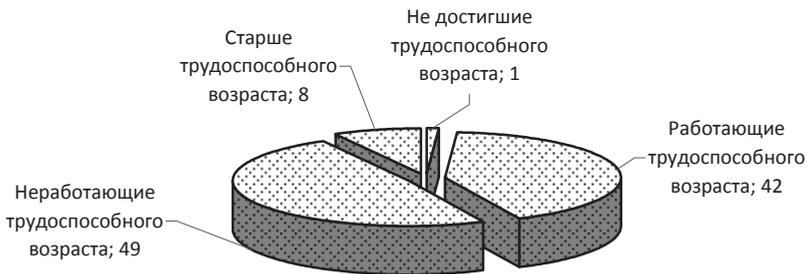


Рисунок 2.18. **Профессиональная занятость парасуицидентов** (2007 г.; в %)

Источник: Данные исследования суицидальных попыток ИСЭРТ РАН.

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

Статистический анализ влияния уровня доходов на здоровье жителей Вологодской области был проведен с помощью логистической регрессии. В качестве зависимой переменной использовалась оценка здоровья по 5-балльной шкале, которая была дихотомизирована как «неплохое» здоровье (оценки «очень хорошее»,

«хорошее» и «удовлетворительное») и «плохое» здоровье (оценки «очень плохое» и «плохое»). В исследовании задавался вопрос о наличии хронических заболеваний (дихотомизированы как «имеет проблемы» и «без проблем»). Подобный анализ данных социологического исследования проводился учеными ИСЭПН РАН [267].

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Источник: Данные мониторинга здоровья населения Вологодской области.

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

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

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

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

с 2002 г. (в 1,9 раза). Подобная положительная динамика свидетельствует, скорее всего, о некотором улучшении условий жизни населения и снижении неблагоприятных воздействий на здоровье.

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

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

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

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

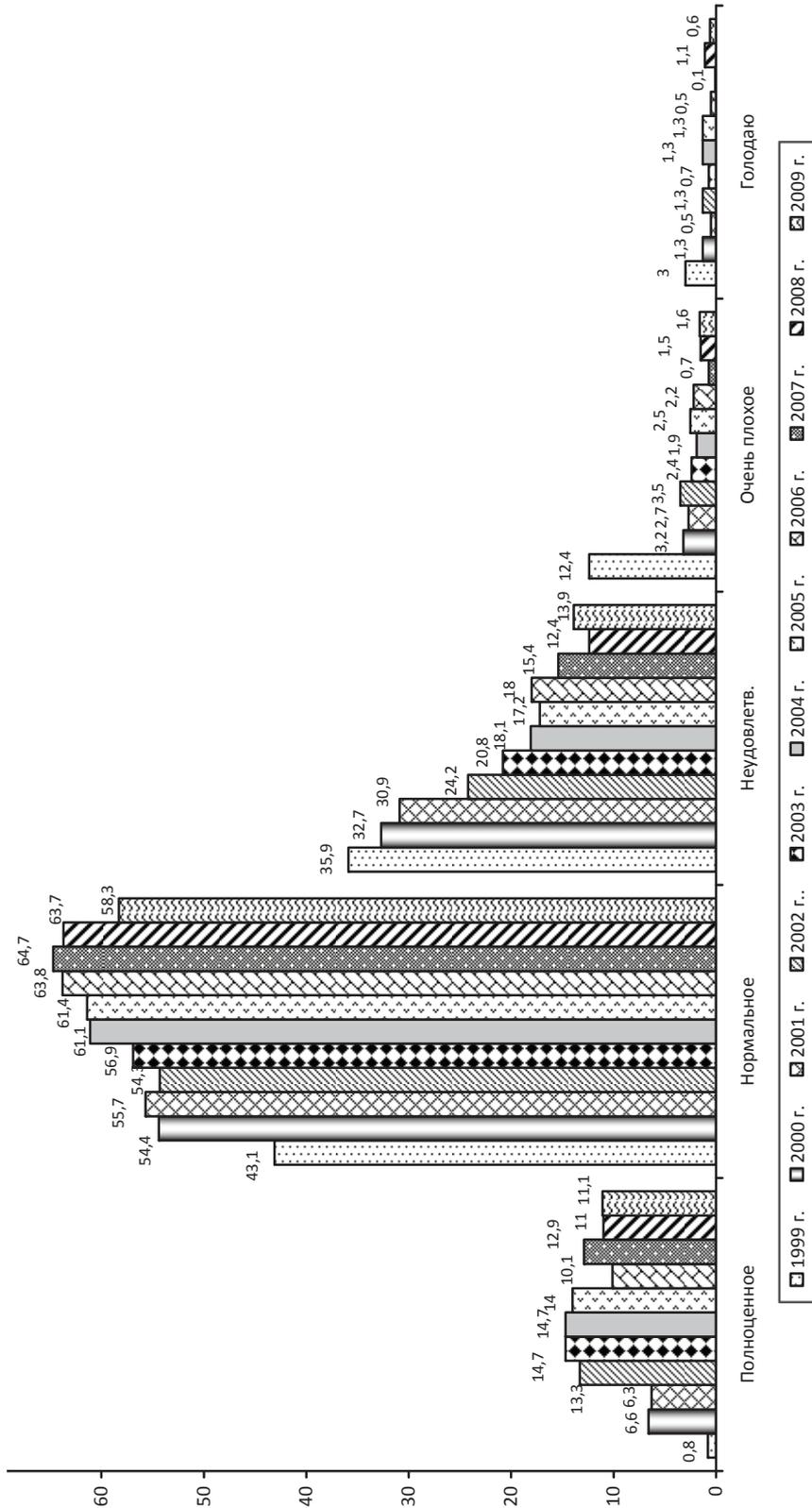


Рис. 2.19. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Как Вы оцениваете свое питание?» (в %, без учета затруднившихся ответить)

Источник: Данные мониторинга здоровья населения Вологодской области.

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

Таблица 2.27. Влияние качества питания на здоровье населения Вологодской области

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

Источник: Данные мониторинга здоровья населения Вологодской области.

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

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

Таким образом, качество питания оказывает значительное влияние на здоровье населения региона: жители области, оценивающие питание как «полноценное», имеют более крепкое здоровье в сравнении с населением, оценивающим свое питание как «плохое». Нару-

шение принципов рационального питания – верный путь к развитию болезней органов пищеварения и нарушения обмена веществ, что негативно сказывается на состоянии здоровья населения. За десять лет заболеваемость этими группами болезней возросла в среднем на 30%.

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

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

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

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

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

Россия входит в число стран с наиболее высокой распространенностью потребления табака. Доля ежедневно курящих в возрасте 15 лет и старше составляет в России 38%, в странах ЕС 27% (табл. 2.29) [18, 329]. Каждый год потребление табачных изделий россиянами растет на 1,5-2% [276]. Актуальность этой проблемы

обостряется тем, что частота курения в России, являясь одной из самых высоких среди индустриально развитых стран, продолжает расти.

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

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

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

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

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

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

Источник: Данные мониторинга здоровья населения Вологодской области.

Самооценка здоровья курящим населением области представлена в таблице 2.31. Очевидно, что среди лиц, негативно оценива-

ющих свое здоровье, преобладает доля выкуривающих 10 и более сигарет в день (10 – 44%), это в 2-3 раза больше доли лиц, выкуривающих менее 10 сигарет в день (6 – 16%). Вместе с тем среди часто курящих высока доля лиц с хорошей самооценкой здоровья – 11-39%, тогда как среди курящих она меньше – только 6-16%. Главная причина подобного обратного распределения лежит, на наш взгляд, в сфере массовой психологии и связана с дефицитом знаний о здоровье и здоровом образе жизни. А также со сложившимся убеждением: «Пока здоров – курю, заболел – брошу».

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

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

Источник: Данные мониторинга здоровья населения Вологодской области.

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

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

За последние 7 лет в структуре потребления алкогольной продукции все большее предпочтение отдается пиву – доля его потре-

бления в сравнении с уровнем 2002 года выросла почти в два раза, в то же время в 1,3 раза снизился удельный вес потребления населением водки и ликеро-водочных изделий (табл. 2.32) [220].

Самооценка здоровья населением области, потребляющим алкогольные напитки, представлена в таблице 2.33. Результаты исследования показывают, что лица, ежедневно употребляющие алкогольные напитки, имеют более низкую самооценку здоровья по сравнению с теми, кто употребляет их значительно реже. Имеет также значение вид употребляемых алкогольных напитков: чем крепче напитков и чем он чаще употребляется, тем ниже индекс здоровья у населения.

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

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

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

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

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

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

Наиболее высокий уровень индивидуального здоровья наблюдается у тех, кто употребляет алкогольные напитки не чаще одного раза в неделю (по выходным). Индекс здоровья в данной группе равен 0,680 при среднем по области 0,633. Индекс здоровья у тех,

кто практически не употребляет алкогольные напитки, несколько ниже – 0,630. В целом влияние потребления алкоголя на здоровье носит противоречивый характер. Некоторые исследователи говорят о благотворном воздействии на состояние здоровья потребления алкоголя в малых дозах – не более 30 мл крепких спиртных напитков, или 120 мл сухого вина, или 250 мл пива в сутки. Результаты многочисленных исследований показывают, что умеренно пьющие имеют более низкие показатели смертности по причине сердечно-сосудистых заболеваний по сравнению с сильно пьющими и воздерживающимися [267]. Совсем не употребляют или редко употребляют алкогольные напитки в основном те, кто уже имеет плохое здоровье (в определенном смысле здесь причина и следствие поменялись местами). Потребление алкоголя в больших объемах несомненно наносит вред как физическому, так и психическому здоровью, приводит к деградации личности.

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

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

Результаты мониторинга общественного мнения показывают, что уровень потребления алкоголя на территории Вологодской области остается практически неизменным на протяжении послед-

них восьми лет (рис. 2.20). Проблемой распространенности алкоголизма обеспокоены 57% жителей, 55% считают, что злоупотребление алкоголем «никогда не может быть оправданным».

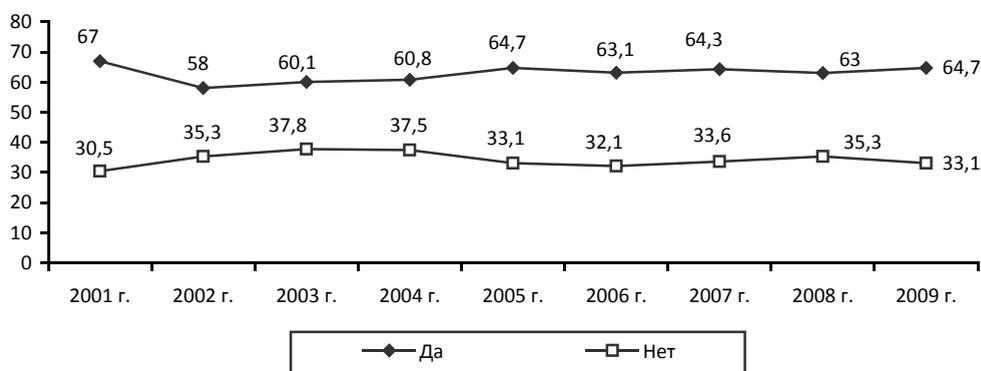


Рисунок 2.20. Распределение ответов на вопрос: «Употребляете ли Вы алкогольные напитки?»

Источник: Данные мониторинга здоровья населения Вологодской области.

Таким образом, можно заключить, что большая часть населения региона беспечно относится к своему здоровью: курит, потребляет значительное количество алкогольных напитков, особенно пива, и при этом мало знает и мало задумывается о своем здоровье. Можно сказать, что приоритет здоровья носит декларативный характер. Поэтому важно не только пропагандировать здоровый образ жизни и всячески просвещать население о саморазрушительных формах поведения и последствиях их влияния на собственное здоровье и здоровье будущих поколений, но и сочетать меры побудительные с принудительными. К последним относятся такие меры, как беспрекословное соблюдение законодательных ограничений по продаже спиртных и алкогольсодержащих напитков лицам, не достигшим 18 лет, создание «некурящих предприятий», зон «свободных от потребления табака», включение в корпоративную культуру предприятий физкультурно-спортивных традиций, праздников без потребления алкоголя.

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

В то же время инфраструктура физической культуры и спорта в Вологодской области и в стране в целом развита слабо. Несмотря

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

Невысокой остается и единовременная пропускная способность спортивных сооружений. В Вологодской области в 2008 г. она равнялась 43 тыс. чел. на 10 тыс. населения, что составило 18% от федерального норматива (в РФ – 23%). Состояние и оборудование государственных и муниципальных спортивных сооружений не способствует пробуждению у населения интереса к занятиям физкультурой и спортом. Целью государственной политики РФ в сфере физической культуры и спорта является увеличение показателя единовременной пропускной способности до 48% к 2020 году⁶.

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

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

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

В то же время 52% населения считает, что тратит достаточно времени на двигательную активность, и лишь менее половины (48%) придерживается противоположного мнения. Незначительно увели-

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

чился удельный вес жителей области, занимающихся профилактикой основных болезней, но их доля невелика – 39% в 2008 г. (табл. 2.35). Низкая активность населения в отношении поддержания своего здоровья и профилактики основных неинфекционных болезней негативно сказывается на состоянии здоровья.

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

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

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

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

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

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

Источник: Данные мониторинга физического здоровья населения Вологодской области.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Наиболее многочисленной оказалась группа населения, испытывающая одновременно влияние 3-4 факторов риска. Социальные характеристики этой группы таковы: это люди, состоящие в браке; имеющие невысокий уровень образования (начальное и среднее); проживающие на селе; имеющие низкий уровень доходов; занимающиеся предпринимательской деятельностью. Менее всего подвержены «рискам» ответственные работники органов управления, руководители государственных предприятий, студенты и лица, имеющие высшее образование.

По мере увеличения числа факторов риска, воздействующих на индивида, соотношение хороших и плохих оценок здоровья изменяется: от абсолютного превосходства хороших оценок в группе,

где рассматриваемые факторы риска отсутствуют, до преобладания отрицательных характеристик здоровья над положительными (21 и 17% соответственно) в группе с многочисленными факторами риска (табл. 2.39).

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

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

Источник: Данные мониторинга здоровья населения Вологодской области.

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

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

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

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

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

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

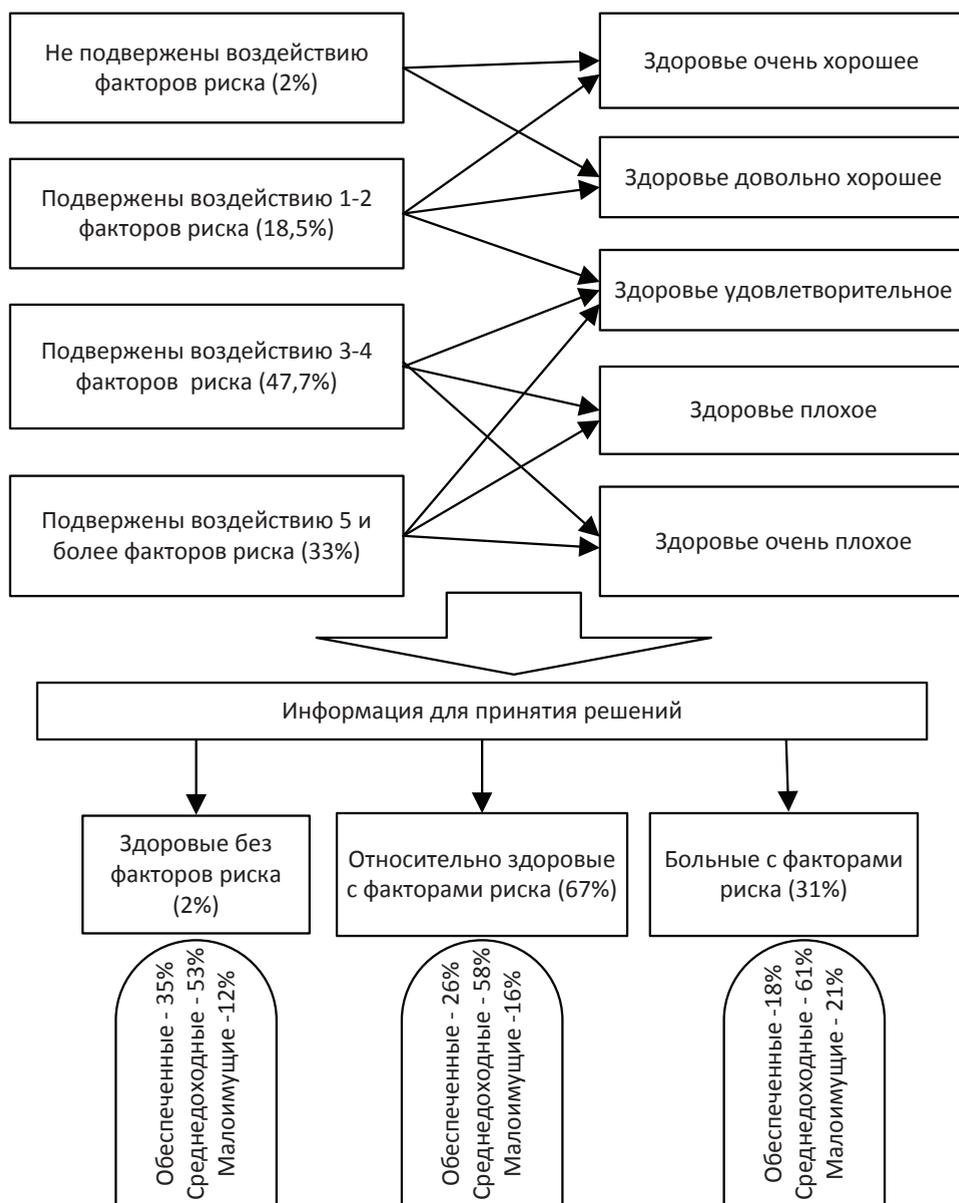


Рисунок 2.21. Типологизация населения при цепочке «факторы риска – группы риска» (2008 г. /2000 г.)

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

Обобщение анализа типологических групп позволило сделать следующие выводы:

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

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

Подводя предварительные итоги, отметим, что:

1. В 2000 – 2008 гг., в благоприятный период социально-экономического развития государства, наметились положительные

изменения в демографической ситуации: рост ожидаемой продолжительности жизни населения, снижение инвалидизации, сокращение общей смертности населения от всех групп причин, особенно от воздействия внешних причин, значительное сокращение младенческой смертности. Но общий уровень этих показателей по-прежнему значительно отстает от такового в развитых странах.

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

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

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

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

Вместе с тем улучшение самооценок здоровья населения Вологодской области в период с 2000 по 2005 г. коррелирует с периодом

относительного снижения заболеваемости, а ухудшение самоощущения здоровья в 2006 г. соответствует росту заболеваемости, судя по данным статистической отчетности.

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

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

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

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

Таким образом, можно говорить о том, что большая часть населения региона беспечно относится к своему здоровью: курит, потребляет значительное количество алкогольных напитков, особенно

пива, и при этом мало знает и мало задумывается о своем здоровье. Стоит отметить, что приоритет здоровья носит декларативный характер. Для большинства людей хорошее здоровье не является жизненной целью, а рассматривается как возможность получения более высоких доходов, карьерного роста, достойного содержания семьи. Подавляющее большинство населения не имеет перспективных планов сохранения и укрепления здоровья, а использует его как ресурс «здесь и сейчас».

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

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

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

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

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

У лиц, оценивающих свое питание как «неудовлетворительное», риск возникновения проблем со здоровьем в 2 раза больше, чем у тех, кто оценивает его как «полноценное», а среди «очень плохо»

питающихся он равен 3,4 раза. Нарушение принципов рационального питания ведет к развитию болезней органов пищеварения и нарушению обмена веществ. За десять лет заболеваемость этими группами болезней возросла в среднем на 30%.

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

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

- расширение финансирования программы государственных гарантий оказания медицинской помощи населению;

- внедрение современных организационных, лекарственных и инструментальных методов диагностики и лечения;

- активизация работы по восстановлению кабинетов и центров медицинской профилактики, основной задачей которых будет медицинское просвещение населения, а также выявление потенциальных очагов возникновения социально-опасных болезней;

- внедрение эффективных информационных каналов по профилактике широко распространенных заболеваний (с использованием не только СМИ, рекламы, медицинских работников, но и волонтеров);

- повышение оплаты труда, снижение дифференциации доходов через совершенствование налоговой политики на федеральном уровне;

- дальнейшее развитие и совершенствование механизмов ипотечного кредитования и других возможностей улучшения жилищных условий населения;

- укрепление института семьи, формирование семейных традиций здорового образа жизни и активного отдыха через создание семейных клубов на базе физкультурных и культурно-развлекательных учреждений;

- создание условий для занятий физической культурой и спортом, развитие инфраструктуры учреждений, способствующих ведению здорового образа жизни (туризм, спорт, активный отдых);

- усиление контроля над выполнением законов об ограничении продажи и потребления алкогольных напитков, а также снижение «шаговой доступности» в приобретении алкогольной продукции;

- вовлечение в охрану здоровья населения бизнеса через создание на предприятиях медицинских кабинетов (пунктов), школ здоровья (например, школа больных гипертонией или сахарным диабетом), чтобы улучшать качество жизни людей, имеющих заболевания, корректируя их образ жизни;

- активизация деятельности профсоюзных организаций в направлении обеспечения условий безопасности труда, расширения возможностей социальной поддержки работников и улучшения их здоровья путем включения соответствующих мер в коллективные договоры;

- создание «некурящих предприятий», включение в корпоративную культуру предприятий физкультурно-спортивных традиций, праздников без потребления алкоголя и т.д.;

- формирование в городах и поселках «свободных от потребления табака зон», например детских городков, парков, скверов.

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

Глава 3

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ И РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ

3.1. Репродуктивный потенциал населения: понятие, структура, состояние

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

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

Анализ научной литературы позволил выделить две принципиально отличные друг от друга позиции авторов по отношению к понятию репродуктивного потенциала населения. Первая позиция условно названа нами «биологической моделью»: репродуктивный потенциал понимается как способность человеческой популяции к воспроизводству и отражается уровнем нетто-коэффициента воспроизводства (количество рожденных девочек и вероятность их дожития до репродуктивного возраста) [15]. В данной трактовке

репродуктивный потенциал реализован полностью, если всякая беременность заканчивается родами; аборт является наиболее значимым фактором, снижающим репродуктивный потенциал населения. Так, С.П. Баранов [22], исследуя проблемы изменения репродуктивного потенциала российских сельских женщин, предложил характеризовать репродуктивный потенциал женщин как эффективность наступившей беременности.

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

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

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

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

А.Г. Иванов расширил понятие за счет добавления в него социальной составляющей и определил репродуктивный потенциал как уровень физического (соматического) и психического состояния (здоровья), совокупность поведенческих характеристик и образ жизни, которые в определенных социальных условиях позволяют воспроизвести здоровое потомство [120, с. 105-107]. В.А. Шапкайц и С.П. Баранов в работе «Комплексная медико-социальная оценка репродуктивного потенциала сельских женщин Северо-Запада России» [314] предлагают комплексную схему, включающую основные показатели, характеризующие репродуктивный потенциал женщин фертильного возраста (рис. 3.1). По мнению авторов, эффективность наступившей беременности у женщин в возрасте от 15 до 49 лет определяется долей беременностей (в процентах), завершившихся рождением здорового ребенка – без врожденных пороков развития и патологии в перинатальном периоде. Однако такое понимание репродуктивного потенциала не учитывает дальнейшее развитие родившихся детей и способность их к воспроизводству, а также в поле зрения исследователей не попадают мужчины, их репродуктивное здоровье, изучение которого, на наш взгляд, очень важно для комплексного анализа репродуктивного потенциала.



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

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

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

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

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

И.П. Каткова определяет «репродуктивный потенциал» как способность популяции к воспроизведению репродуктивного здоровья из поколения в поколение [133, с. 29-48]. Это означает не только наличие основных характеристик репродуктивного здоровья на том или ином этапе жизненного цикла женщины, его сохранение к моменту начала фертильного возраста и на всем его протяжении, но и возможность его передачи от одного рождения здорового ребенка к другому рождению здорового ребенка в следующем поколении. Репродуктивный потенциал тесным образом связан с успешностью решения медико-социальных проблем женщин, особенно в период беременности и подготовки к родам, а также с особенностями состояния функциональной системы «мать – плод». Подобная точка зрения более широко отражает сущность репродуктивного потенциала, однако требует дополнения характеристиками мужского репродуктивного здоровья, т.к. рождение и здоровье детей зависит от репродуктивного и соматического здоровья как матери, так и отца.

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

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

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

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

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

Анализ состояния репродуктивного потенциала позволяет прогнозировать демографическую ситуацию, состояние здоровья будущих беременных, рожениц, родильниц и рожденных ими детей. На данный момент, в связи с тем что около 40% детей в России рождаются с плохим здоровьем, растет количество патологических состояний и осложнений во время беременности и родов, происходит

снижение репродуктивного потенциала [253, с. 49-58]. Таким образом, крайне важно изучать влияние комплекса медико-социальных факторов на репродуктивное здоровье населения, а также на формирование репродуктивных установок и психологической готовности к материнству, отцовству и созданию семьи.

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

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

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

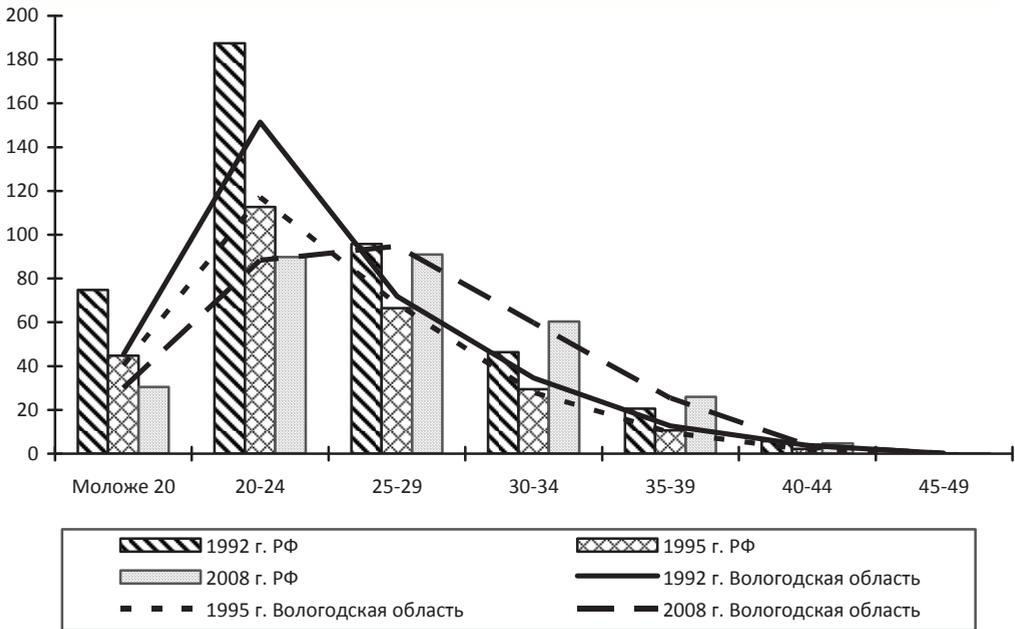


Рисунок 3.3. **Возрастные коэффициенты рождаемости**

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

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

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

где β – доля девочек среди родившихся;

x – возраст;

F_x – возрастной коэффициент рождаемости у женщин в возрасте x ;

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

В Вологодской области за 10 лет средний возраст женщины при рождении ребенка увеличился на 2 года: с 25,4 в 1998 г. до 27 лет в 2007 г.

Откладывание рождений на более поздний возраст происходит в результате давления неблагоприятной социально-экономической конъюнктуры. При этом едва ли стоит ожидать возврата к традиционной модели брака и высоким показателям рождаемости. Возможно, подобная тенденция является отражением более глу-

бинных изменений в русле «второго демографического перехода», которому следуют все развитые страны.

Стержнем новейших тенденций рождаемости выступает поиск оптимальной модели жизненного цикла человека, отвечающего реалиям современной политической и экономической ситуации, среди которых: высокие требования к образованию и уровню материального благосостояния, увеличивающаяся роль женщин в формировании семейных доходов. Современный человек настраивает календарь важнейших событий в своей жизни, согласуя их с наиболее принципиальными переменами в экономической среде и реже оглядываясь на традиционные представления и нормативные ограничения. Ключевыми моментами наблюдаемых перемен, имеющих непосредственное отношение к формирующейся новой модели рождаемости, выступает расширение свободы выбора форм совместной жизни, переоценка моральных принципов поведения, появление новых технологий в области репродукции человека [113, с. 37-45].

Обсуждая проблему отложенных рождений и реализации потребности в детях, эксперты обращают внимание на влияние экономического фактора. Они отмечают, что, поскольку более половины семей с детьми в России проживает за чертой бедности, условия для реализации потребности во втором ребенке значительно ухудшились [60], хотя пока еще представление о двухдетной семье как идеальной и желаемой сохраняется. Несмотря на значительное увеличение социальных выплат и сохранение до 40% заработка в течение полутора лет отпуска по уходу за ребенком, многие женщины не могут себе позволить полностью использовать отпуск по уходу и возвращаются на работу, чтобы вернуть в семью источник дохода либо чтобы не потерять работу, особенно в негосударственном секторе.

Отложенное и нереализованное рождение второго и третьего ребенка семейные пары объясняют неуверенностью в будущем и в своих возможностях содержать и воспитывать детей. Подобные убеждения отмечаются не только у россиян, но и у населения некоторых развитых стран, например Бельгии и Германии [357]. Современное экономическое устройство поощряет низкую рождаемость. Товары и услуги более доступны тем, кто не имеет детей.

Определив репродуктивный потенциал как систему и выделив круг входящих в нее понятий, мы получили возможность ее

математического моделирования. Для первичного анализа репродуктивного потенциала было решено выбрать описательный вид модели, с помощью которой можно будет отразить его сущность. Она позволит нам воспроизвести весьма сложное явление с многообразными внутренними связями в наиболее простой форме, но без потери существенных связей, оказывающих решающее влияние на изучаемое явление.

В сущности, анализ репродуктивного потенциала – это процесс экономического моделирования репродуктивных отношений с целью дать всесторонние характеристики и определить тенденции его развития. Описательная модель поможет раскрыть механизм развития репродуктивного потенциала.

Определение показателей, необходимых для анализа, – важная проблема, возникающая при построении описательной модели. Они должны быть экономически представительными и обеспечивать сопоставимость данных; освещать все стороны исследуемого явления; поддаваться оцифровке; допускать возможность исчисления параметров экономико-математической модели. Если избранный показатель не является экономически представительным, то есть не отражает сущности явления, объективной экономической реальности, то его анализ не даст практического результата. При всех оговорках, например, при анализе сужения воспроизводства населения нельзя абстрагироваться от гендерной политики, геополитической ситуации, социально-экономического положения территории и др., так же как при исследовании основных процессов приращения человеческого капитала недостаточно рассматривать только изменения рождаемости и смертности, оставляя без внимания качество медицинского обслуживания, уровень социально-экономического положения населения. И в том, и в другом случае произойдет потеря ценной информации о факторах, определяющих развитие репродуктивного потенциала, а результаты такого анализа окажутся не соответствующими действительности.

Поэтому только на основе качественного математико-экономического анализа можно отобрать и исследовать факторы, которые действительно будут отражать сущность изучаемого явления. Стоит также отметить, что решение поставленных задач не может быть осуществлено только статистическими методами, тем более что установление наличия связей между явлениями, в сущности, не статистическая задача. Эти связи устанавливаются и могут быть

объяснены и путем логического анализа явлений. То есть необходимо не только математическое, но и экспертное изучение исследуемого явления.

Отдельно отметим, что немаловажным условием исследования репродуктивного потенциала служит изучение его развития в ретроспективе. Подобное изучение тенденций репродуктивного потенциала и репродуктивного здоровья за ряд прошлых лет позволит установить и количественно измерить происходившие изменения и выявить закономерности в этом процессе. Анализ ретроспективы – это средство найти решение проблемы через механизм закономерностей, происходивших в прошлом. Поэтому исследование репродуктивного потенциала должно начинаться с детального анализа современной демографической обстановки. При таком подходе будут охвачены изменения, характеризующие особенности развития репродуктивного потенциала, выражающие его специфику.

Важным показателем для оценки репродуктивного потенциала территории является доля женщин репродуктивного возраста (от 15 до 49 лет). За период с 2002 по 2008 г. средняя доля женщин в репродуктивном возрасте в Вологодской области снизилась с 27 до 24%. Молодое поколение, которое вступило в репродуктивный возраст в течение 5 лет, не заместило выбывшее население, т. е. произошло снижение репродуктивного потенциала населения области.

Для обеспечения воспроизводства населения территории важны не только количество женщин в детородном возрасте, но и равномерность их распределения. Территориальный срез показал, что по этому показателю имеются значительные межрайонные различия (см. рис. 3.4 на цв. вклейке). Минимальное значение доли женщин репродуктивного возраста в 2008 г. было равно 9,9% (Вожегодский район), максимальное – 29,1% (г. Вологда).

Для формирования групп муниципальных образований со сходными характеристиками был выбран способ разбивки образовавшейся шкалы показателя на интервалы одинаковой длины: от 9,9 до 16,0% – низкий уровень, от 16,1 до 22,2% – средний и от 22,3 до 29,1% – высокий. К зоне с низким уровнем был отнесен только один район области – Вожегодский; группу со средним уровнем образовали два района – Усть-Кубинский и Вашкинский; остальные муниципальные образования были включены в зону с относительно высоким удельным весом женщин в детородном возрасте.

Изменение доли женщин репродуктивного возраста по муниципалитетам за период с 2002 по 2008 г. наглядно показывает рисунок 3.5 (см. цв. вклейку). Очевидно то, что в районах преимущественно западной части области имел место прирост женского населения репродуктивного возраста, а муниципальные образования, расположенные в восточной части области, наоборот, понесли потери женского населения.

Положительные изменения демографических показателей следует учитывать и использовать для укрепления репродуктивного потенциала области. Демографическая и социально-экономическая политика тех муниципальных образований, где отмечается увеличение показателей, должна включать в себя всемерную поддержку молодого поколения, создание условий, способствующих снижению миграционного оттока молодежи и формирующих положительный репродуктивный настрой. В районах с ухудшающимися демографическими характеристиками, в свою очередь, необходимо приложить все усилия для сохранения репродуктивных показателей.

Был проведен также сопоставительный анализ, который выявил ряд муниципальных образований, где рост рождаемости произошел на фоне снижения удельного веса женщин детородного возраста, т.е. в основном за счет рождения второго и последующих детей. Очевидно, что важными предпосылками этого послужили общее оживление экономики в стране и регионе, мероприятия в рамках национального проекта «Здоровье».

Вместе с тем сопоставление уровня рождаемости и доли женщин детородного возраста на территориях Вологодской области (см. рис. 3.6 на цв. вклейке) выявило в 2008 г. в ряде муниципальных образований (г. Череповец, г. Вологда, Белозерский, Грязовецкий районы) низкие показатели рождаемости при высокой доле женщин в детородном возрасте. Имеющийся в Сокольском и Великоустюгском районах «средний» потенциал также недоиспользуется и коэффициент рождаемости на данных территориях находится у нижней границы «среднего» уровня.

Для оценки репродуктивного потенциала Вологодской области проведен корреляционный и факторный анализ. Из множества показателей деятельности служб здравоохранения путем экспертных оценок был определен набор индикаторов, отражающих репродуктивное здоровье населения:

- заболеваемость новорожденных (человек на 1000 родившихся живыми);

- доля преждевременных родов (от числа закончивших беременность родами, в %);
- токсикоз второй половины беременности (от числа закончивших беременность, в %);
- число аборт на 100 родов;
- количество недоношенных (от числа родившихся живыми, в %);
- число родившихся (человек на 1000 чел. населения).

Прежде всего, необходимо было исключить коррелирующие между собой показатели. Эта задача решается путем расчета матрицы парных корреляций⁷ по всему сформированному перечню показателей. Матрица корреляции подтвердила отсутствие взаимной обусловленности среди выбранных факторов (кроме взаимной обусловленности показателей преждевременных родов и рождения недоношенных детей). Это позволяет утверждать, что каждый из них характеризует отдельное направление в анализе репродуктивного потенциала.

Проведенный нами для парных выборок t-тест позволил определить, насколько существенными были изменения того или иного фактора за период с 1998 по 2008 г. (табл. 3.1). Анализ данных, полученных с помощью t-теста, позволяет разделить обсуждаемые показатели на три группы.

Таблица 3.1. Значимые и незначимые изменения показателей за периоды 1998 – 2002, 2002 – 2008 гг.

Период (годы)	Показатели					
	Количество недоношенных детей	Доля преждевременных родов	Общий коэффициент рождаемости	Токсикоз второй половины беременности	Заболееваемость новорожденных	Число абортов на 100 родов
1998 – 2002	Незначимые	Незначимые	Незначимые	Значимые	Незначимые	Незначимые
2002 – 2008			Значимые		Значимые	Значимые

В первую группу попали показатели, у которых значимых⁸ изменений не выявлено: недоношенность ($p=0,425$ – 1998 г. и 2002 г., $p=0,305$ – 2002 г. и 2008 г.) и преждевременные роды ($p=0,694$ – 1998 г. и 2002 г., $p=0,623$ – 2002 г. и 2008 г.).

⁷ Коэффициент корреляции – числовая характеристика, являющаяся измерителем степени тесноты линейной статистической связи между признаками.

⁸ При значимом изменении значение показателя должно быть менее 0,05.

Во вторую группу вошли показатели, у которых были выявлены значимые изменения: рождаемость и токсикоз второй половины беременности ($p=0,014$, $p=0,020$ соответственно); заболеваемость новорожденных и уровень абортот ($p=0,012$, $p=0,024$ соответственно).

Проведенный факторный анализ показал изменение состава показателей внутри образующихся факторов, то есть в различные годы они объединялись в разные факторы. Это исключает возможность сравнения результатов проведенного в различные годы кластерного анализа. В данной работе представлен кластерный анализ, с предварительным факторным, только для 2008 г.

Оценка репродуктивного потенциала региона проводилась в двух направлениях:

- осложнения во время беременности, заболеваемость новорожденных;
- уровень рождаемости и абортот.

При проведении факторного анализа переменные, сильно коррелирующие между собой, были объединены в факторы. Первый фактор собрал отклонения в рождении детей и был условно назван «Риск для вынашивания беременности». Во второй фактор – «Отклонение в здоровье» – вошли те характеристики, которые указывают на какие-то отклонения в здоровье рожениц и младенцев.

Фактор 1:

Преждевременные роды

Родившиеся недоношенными

Фактор 2:

Токсикоз

Заболеваемость новорожденных

Межрайонный анализ показал, что очень большой риск для здоровья новорожденных существует в Бабушкинском, Белозерском, Вожегодском, Никольском, Устюженском, Харовском районах Вологодской области; существенно меньше риск в Верховажском, Кадуйском, Кирилловском, Тарногском, Чагодощенском районах и г. Вологде.

Наиболее значительные отклонения в здоровье рожениц и новорожденных наблюдаются в Белозерском, Вожегодском, Кичменгско-Городецком, Нюксенском районах. Показатели здоровья несколько лучше в Тотемском, Бабушкинском, Грязовецком, Кирилловском, Сямженском, Тарногском районах. В г. Вологде ситуация лучше, чем в г. Череповце.

Следующим этапом анализа репродуктивного потенциала области стала кластеризация районов по итогам факторного анализа. Муниципальные образования были разбиты на три группы (кластеры), объединяющие районы с различной степенью риска потери репродуктивного потенциала.

Кластер 1 охватывает большинство районов области, а также города Вологду и Череповец, в которых отклонения в здоровье новорожденных и рожениц можно оценить как «средней силы» и риск для новорожденных значительно меньше, чем в остальных кластерах.

Самый высокий риск для жизни и здоровья новорожденных и матерей выявлен во втором кластере (рис. 3.7) – в таких районах, как Вожегодский, Харовский, Белозерский.

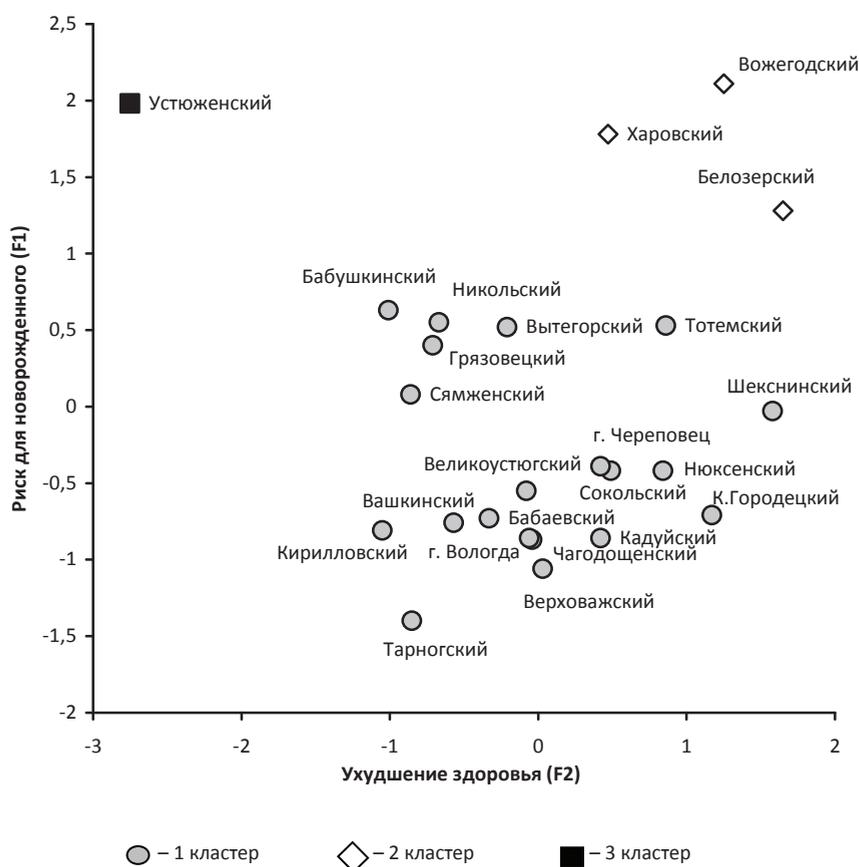


Рисунок 3.7. Распределение районов Вологодской области по кластерам в зависимости от уровня риска для исхода беременности

Кластер 3, в который вошел Устюженский район, характеризуется большим риском для исхода беременности, при наличии хорошего здоровья у беременных и новорожденных.

Сопоставление демографических характеристик районов с данными кластерного анализа показало, что в Устюженском районе при невысокой доле женщин в детородном возрасте, низких показателях рождаемости выявлен риск для благоприятного исхода беременности (высокие показатели преждевременных родов, невынашивания беременности). Неблагоприятна ситуация также в Вожегодском и Харовском районах, где на неблагоприятный демографический фон накладывается высокий риск для здоровья беременных женщин и новорожденных. Данные территории следует рассматривать как крайне неблагополучные, требующие принятия безотлагательных мер по сохранению репродуктивного здоровья населения.

Следующим направлением анализа репродуктивного потенциала стало сопоставление показателей рождаемости и числа абортов (на 100 родов) как прямой потери потенциальных рождений. Анализ показал, что, при общем увеличении рождаемости и незначительном снижении числа абортов, модели демографического поведения населения в районах Вологодской области существенно не изменились. Вашкинский район является «лидером» по уровню абортов – на 1 рождение приходится 6 абортов.

На основании данных диаграммы рассеяния было выделено четыре группы районов (табл. 3.2): 1 группа – районы относительно благополучные – с высокими показателями рождаемости (выше 12,4 – общий коэффициент рождаемости по Вологодской области, 2007 г.) и низким уровнем абортов (меньше 128,0 – областной уровень); 2 группа – районы со значительной растратой репродуктивного потенциала вследствие высокого уровня абортов, при высоких показателях рождаемости; 3 группа – районы с низким репродуктивным потенциалом по причине невысокой рождаемости и невысокого уровня абортов; 4 группа – самые неблагополучные районы, в которых при низкой рождаемости фиксируется высокий уровень абортов. Причем четвертая группа районов оказалась наиболее многочисленной, и это свидетельствует о том, что репродуктивный потенциал области мог быть гораздо выше при проведении профилактических мероприятий по снижению уровня абортов.

Таблица 3.2. Распределение районов Вологодской области по уровню потерь потенциальных рождений

Высокий уровень рождаемости/ низкий уровень аборт	Высокий уровень рождаемости/ высокий уровень аборт
Бабушкинский, Великоустюгский Верховажский, Тотемский	Вытегорский, Кичм.-Городецкий, Никольский, Тарногский, Сокольский, Усть-Кубинский
Невысокий уровень рождаемости/ низкий уровень аборт	Невысокий уровень рождаемости/ высокий уровень аборт
Вожегодский Сямженский	Белозерский, Бабаевский, Вашкинский, г. Вологда, Грязовецкий, Кирилловский, Кадульский, Междуреченский, Нюксенский, Устюженский, Харовский, г. Череповец, Чагодощенский, Шекснинский

На основе демографических характеристик и данных анализа репродуктивного здоровья населения муниципальных образований (доля женщин репродуктивного возраста, информация о здоровье новорожденных и рожениц, уровень аборт и рождаемости) было проведено итоговое распределение районов по уровню репродуктивного потенциала (табл. 3.3).

Таблица 3.3. Распределение районов Вологодской области по уровню репродуктивного потенциала

Низкий	Средний	Выше среднего
Белозерский Вожегодский Вашкинский Сямженский Устюженский Усть-Кубинский, Харовский	Вологодский, г. Череповец, Вытегорский, Бабаевский, Бабушкинский, Грязовецкий, Кирилловский, Кичм.-Городецкий, Междуреченский, Никольский, Нюксенский, Сокольский, Тарногский, Череповецкий, Чагодощенский, Шекснинский	Великоустюгский г. Вологда Верховажский Кадульский Тотемский

Группу с «низким» уровнем репродуктивного потенциала образовали районы, где все индикаторы или большинство из них имели значения ниже среднего уровня по области. В группу «выше среднего» попали те районы, где большая часть характеристик выше среднего уровня по области. Группу с промежуточным, «средним» уровнем составили все остальные районы.

Результаты анализа показывают неоднородность муниципальных районов Вологодской области по уровню репродуктивного потенциала населения. Учет выявленных территориальных особенностей при планировании демографической политики может способствовать повышению эффективности проводимых мероприятий.

Репродуктивное поведение населения, его репродуктивный потенциал во многом определяются уровнем социально-экономического развития территории. Поэтому следующим шагом исследования стал анализ совокупности социально-экономических показателей районов Вологодской области.

Сравнительная оценка социально-экономического развития муниципальных районов выполнена по ключевым направлениям:

– доходы населения (среднемесячная начисленная заработная плата, руб.);

– занятость населения (уровень зарегистрированной безработицы, %);

– промышленное и сельскохозяйственное производство (объем промышленной продукции в расчете на 1 жителя, тыс. руб.; объем сельскохозяйственной продукции в расчете на 1 жителя, тыс. руб.);

– инвестиционная политика (объем инвестиций в основной капитал в расчете на 1 жителя, тыс. руб.);

– бюджетная политика (бюджетная обеспеченность 1 жителя, собственные доходы бюджета района в расчете на 1 жителя, руб.);

– социально-бытовая инфраструктура (обеспеченность населения врачами – количество врачей на 10000 жителей, ед.; объем розничной торговли в расчете на 1 жителя, тыс. руб.; объем платных услуг в расчете на 1 жителя, тыс. руб.; жилищная обеспеченность, площадь жилищ в расчете на 1 жителя, кв. м).

На основе показателей, фактически достигнутых муниципальными районами, методом многомерного сравнительного анализа рассчитывался интегральный показатель – сводный рейтинг. При этом для каждого показателя определялось наилучшее значение (максимальное или, в некоторых случаях, минимальное, как, к примеру, для коэффициента безработицы). Далее показатели по каждому муниципальному образованию сопоставлялись со значением наилучшего показателя. Полученные стандартизованные коэффициенты возводились в квадрат, а из суммы квадратов десяти (по количеству показателей) коэффициентов извлекался квадратный корень. Рассчитанное значение представляет собой интегральный показатель, который учитывает значения всех показателей совокупности. Для формирования групп муниципальных образований со сходными характеристиками был выбран способ разбивки образовавшейся шкалы показателя на интервалы одинаковой длины: от 1,463 до 1,801 – муниципалитеты с низким уровнем развития, от 1,802 до 2,139 – со средним и от 2,140 до 2,478 – с высоким (табл. 3.4).

Таблица 3.4. Распределение районов Вологодской области по уровню социально-экономического развития

Низкий	Средний	Выше среднего
Бабушкинский, Белозерский, Вашкинский, Верховажский, Вожегодский, Вытегорский, Грязовецкий, Кичм.-Городецкий, Междуреченский, Никольский, Нюксенский, Тарногский, Сямженский, Чагодощенский, Устюженский, Харовский	Бабаевский, Вологодский, Кирилловский, Усть-Кубинский, Тотемский, Череповецкий, Шекснинский, Сокольский	Великоустюгский г. Вологда г. Череповец Кадуйский

На основании рассчитанных коэффициентов построен интегральный индекс социально-экономического развития для каждого муниципального образования региона (*прил. 8, таблица*).

Проведенный анализ позволяет сделать вывод о том, что районы с низким репродуктивным потенциалом чаще всего имеют низкий уровень социально-экономического развития (Устюженский, Харовский, Белозерский, Вашкинский, Сямженский; *рис. 3.8*).



- Сектор повышенного риска, требует особого внимания служб здравоохранения и улучшения социально-экономического климата
- Существует определенный задел, главная задача – не растерять его, уделяя больше внимания репродуктивному здоровью
- Хороший репродуктивный потенциал, и есть возможности для его повышения
- Высокий уровень репродуктивного потенциала

Рисунок 3.8. Описательная модель репродуктивного потенциала населения региона

Высокий уровень социально-экономического развития территории представляет большие возможности для формирования репродуктивного потенциала, но сам по себе не является определяющим фактором. Из анализа видно, что в городах Вологде и Череповце, при одинаково высоком уровне развития, репродуктивный потенциал имеет значимые различия. В то же время в Тотемском и Верховажском районах, при среднем и низком уровне социально-экономического развития, сохраняется высокий репродуктивный потенциал.

Изучение территориального аспекта репродуктивного здоровья населения Вологодской области позволило дифференцировать районы по уровню репродуктивного потенциала, классифицировать их с точки зрения социально-экономических условий его сохранения и развития – построена описательная модель репродуктивного потенциала населения региона. Подобное ранжирование, безусловно, поможет конкретизировать действия по сохранению и укреплению репродуктивного здоровья и потенциала населения.

Многие факторы отрицательного воздействия на здоровье матери и ребенка имеют социально-экономическую основу и могут быть подкорректированы со стороны государства, семьи и общества. Укрепление и сохранение репродуктивного потенциала – долгосрочная задача, но чтобы ее выполнить, необходимо принимать меры уже в настоящее время. В условиях ограниченности ресурсов требуется правильно расставить акценты и вложить средства туда, где ожидается получение наибольшего эффекта.

Заключая, отметим, что:

1. Репродуктивный потенциал является важной составляющей общественного здоровья населения. Его сущность мы попытались отразить в следующем определении: репродуктивный потенциал – способность популяции к воспроизведению репродуктивного здоровья из поколения в поколение. Это включает в себя основные характеристики репродуктивного здоровья мужчин и женщин на том или ином этапе жизненного цикла, его сохранение к моменту начала репродуктивного возраста и на всем его протяжении, а также возможность его передачи от одного рождения здорового ребенка к другому рождению здорового ребенка в следующем поколении.

2. Репродуктивный потенциал имеет сложную структуру, основными компонентами которой являются удельный вес женщин

в репродуктивном возрасте, уровень рождаемости, репродуктивное здоровье и репродуктивное поведение населения, особенности течения беременностей и здоровье детей не только в период новорожденности, но и до вступления их в репродуктивный возраст.

3. Репродуктивный потенциал России, как и Вологодской области, снижается. Об этом свидетельствуют уменьшение удельного веса женщин репродуктивного возраста в период с 2002 по 2008 г. (в Вологодской области – с 27 до 24% соответственно); старение населения, трансформация модели рождаемости; увеличение среднего возраста женщины при рождении ребенка.

4. Построенная описательная модель показывает, что существует взаимосвязь между уровнем социально-экономического развития территории и ее репродуктивным потенциалом. Муниципальные образования с высоким уровнем социально-экономического развития чаще имеют высокий репродуктивный потенциал.

5. На основании моделирования выделены территории с низким уровнем репродуктивного потенциала и риском снижения общественного здоровья и демографического развития. Эти муниципальные образования требуют повышенного внимания служб здравоохранения и улучшения социально-экономической обстановки.

Очевидно, что для поддержания высокого уровня репродуктивного потенциала нужна грамотная демографическая политика, подкрепленная мерами социально-экономического характера; дальнейшее развитие служб родовспоможения; укрепление института семьи; пропаганда модели репродуктивного поведения населения, направленной на сохранение здоровья и рождение детей.

Ориентируясь на итоги проведенного анализа, на наш взгляд, было бы целесообразным первоочередные усилия направить на решение следующих задач:

- охрана здоровья беременных женщин; обеспечение рождения здоровых детей будет служить основой для укрепления репродуктивного потенциала региона;
- продолжение демографической политики, направленной на поддержание рождения в семье первого и особенно второго и третьего ребенка;
- повышение престижа семьи, материнства и отцовства.

3.2. Репродуктивное здоровье населения

Характер рождаемости в России в целом определяется массовым распространением малодетности (1–2 ребенка), сближением параметров рождаемости городского и сельского населения, откладыванием рождения первого ребенка, ростом внебрачной рождаемости. Поменялись социальные и психологические установки на рождение детей, то есть изменилось само репродуктивное поведение. К проблеме снижения репродуктивных установок добавляется ухудшение репродуктивного здоровья населения, которое является важной составляющей репродуктивного потенциала, участвуя во всех звеньях репродуктивного цикла.

Репродуктивное здоровье, с одной стороны, определяет здоровье и возможность индивида к продолжению рода и в этом случае характеризует индивидуальное здоровье человека. С другой стороны, распространенность тех или иных заболеваний репродуктивной сферы в популяции позволяет судить о здоровье популяции в целом, то есть об общественном здоровье.

В то же время существующие определения репродуктивного здоровья характеризуют его на индивидуальном уровне. ВОЗ трактует репродуктивное здоровье как способность к зачатию и рождению детей, возможность сексуальных отношений без угрозы заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП), гарантию безопасности беременности и родов, выживание ребенка, благополучие матери и возможность планирования последующих беременностей, в том числе предупреждение нежелательной беременности. Репродуктивное здоровье – это важнейшая составляющая общего здоровья каждого конкретного человека, каждой семьи и общества в целом [268].

Репродуктивное здоровье – состояние полного физического, умственного и социального благополучия во всех вопросах, касающихся функций и процессов репродуктивной системы, а также психосоциальных отношений на всех стадиях жизни. Оно является важнейшей основой общего состояния здоровья и занимает центральное место в развитии человека. Создание в обществе благоприятных условий и предпосылок для достижения оптимального уровня репродуктивного здоровья позволяет женщинам благополучно пройти через этап беременности и родов и дает супружеским

парам наилучший шанс иметь здорового младенца [131, с. 27-42]. Понятие «репродуктивное здоровье» касается как женщин, так и мужчин.

Репродуктивное здоровье населения подразумевает факт рождения ребенка на фоне состояния здоровья женщины (физиологического, психологического, полового, биологического, соматического).

Рассмотрение репродуктивного здоровья в контексте репродуктивного потенциала предполагает способность популяции к воспроизведению репродуктивного здоровья из поколения в поколение. Это означает не только наличие крепкого репродуктивного здоровья на том или другом этапе жизненного цикла женщины, его сохранение к моменту начала фертильного возраста и на всем его протяжении, но и возможность его передачи от одного рождения здорового ребенка к другому рождению здорового ребенка в следующем поколении [133, с. 29-48].

С улучшением показателей репродуктивного здоровья населения, в первую очередь женского, связано одно из важнейших направлений в решении проблемы охраны материнства и детства. Женщины наиболее чувствительно реагируют на все изменения в общественной, экономической и социальной жизни страны, что отражается, прежде всего, на состоянии их репродуктивного здоровья, репродуктивном поведении и качестве здоровья их детей. В силу этого репродуктивное здоровье выступает индикатором состояния здоровья общества и государства [268, 269].

Обычно под рождаемостью подразумевается количество новорожденных, общий и суммарный коэффициенты рождаемости. Понятие репродуктивного здоровья ставит следующие вопросы: «А кто родился?», «Какое здоровье у новорожденного?», «Способен ли он, при существующих условиях, вести полноценный образ жизни и произвести здоровое потомство?» и т.д. В настоящее время репродуктивное здоровье официально входит в качестве важнейшего направления в программы ВОЗ, Фонда ООН по народонаселению.

Состояние здоровья женщин является основой формирования взаимосвязи передачи из поколения в поколение потенциала жизненных сил и энергии. Однако именно оно сегодня становится тем слабым звеном, которое при определенных неблагоприятных обстоятельствах может способствовать снижению репродуктивных возможностей женщины, уровня здоровья и жизнеспособности поколений новорожденных на всех последующих этапах жизненного цикла их развития.

К числу таких неблагоприятных обстоятельств следует отнести:

- наличие у женщин соматических, инфекционных и гинекологических заболеваний;
- проживание в состоянии постоянной психологической напряженности и затяжного хронического стресса, ведущих к различным проявлениям психических отклонений и дезадаптации;
- широкое распространение вредных привычек;
- низкий уровень жизни;
- недостаточное или несбалансированное питание;
- сложность получения своевременной и адекватной медицинской помощи.

Вследствие этого в России имеет место значительное ухудшение репродуктивного здоровья женщин [131, с. 27-42].

Обобщенные индексы, характеризующие репродуктивное здоровье, пока не разработаны, поэтому большинство авторов экстраполируют методологию исследований общественного здоровья на область репродуктивного здоровья и рассматривают лишь отдельные его составляющие. Тем не менее, анализируя литературные данные, можно выделить три группы изучаемых параметров:

1) демографические показатели территории (общие и специальные коэффициенты естественного движения населения, младенческая и перинатальная смертность, материнская смертность);

2) некоторые показатели, характеризующие состояние здоровья населения исследуемой территории (частота экстрагенитальной патологии беременных, характер гестационных осложнений и осложнений родового акта, частота бесплодия в браке, распространенность генитальной и экстрагенитальной патологии, частота нарушений сексуального здоровья, распространенность ИППП);

3) санитарно-статистические данные о распространенности использования тех или иных методов контрацепции и частота искусственных прерываний беременности [292, с. 40-45].

Исходя из этого, при характеристике репродуктивного здоровья, обратимся к демографическим показателям. Так, например, суммарный коэффициент рождаемости, показывающий число детей, рожденных среднестатистической женщиной за репродуктивный период, в России в 2000 – 2008 гг. незначительно увеличился (с 1,34 до 1,49 на 1 женщину – все население, 1,89 – сельское), однако это существенно ниже показателей 1990 г. (1,89 на 1 женщину – все население и 2,6 – сельское).

В Вологодской области также отмечается повышение суммарного коэффициента рождаемости, его уровень в целом соответствует среднероссийскому, в то же время превышая его в сельской местности (в области – 2,01 на 1 женщину против 1,89 в РФ). Наиболее заметный рост показателя произошел в период с 2006 по 2008 г., и это связано, очевидно, с пронаталистскими мерами правительства в рамках национального проекта «Здоровье», а также с улучшением социально-экономической ситуации в большинстве регионов.

Младенческая смертность – один из важнейших интегрированных показателей, характеризующих не только репродуктивное здоровье, но и демографическую ситуацию в целом, отражающих социально-экономическое благополучие общества, эффективность деятельности учреждений здравоохранения. В каждом регионе уровень младенческой смертности определяется целым рядом причин, но наиболее существенный вклад в его формирование вносят организация и качество медицинской помощи беременным женщинам, новорожденным, детям первого года жизни и внедрение эффективных профилактических программ [21, с. 41-44].

Следует отметить существенное снижение младенческой смертности в России в период с 1998 по 2008 г. – ее уровень сократился почти в 2 раза и установился на отметке 8,5 на 1000 родившихся живыми. Этот показатель соответствует предельно допустимому значению младенческой смертности, установленному Европейским региональным бюро ВОЗ, – 10 детей на 1000 родившихся живыми. Но все же данный показатель в 2 раза выше, чем в развитых странах Европы. В Вологодской области также произошло снижение младенческой смертности, причем более интенсивное, чем в целом в РФ (с 17,4 на 1000 родившихся живыми в 1995 г. до 7,7 – в 2008 г.). В структуре причин младенческой смертности в области первое место занимают отдельные состояния перинатального периода – 43%, второе – врожденные пороки развития – 15%, третье – травмы, отравления и несчастные случаи – 9%.

Существенное влияние на динамику младенческой смертности в Вологодской области оказала реализация национального проекта «Здоровье» и региональной целевой программы «Здоровый ребенок»: снижение младенческой смертности на тысячу родившихся живыми за 1998 – 2007 гг. составило в России 43%, в Вологодской области 47% (табл. 3.5).

Таблица 3.5. **Смертность среди детей** (до 1 года на 1000 родившихся живыми)

Территория	1998 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2008 к 1998 г., в %
РФ	16,5	15,3	14,6	13,3	12,4	11,6	11,0	10,2	9,4	8,5	52
ВО	17,0	15,8	17,5	13,9	12,6	10,9	11,6	8,6	9,0	7,7	45
ЕС	6,5	5,9	5,8	5,5	5,4	5,3	5,2	4,7	4,6	Н.д.	71

Источники: Справочно-информационные материалы службы охраны здоровья матери и ребенка в 2008 году. – М., 2009. – 42 с.; База данных «Здоровье для всех». – Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ (январь 2009 г.). – URL: <http://data.euro.who.int/hfad/>

Не менее важен показатель материнской смертности, являющийся индикатором уровня развития служб родовспоможения и их доступности. За период с 1998 г. уровень материнской смертности в России снизился в 2 раза, составив в 2008 г. 20,7 на 100 000 новорожденных. При этом у городского населения, как правило, материнская смертность в 1,5 раза ниже, чем у сельского (исключение – 2008 год, когда показатель был одинаковым для обеих групп). Но снижение уровня материнской смертности в России не приблизило ее к уровню стран Европейского Союза (разница продолжает составлять более чем 3,5 раза). Это свидетельствует как о более низком уровне здоровья российских матерей, так и о значительном отставании в технологиях наблюдения беременности и родовспоможения в стране.

В Вологодской области также происходило снижение показателей материнской смертности, но вследствие неравной динамики сравнивать можно лишь средний многолетний показатель (за 9 лет), который несколько выше, чем в РФ (30,7 на 100 000 новорожденных против 28,5).

Репродуктивное здоровье россиянок (общая и гинекологическая заболеваемость женщин, заболеваемость беременных и рожениц, инфекционная заболеваемость, перинатальная, младенческая и материнская смертность, уровень абортотв и др.) значительно хуже, чем у жителей развитых европейских государств.

Происходит ухудшение здоровья российских женщин в целом, что выражается в росте женской заболеваемости. Первые три места в ее структуре занимают болезни системы кровообращения и органов дыхания (по 19%), пищеварения (14 – 17%). Сердечно-

сосудистые заболевания остаются одной из главных причин смертности женского населения в Европе и других развитых странах, но ее нынешний уровень в России в 2 – 4 раза выше. Уровень заболеваемости злокачественными новообразованиями органов репродуктивной системы в европейских странах также достаточно высок, но в России и странах СНГ рак шейки матки, например, обуславливает более высокие показатели смертности, чем в Европе, и разрыв в смертности от злокачественных образований между Россией и другими странами увеличивается. Возросло количество заболеваний злокачественными опухолями, прежде всего типично женских органов. Так, в 2008 г. выросла в 1,2 раза по сравнению с 1998 г. заболеваемость раком молочной железы (с 55,1 на 100 000 населения до 68,8), шейки матки (с 15,4 на 100 000 населения до 18,1). Они составляют около 40% всех злокачественных новообразований у женщин, причем их доля в 1990-е годы постоянно возрастала и стабилизировалась с конца 1990-х гг. на высоком уровне.

Снижение репродуктивного здоровья россиянок не прекращается с начала XXI века. Заболеваемость населения болезнями мочеполовой сферы в период с 2000 по 2007 г. увеличилась на 30% как в Российской Федерации, так и в Вологодской области. Лишь в 2007 – 2008 гг. данный показатель в Вологодской области снизился по отношению к уровню предыдущего года (рис. 3.9).

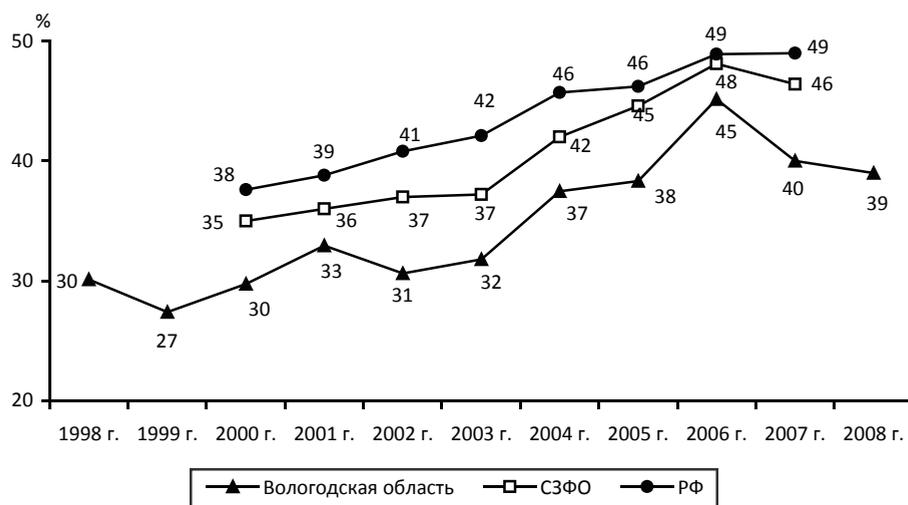


Рисунок 3.9. Заболеваемость болезнями мочеполовой сферы (на 1000 чел.)

Рост заболеваемости отмечается и по многим нозологическим формам болезней репродуктивной сферы как женщин, так и мужчин, что увеличивает риск возникновения бесплодия, осложнений беременности и родов. Снижается способность к зачатию и вынашиванию ребенка. Существенно возросла заболеваемость женским бесплодием (табл. 3.6).

Таблица 3.6. **Заболеваемость болезнями половой сферы населения Вологодской области (на 100 тыс. чел.)**

Заболевания	2000 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2008 г. / 2000 г., в %
Болезни предстательной железы	234,8	211,1	239,5	287,0	270,6	334,6	315,6	352,5	150
Мужское бесплодие	0,3	0,5	0,3	0,5	1,0	1,2	1,2	1,1	4 раза
Сальпингит, оофорит	335,1	353,3	379,8	420,7	407,4	468,7	481,0	272,2	81
Эндометриоз	54,3	73,1	57,4	67,0	76,5	122,7	67,6	91,6	168
Эрозия и эктропион шейки матки	545,9	551,0	553,4	572,7	527,1	664,0	702,4	687,5	124
Расстройства менструации	1 441,1	1 309,2	1 272,0	1 833,8	1 765,4	2 152,5	2 146,7	1 549,6	107
Нарушения в менопаузе	158,2	159,3	172,7	252,5	315,2	449,1	386,7	305,0	190
Женское бесплодие	72,2	85,8	73,2	61,7	57,7	88,3	91,8	98,2	136
Осложнения беременности и родов	4 461,3	5 187,6	4 916,9	4 932,4	5 451,8	5 513,2	5 692,3	5 872,3	131
Источник: Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2000 – 2008 годы.									

Показатель бесплодия у мужчин в 2008 г. почти в 4 раза превысил уровень 2000 г., однако он на два порядка ниже, чем у женщин.

Увеличение показателей отчасти связано с улучшением диагностирования данных болезней в ходе реализации национального проекта «Здоровье» (диспансеризация населения) и работы региональных программ «Мать и дитя», «Здоровый ребенок», «Экстракорпоральное оплодотворение».

Существенно повышают вероятность бесплодия заболевания, передающиеся половым путем, также являющиеся характеристикой репродуктивного здоровья. Благодаря программе «АнтиВич-СПИД», реализуемой в Вологодской области, уровень общей заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем, снизился с 13211 случаев в 2000 г. до 7207 – в 2007 г. Однако в области чаще, чем в РФ, встречается одна из наиболее распространенных инфекций – гонорея (106 случаев в области против 61 на 100 тыс. населения в РФ в 2007 г.).

Бесплодие является как медицинской, так и социальной проблемой. Важность ее обусловлена в первую очередь отрицательным естественным приростом населения в России. Всемирная организация здравоохранения выделяет 22 причины женского и 16 причин мужского бесплодия. По данным ВОЗ, бесплодный брак при частоте, достигающей 15%, оказывает на демографические показатели более значительное влияние, чем невынашивание беременности и перинатальные потери, вместе взятые [50, с. 3-4].

Распространенность бесплодных браков в России прогрессирует: их частота в некоторых регионах, согласно данным эпидемиологических исследований, превышает критический уровень, составляя от 8 до 19,6% [152, с. 245-247]. Тенденция к увеличению бесплодных браков отмечается во всем мире [354].

В настоящее время решена проблема диагностики бесплодия в браке, разработаны стандарты терапии, при которых эффективность восстановления репродуктивной функции составляет около 40% [154, с. 4-7]. Однако с учетом медико-демографической эффективности лечения бесплодия, под которой следует понимать не сам факт наступления беременности, а рождение здорового ребенка, эффективность лечения первичного бесплодия составляет 9,5%, вторичного – 10,9% [13, с. 21-22].

Судя по данным исследований, значительное неблагоприятное воздействие на женскую фертильность оказывают такие факторы, как: нарушения менструального цикла и менструальной функции, патология щитовидной железы, осложненные аборт, инфекции, передающиеся половым путем, абдоминальные гинекологические операции [321, с. 287-288].

Косвенное подтверждение этих выводов позволил получить анализ причин бесплодия, выполненный в ходе реализации программы «ЭКО», стартовавшей в Вологодской области с 2005 г. По экспертным оценкам, 80% случаев бесплодия вызвано неграмотным репродуктивным поведением.

Для полной характеристики репродуктивного здоровья важно знать соотношение различных исходов наступивших беременностей, структуру их причин, особенности их течения.

Около 56% беременностей в регионе заканчивается хирургическим прерыванием. Несмотря на снижение числа аборт с 68 на 1 тыс. женщин репродуктивного возраста в 2000 г. до 50 – в 2008 г. (или на 26%), данный уровень в соответствии с классификацией ООН определяется как высокий⁹ (рис. 3.10).

⁹ Уровни частоты аборт на 1 тыс. женщин репродуктивного возраста: очень низкий – менее 10, низкий – 10-19, средний – 20-49, высокий – 50 и более (ООН).

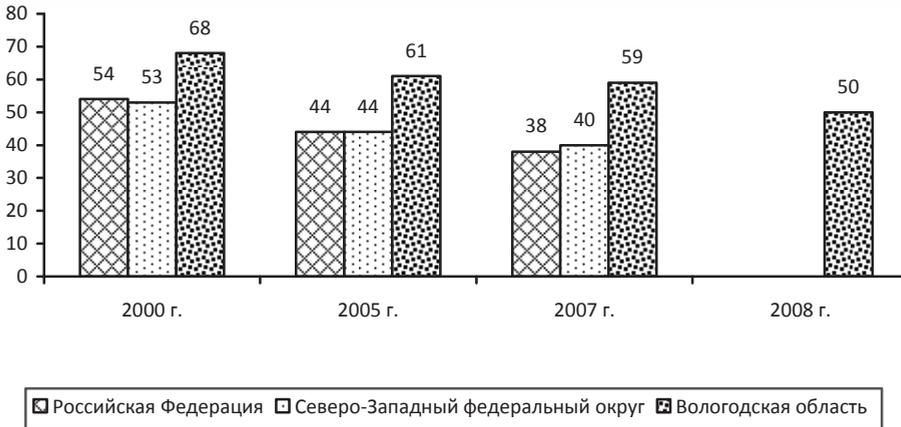


Рисунок 3.10. Число абортов на 1000 женщин репродуктивного возраста (15-49 лет)

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

В России в целом произошло более значительное снижение уровня абортов – на 30%, но, на наш взгляд, одной из значимых причин этого стало не более ответственное поведение женщин, а развитие сети платных клиник, предоставляющих подобные услуги без учета их в статистической отчетности.

Преждевременными родами заканчивается около 4% беременностей в регионе (табл. 3.7). В России преждевременными называют роды, наступившие на сроке от 28 до 37 недель беременности. При этом недоношенными принято считать детей, родившихся с массой тела от 1000 до 2500 г, при росте от 35 до 45 см и с признаками общей незрелости организма [178].

Таблица 3.7. Преждевременные роды (в % от числа закончивших беременность)

Территория	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.
г. Череповец	2,9	3,5	2,7	2,9	3,1	3,2	3,2	3,7
г. Вологда	4,1	4,0	3,4	3,8	3,9	4,2	4,2	3,9
Районы	7,0	4,0	4,2	4,2	4,5	4,2	4,2	4,3
Область	3,8	3,9	3,6	3,8	4,0	3,9	3,9	4,0

Источник: Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2000 – 2007 гг. – Вологда: ДЗО, 2000, 2002, 2004, 2006, 2008.

Частота рождения недоношенных детей в России составляет 5 – 10% от числа новорожденных. В Вологодской области отмечается более благоприятная, чем по стране в целом, ситуация:

в 2007 году родилось недоношенными около 5% детей, за анализируемый период их удельный вес снизился в 1,3 раза (табл. 3.8). Причем в сельской местности в наблюдаемый период недоношенные дети рождались реже, чем в целом в области.

Таблица 3.8. Родилось недоношенными (в % от числа родившихся живыми)

Территория	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.
г. Череповец	7,6	6,0	4,3	4,7	5,2	4,1	4,1	4,7
г. Вологда	7,3	6,5	5,1	5,6	4,9	5,3	5,3	5,3
Районы	5,3	4,8	4,7	5,3	5,8	5,3	5,3	4,9
Область	6,6	5,7	5,0	5,4	5,5	5,1	5,1	5,2

Источник: Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2000 – 2007 гг. – Вологда: ДЗО, 2000, 2002, 2004, 2006, 2008.

Течение беременности и родов во многом определяет здоровье ребенка и поэтому требует тщательного контроля за самочувствием беременной женщины, своевременного выявления проблем и качественной помощи в их решении.

Осложнения беременности и родов регистрировались у вологжанок в целом реже в сравнении с общероссийским уровнем. Однако как республиканский, так и окружной тренд показателя имеет неблагоприятную тенденцию увеличения (рис. 3.11).

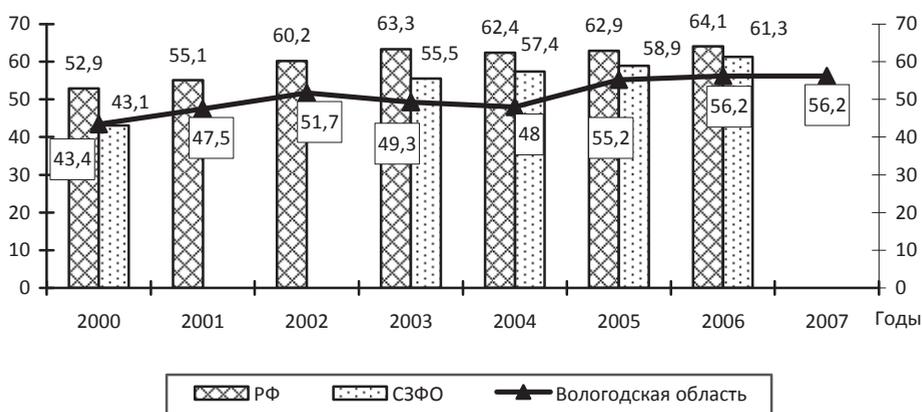


Рисунок 3.11. Осложнения беременности и родов, заболеваемость на 1000 женщин фертильного возраста (15 – 49 лет) в 2000 – 2007 гг.

Источник: Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2000 – 2007 гг. – Вологда: ДЗО, 2001, 2002, 2004, 2006, 2008.

Структура заболеваемости беременных женщин сохраняется практически неизменной за весь период наблюдений. Наиболее частым диагнозом остается анемия, на втором месте – болезни

мочеполовой системы, на третьем – отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства (табл. 3.9).

Таблица 3.9. **Заболеваемость беременных женщин в 2003 – 2007 гг.**
Распределение заболеваний по видам, %

Виды заболеваний	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.
Анемия	36	35	33	34	31
Болезни мочеполовой системы	23	20	21	18	20
Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства	15	14	15	13	11
Болезни щитовидной железы	6	7	7	8	7
Болезни системы кровообращения	7	7	7	7	7
Венозные осложнения	2	2	2	3	2
Другие болезни	11	15	15	17	22
<i>Всего, в %</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>
Случаев заболеваний	12 999	14 158	13 515	14 128	14 176
Источник: Женщины и мужчины Вологодской области. Цифры и факты: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2008.					

Часто отмечают и такие болезненные состояния беременных, как токсикозы. Токсикозы беременных – многосимптомные состояния, которые возникают при нарушении процессов адаптации организма женщины к беременности. К их возникновению предрасполагают различные заболевания, перенесенные до беременности или во время ее, неправильное питание, нервные перенапряжения, переутомления, недосыпание.

В основе развития поздних токсикозов лежат изменения капиллярного кровообращения и сосудисто-тканевой проницаемости, т. е. главные нарушения происходят в сосудистой системе. Различают токсикозы беременных первой половины беременности, или ранние, и второй половины беременности, или поздние, которые наиболее опасны для развития плода.

В регионе динамика доли беременностей, осложненных поздним токсикозом, в период с 2000 по 2006 г. была возрастающей, лишь в 2007 г. произошло снижение показателей (табл. 3.10). В территориальном разрезе токсикозы более часты в индустриальном Череповце, нежели на других территориях и по области в целом.

В профилактике поздних токсикозов важно соблюдение рационального питания во второй половине беременности, особенно воздержание от обильного употребления жидкости и соли, правильного режима труда и отдыха, устранение умственных и физических перегрузок.

Таблица 3.10. **Токсикоз второй половины беременности**
(в % от закончивших беременность)

Территория	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.
г. Череповец	15,2	16,0	18,4	17,2	15,9	19,2	19,2	16,0
г. Вологда	10,8	11,6	12,0	10,7	10,6	10,6	10,6	8,4
Районы	14,0	13,7	17,1	15,9	15,2	16,4	16,4	15,2
Область	11,5	13,7	16,1	14,8	14,2	15,6	15,6	13,6

Источник: Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2000 – 2007 гг. – Вологда: ДЗО, 2001, 2002, 2004, 2006, 2008.

В период с 1995 по 2000 г. произошло сокращение доли неосложненных родов как в Российской Федерации, так и в Вологодской области, что связано с ухудшением состояния здоровья беременных женщин, вызванным кризисным периодом 1998 г. (рис. 3.12). Плавный растущий тренд нормальных родов наблюдается в РФ с 2000 г. В Вологодской области до 2006 г. продолжали преобладать негативные тенденции. В 2007 г. по сравнению с 2006 г. произошло увеличение числа родов без осложнений на 17%. Но достигнутый уровень значительно ниже такового в 1995 г., а для Вологодской области – и ниже уровня в РФ. Таким образом, для региона эта проблема остается в числе приоритетных на данном этапе.

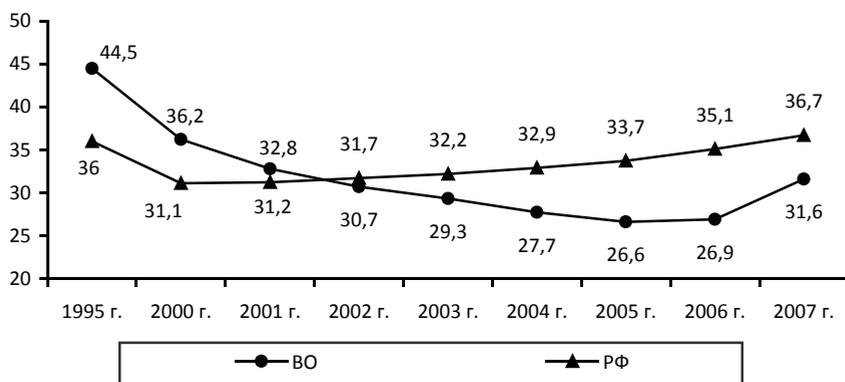


Рисунок 3.12. **Частота нормальных родов в родовспомогательных учреждениях России и Вологодской области (1995 – 2007 гг.; в % от числа родов в стационаре)**

Источники: Справочно-информационные материалы службы охраны здоровья матери и ребенка в 2007 году. – М.: МЗ и СР РФ, 2008. – 42 с.; Данные оргметодкабинета Вологодской областной детской больницы.

Серьезным стимулом для развития службы родовспоможения стала реализация программы родового сертификата [297]. Ее введение позволило укрепить материально-техническую базу

родильных домов и женских консультаций, улучшить лекарственное обеспечение беременных женщин. Например, охват беременных женщин ультразвуковым скринингом в РФ в 2007 году увеличился до 97%, биохимическим – до 70%. Доля женщин, вставших на учет по беременности в ранние сроки, составляет 79%. Среднее количество посещений беременными женских консультаций возросло за период наблюдения до 13%. Доля родов без осложнений увеличилась с 34% в 2005 году до 36% в 2007 году [297].

В Вологодской области согласно областной целевой программе «Здоровый ребенок» на улучшение здоровья беременных женщин и новорожденных детей в 2007 г. было выделено 43,9 млн. руб. Софинансирование составило в 2006 г. 36,2 млн. руб., в 2007 г. 45,5 млн. руб. Финансирование в этом направлении дало результаты: снизилась младенческая смертность с 11,6 (на 1000 родившихся живыми) в 2005 г. до 9,0 (на 1000 родившихся живыми) в 2007 г. и вырос удельный вес родов без осложнений – с 27% в 2005 г. до 32% в 2007 г.

Репродуктивное здоровье женского организма закладывается с первых дней жизни. На всех этапах жизни человека (с момента рождения до достижения зрелого возраста) в его организме происходят органические и физиологические функциональные патологические процессы в органах тех систем, которые могут быть причиной тех или иных нарушений репродуктивного здоровья. Негативные показатели здоровья (в особенности девочек) ведут к формированию замкнутого круга: больная девочка → больная мать → больной ребенок. Поэтому важнейшая задача здравоохранения – разорвать этот круг. Только тогда можно говорить о том, что родившееся поколение будет здоровым [62].

В связи с этим особого внимания заслуживает рассмотрение репродуктивного здоровья подростков. Заболеваемость девочек в возрасте от 15 до 18 лет нарушениями менструального цикла в Вологодской области возросла (на 100 тыс. девочек соответствующего возраста) с 1614,8 в 2002 г. до 3159,7 в 2007 г. (в 2 раза), по России – с 1206,2 до 3468,3 (в 3 раза). Увеличилось число девочек, входящих в группу риска абсолютного и относительного бесплодия. При этом сохраняется низкая обращаемость девочек с воспалительными заболеваниями органов малого таза к врачу-гинекологу либо из-за отсутствия выраженных клинических проявлений заболевания, либо из-за боязни огласки. По данным социологических исследований,

в России около 50% подростков имеют опыт сексуальных отношений, а средний возраст сексуального дебюта составляет $15,8 \pm 0,2$ года. У сексуально активных девочек-подростков частота воспалительных заболеваний половых органов в 3 раза выше, чем у сверстниц, никогда не имевших сексуальных отношений (45,2 и 15,1% соответственно) [89]. Отрицательной и, к сожалению, преобладающей стороной проблемы беременности у юных женщин остаются аборт и их осложнения. В 2002 г. в Вологодской области число случаев осложнений беременности и родов (826,5 на 100 тыс. населения) среди подростков возросло в 1,5 раза по сравнению с 2000 г. (540,2 соответственно). Вследствие этого возрастает заболеваемость новорожденных, что требует вложений со стороны семьи, общества, здравоохранения, государства.

Ретроспективное исследование [114, с. 4-5] состояния здоровья девушек-подростков Казани, вступающих в репродуктивный процесс, показало, что гинекологическая и экстрагенитальная заболеваемость у них превышает таковую у женщин благоприятного репродуктивного возраста. Для них также характерна социальная дезадаптация: внебрачная беременность, отсутствие постоянного занятия, материальные затруднения, вредные привычки и др., что существенно снижает репродуктивное здоровье. Раннее выявление нарушений репродуктивного здоровья, проведение оздоровительных и профилактических мероприятий среди девушек-подростков должно стать важным направлением деятельности служб здравоохранения, образования, социальной защиты. Поэтому проведение комплексных исследований в области репродукции человека крайне важно для анализа репродуктивного здоровья населения и принятия мер для его улучшения.

Остановившись на гендерных аспектах изучения репродуктивного здоровья населения, необходимо подчеркнуть неоправданную диспропорцию, а именно сосредоточение внимания большинства исследователей на вопросах акушерства и гинекологии. Исследования, предметом которых являются составляющие репродуктивного здоровья мужчин, единичны [184, с. 145-146]. Тем самым недооценивается роль мужского фактора в сохранении репродуктивного здоровья семьи.

Репродуктивная функция традиционно связывается с организмом женщины. Именно в этой связи система охраны репродуктивного здоровья сегодня – это развитая и прекрасно функ-

ционирующая отлаженная сеть учреждений гинекологического профиля: имеются смотровые кабинеты, женские консультации, гинекологические стационары, служба детской и подростковой гинекологии. В то же время мальчик или юноша-подросток, а зачастую зрелый мужчина с репродуктивными проблемами не имеют конкретного адреса обращения. Существующая же урологическая служба поликлиник не рассчитана на профилактику и лечение мужского бесплодия. Таким образом, в этой системе отсутствует естественный логичный паритет, одной из причин которого является элементарное отсутствие специальности «андрология» в реестре врачебных должностей.

Осознание актуальности проблемы привело в 1998 г. к созданию, но только пока лишь в Москве, Центра детской и подростковой андрологии – единственного в России специализированного медицинского учреждения, в компетенцию которого попадает охрана репродуктивного здоровья мальчиков и юношей-подростков. В задачи Центра входят: раннее выявление и профилактика заболеваний органов репродуктивной системы у детей и подростков мужского пола, диагностика, терапевтическое и хирургическое лечение указанных заболеваний, а также репродуктивная реабилитация пролеченных пациентов. На сегодняшний день в медицинских учреждениях Вологодской области (как и в большинстве регионов страны) реализуется лишь принцип «коллективной ответственности», когда эндокринолог направляет больных к урологу, уролог – к хирургу, хирург – к специалисту по ультразвуковой диагностике и т.д. Таким образом, за пациента в целом – с точки зрения его репродуктивной системы – не отвечает ни один конкретный специалист, то есть услуги здравоохранения не отвечают потребностям мужчин в охране их репродуктивного здоровья.

Репродуктивное поведение человека оказывает воздействие на здоровье и развитие независимо от того, ведет оно к деторождению или нет. Перед лицом опустошающих социальных и экономических издержек, эпидемии ИППП и ВИЧ/СПИДа нельзя не признать, что репродуктивное здоровье является фундаментальным вопросом развития всего человечества. Сегодня многие люди не могут полностью осуществить свои сексуальные и репродуктивные права, в том числе и из-за несовершенства системы охраны репродуктивного здоровья, недостатка необходимой информации. В условиях долгосрочного экономического и демографического кризиса

программы охраны репродуктивного здоровья мужчин и женщин выходят за пределы здравоохранения и напрямую влияют на состояние национальной безопасности. На Международной конференции по народонаселению и развитию (Каир, 1994 г.) 180 государств признали, что всеобщий доступ к информации и услугам в области охраны репродуктивного здоровья должен быть целью, которую необходимо достичь к 2015 г.

К сожалению, положительный опыт подхода к проблеме репродуктивного здоровья мужчин в Вологодской области единичен. В Центре планирования семьи г. Вологды работает единственный на всю область врач-сексолог, имеющий квалификацию андролога. В Вологодской области уровень мужского бесплодия составляет 1,2 на 100 тыс. населения, женского бесплодия – 91,8 на 100 тыс. населения (см. табл. 3.6). Для обследования и лечения женщин функционируют гинекологические койки, тогда как андрологических коек просто нет, а для лечения мужских проблем, связанных с репродуктивным здоровьем, в коечном фонде предусмотрены только урологические. В настоящее время официальная статистика не выделяет поражений органов репродуктивной системы у детей мужского пола из состава болезней мочеполовой системы, тогда как в заболеваемости детей женского пола (0 – 17 лет) отмечены: расстройство менструаций, сальпингит и оофорит. По данным Центра детской и подростковой андрологии (г. Москва), потребность в андрологической помощи составляет 37 – 39%, то есть каждый третий мальчик имеет отклонения в состоянии репродуктивного здоровья, а треть таких детей, или в целом каждый десятый, серьезно рискуют оказаться бесплодными. Среди заболеваемости взрослых мужчин официальная статистика выделяет только болезни предстательной железы (заболеваемость которыми за период с 2000 по 2008 г. увеличилась на 50%; см. табл. 3.6) и мужское бесплодие. Женское бесплодие встречается у 35 – 40% бесплодных браков, на долю мужского бесплодия приходится 30 – 35%, в остальных случаях причинами бесплодия являются заболевания обоих супругов. Таким образом, методы статистического учета заболеваемости, существующие в уроандрологии, не позволяют прогнозировать демографический ресурс региона по заболеваниям мужской половой сферы и репродуктивный потенциал.

На наш взгляд, в приоритетах, поставленных в сфере охраны и укрепления репродуктивного здоровья, необходимо четко обозна-

читать задачи сохранения репродуктивного здоровья мужчин. Такая необходимость вполне оправданна, так как на сегодняшний день в данной области можно констатировать следующие факты:

1. Отсутствие врачей-андрологов в поликлиническом звене.
2. Большой удельный вес отклонений в репродуктивном здоровье мальчиков, что впоследствии становится причиной бесплодия.
3. Отсутствие статистики, позволяющей определить уровень и масштабы репродуктивных проблем мужского населения.
4. Высокий уровень бесплодных семей, которые примерно в 40% случаев связаны с мужским бесплодием.

Характеризуя направления расходов национального проекта «Здоровье», главная цель которого – повышение рождаемости и сохранение здоровья нации, приходится констатировать их односторонность в решении проблем, касающихся охраны репродуктивного здоровья, в особенности мужского. Вместе с тем отрадно отметить, что четко и системно прописаны меры материального стимулирования рождаемости (программа «Материнский капитал»), повышения качества медицинского обслуживания беременных женщин (родовые сертификаты, увеличение пособия по уходу за ребенком). Однако не уделено должного внимания сохранению и повышению репродуктивного здоровья мужчин. Так, меры по его укреплению ограничиваются лишь осмотром их урологом, вместо андролога, наличие которого требуется для проведения минимально необходимых профилактических осмотров.

С учетом того, что репродуктивные проблемы связаны со здоровьем не только женщин, но и мужчин, гендерные подходы в анализе и решении этой проблемы особенно актуальны. Современная демографическая ситуация вкупе с общим дефицитом мужского населения по отношению к числу женщин, его сниженным нынешним и ожидаемым репродуктивным потенциалом определяет необходимость осуществления неотложных организационных мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи мужскому населению по профилю «андрология». Следует повысить роль научных центров и научно-исследовательских институтов в разработке и внедрении эффективных медицинских технологий диагностики и лечения нарушений репродуктивного здоровья.

В заключение отметим следующее:

1. Суммарный коэффициент рождаемости в России в период с 2000 по 2008 г. незначительно увеличился (с 1,34 до 1,49 на 1 женщину – все население, 1,89 – сельское), однако это существенно ниже показателей 1990 г. (1,89 на 1 женщину – все население и 2,6 – сельское). Наиболее заметный рост показателя произошел в период с 2006 по 2008 г., что, очевидно, связано с пронаталистскими мерами правительства в рамках национального проекта «Здоровье», а также с улучшением социально-экономической ситуации в большинстве регионов в обозначенный период.

2. В России отмечается существенное снижение младенческой смертности. В период с 1998 по 2008 г. ее уровень сократился почти в 2 раза и установился на отметке 8,5 на 1000 родившихся живыми. Этот показатель соответствует предельно допустимому значению младенческой смертности, установленному Европейским региональным бюро ВОЗ, но все же в 2 раза выше, чем в развитых странах Европы.

3. Уровень материнской смертности за 1998 – 2008 гг. снизился в России в 2 раза. Однако разница с аналогичным показателем в странах Европейского Союза продолжает составлять более 3,5 раза. Это свидетельствует как о более низком уровне здоровья матерей, так и о значительном отставании в технологиях наблюдения беременности и родовспоможения.

4. Серьезным стимулом для развития службы родовспоможения стала реализация программы родового сертификата. Ее введение позволило укрепить материально-техническую базу родильных домов и женских консультаций, улучшить лекарственное обеспечение беременных женщин. Доля родов без осложнений возросла с 34% в 2005 году до 36% в 2007 году.

5. В то же время репродуктивное здоровье российского населения продолжает ухудшаться:

- заболеваемость населения болезнями мочеполовой сферы в период с 2000 по 2007 г. увеличилась на 30%;

- возросло количество заболеваний злокачественными опухолями, прежде всего типично женских органов: так, в 2008 г. по сравнению с 1998 г. заболеваемость раком молочной железы – в 1,2 раза, шейки матки – с 15,4 на 100 000 населения до 18,1; высок уровень злокачественных новообразований предстательной железы (в 2008 г. – 33,7 на 100 000 населения);

– снижается способность к зачатию и вынашиванию ребенка. Существенно возросла заболеваемость бесплодием. Частота бесплодных браков в некоторых регионах России превышает критический уровень и составляет от 8 до 19,6%.

6. Структура заболеваемости беременных женщин сохраняется практически неизменной. Наиболее частым диагнозом остается анемия – 30% от общего числа заболеваний беременных женщин.

7. Существует значительный гендерный диспаритет в возможностях диагностики и лечения заболеваний репродуктивной сферы, что снижает репродуктивный потенциал населения. Выявлено, что услуги здравоохранения не отвечают потребностям мужчин в охране их репродуктивного здоровья. В данной области можно констатировать следующие факты:

- отсутствие врачей-андрологов в поликлиническом звене;
- большой удельный вес отклонений в репродуктивном здоровье мальчиков, что впоследствии становится причиной бесплодия;
- отсутствие статистики, позволяющей определить уровень и масштабы репродуктивных проблем мужского населения, что не дает возможности прогнозировать демографический ресурс по заболеваниям мужской половой сферы и репродуктивный потенциал.

3.3. Репродуктивное поведение населения как фактор репродуктивного потенциала

Изучение репродуктивного поведения и репродуктивных установок (потребностей) является важным условием для понимания и прогнозирования тенденций рождаемости в регионе, разработки конкретных мероприятий эффективной демографической и семейной политики.

Репродуктивное поведение – понятие, обозначающее систему действий и отношений, опосредующих рождение или отказ от рождения ребенка в браке или вне брака. В.А. Борисов выделяет три основных типа репродуктивного поведения: многодетное (потребность в 5 и более детях), среднететное (потребность в 3 – 4 детях), малодетное (потребность в 1 – 2 детях) [20]. Из двух факторов, детерминирующих число детей в семье, – условий и уровня жизни и потребности в детях – ведущая роль принадлежит последнему. Если число детей в семье соответствует потребности супругов в детях, то никакое улучшение условий жизни не приведет к повышению этого числа. Но если имеющееся число детей меньше

уровня потребности, тогда улучшение условий реализации этой потребности способно повысить число рождений [20].

В рамках репродуктивного поведения выделяют несколько направлений [59, с. 251]:

- совокупность поведенческих актов и решений, непосредственно направленных на рождение ребенка, – собственно репродуктивное поведение;
- контрацептивное поведение, то есть действия, направленные на предотвращение зачатия;
- абортное поведение, включающее действия, имеющие целью предотвратить нежелательное рождение.

Собственно репродуктивное поведение направлено на реализацию полного репродуктивного цикла – от момента принятия решения о зачатии ребенка до его рождения. Контрацептивное и абортное поведение служат инструментами регулирования как каждого конкретного репродуктивного цикла, так и всего репродуктивного цикла семьи (формирование желательных протогенетических и интергенетических интервалов – периодов между началом сожителства и рождением первого ребенка и интервалов между рождением всех последующих детей соответственно) для достижения желаемого числа детей.

Соотношение полных и неполных репродуктивных циклов в семьях с равным социальным статусом, обладающих одинаковыми этно-демографическими характеристиками и не имеющих нарушений плодовитости, определяется репродуктивными установками супругов, то есть их психологической предрасположенностью к рождению определенного числа детей. Репродуктивные установки делятся на две основные группы: непосредственно связанные с деторождением и определяющие масштабы и способы регулирования процесса деторождения [59, с. 251].

Потребность в детях – социально-психологическое состояние индивида, когда без детей надлежащего количества и пола человек не может состояться как личность. Потребность в детях, установки на детей – внутренние регуляторы репродуктивного поведения, тогда как социальные нормы детности – внешние детерминанты отношения личности к детям. Эмпирические исследования репродуктивных установок показывают, что для потребности в 5 и более детях ведущими являются экономические мотивы рождаемости, для потребности в 3–4 детях – социальные и для потребности в 1–2 детях – психологические [153].

Результаты социологических исследований, проведенных нами на территории Вологодской области, позволяют определить репродуктивное поведение ее населения как малодетное. Непосредственную характеристику репродуктивных предпочтений дает показатель «желаемого» числа детей, то есть такого количества, которое женщина предпочла бы иметь в своей семье «вообще», исходя из собственных потребностей, без учета конкретных обстоятельств жизни и индивидуальной биографии [27]. В среднем по области желаемое число детей в семье составляет 2,01 ребенка (табл. 3.11). Однако оно не реализуется полностью: планируемое число детей в регионе в 2008 г. – 1,86.

Примечательно, что городские мужчины демонстрируют более высокую по сравнению с женщинами потребность в детях и стремление ее реализовать (табл. 3.12). Вероятно, это связано с тем, что в условиях города женщины имеют больше возможностей для профессиональной самореализации. В сельской местности женщины демонстрируют более высокие репродуктивные установки, чем мужчины.

Таблица 3.11. **Желаемое и планируемое число детей**

Год	Желаемое число детей			Планируемое число детей		
	г. Вологда, г. Череповец	Районы	Область	г. Вологда, г. Череповец	Районы	Область
2005	2,13	2,22	2,20	1,77	1,78	1,77
2007	1,88	2,02	1,99	1,78	1,96	1,91
2008	2,00	2,02	2,01	1,86	1,86	1,86

Источник: Данные мониторинга репродуктивного здоровья населения Вологодской области, 2005 г., n=1586; 2007 г., n=1461; 2008 г., n=1536.

Таблица 3.12. **Гендерные различия репродуктивных установок сельских и городских жителей Вологодской области в 2008 г.**

Среднее число детей	Город		Село	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
Желаемое	2,05	1,98	1,89	2,11
Планируемое	1,94	1,8	1,73	1,93

Источник: Данные мониторинга репродуктивного здоровья населения Вологодской области, 2008 г., n=1536.

Анализ данных обследования женщин с разными исходами беременности показывает, что среди родивших доля тех, кто хочет иметь двоих детей, почти в 2,5 раза больше доли желающих иметь одного ребенка (табл. 3.13). Репродуктивные установки родивших женщин также в большей степени нацелены на многодетность.

Так, среди них трех и более детей желали иметь 4%, тогда как среди сделавших аборт – только 2%. А 3% женщин, прервавших беременность, вообще не хотели иметь детей. Обращает на себя внимание то, что при нежелании иметь детей все же родили ребенка 3% женщин моложе 19 лет и 1% – в возрасте от 20 до 24 лет. Причиной этого послужило настояние родителей, родственников или медицинских работников.

Таблица 3.13. Мнение женщин о желаемом числе детей в семье в зависимости от возраста, в %

Возрастные группы, лет	Желаемое количество детей в семье									
	Ни одного		Один		Два		Три и более		Затрудняюсь ответить	
	Роды	Аборт	Роды	Аборт	Роды	Аборт	Роды	Аборт	Роды	Аборт
До 19	2,5	1,5	30,0	40,0	60,0	46,2	5,0	-	2,5	12,3
20 – 24	0,8	2,2	31,5	34,1	55,1	54,9	2,4	1,1	10,6	7,7
25 – 29	-	6,3	18,8	43,8	65,0	40,6	6,3	9,4	10,0	-
30 – 34	-	12,5	10,0	25,0	83,3	62,5	3,3	-	3,3	-
35 лет и старше	-	-	33,3	25,0	44,4	66,7	11,1	8,3	11,1	-
Всего в исследовании	0,7	3,2	25,5	36,1	61,2	51,4	4,2	2,3	8,3	6,9

Ведущие демографы развитых стран ведут оживленные дискуссии о том, как правильно оценить «истинный» текущий и перспективный уровень рождаемости в условиях продолжающейся трансформации ее возрастной («тайминговой») модели. Оценка итогового показателя рождаемости для России, выполненная с использованием различных методологических приемов, составляет 1,5 – 1,6 детей в расчете на одну женщину за всю ее жизнь (для когорт, которые сегодня находятся в активных репродуктивных возрастах) [113, с. 37-45]. Анализ репродуктивных установок населения позволяет утверждать, что в области существует резерв рождений. В 2008 г. суммарный коэффициент рождаемости составил 1,36‰, при реализации хотя бы планируемого числа детей – 1,91‰ – он мог бы существенно приблизиться к уровню простого воспроизводства, который составляет 2,17‰ (рис. 3.13).

Наибольшее планируемое число детей демонстрирует население области активного репродуктивного возраста – 25 – 30 лет (рис. 3.14). Общие репродуктивные установки населения различных возрастных групп в 2008 г. сходны, что, вероятно, обусловлено идентичностью условий их формирования (в первую очередь, общественными стереотипами детности).



Рисунок 3.13. Соотношение суммарного коэффициента рождаемости, желаемого и планируемого числа детей с уровнем простого воспроизводства населения

Источник: Данные мониторинга репродуктивного здоровья населения.

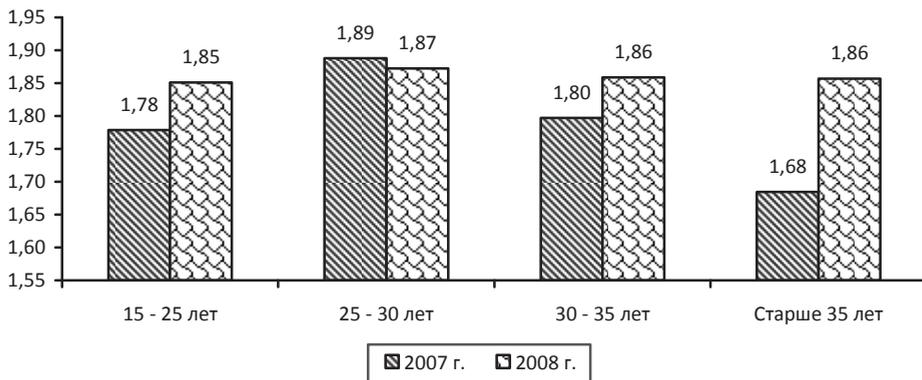


Рисунок 3.14. Планируемое число детей в различных возрастных группах населения Вологодской области

Источник: Данные мониторинга репродуктивного здоровья населения.

Рейтинг факторов, лимитирующих репродуктивные планы населения области, возглавляет материальное положение семьи. Оценка роли жилищных условий осталась неизменной за годы исследования. Отсутствие потребности в детях несколько снизилось – вариант ответа «Столько детей мне вполне достаточно» потерял 3 процентных пункта.

Этот факт косвенно подтверждается и некоторым увеличением желаемого числа детей, обусловленным повышением стабильности, экономического и политического оптимизма.

О том, что малодетность становится общепринятой нормой, говорит 2 место в рейтинге такого фактора, как «семейная традиция иметь мало детей в семье» (табл. 3.14).

Желаемое число детей не зависит от уровня доходов семьи, а определяется потребностью в детях. В то же время реально планируемое число детей заметно лимитируется семейным бюджетом (табл. 3.15). То есть благоприятные материальные условия способствуют более полной реализации репродуктивных планов.

Таблица 3.14. **Рейтинг факторов, лимитирующих репродуктивный выбор семьи** (по оценке респондентов)

Варианты ответов на вопрос: «Если Вы планируете иметь менее трех детей, укажите причины, по которым Вы не хотите иметь больше»	Рейтинговое место
Низкие доходы и дороговизна товаров	1
Семейная традиция иметь мало детей в семье	2
Плохие жилищные условия	3
Столько детей мне вполне достаточно	4
Нестабильная экономическая обстановка в стране	5
Роды – это риск для здоровья женщины	6
Многодетность никак не поощряется государством	7
Много детей в семье препятствует карьере (отдыху)	8
Риск остаться без работы	9
Другое	10

Источник: Данные мониторинга репродуктивного здоровья населения Вологодской области, 2008 г., n=1536.

Таблица 3.15. **Желаемое и планируемое число детей в группах населения Вологодской области с разным уровнем дохода**

Оценка доходов	Число детей	
	Желаемое	Планируемое
Денег вполне достаточно, чтобы не отказывать себе ни в чем Покупка большинства товаров длительного пользования не вызывает трудностей, однако покупка автомашины сейчас недоступна	2,21	1,87
Денег хватает только на приобретение необходимых продуктов питания и одежды, однако более крупные покупки приходится откладывать на «потом»	1,97	1,84
Денег хватает только на приобретение продуктов питания Денег не хватает даже на приобретение продуктов питания, приходится «влезать в долги»	2,08	2,06

Источник: Данные мониторинга репродуктивного здоровья населения Вологодской области, 2008 г., n=1536.

Для большинства жителей области дети были и остаются радостью жизни, без детей не мыслится семья. Сохраняется высоким экономический аспект деторождения: почти половина жите-

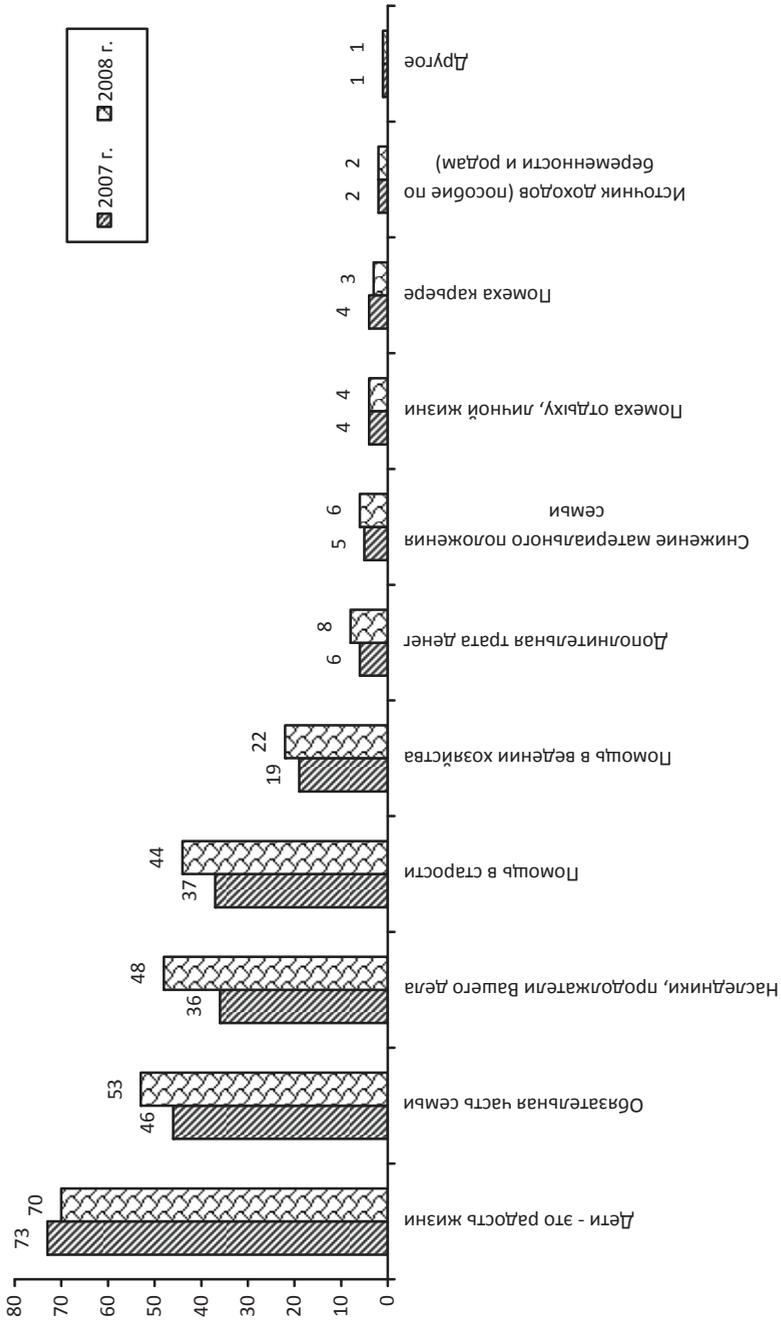


Рисунок 3.15. Распределение ответов на вопрос: «Для Вас дети – это ...» (в % от числа опрошенных)

Источник: Данные мониторинга репродуктивного здоровья населения.

лей области в детях видит продолжателей дела, наследников. На помощь детей в старости рассчитывает 44% населения, чуть меньше четверти семей (22%) полагают, что дети станут помощниками в ведении хозяйства (рис. 3.15).

В семьях, ориентированных на многодетность, дети гораздо чаще воспринимаются как помощники в ведении хозяйства (32% против 2% в малодетных семьях) и помощь в старости (52% против 42%). Это говорит о большем вкладе экономического компонента в репродуктивную мотивацию данной группы населения. В то же время трех и более детей люди планируют иметь только в том случае, если в этом есть потребность, выраженная в любви к детям (рис. 3.16).

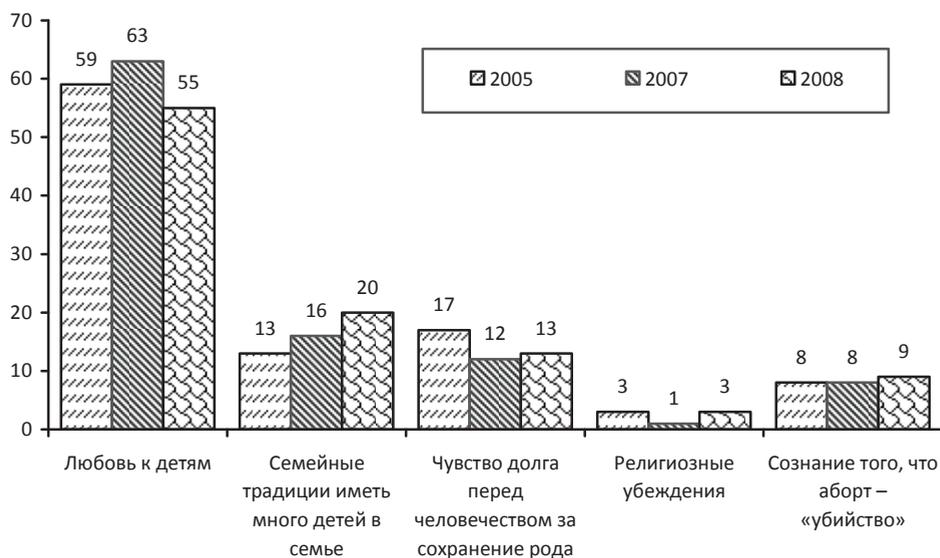


Рисунок 3.16. Распределение ответов на вопрос: «Если Вы планируете иметь трех и более детей, то каковы причины для этого?» (в % от числа опрошенных)

Источник: Данные мониторинга репродуктивного здоровья населения.

Анализ данных обследования когорт женщин с различным исходом беременности позволил выделить еще два существенных фактора, оказывающих определяющее воздействие на репродуктивное поведение женщин:

1. Репродуктивные ориентации женщин зависят от их семейного положения. На современном этапе вопросы социальной сущности семей, семейно-брачных и семейно-бытовых отношений

привлекают все большее внимание исследователей различных специальностей. И это не случайно, ибо семья органически связана с важнейшими элементами существования нашего общества – производством и потреблением материальных благ, воспроизводством населения. Под воздействием перемен в нормах социального поведения незарегистрированные сожительства и гражданские браки все чаще перестают осуждаться общественным мнением и воспринимаются как одна из социально приемлемых форм семейной жизни и партнерства. Однако эта форма, в отличие от зарегистрированного брака, не дает уверенности женщине в вопросах формирования полноценной семьи [192, с. 32]. Отметим, что в целом среди родивших женщин доля состоящих в зарегистрированном браке почти в три раза выше, чем среди прервавших беременность. Напротив, большая часть последних являются незамужними, что, несомненно, препятствует осуществлению их репродуктивных планов. Между исследуемыми группами женщин, состоящих в зарегистрированном браке, также имеются существенные различия. Так, двух детей хотят иметь 71% родивших женщин и только 49% – прервавших беременность; одного ребенка – 19 и 35% соответственно. Что касается женщин, состоящих в гражданском браке, то каждая вторая хочет иметь двух детей, а каждая третья – одного (и в той, и в другой группе разница не превышает 5%). Обращает на себя внимание тот факт, что каждая пятая (20%) незамужняя родившая респондентка затрудняется с решением о желаемом числе детей, а среди прервавших беременность – только каждая десятая (10%). Кроме того, репродуктивные планы родивших значительно ниже, чем тех, кто сделал аборт. Все это подтверждает закономерность: чем менее стабилен социальный статус семьи (зарегистрированный брак > гражданский брак > не замужем), тем ниже репродуктивные установки женщины (доля детей, родившихся у женщин, не состоявших в зарегистрированном браке, в Вологодской области в 2008 г. составляла 34% от общей численности родившихся [79]).

На основании данных исследования можно заключить следующее: чем стабильнее и прочнее семейные отношения, тем выше репродуктивные ориентации женщин. Это является подтверждением большой значимости института семьи и его роли в увеличении рождаемости.

Вместе с тем следует отметить увеличение числа внебрачных партнерских отношений. Это особенно характерно для молодых и родившихся в 1970-х годах, в этой категории число подобных союзов достигает 45%. По данным ФОМ, в целом опыт внебрачного сожительства имеют 22% россиян [175]. Хотя в партнерствах их рождаются дети, вероятность рождения второго и третьего ребенка чрезвычайно мала, поскольку социальная и экономическая уязвимость женщины-матери в таких союзах сильнее, чем у женщин-матерей, состоящих в официальном браке [60, с. 207].

2. Еще одной из социальных характеристик, оказывающих влияние на репродуктивные установки женщин, является уровень их образования. Важно отметить, что уровень образования родивших женщин выше, чем прервавших беременность аборт, хотя отчасти это и вызвано молодостью респонденток, входящих во вторую группу. Дифференциация женщин в зависимости от уровня образования имеет следующую направленность: респондентки с высшим образованием (21% среди закончивших беременность родами и только 1% – среди прервавших беременность) обладают наивысшими показателями желаемого числа детей (двух детей – 74 и 63% соответственно) (табл. 3.16). Треть опрошенных женщин имеет среднее специальное образование. В этой группе репродуктивные установки родивших женщин значительно выше, чем среди прервавших беременность аборт: на рождение двух детей ориентированы 64 и 53% соответственно, трех и более – 5 и 1%.

Таблица 3.16. Мнение женщин о желаемом числе детей в зависимости от образования, в %

Образование	Желаемое количество детей в семье									
	Ни одного		Один		Два		Три и более		Затрудняюсь ответить	
	Роды	Аборт	Роды	Аборт	Роды	Аборт	Роды	Аборт	Роды	Аборт
Неполное среднее	3,2	3,3	41,9	50,0	51,6	43,3	-	-	3,2	3,3
Среднее (школа, ПТУ)	-	2,9	26,6	33,3	57,8	55,1	4,7	1,4	11,0	7,2
Среднее специальное	-	-	24,5	42,6	63,7	52,9	3,9	-	7,8	4,4
Незаконченное высшее	-	4,3	26,9	26,1	42,3	39,1	11,5	13,0	19,2	17,4
Высшее	-	10,5	19,0	21,1	74,1	63,2	3,4	5,3	3,4	-

Исследование показало, что наличие у женщин законченного образования (среднего специального, высшего) оказывает положительный эффект на их мнение о желаемом числе детей в семье, тогда как женщины с незаконченным образованием, еще продолжающие учиться или прервавшие обучение, думают о меньшем количестве детей.

Обобщение вышеизложенного позволяет утверждать, что господствующим является желание женщин иметь двух детей, хотя, по их мнению, наличие двух и более детей часто мешает достижению супругами других значимых для них жизненных целей. Различия в условиях жизни, семейном положении, образовании и другие факторы вносят существенные коррективы в репродуктивные установки. Поэтому только при улучшении социально-экономической ситуации (повышение уровня жизни, увеличение количества и качества жилья) можно надеяться на повышение репродуктивных установок населения.

Репродуктивное поведение на разных этапах жизненного цикла, в силу различных условий, может подвергаться изменениям. Для прогнозов рождаемости важно знать о намерениях населения иметь или не иметь детей. В исследовании женщин с различными исходами беременности им был предложен вопрос: «Через какой промежуток времени Вы бы хотели иметь ребенка?».

Репродуктивные планы большинства родивших женщин, желающих иметь одного ребенка, естественно, уже осуществились (65,8% ответили, что больше не хотят иметь детей), но треть их все-таки допускает возможность рождения еще одного ребенка (рис. 3.17). Репродуктивные планы женщин, желающих иметь двух детей, отодвинуты на более поздние сроки – 35,6% ответивших планируют рождение второго ребенка более чем через три года. Отметим, что наиболее благоприятный интервал между родами составляет не менее 2 – 2,5 года, что служит важным условием наиболее удачного течения беременности и родов, послеродового периода, а также способствует улучшению жизнеспособности ребенка и сохранению здоровья матери [12, с. 47]. Репродуктивные планы женщин, прервавших беременность абортom, тоже отложены на будущее.

Что касается репродуктивных планов различных возрастных групп, то можно отметить, что они совпадают у родивших женщин в возрасте до 30 лет и у 30-летних и старше. Совпадают и

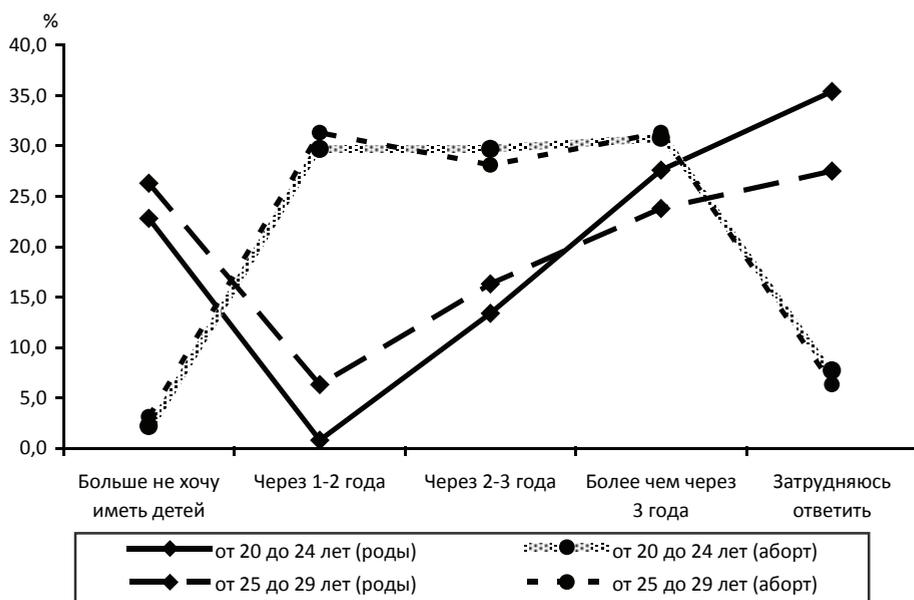


Рисунок 3.17. Репродуктивные планы возрастных групп наивысшей репродуктивности (от 20 до 29 лет, в %)

репродуктивные планы обеих групп на следующие 1 – 3 года, а вот планы на более длительный срок имеют различия: преобладающая доля женщин старшего репродуктивного возраста (30 лет и старше) уже осуществила свои репродуктивные намерения и больше не желает иметь детей (60 и 67%), женщины же в возрасте до 30 лет планируют беременность в основном более чем через три года (24 – 33%).

Однородность репродуктивных планов женщин, прервавших беременность абортом, наблюдается лишь в возрасте наивысшей репродуктивности (от 20 до 24 и от 25 до 29 лет). Причем планы старших возрастных групп (в отличие от родивших женщин) нацелены на рождение ребенка в будущем, так как их репродуктивные намерения еще не выполнены.

Проведенное исследование обнаружило значительное снижение репродуктивных установок в современном поколении женщин репродуктивного возраста, что, безусловно, является крайне неблагоприятной тенденцией. Вместе с тем желаемое число детей оказалось заметно выше, чем сложившиеся уровни рождаемости, что создает потенциал для благоприятного изменения ситуации в перспективе.

Обобщая сведения о значимости факторов, влияющих на репродуктивный выбор семьи, выделим три составляющие репродуктивной мотивации, определяемой личными предпочтениями граждан. *Экономическая репродуктивная мотивация* предполагает прямую зависимость между числом детей и материальными условиями семьи; *социальная* формируется под воздействием настроений, определяющих стандарт детности социума; *психологическая мотивация* предполагает индивидуальную потребность в детях, обусловленную личностными характеристиками человека.

Почти половина (46%) жителей Вологодской области, ориентированных на малодетность, основным мотивом этого называет собственное нежелание иметь много детей, то есть с ведущей *психологической составляющей репродуктивной мотивации* (одного, реже двух детей им достаточно для удовлетворения потребности в детях). К данной категории относятся бездетные (49%) и одно-, двухдетные граждане (21 и 26% соответственно). Это преимущественно молодые люди (15 – 20 лет) – студенты (36%) и представители старших возрастов (старше 35 лет), что объясняется в первом случае особенностями современного формирования репродуктивных установок, во втором случае – завершением репродуктивного цикла и, соответственно, удовлетворением потребности в детях. Психологическая составляющая репродуктивной мотивации чаще была выделена теми, кто оценивает уровень своих доходов как средний (58%) и выше среднего (28%).

Материальный аспект – *экономическая репродуктивная мотивация* – несомненно, является одним из наиболее важных факторов репродуктивного выбора. Его учитывает 95% населения вне зависимости от оценки собственного материального положения.

Малозначимость величин, характеризующих *социальную составляющую репродуктивной мотивации* (ее важность отмечают лишь 6,7% жителей), свидетельствует о низкой эффективности задействованных стимулов социальной направленности, призванных повысить общественный престиж семьи и материнства. В целом же они чаще выделяются людьми, занятыми во внебюджетной сфере, и военнослужащими с высоким и средним уровнем дохода, в основном бездетными. То есть экономически и социально активной группой населения, для которой важна позитивная позиция общества и государства по отношению к рождению детей. Эффективными стимулами повышения рождаемости для этой

части населения будут мероприятия, повышающие престиж и подчеркивающие значимость родительства и семьи для процветания и развития государства.

Соответственно, при разработке мероприятий, направленных на повышение рождаемости через репродуктивную мотивацию, необходимо учитывать все три ее компонента (экономический, психологический и социальный) и шире использовать адресный подход к их реализации.

В рамках репродуктивного поведения выделяют также контрацептивное и абортное поведение. По данным социологического исследования, 86% населения региона, имеющего сексуальные отношения, пользуется контрацептивными средствами. В структуре мотивации использования средств контрацепции первое место устойчиво сохраняет предохранение от нежелательной беременности (в 2008 г. 90% жителей области отметили именно эту причину) (рис. 3.18). Максимальная защита своего здоровья была целью 21% населения, профилактика ИППП стала значимой еще для 32% жителей региона.



Рисунок 3.18. Распределение ответов на вопрос: «С какой целью Вы используете средства контрацепции?» (в % от числа использующих средства контрацепции)

Источник: Данные мониторинга репродуктивного здоровья населения.

Среди средств контрацепции устойчивое лидерство сохраняется за презервативами (частота использования – 2,2 балла у женщин и 2,4 балла у мужчин по 4-балльной шкале). Реже прибегают к естественным методам контрацепции, таким как прерванный половой акт и «безопасные дни» (соответственно 1,8 и 1,6 балла в равной степени указаны мужчинами и женщинами). С естествен-

ными методами контрацепции сопоставимы по частоте использования гормональные таблетки и внутриматочная спираль (по 1,6 балла).

Несмотря на активное использование средств контрацепции, проблема искусственного прерывания беременности остается актуальной как в России, так и в Вологодской области. Уровень аборт в регионе превышает аналогичный показатель в Российской Федерации и Северо-Западном федеральном округе (рис. 3.19).

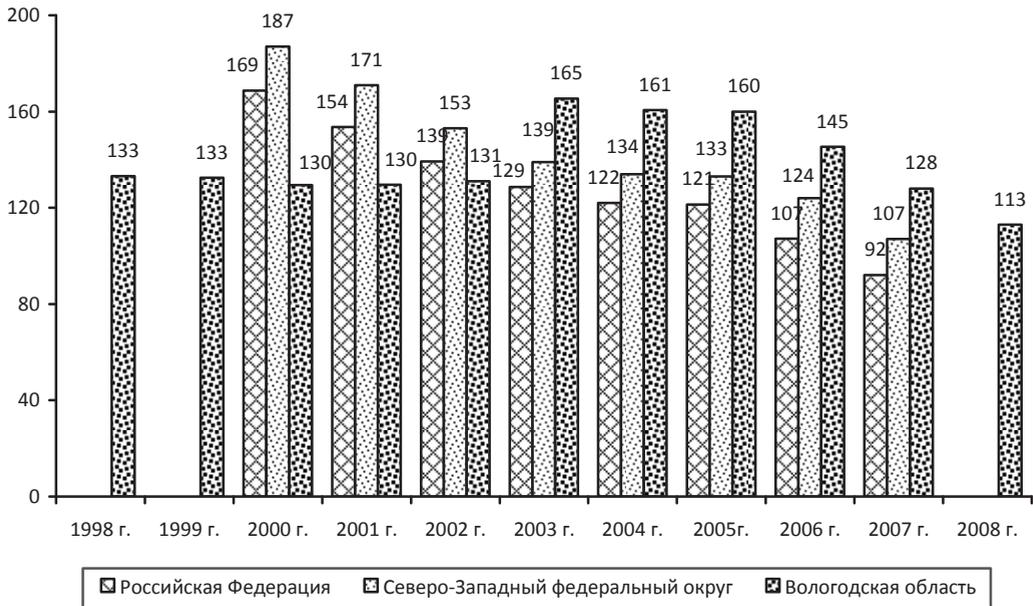


Рисунок 3.19. Число аборт на 100 родов

Высокие значения показателей абортивного поведения говорят о сохранении роли хирургического прерывания беременности не только как равноценного, но и часто приоритетного способа планирования семьи. Чаще прибегают к столь радикальным мерам женщины в раннем репродуктивном возрасте. Это подтверждают и результаты обследования женщин с разными исходами беременности. Возраст тех из них, кто закончил беременность рождением ребенка, составляет преимущественно 20 – 29 лет (72% опрошенных этой когорты). Возраст же респонденток, прервавших беременность аборт, значительно младше – от 14 до 24 лет (72% среди опрошенных этой группы). Тренд возрастных коэффициентов рождаемости, судя по результатам исследования, в целом соответствует тенденции статистических данных, что свидетельствует о представительности проведенного исследования.

Одним из факторов, влияющих на состояние репродуктивной функции, является предупреждение нежелательной беременности. Нередко женщина стоит перед непростой дилеммой: родить ребенка или сделать аборт? Особенно сложно она решается девушкой-подростком. Актуален в этой связи вопрос об обстоятельствах, допускающих прерывание беременности абортom. В целом в регионе искусственное прерывание беременности считается возможным 71% населения. В структуре причин допустимости прерывания беременности абортom преобладают медицинские факторы: беременность представляет угрозу здоровью или жизни женщины либо здоровью плода (от 41 до 72%). Среди социальных причин лидирует позиция о возможности прерывания беременности, наступившей в результате изнасилования (53%). В то же время следует отметить, что в 2008 г. в сравнении с замером 2005 г. более чем в 2 раза вырос удельный вес жителей, допускающих медицинский аборт при наличии материальных трудностей в семье (с 12 до 30%; табл. 3.17). Это является косвенным свидетельством повышения значимости экономических факторов при определении реального числа детей в семье.

Таблица 3.17. **Распределение ответов на вопрос:
«При каких обстоятельствах Вы считаете допустимым
искусственное прерывание беременности абортom?»**

(в % от числа респондентов, считающих допустимым искусственное прерывание беременности)*

Вариант ответа	Год опроса		
	2005	2007	2008
Беременность представляет угрозу для жизни женщины	51,9	54,2	71,9
Плод имеет порок в развитии	43,3	53,6	68,2
Беременность – результат изнасилования	40,3	44,2	53,4
Беременность может повредить здоровью женщины	21,8	28,7	41,1
Материальные трудности семьи	12,3	22,2	29,9
По настоянию родителей, родственников, молодого человека	4,0	9,9	11,8
Женщина не замужем	7,3	12,0	10,2
Другое	1,6	1,6	1,6

* Сумма ответов по столбцу может превышать 100%, поскольку можно было давать любое число ответов.
Источник: Данные мониторинга репродуктивного здоровья населения Вологодской области, 2005 г., n=1586; 2007 г., n=1461; 2008 г., n=1536.

Женщины, прервавшие беременность абортom, в отличие от родивших, больше внимания обращают на «материальные трудности семьи» (35% против 9% родивших ребенка) или на то, что

«женщина не замужем» (21% против 3%). То есть воздействие жизненных обстоятельств на репродуктивные установки «абортирующих» женщин в большей степени происходит через субъективную оценку материальных условий жизни, семейного благополучия [12, с. 57].

В случае незапланированной беременности 84% жителей области (в опросе участвовали как мужчины, так и женщины) предполагают, что сохранят жизнь будущего ребенка, но 16% опрошенных еще до наступления беременности были уверены в том, что ее прервут.

Значительный научно-практический интерес представляют результаты анализа степени информированности женщин в вопросах репродуктивного здоровья. Большинство женщин во всех возрастных группах заинтересованы в расширении своих знаний о профилактике гинекологических заболеваний (от 60 до 94%). В обследованной когорте женщин, прервавших беременность, каждая третья (среди родивших – каждая шестая) затруднилась ответить на вопрос об удовлетворенности уровнем своих знаний в вопросах использования различных методов предохранения от беременности, что отчасти свидетельствует о неграмотности респонденток в области планирования семьи и репродуктивного здоровья (табл. 3.18). Что касается «удовлетворенных» своими знаниями, то их доля среди женщин, родивших ребенка, во всех возрастных группах больше, чем среди прервавших беременность абортom. В возрасте до 19 лет каждая четвертая родившая женщина и каждая третья, сделавшая аборт, не удовлетворены своими знаниями в вопросах использования контрацепции; в возрасте от 20 до 24 лет – соответственно каждая вторая и каждая третья; в возрасте от 25 до 29 лет – 40 и 44%; в возрасте от 30 до 34 лет – 33 и 44% соответственно.

Таблица 3.18. Распределение ответов на вопрос: «Удовлетворены ли Вы своими знаниями в вопросах использования различных методов предохранения от беременности?» (в % от числа опрошенных)

Возрастная группа	Да		Нет		Затрудняюсь ответить	
	Роды	Аборт	Роды	Аборт	Роды	Аборт
До 19 лет	45,0	30,8	25,0	33,8	30,0	35,3
От 20 до 24 лет	31,5	28,1	49,6	36,0	18,9	36,0
От 25 до 29 лет	48,8	43,8	40,0	43,8	11,3	12,5
От 30 до 34 лет	50,0	25,0	33,3	43,8	16,7	31,3
35 лет и старше	77,8	33,3	22,2	8,3	-	58,3
Всего в исследовании	41,6	31,3	40,9	35,5	17,4	33,2

В целом в исследуемой совокупности каждая четвертая женщина (24%) затруднилась ответить на вопрос об удовлетворенности своими знаниями о контрацепции, остальные распределились поровну – на удовлетворенных (37%) и неудовлетворенных (39%). Подобное положение дел обуславливает необходимость кропотливой работы медицинских и социальных служб по формированию грамотного контрацептивного поведения населения и повышению информированности женщин во всех вопросах охраны репродуктивного здоровья.

Таким образом, проведенное исследование раскрывает сущность репродуктивных установок современных женщин, на формирование которых непосредственное влияние оказывают меняющиеся моральные, социальные и экономические условия жизни.

В сложившихся социально-экономических условиях «абортивное» [12, с. 55] поведение оказалось характерным прежде всего для женщин молодого возраста – от 15 до 24 лет (72%), незамужних (44%), состоящих в гражданском браке или проживающих совместно с мужчиной, но без оформления брачных отношений (29%). Расплатой же за ранние аборты, как известно, является нарастающее бесплодие. Ориентация на искусственное прерывание беременности – опасно устоявшаяся тенденция репродуктивных представлений современных женщин, а низкий уровень их информированности в вопросах контрацепции еще более усугубляет обстановку. Поэтому требуется целенаправленная работа медико-социальных служб по формированию грамотного репродуктивного поведения населения.

Необходимо формировать должное отношение женщин к своему здоровью как основе полноценной человеческой жизни, психологического комфорта, подготовки к выполнению женских социальных ролей, среди которых важное место принадлежит материнству – материнству не стихийному, случайному, а осознанному, желаемому [155, с. 63].

На современном этапе социальная сущность семьи, семейно-брачные и семейно-бытовые отношения претерпели большие изменения, причем не в лучшую сторону. Поэтому представляется важной еще одна задача – сохранение «структуры» семьи, поскольку семья органически связана с важнейшим элементом развития общества – продолжением рода.

В заключение отметим, что:

1. Результаты социологических исследований, проведенных нами на территории Вологодской области, позволяют определить репродуктивное поведение ее населения как малодетное. О том, что малодетность становится общепринятой нормой, говорит второе место такого фактора, как «семейная традиция иметь мало детей в семье», в рейтинге факторов детности.

2. В среднем по области желаемое число детей в семье составляет 2,01. Однако оно не реализуется полностью: планируемое число детей в регионе – 1,86, а коэффициент рождаемости – 12,4.

3. Репродуктивные установки и планы сельских жителей существенно приблизились к городским стандартам. Желаемое число детей снизилось с 2,22 в 2005 г. до 2,02 в 2008 г. (у горожан – с 2,13 до 2,0 соответственно).

4. На основании данных исследования можно заключить следующее: чем стабильнее и прочнее семейные отношения, тем выше репродуктивные ориентации женщин. Чем менее стабилен социальный статус семьи (зарегистрированный брак > гражданский брак > не замужем), тем ниже репродуктивные установки женщины. Это является подтверждением большой значимости института семьи и его роли в увеличении рождаемости.

5. Исследование показало, что наличие у женщин законченного образования (среднего специального, высшего) является фактором, повышающим желаемое число детей в семье.

6. Материальный аспект (экономическая репродуктивная мотивация) выступает одним из наиболее важных факторов репродуктивного выбора. Его учитывает 95% населения вне зависимости от оценки собственного материального положения. Почти половина (46%) жителей Вологодской области, ориентированных на малодетность, основным мотивом этого называет собственное нежелание иметь много детей, то есть ведущей является психологическая составляющая репродуктивной мотивации (одного, реже двух детей им достаточно для удовлетворения потребности в детях). Малозначимость величин, характеризующих социальную составляющую репродуктивной мотивации (ее важность отмечают лишь 6,7% жителей), свидетельствует о низкой эффективности задействованных стимулов социальной направленности, призванных повысить общественный престиж семьи и материнства.

Таким образом, подводя предварительные итоги, можно констатировать снижение репродуктивного потенциала региона, что проявляется:

- в низкой рождаемости, ведущей к суженному воспроизводству населения;
- снижении удельного веса женщин репродуктивного возраста и старении населения;
- трансформации модели рождаемости, увеличении среднего возраста женщины при рождении ребенка;
- высоком уровне хирургических прерываний беременностей (абортов), осложнения которых ухудшают репродуктивные возможности женщин;
- в дальнейшем – в увеличении заболеваемости болезнями половой сферы, что ведет к снижению фертильности;
- отсутствию внимания к репродуктивному здоровью мужчин (нет соответствующих врачей, статистического учета заболеваний), что способствует развитию мужского бесплодия и др.;
- значительном удельном весе осложненных беременностей и осложненных родов, что приводит к рождению ослабленных детей, нуждающихся в дополнительном медицинском уходе.

Снижение репродуктивного потенциала требует решительного вмешательства со стороны государства и общества. Дополнительные усилия государства, предпринятые в период 2000 – 2008 гг. для улучшения демографической ситуации, внесли положительный вклад в формирование репродуктивного потенциала: отмечается рост рождаемости, снижение младенческой и материнской смертности, а укрепление материально-технической базы родовспомогательных учреждений позволило увеличить удельный вес родов без осложнений. Однако очевидно и то, что принятые меры были недостаточными и бессистемными, т.к. затронули только малую часть аспектов репродуктивного потенциала, оставив без внимания формирование ответственного репродуктивного и сексуального поведения, репродуктивное здоровье мужчин и т.д.

Поэтому мы считаем важным усиление работы по укреплению репродуктивного потенциала в следующих направлениях:

1. Дальнейшее развитие служб родовспоможения, охрана здоровья беременных женщин. Обеспечение рождения здоровых детей будет служить основой для укрепления репродуктивного потенциала региона.

2. Расширение первичной профилактики заболеваний эндокринной системы и расстройств менструаций, осложнений беременности и родов, в том числе активизация деятельности терапевтической службы по раннему диагностированию и лечению нарушений обмена веществ и заболеваний щитовидной железы у девушек и женщин.

При организации профилактической деятельности прежде всего медицинских учреждений необходимо расширить работу с молодежью, так как важно сохранить репродуктивное здоровье будущих родителей и учесть трудности районных структур в этой работе.

3. Активизация профилактической работы, направленной на снижение уровня абортот. Важным является расширение информированности населения в сфере планирования семьи и обеспечения доступности современных методов контрацепции; введение обязательного до- и послеабортного консультирования женщины психологом или репродуктологом, что может изменить ее решение о прерывании беременности.

4. Повышение уровня жизни населения и устранение избыточного неравенства доходов не только с целью улучшения материального положения граждан, но и в качестве предпосылки формирования социально-психологической составляющей репродуктивной мотивации, которая чаще всего обозначается людьми как уверенность в завтрашнем дне. Увеличение социальных и материальных гарантий в случае рождения детей, в том числе:

– увеличение пособий по уходу за ребенком до 1,5 года до двух прожиточных минимумов (данный вид пособия имеет особое значение, т.к. в это время семья приобретает сразу двух иждивенцев – мать и ребенка (одновременно с лишением кормильца в лице матери). С 1.07.2008 г. пособие по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора лет составляет минимум: по уходу за первым ребенком – 1 657,61 руб., за вторым ребенком – 3 315,22 руб., максимум – 6 630,44 руб. Согласно Постановлению Правительства области от 15.04.2008 №703 «Об установлении величины прожиточного минимума на душу населения и по социально-демографическим группам населения Вологодской области за I квартал 2008 года» прожиточный минимум для трудоспособного населения составлял 4 846 руб., для детей – 4 114 руб.);

– повышение доступности ипотечного кредитования или других форм решения жилищных проблем с привлечением государственного регулирования процентных ставок и широкого внедрения системы частичного погашения кредита с рождением очередных детей.

5. Укрепление института семьи.

6. Психологическая мотивация рождаемости формируется в контексте современных условий жизни общества, что связывает ее с социальной репродуктивной мотивацией. В связи с этим, для повышения репродуктивных установок населения, целесообразно пересмотреть ценностные приоритеты социума, реализовать идеи гражданской сознательности, общественной и государственной значимости деторождения в период депопуляции, сформировать положительный, социально одобряемый образ многодетности. Среди конкретных мероприятий, необходимых для этого, в первую очередь следует предусмотреть:

– активную деятельность средств массовой информации: включение в регулярные (например, новостные) программы сюжетов с просемейной тематикой, популяризирующих образ счастливой семьи с 2-3 детьми, демонстрирующих совместный труд детей и родителей, уход за престарелыми родителями в социально одобряемом контексте; широкое освещение в СМИ мероприятий, проводимых в области для повышения престижности семейного образа жизни и достойного воспитания детей;

– одним из приоритетных направлений воспитательной работы образовательных учреждений сделать семейное (не половое) воспитание.

Глава 4

ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ – ОСНОВА КАЧЕСТВА ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА

4.1. Состояние и тенденции здоровья детского населения

Здоровье детей и подростков в любом обществе и при любых социально-экономических и политических ситуациях остается актуальнейшей проблемой и предметом первоочередной важности, так как оно определяет будущее страны, генофонд нации, научный и экономический потенциал общества и наряду с другими демографическими показателями является чутким барометром социально-экономического развития страны. На наш взгляд, здоровье детей выступает ключевым звеном в формировании и сохранении репродуктивного потенциала населения. Именно в детстве закладываются основы здоровья и здоровьесберегающего поведения, которые будут переданы следующим поколениям [219, с. 3-5].

Дальнейшее обсуждение проблемы необходимо предварить определением границ детского возраста. Различные научные дисциплины общегуманитарного и социального циклов по-разному определяют понятие «детство» и «дети». Науки медико-биологического цикла (педиатрия, детская психиатрия) изучают детство как период роста человека, определяют детей как человеческие существа, не завершившие своего физического развития и подверженные специфическим детским заболеваниям. Эти науки используют для периодизации детства объективные морфологические признаки (например, смена молочных зубов, завершение полового созревания, формирование скелета и др.).

В юридических науках детство понимается как период жизни человека, который связан с приобретением более полного объема дееспособности по мере достижения определенного возраста.

Экономика оперирует понятиями «население моложе трудоспособного возраста» в отношении еще недееспособного в экономической деятельности населения. Для демографии дети и подростки – элемент народонаселения, который не участвует в воспроизводстве населения, возрастные рамки определены в 0 – 17 лет. Здоровоохранением приняты и используются в медицинской статистике границы детского возраста от 0 до 14 лет.

Изучая здоровье детей, мы имеем в виду, что детский возраст – от рождения до юношества – включает много различных периодов, отличающихся друг от друга. Это разнообразие богатства оттенков эмоциональной жизни, познания, формирования организма делает детство непохожим ни на один возрастной период зрелого человека. До сих пор не сложилось единого мнения о возрастной периодизации детства. Суммируя данные литературы, мы придерживаемся следующих возрастных границ:

- младенчество – от 0 до 1 года;
- раннее детство – от 1 года до 3 лет;
- дошкольный возраст – от 3 до 7 лет;
- младший школьный возраст – от 7 до 10 лет;
- ранний подростковый возраст – от 10 до 12 лет;
- подростковый возраст – от 12 до 18 лет.

Особенности, свойственные каждому из этих возрастных периодов, во многом обусловлены уровнем моторного, интеллектуального развития и здоровьем детей, что в свою очередь зависит от множества факторов.

Здоровье ребенка в его индивидуальном проявлении характеризуется гармоничным (соответствующим возрасту) физическим, психическим, интеллектуальным развитием и особой зависимостью от воздействия факторов среды. Здоровье детского коллектива и популяции в целом может быть определено показателями государственной медицинской статистики: рождаемостью, смертностью, заболеваемостью, инвалидностью, уровнем физического развития.

Подход к оценке здоровья детей как компонента общественного здоровья, основанный на применении данных государственной статистики, является более распространенным. При этом

используются такие показатели, как заболеваемость новорожденных детей, заболеваемость детей 0 – 14 лет и подростков 15 – 17 лет, детская инвалидность. В настоящей монографии представлены оба подхода.

Анализ здоровья детей логично начать с периода новорожденности. Статистические данные показывают, что в России около 40% детей рождаются больными или заболевают в ближайшее время, в Вологодской области заболеваемость детей несколько ниже (около 30%) (рис. 4.1). Обсуждая тренды заболеваемости новорожденных детей, следует отметить, что в период 1998 – 2005 гг. в России был отмечен рост уровня заболеваемости новорожденных. В Вологодской области такая негативная тенденция наблюдалась в 1998 – 2001 гг., а начиная с 2002 г. число детей, рождающихся больными или заболевающих в ближайшее время, стало уменьшаться.

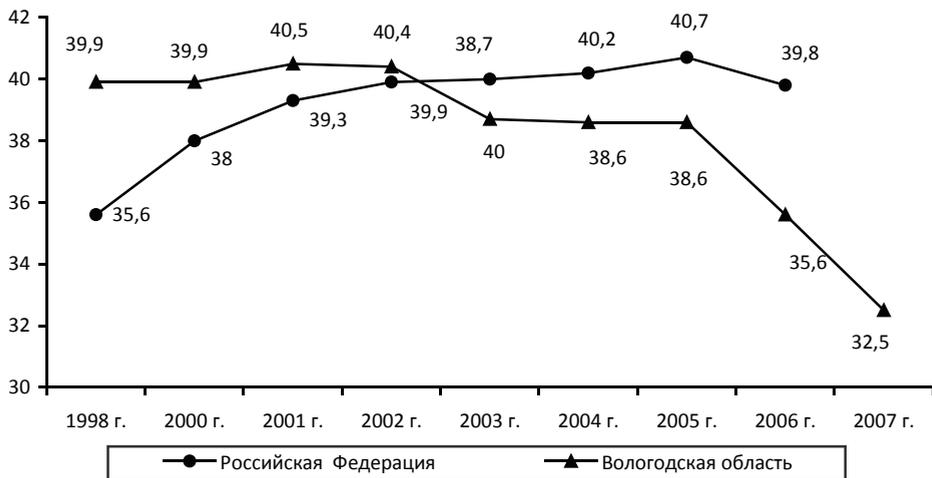


Рисунок. 4.1. **Заболеваемость новорожденных детей**
(в % от числа родившихся живыми)

Источники: Российский статистический ежегодник: стат. сб. / Росстат. – М., 2007. – 825 с.; Статистический ежегодник Вологодской области: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2008. – С. 121.

Заметное снижение заболеваемости новорожденных в Вологодской области во многом обусловлено действием областной целевой программы «Здоровый ребенок». Ее финансирование увеличилось с 16 млн. руб. в 2001 г. до 39 – 43 млн. руб. в 2005 – 2007 гг. В рамках программы закупалось современное оборудование, а также было создано отделение экстренной консультативной медицинской помощи [222] круглосуточного действия на базе ГУЗ «Вологодская областная детская больница» для оказания квалифицированной

консультативной и экстренной помощи при ведении осложненных беременностей и наблюдении новорожденных детей группы риска в районах области. За 2007 г. на учете в отделении состояло 117 новорожденных, из районных родильных отделений специально оборудованным транспортом вывезено 120 новорожденных для оказания им экстренной помощи на базе областной детской больницы.

В то же время в целом потенциал здоровья детей снижается, о чем свидетельствует рост их общей заболеваемости в 1998 – 2007 гг. на 39% (рис. 4.2). В России за тот же период общая заболеваемость детского населения выросла на 43%, увеличиваясь в среднем на 4% ежегодно.



Рисунок 4.2. **Заболеваемость детей 0 – 14 лет (на 100 тыс. детей)**

Источники: Российский статистический ежегодник: стат. сб. – М.: Росстат, 2007. – 825 с.; Статистический ежегодник Вологодской области: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2008. –121 с.

В структуре детской заболеваемости в целом по Российской Федерации первые места в 2007 г. занимали (в порядке убывания): болезни органов дыхания; травмы, отравления и другие последствия внешних причин; болезни кожи и подкожной клетчатки. Сходная структура заболеваемости отмечается и в Вологодской области, однако третье ранговое место занимают инфекционные и паразитарные заболевания. При этом в России в период с 1998 по 2007 г. отмечалось снижение заболеваемости в этой группе, в то время как в Вологодской области произошел рост на 30% (прил. 6, табл. 1, 2).

Наиболее значительный рост заболеваемости в Российской Федерации в анализируемый период зафиксирован по классу болезней крови и кроветворных органов (в 2 раза) и болезней мочеполовой

системы (в 1,6 раза). В целом уровень заболеваемости по многим классам болезней в Вологодской области значительно превышает уровень России (исключение составляют заболевания мочеполовой системы, заболевания органов пищеварения).

Индикатором ухудшения состояния здоровья детей является рост числа детей-инвалидов. В Вологодской области за период с 2000 по 2008 г. детская инвалидность выросла на 21%, в 2008 г. по сравнению с 2007 г. – на 7% (рис. 4.3).

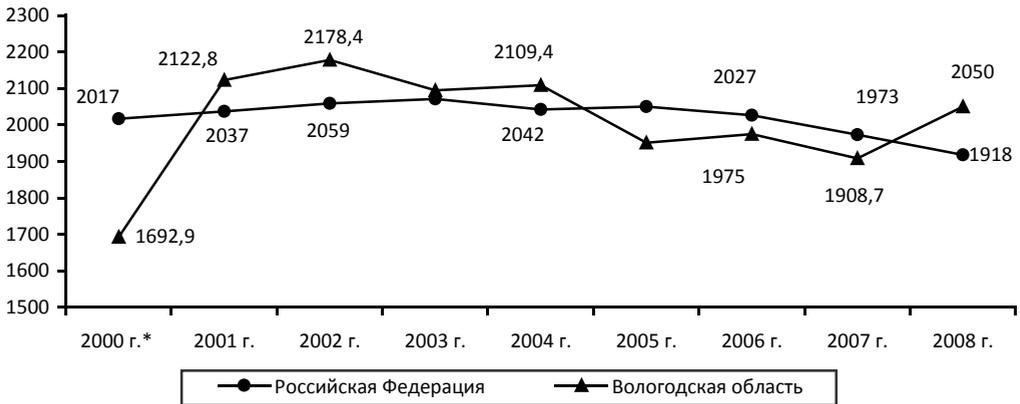


Рисунок 4.3. **Инвалидность детей в возрасте 0 – 17 лет**
(на 100 тыс. детей)

* В возрасте 0 –15 лет.

Источники: Справочно-информационные материалы службы охраны здоровья матери и ребенка в 2007. – М.: МЗ и СР РФ, 2008. – 42 с.; Данные оргметодкабинета Вологодской детской областной больницы.

В целом по региону в возрастной структуре детской инвалидности наибольший удельный вес занимают дети в возрасте 10 – 14 лет (31%). Среди заболеваний, приводящих к инвалидности, на первом месте в 2008 г. были психические расстройства (24%), на втором – болезни нервной системы (22%), на третьем – врожденные аномалии (21%).

Анализ распределения детей-инвалидов по нарушениям в состоянии здоровья показал, что наиболее распространенными являются нарушения здоровья, связанные с умственной деятельностью, – 1190 случаев (26%), на втором месте двигательные нарушения – 1090 (24%), на третьем месте висцеральные и метаболические нарушения – 1087 (23%).

Не менее тревожными представляются характеристики здоровья подростков. В Вологодской области в 2008 г. по отношению к 2000 г. общая заболеваемость подростков увеличилась на 6%, болезненность – на 11%.

В Российской Федерации, Северо-Западном федеральном округе и Вологодской области структура подростковой заболеваемости повторяет структуру детской заболеваемости. Первые места занимают болезни органов дыхания, травмы и отравления. Далее следуют болезни кожи и подкожной клетчатки, болезни органов пищеварения и мочеполовой системы.

У подростков в Вологодской области по сравнению с Российской Федерацией и Северо-Западным ФО в 2007 г. выше уровень заболеваемости крови и кроветворных органов, болезней глаза и уха. Заболеваемость органов пищеварения, системы кровообращения ниже федерального уровня (*прил. 6, табл. 3*).

Здоровье детского населения требует пристального внимания со стороны всех институтов, участвующих в его формировании. Отсутствие этого ведет к росту заболеваемости детей, увеличению числа инвалидов, что, в свою очередь, требует повышения социальных расходов государства и не даст ожидаемого роста трудового, оборонного, репродуктивного потенциала регионов.

Материалы государственной статистики характеризуют состояние и тенденции изменения здоровья детской популяции в целом и позволяют оценить детское здоровье как компонент здоровья общественного. Понять изменения индивидуального здоровья детей помогают специальные исследования. Медико-социологический мониторинг здоровья детей дает возможность увидеть детское здоровье и нездоровье на качественно ином уровне и более подробно обсуждать проблему.

Как мы уже отмечали, в работе использовалась комплексная оценка здоровья детей по группам здоровья, предложенная Институтом гигиены детей и подростков МЗ СССР в 1965 г. Распределение детей по группам здоровья на первом, втором и третьем годах жизни проведено нами на основе комплексного подхода, учитывающего риски различных факторов неблагоприятного исхода для здоровья детей с возрастом [84; 253, с. 52-53]. При этом использована экспертная оценка факторов риска для здоровья детей в биологическом, медицинском и социальном анамнезе, а также случаев «сочетаемости» рисков для каждого ребенка в когорте. Такая оценка предполагает, что группа риска устанавливается экспертом на основании суммы данных в определенные периоды жизни ребенка. При этом особенно важно, чтобы до трехлетнего возраста дети находились в более тяжелой группе здоровья, в которую были отнесены либо при рождении, либо в последующий период [253, с. 52-53].

Применение метода экспертных оценок было вызвано тем, что в силу недостаточной преемственности деятельности женских консультаций, родильных домов, детских поликлиник педиатр не получает всех необходимых сведений о ребенке из группы риска и не всегда способен обеспечить проведение профилактических оздоровительных и лечебных мероприятий. Даже в случае достаточно высокого уровня предоставления медицинских услуг в целом имеет место недоучет факторов риска (особенно биологических и медико-организационных) при осуществлении дифференцированного медицинского обслуживания в первые годы жизни детей.

Современные ученые, исследуя здоровье детей, доказали, что наиболее перспективным является именно риск-подход. Это обусловлено тем, что между состоянием нормы и тяжелым заболеванием лежит довольно широкий спектр переходных состояний и функциональных отклонений, которые могут быть зарегистрированы при организации медицинского наблюдения за здоровьем детей. Специалисты подчеркивают, что концепция риска заболевания должна стать ведущей и в медицинской практике [46; 57 с. 68-70; 253, с. 52-53].

Результаты мониторинга подтверждаются статистическими данными, свидетельствующими об ухудшении здоровья новорожденных. За период с 1995 по 2004 г. произошло сокращение доли новорожденных детей с 1 группой здоровья. Значительное сокращение удельного веса детей с группой здоровья 2А (дети с минимальной степенью риска формирования хронических заболеваний), предполагающей осложнения в анамнезе ребенка, ведет не к увеличению доли здоровых детей, а к приращению числа детей со 2 группой здоровья, у которых уже выявлены какие-либо функциональные отклонения. Доля новорожденных, имеющих хронические заболевания, была наиболее значительна среди детей 1998 г.р. (рис. 4.4). Это объясняется тем, что их рождение совпало с периодом кризиса 1998 года в экономике и социальной сфере, в том числе и здравоохранении, что не замедлило сказаться на здоровье детей.

Удельный вес детей со 2 группой здоровья увеличился с 29% в когорте 1995 г.р. до 34% в когорте 2004 г.р. В то же время нельзя не отметить сокращение доли новорожденных детей, имеющих функциональные отклонения, в 2004 г. в сравнении с 2001 г., основная причина чего может заключаться в улучшении социальных условий в период вынашивания плода.

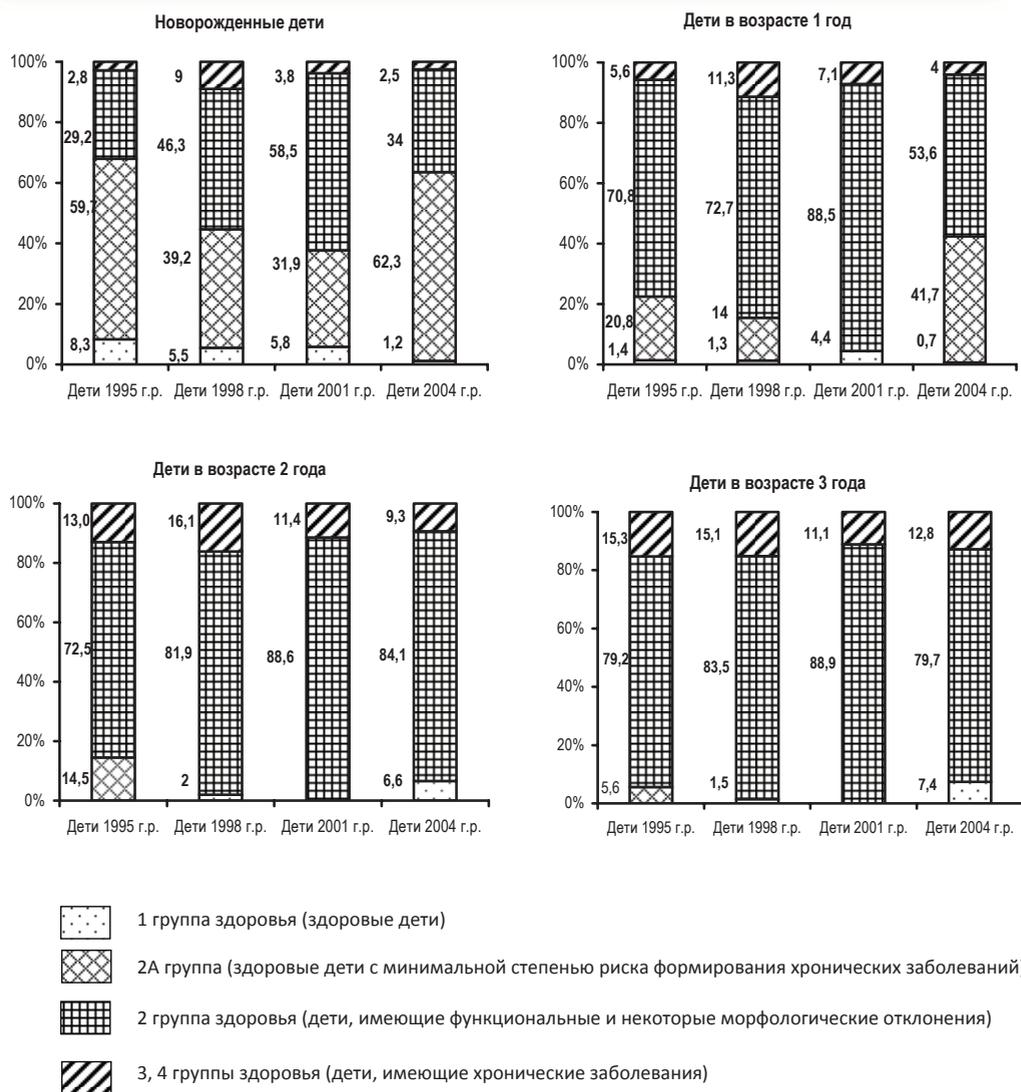


Рисунок 4.4. **Здоровье детей в возрасте от 1 до 3 лет**
(удельный вес детей в группах здоровья, в %)

Потенциал здоровья, полученного при рождении, значительно сокращается уже в течение первого года жизни. Уменьшается доля здоровых детей (1 группа здоровья), но еще большее сокращение происходит в группе 2А. То есть у большинства обследуемых, имевших риск возникновения заболеваний в силу неблагоприятного анамнеза, на первом году жизни были выявлены какие-либо болезни. Доля детей с хроническими заболеваниями за данный период в каждой когорте увеличилась почти вдвое.

В возрастном промежутке от 2 до 3 лет здоровье обследуемых ухудшилось (см. рис. 4.4), увеличилась доля детей, отнесенных

ко второй группе здоровья, и в особенности детей, имеющих хронические заболевания.

Отдельного внимания заслуживают показатели здоровья четырехлетних детей. С этого возраста, согласно использованной методике [84], не выделяется группа здоровья 2А, а также дети не относятся в обязательном порядке к более тяжелой группе здоровья, в которой наблюдались в период до 4 лет. Поэтому в ряде случаев дети из группы здоровья 2А и 2 к этому возрасту вошли в первую группу здоровья, что вполне закономерно. С одной стороны, данное обстоятельство свидетельствует о том, что здоровье детей к четырехлетнему возрасту стабилизировалось и потенциальный риск неблагоприятного воздействия факторов не проявился. С другой стороны, такие дети требуют повышенного внимания и должны оставаться в поле зрения врача-педиатра на протяжении всего периода взросления.

В возрастном промежутке от 4 до 7 лет также происходит снижение потенциала здоровья детей (*рис. 4.5*), особенно в году, предшествующем поступлению в школу (в возрасте с 6 до 7 лет число детей с хроническими заболеваниями выросло с 18 до 26% в когорте 1995 г.р.; с 18 до 23% – 1998 г.р.; с 20 до 24% – 2001 г.р.). Это является неблагоприятным фактором, так как обучение в школе увеличивает физическую и психоэмоциональную нагрузку на детский организм. Увеличение нагрузок может привести к дальнейшему ослаблению здоровья, что непременно скажется на успеваемости и адаптации детей к новым социальным условиям. Особенно тревожным на этом фоне выглядит ослабление внимания медицинского персонала к категории детей, входящих во вторую группу здоровья. Имеют место случаи отнесения их к группе здоровых только на основании редкой обращаемости к врачу.

К 10 – 11 годам у детей в силу их физиологических особенностей укрепляется иммунная система, что способствует снижению числа перенесенных простудных и инфекционных болезней. Однако увеличивается заболеваемость опорно-двигательного аппарата, желудочно-кишечного тракта, снижается острота зрения, т.е. растет число хронических патологий.

В дальнейшем здоровье детей при некотором колебании сохраняется на установленном уровне. Изменения удельных весов детей в группах здоровья могут быть обусловлены индивидуальными особенностями наблюдения детей на педиатрических участках, колебаниями медицинской активности семьи (*рис. 4.6*).

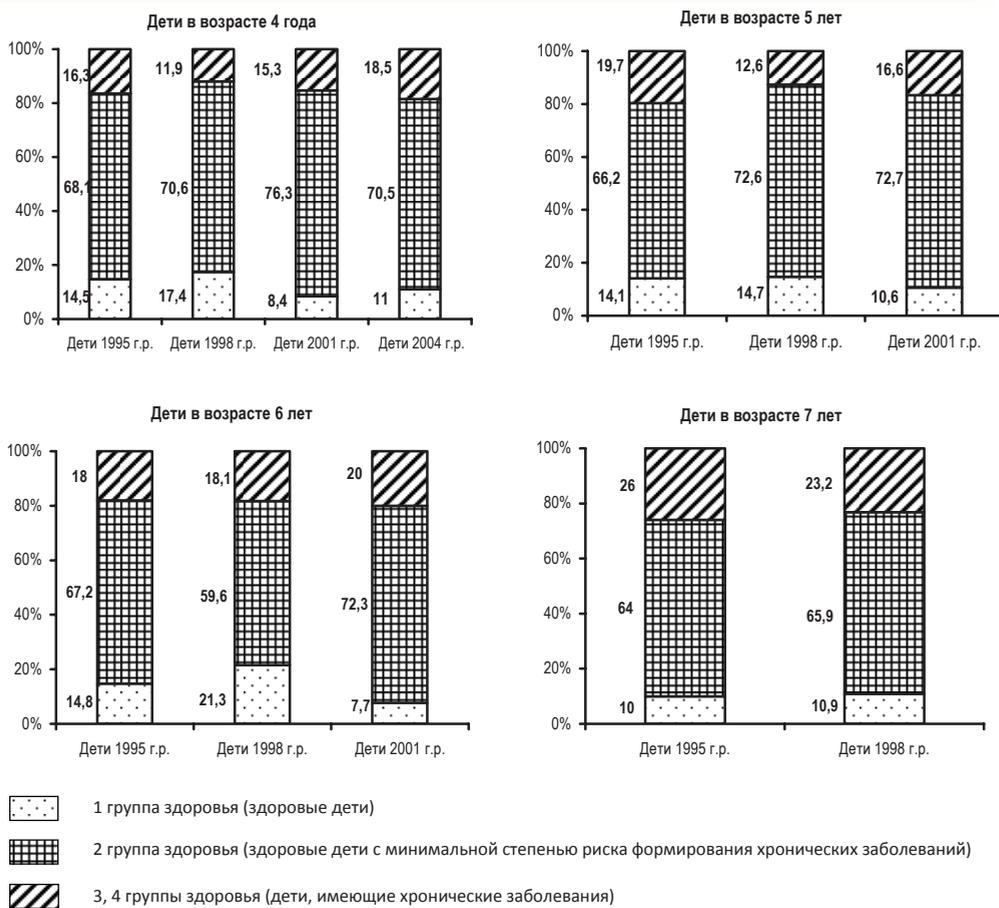


Рисунок 4.5. **Здоровье детей в возрасте от 4 до 7 лет**
(удельный вес детей в группах здоровья, в %)

Гендерный анализ здоровья детей свидетельствует о том, что оно лучше у девочек, чем у мальчиков. В каждой из обследуемых когорт удельный вес имеющих 1 группу здоровья больше среди девочек, чем среди мальчиков, в течение всего наблюдаемого периода. В то же время доля мальчиков, имеющих хронические заболевания, выше соответствующей доли среди девочек.

Анализ показал значительные территориальные различия в здоровье детей. По статистическим данным, наиболее высокие показатели заболеваемости детей 0 – 14 лет в Вологодской области в 2007 году зарегистрированы в городах Череповце и Вологде, Сокольском и Междуреченском районах (прил. 6, рисунок). Наибольший прирост заболеваемости за период с 2000 по 2007 г. зарегистрирован г. Череповце, в Белозерском, Усть-Кубинском, Междуреченском и Велико-

устюгском районах. Мониторинговые данные подтверждаются статистическими. Судя по оценкам врачей, состояние здоровья детей в Череповце и Вологде хуже, чем в районах (рис. 4.7, на примере 2008 г.). Удельный вес детей с хроническими заболеваниями в городах в 2 – 4 раза больше, чем в районах.

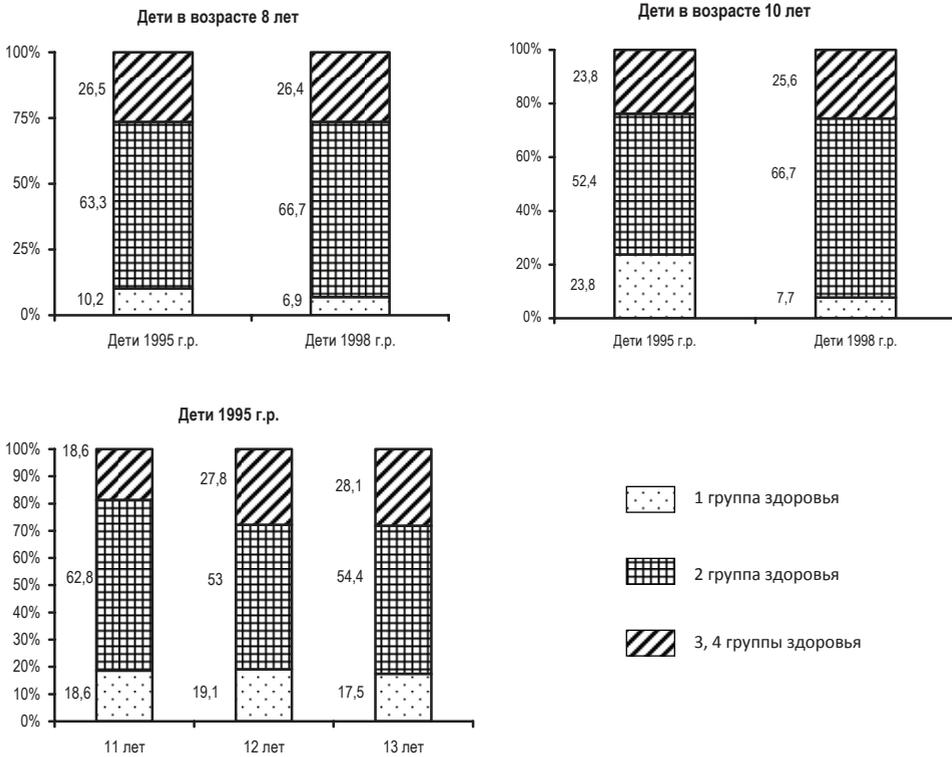


Рисунок 4.6. **Здоровье детей в возрасте от 8 до 13 лет** (удельный вес детей в группах здоровья, в %)

Важной характеристикой здоровья детей является кратность заболеваний (т.е. число острых заболеваний, перенесенных за анализируемый период). В зависимости от частоты заболеваний за год выделяют ни разу не болевших детей, болевших эпизодически (до 3 раз в год), часто болевших (4 – 5 раз), очень часто болевших (6 и более раз).

Гендерный анализ кратности заболеваний детей, участвующих в обследовании, показал, что в раннем детстве девочки более устойчивы к заболеваниям в сравнении с мальчиками, однако в возрасте старше 5 лет кратность заболеваний девочек становится больше, чем у мальчиков, и это соотношение сохраняется до 14 лет (самая старшая когорта).

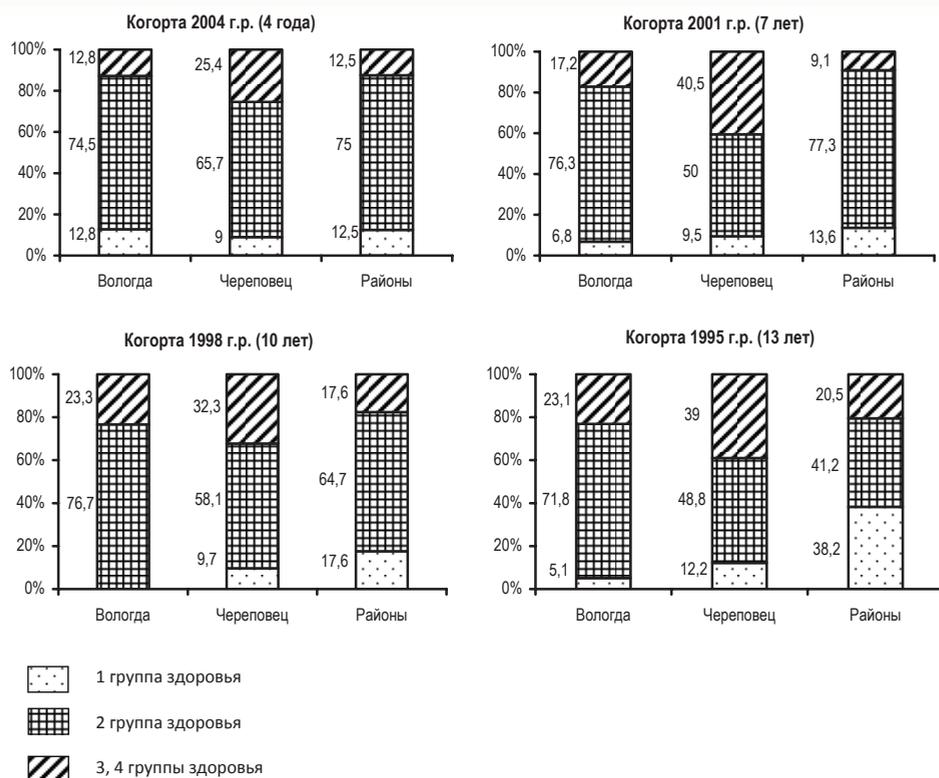


Рисунок 4.7. **Здоровье детей, территориальный аспект**
(2008 г., удельный вес детей в группах здоровья, в %)

Частые острые заболевания снижают иммунитет и повышают риск развития хронических патологий, что подтверждается результатами исследования. Из данных *таблицы 4.1* видно, что среди детей, которые не болели в течение года, 68% имеют первую группу здоровья. Всего треть детей (32%), болевших эпизодически, как показывают оценки педиатров, абсолютно здоровы, а среди часто болевших нет детей с первой группой здоровья.

Таблица 4.1. **Зависимость здоровья детей от кратности заболеваний, 2008 г.** (когорта 1995 г., в % от числа опрошенных)

Кратность заболеваний	1 группа здоровья	2 группа здоровья	3 группа здоровья
Не болел	68,4	30,6	29,0
Эпизодически болел	31,6	64,5	61,3
Часто болел	0,0	3,2	9,7

На основе сведений о кратности заболеваний обследуемых детей мы имели возможность построить индекс здоровья в различных возрастах. Традиционно данный показатель вычисляется по формуле [180; 253, с. 52-63]:

$$\text{Индекс здоровья} = \frac{\text{Число ни разу не болевших детей за определенный временной интервал}}{\text{Число обследуемых детей в когорте}} \times 100.$$

Проведенный анализ показал, что индекс здоровья выше у детей в первый год жизни, далее он снижается и нарастает к 10 – 14 годам (табл. 4.2). Вместе с тем обращает на себя внимание то, что в когорте 1995 г. дети имеют более крепкое здоровье, чем в последующих. Наиболее низкие значения индекса отмечены в когортах 1998 и 2001 гг.

Таблица 4.2. Изменение индекса здоровья детей

Возраст детей	Величина индекса здоровья			
	Когорта 1995 г.	Когорта 1998 г.	Когорта 2001 г.	Когорта 2004 г.
1 год	34,9	20,7	10,7	18,7
2 года	15,2	4,9	4,7	11,3
3 года	14,3	6,3	7,7	4,8
4 года	14,5	13,1	9,8	8,9
5 лет	12,9	12,9	15,4	16,9
6 лет	19,3	21,5	16,2	–
7 лет	18,0	16,0	18,7	–
8 лет	26,5	29,9	24,3	–
9 лет	26,8	21,5	–	–
10 лет	20,0	29,9	–	–
11 лет	33,9	32,9	–	–
12 лет	38,4	–	–	–
13 лет	36,9	–	–	–
14 лет	35,8	–	–	–

Анализ кратности заболеваний в территориальном разрезе показал, что дети всех обследуемых когорт в городах Череповце и Вологде болеют чаще, чем в районных городах и поселках (рис. 4.8; на примере замера 2008 г.). Однако низкие показатели частоты заболеваний и меньший удельный вес детей с хроническими заболеваниями могут быть обусловлены не только лучшим здоровьем детей в районных городах и поселках, но и низкой медицинской активностью их семей, а также меньшей выявляемостью заболеваний, более низким качеством работы районных служб здравоохранения.

В сельской местности имеет место неполная укомплектованность медицинских учреждений педиатрическими кадрами (прил. 6, табл. 4).

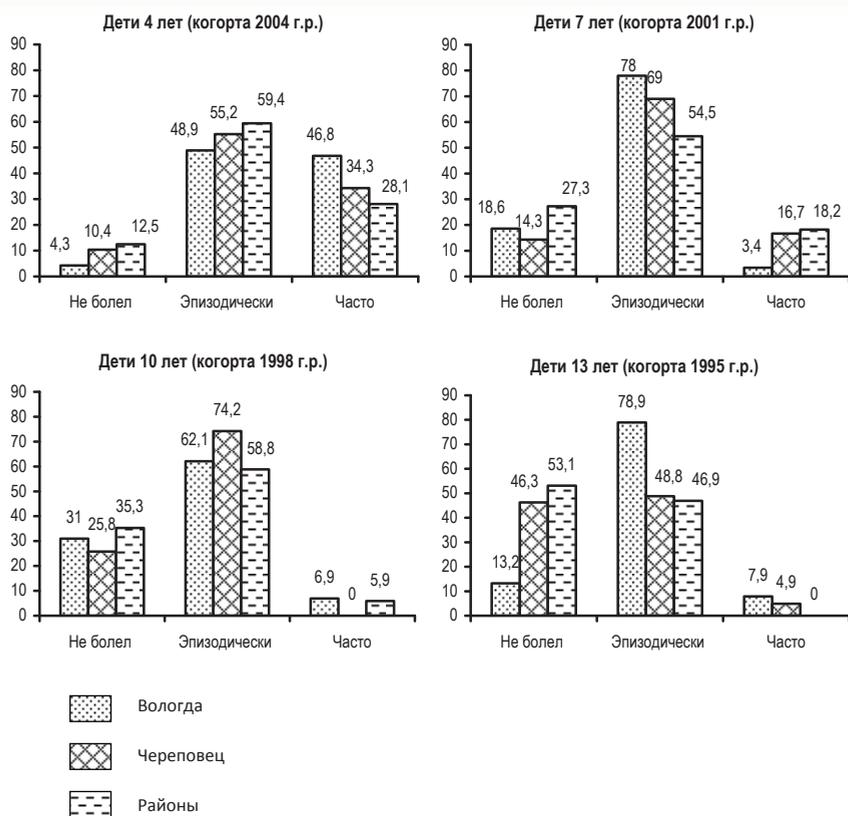


Рисунок 4.8. Кратность заболеваний детей, территориальный срез (в % от числа опрошенных)

Наиболее остра эта проблема в Никольском, Бабушкинском, Сямженском районах. Это приводит к более низкому качеству медицинских осмотров, поскольку отсутствие необходимых врачей-специалистов влечет за собой позднюю и неполную выявляемость у детей хронических заболеваний.

Данные мониторинга позволяют дать оценочную характеристику доступности медицинских услуг. Так, семьи отмечают, что в районах по сравнению с городами меньше возможность провести своевременное лабораторно-диагностическое исследование, ниже доступность квалифицированной помощи педиатра, врачей-специалистов (рис. 4.9).

Более того, в период с 1998 по 2008 г. снизилась доступность лабораторно-диагностического обследования (с 7,2 до 6,6 балла по 10-балльной шкале), консультаций специалистов (с 7,3 до 5,6 балла), своевременной квалифицированной помощи врачей-специалистов (с 6,2 до 5,3 балла; прил. 6, табл. 5).

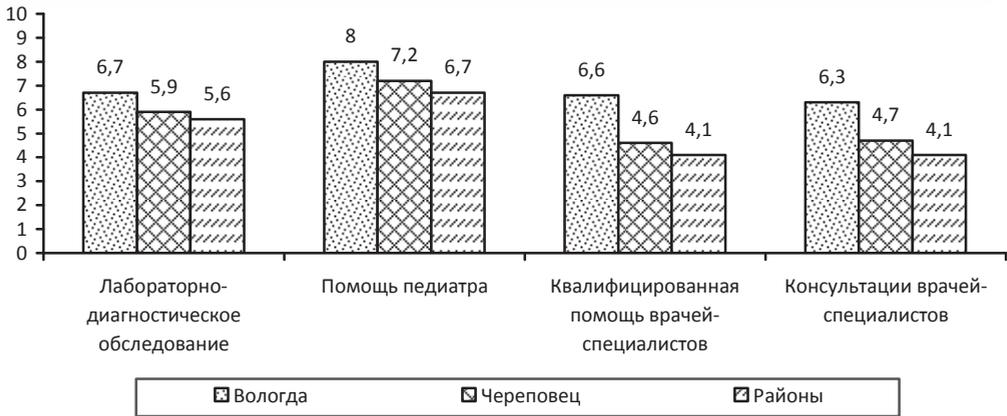


Рисунок 4.9. Оценка доступности медицинских услуг, 2008 год
(средний балл по 10-балльной шкале, когорта 1995 г.)

Одним из показателей уровня здоровья является физическое развитие. Оно отражает процессы роста и развития организма на отдельных этапах онтогенеза (индивидуального развития). В анкетном исследовании врачам было предложено дать комплексную оценку физического развития детей по следующим признакам:

- нормальное, соответствующее возрасту;
- дефицит массы тела 1 степени;
- дефицит массы тела 2 степени;
- избыток массы тела 1 степени;
- избыток массы тела 2 степени.

В период дошкольного детства наибольшая доля детей с нормальным физическим развитием отмечается в возрасте 5 лет (86%, когорты детей 1995 и 2004 г.р.). В период школьного обучения становится больше детей с дефицитом и избытком массы тела, но со временем эта дифференциация в физическом развитии сглаживается. Так, в возрастном промежутке от 9 до 14 лет доля детей с нормальным физическим развитием увеличилась с 63 до 80%, доля детей с дефицитом массы тела сократилась с 14 до 9% и избытком массы тела – с 9 до 7%. Здоровье и физическое развитие детей взаимосвязаны и обуславливают друг друга. Все дети, которых педиатры относят к первой группе здоровья, имеют нормальное, соответствующее возрасту физическое развитие. Какие-либо нарушения в физическом развитии имеют чаще всего дети 1, 3 и 4 групп здоровья (рис. 4.10).

Территориальный анализ свидетельствует о том, что большая доля детей с нормальным физическим развитием проживает в

г. Вологде. В г. Череповце чаще встречаются дети с избытком массы тела, особенно среди 8-летних. Кроме того, дети, проживающие в г. Череповце, отличаются от своих сверстников в г. Вологде и районах более высоким ростом (в среднем на 3 см) и большим весом (в среднем на 1,7 кг).

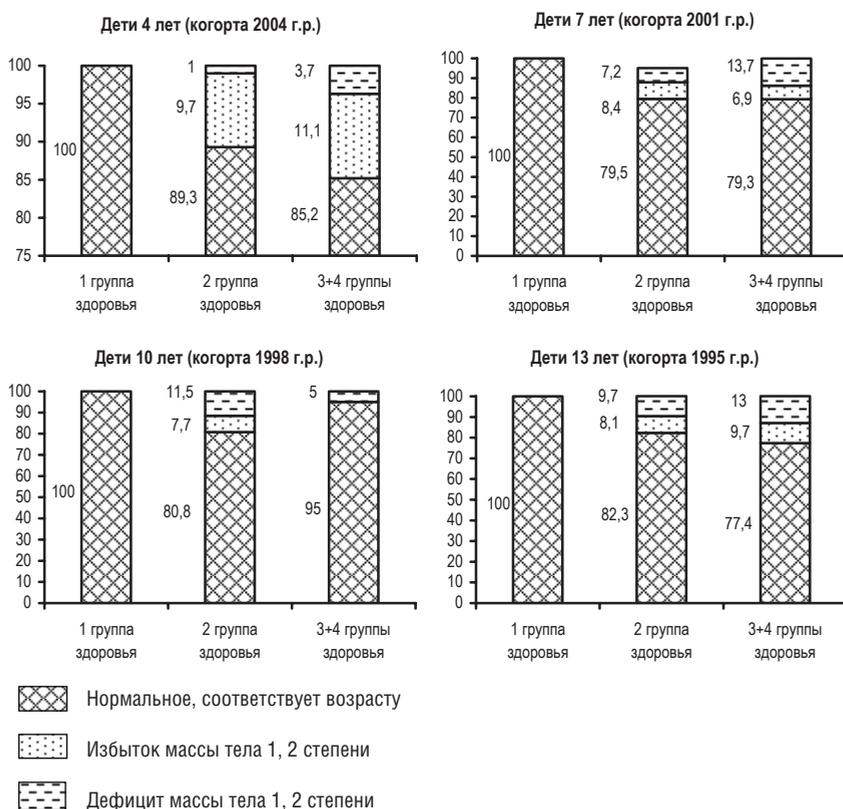


Рисунок 4.10. Зависимость физического развития ребенка от группы здоровья (2008 г.; в % от числа опрошенных)

Гендерный анализ физического развития показывает, что девочки реже имеют отклонения от нормы. В возрасте 11 – 14 лет девочкам также более свойствен дефицит массы тела, в отличие от мальчиков, у которых среди отклонений превалирует избыток веса (рис. 4.11).

Обобщая данные о здоровье детей, отметим, что здоровье новорожденных детей в период с 1995 по 2004 г. ухудшалось как в РФ, так и в Вологодской области. Значительное снижение их заболеваемости в Вологодской области отмечается в 2005 – 2008 гг., что связано с осуществлением национального проекта «Здоровье» и целевых региональных программ.

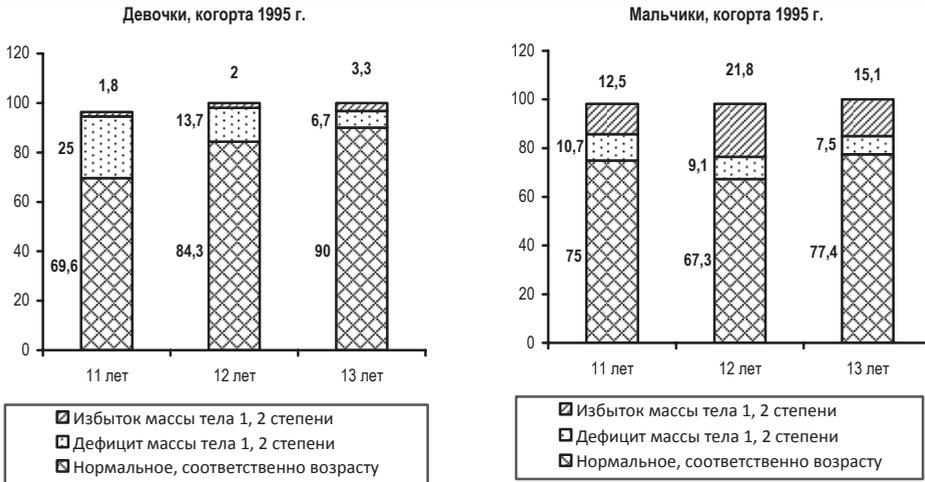


Рисунок 4.11. Комплексная оценка физического развития детей; гендерный срез (в % от числа опрошенных)

Снижение потенциала здоровья происходит уже в течение первого года жизни: во всех наблюдаемых когортах удваивается доля детей с выявленными хроническими заболеваниями, при снижении удельного веса здоровых детей, и особенно с группой здоровья 2А (имеющих минимальный риск снижения здоровья).

В возрастном промежутке от 4 до 7 лет значительно снижается потенциал здоровья детей, прежде всего в году, предшествующем поступлению в школу (с 6 до 7 лет). Это плохо еще и потому, что обучение в школе увеличивает физическую и психоэмоциональную нагрузку на детский организм. Увеличение нагрузок может привести к дальнейшему ослаблению здоровья, что непременно скажется на успеваемости и адаптации детей к новым социальным условиям. Особенно тревожным на этом фоне выглядит ослабление внимания медицинского персонала к категории детей, имеющих вторую группу здоровья. Часты случаи отнесения их к группе здоровых только на основании редкой обращаемости.

К 11 годам, в силу физиологических особенностей, у детей укрепляется иммунная система, сокращается число детей, часто болеющих простудными заболеваниями. Однако увеличивается заболеваемость опорно-двигательного аппарата, желудочно-кишечного тракта, снижается острота зрения, т.е. растет число хронических патологий.

В районах доля детей с хроническими заболеваниями несколько ниже, чем в городах Вологде и Череповце. Одной из причин этого,

на наш взгляд, является более низкая доступность и уровень предоставляемых на селе медицинских услуг и, как следствие, слабая выявляемость хронических заболеваний.

Оправданное и необходимое усиление внимания медицинских работников к здоровью детей раннего и дошкольного возраста соседствует с ослаблением внимания к здоровью школьников. Вопросам снижения младенческой смертности, улучшению здоровья новорожденных придается большое значение на государственном и региональном уровнях, увеличивается финансирование деятельности соответствующих служб. Однако для сохранения здоровья детей недостаточно уделять внимание только периоду новорожденности. Заботы требуют весь период детства, ведь на всем его протяжении растет и формируется детский организм. При отсутствии должного внимания к здоровью подрастающих детей регистрируется рост заболеваемости детских контингентов, увеличение числа инвалидов, что, в свою очередь, ведет к увеличению социальных расходов государства и не даст ожидаемого роста трудового, оборонного, репродуктивного потенциала региона и страны в целом.

Все это диктует необходимость самого серьезного отношения к проблеме сохранения и укрепления здоровья детей и подростков, что является основой формирования репродуктивного, трудового и в целом человеческого капитала государства.

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

Здоровье детей зависит от комплекса различных по своему характеру, направленности и силе факторов, которые взаимодействуют друг с другом, меняются во времени. Одни из них оказывают благотворное влияние на здоровье ребенка, другие способствуют возникновению заболеваний.

Данные мониторинга здоровья и развития детей, проведенного нами, позволяют оценить воздействие различных факторов исходя из социологической информации, полученной в режиме реального времени. Вопросы в анкете, нацеленные на выявление влияния факторов риска для здоровья ребенка, составлены экспертным путем на основе опыта отечественных и зарубежных исследований.

Среди множества социально-экономических факторов, оказывающих влияние на здоровье детей, были выбраны следующие группы. Социально-демографические факторы: пол, возраст

ребенка, состав семьи, возраст родителей, социальная принадлежность; производственная деятельность родителей ребенка – образование, профессия, должность, условия и характер труда в период перед рождением ребенка, величина душевого дохода, оценочные характеристики доходов семьи; жилищные условия – величина жилой площади, качественные характеристики жилья и имущества, оценка экологических условий, условия и качество питания матери во время беременности и ребенка; вредные привычки – употребление алкогольных напитков, курение.

Медицинские факторы: характеристика здоровья родителей (самими респондентами) – наличие противопоказаний к рождению ребенка, наличие хронических заболеваний у родителей, планирование рождения ребенка, самочувствие во время беременности; характеристика протекания беременности и родов (медицинскими работниками, согласно документации) – наличие отклонений в здоровье женщины во время беременности, медицинская активность беременной, продолжительность и характер родов, наличие дополнительных родовспомогательных мероприятий; характеристика здоровья новорожденного ребенка (оценка неонатолога) – вес, рост, «апгар-тест», выявленные заболевания, группа здоровья.

В исследовании применялась качественная и ранжированная оценка факторов, оказывающих влияние на формирование здоровья детей. Например, оценивая жилищные условия, респонденты указывали наличие коммунальных удобств, неудовлетворительные характеристики жилищных условий (слишком влажное, холодное и тому подобное), а также давали ранжированную оценку жилья в баллах по 4-балльной шкале: 1 – отличные и хорошие, 2 – удовлетворительные, 3 – плохие, 4 – очень плохие. По такому же принципу родители оценивали и здоровье детей.

Измерение влияния отдельных факторов на формирование здоровья детей – это достаточно сложный и неоднозначный процесс. Всего сложнее выделить нужный фактор из множества других, также формирующих здоровье ребенка. В исследовании использовался прием, основанный на «методе различия», предполагающем, что если параметры уровня и образа жизни группы семей отличаются степенью выраженности того или иного фактора, то различия в здоровье воспитывающихся там детей могут быть объяснены действием этого фактора [102, с. 236].

Определенную сложность представляет и временной лаг проявления влияния разных факторов на здоровье детей. Например, влияние отклонений в протекании беременности сказывается сразу после рождения ребенка, в то время как воздействие неблагоприятных экологических условий (например, плохое качество питьевой воды) проявляется через несколько лет. Данная проблема в некоторой степени разрешима при проведении мониторинга когорт, в течение ряда лет.

Чтобы систематизировать информацию в ходе анализа, наблюдаемые факторы были условно разбиты на группы: медико-биологические; уровень жизни обследуемых семей; условия и образ жизни обследуемых семей; медицинская активность семей. Влияние каждого фактора на здоровье детей рассматривалось в пределах сформированных групп. Учитывалось также неодинаковое воздействие факторов на здоровье детей в различных возрастных интервалах.

Для измерения тесноты связи могут быть использованы различные методы. Классическим методом определения корреляционной зависимости является расчет коэффициента Пирсона, но для применения данного показателя необходимо, чтобы сравниваемые признаки имели численное выражение. Такое условие не всегда соблюдается при сопоставлении характеристик здоровья с влияющим фактором. Поэтому для определения меры тесноты парной связи между здоровьем детей и воздействующими на него факторами был использован коэффициент корреляции рангов Спирмена (R_s). Ранги – это порядковые номера единиц совокупности в ранжированном ряду. Преимущество этого метода состоит в том, что возможно ранжирование по признакам, которые нельзя выразить численно. Измерение тесноты парной связи признаков позволяет вычислять и коэффициент Фехнера, но, в отличие от использованного нами коэффициента корреляции рангов Спирмена, данный показатель не учитывает размеров отклонений признаков от их средних величин и значительно занижает меру тесноты связи [97, с. 48-53].

В настоящем исследовании на основании информации, полученной от родителей, врачей роддомов и детских поликлиник, проведена экспертная оценка здоровья детей, по результатам которой обследуемые дети были разделены на 2 группы:

R1 – «группа с наименьшим риском ухудшения здоровья» – здоровые дети с минимальной степенью риска развития заболеваний, в том числе дети, имеющие неблагоприятные факторы в биологическом, генеалогическом или социальном анамнезе (в нее входят дети группы здоровья 1 и 2А);

R2 – «группа высокого риска» – дети, имеющие различные отклонения в состоянии здоровья, а также хронические заболевания или тяжелую врожденную патологию развития (в нее входят дети группы здоровья 2Б, 3, 4) [253, с. 49-58].

Дети, отнесенные к группе высокого риска, нуждаются в более пристальном внимании педиатров. Именно в этой группе необходимо своевременно и в полном объеме проведение оздоровительных мероприятий, которые препятствовали бы формированию и развитию у них хронических заболеваний. Лечебно-оздоровительные мероприятия для детей, перенесших тяжелые заболевания или имеющих морфо-функциональные отклонения, должны назначать не только педиатры, но и врачи-специалисты.

В данном параграфе рассмотрены факторы, оказывающие наиболее значительное влияние на здоровье детей в раннем детстве (от рождения до трех лет).

Медико-биологические факторы. В этой группе наиболее тесные взаимосвязи выявлены между здоровьем детей и следующими факторами:

- низким показателем гемоглобина у женщин в конце беременности ($R_s = 0,712$ на момент рождения; $R_s = 0,830$ к 1 году);
- здоровьем родителей ($R_s = 0,645$ на момент рождения; $R_s = 0,832$ к 1 году; $R_s = 0,532$ к 2 годам);
- характером протекания родов ($R_s = 0,513$ на момент рождения; $R_s = 0,147$ к 1 году).

Отклонения в состоянии здоровья женщины во время беременности неблагоприятно отражаются на здоровье младенца. Особенно велико влияние этого фактора в период раннего детства (до трех лет). Наиболее жесткая корреляция выявлена между низкими показателями гемоглобина матери в конце беременности и здоровьем ребенка. Наличие анемии во время вынашивания плода приводит к рождению болезненных детей с ослабленным иммунитетом.

В Вологодской области среди заболеваний, предшествующих беременности или возникших во время ее, в 1995 – 2007 гг. основную долю составляли анемии – 35% (и в исследовании – 35%).

Значительна доля болезней мочеполовой системы – 19% (в исследовании – 10%) и токсикозов – 13%, а также болезней системы кровообращения – 8% (рис. 4.12).

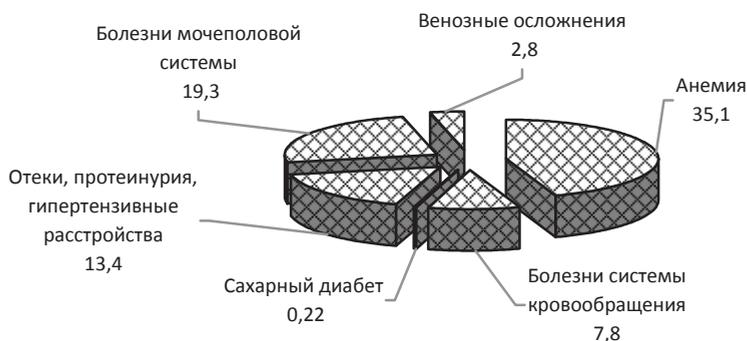


Рисунок 4.12. Заболевания беременных в Вологодской области (в % от числа закончивших беременность, 2007 г.)

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

Учитывая широкую распространенность анемии среди беременных женщин в регионе и ее значительное влияние на здоровье новорожденных детей, этот фактор можно считать наиболее важным, требующим неотложных мер по его минимизации.

Исследования института питания РАМН в различных регионах России свидетельствуют о нехватке витаминов и фолиевой кислоты у беременных и кормящих женщин, что ведет к рождению ослабленных детей с врожденными пороками развития [251, с. 72].

Такие болезни матери, как анемия, вегето-сосудистая дистония, гипотония, влекут за собой недостаточные обеспеченность питательными веществами и поступление кислорода к плоду. Различные инфекции матери вызывают ослабление иммунитета ребенка, вследствие чего увеличивается его болезненность, ухудшается здоровье (табл. 4.3). Простудные заболевания, гипертоническая болезнь, болезни органов пищеварения, инфекции мочеполовых путей и связанные с ними дисфункции в организме женщины в период протекания беременности также неблагоприятно отражаются на здоровье ребенка. Результаты мониторинга показывают, что ослабленное при рождении здоровье детей пролонгируется на весь период раннего детства. У женщин, страдавших анемией во время беременности (в когорте 2001 г.), всего 29% детей родились здоровыми, за первый год жизни удельный вес детей с первой группой здоровья снизился до 8%, в 2 года – до 7%, в 3 года составил чуть больше 1%.

Таблица 4.3. Влияние болезненных состояний беременных женщин на здоровье ребенка (в % от числа опрошенных)

Болезненные состояния будущей матери	Новорожденные		1 год		2 года		3 года	
	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2
	<i>Когорта 1995 г.</i>							
Анемия	58,3	41,7	25,0	75,0	66,7	33,3	0,0	100
Инфекция мочеполовых путей	66,7	33,3	0,0	100	0,0	100	0,0	100
Гинекологические заболевания	80,0	20,0	0,0	100	0,0	100	0,0	100
<i>Когорта 2004 г.</i>								
Анемия	2,7	97,3	55,7	44,3	6,8	93,2	9,3	90,7
Инфекция мочеполовых путей	5,0	95,0	65,0	35,0	4,3	95,7	0,0	100
Гинекологические заболевания	2,2	97,8	57,1	42,9	6,1	93,9	4,0	96,0
Вегето-сосудистая дистония	9,1	90,9	33,3	66,7	0,0	100	0,0	100
Гипертония	0,0	100	0,0	100	0,0	100	0,0	100

R 1 – группа с наименьшим риском ухудшения здоровья;
R 2 – дети, имеющие различные отклонения в состоянии здоровья, хронические заболевания.

Полученные нами данные подтверждаются и материалами Министерства труда и социальной защиты РФ: среди 5-6-летних детей, матери которых имели отклонения в течении беременности и родов, 25% часто болели, 37 – 44% состояли на учете у врачей-специалистов [197, с. 16].

Нами выявлена устойчивая корреляция между здоровьем матери и здоровьем ребенка в раннем детстве. Так, матери здоровых детей имеют хорошее и отличное здоровье в 65% случаев, а у больных детей процент матерей, имеющих хорошее здоровье, на 14 пунктов меньше. В то же время удовлетворительное здоровье значительно чаще имеет мать больного ребенка (42,9%), чем здорового (35%). В когорте 1995 г. у матерей с удовлетворительным здоровьем все дети к пяти годам относились ко 2 и 3 группам здоровья, то есть имели хроническую патологию либо высокий риск ее развития (табл. 4.4). Анализ данных других выбранных когорт подтвердил взаимосвязь здоровья родителей и детей. У матерей с удовлетворительным здоровьем 11% детей к двум годам имели хронические заболевания, а к трем годам 98% детей относились ко 2 и 3 группам здоровья, т.е. имели хроническую патологию либо высокий риск ее развития.

Полученные результаты позволяют сделать некоторые предположения. Во-первых, родители имеют очень приблизительное знание о своем собственном здоровье. Во-вторых, очевидно,

Таблица 4.4. **Зависимость здоровья ребенка от здоровья матери**
(в % от числа опрошенных, когорта 1995 г.)

Оценка здоровья матери	Здоровье ребенка по возрастам													
	новорожд.		1 год		2 года		3 года		4 года		5 лет		6 лет	
	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2
Отличное	75,0	25,0	25,0	75,0	25,0	75,0	25,0	75,0	25,0	75,0	25,0	75,0	50,0	50,0
Хорошее	63,0	37,0	21,7	78,3	13,3	86,7	4,3	95,7	21,1	78,9	17,4	82,6	18,2	81,8
Удовлет.	76,2	23,8	19,0	81,1	15,0	85,0	4,8	95,2	0,0	100	0,0	100	5,9	94,1

R 1 – группа с наименьшим риском ухудшения здоровья;
R 2 – дети, имеющие различные отклонения в состоянии здоровья, хронические заболевания.

на здоровье ребенка в большей степени оказывают влияние не здоровье родителей, а их болезни. Новорожденный ребенок, по результатам обследования, более часто получает от родителей именно их болезни. В-третьих, на здоровье ребенка влияет наличие у родителей хронических болезней. Так, если матери имеют хронические болезни, то 43% детей больны, а здоровы – лишь 30%, т.е. у хронически больных матерей дети заболевают почти в 1,5 раза чаще. Если же матери не имеют хронических болезней, то здоровы 70% детей, а больны – 57%. Наличие хронических болезней у отцов не столь однозначно сказывается на здоровье детей: так, все 100% больных детей имели отцов без какого-либо хронического заболевания. Если же говорить о здоровых детях, то 15% из них имели отцов с каким-либо хроническим заболеванием, а 85% – без заболеваний. Таким образом, явная, однозначная связь между здоровьем новорожденных детей и наличием у отцов хронических заболеваний в нашем обследовании не просматривается. Можно предположить и такой вариант: здоровье родителей, в частности отца, в современных условиях – не основной фактор, определяющий здоровье ребенка. В-четвертых, на здоровье ребенка оказывает влияние наличие медицинских противопоказаний при рождении ребенка. В обследовании 1995 г. матери у 7% больных и у 49% здоровых детей указали, что не имели таковых. Лишь 3% не знали, имели они их или нет. Однако более интересен другой факт: 43% матерей больных и 49% здоровых детей вообще не дали ответа на этот вопрос. Можно предположить, что, собираясь рожать ребенка, они не задумывались о том, могут ли они это делать и как это скажется на здоровье будущего малыша. Решение о рождении ребенка они принимали самостоятельно, без совета с медицинскими работниками и проведения соответствующих обследований [254, с. 42-46].

В связи с выявленными зависимостями следует отметить, что в стране в целом и в регионе в частности фиксируется высокий уровень заболеваемости взрослого населения (только около 200 человек из тысячи ни разу не обращаются по поводу каких-либо болезней в течение года к врачу) и подростков – потенциальных и будущих родителей. Мониторинг здоровья населения Вологодской области показывает, что в 2009 г. 14% жителей региона оценили свое здоровье как «плохое», а доля «удовлетворительных» оценок составила 56%. Нарастающая подростковая наркомания, пивной алкоголизм также способствуют ухудшению здоровья потенциальных родителей. Широкое распространение фактора в популяции повышает его значимость.

Еще одним важным фактором, определяющим здоровье новорожденных детей, выступает характер протекания родов. Его влияние не столь значительно и проявляется более ярко в период от рождения до 1 года. Судя по данным исследования, при наличии оперативного вмешательства доля новорожденных детей с функциональными отклонениями в 1,5 раза больше, чем при нормальном протекании родов (рис. 4.13). К двум годам взаимосвязь характера протекания родов и здоровья детей ослабевает, но следует учитывать то, что причиной хирургического родовспоможения, как правило, являются изменения здоровья беременной женщины, которые могут оказать влияние на здоровье ребенка и в более поздние периоды.

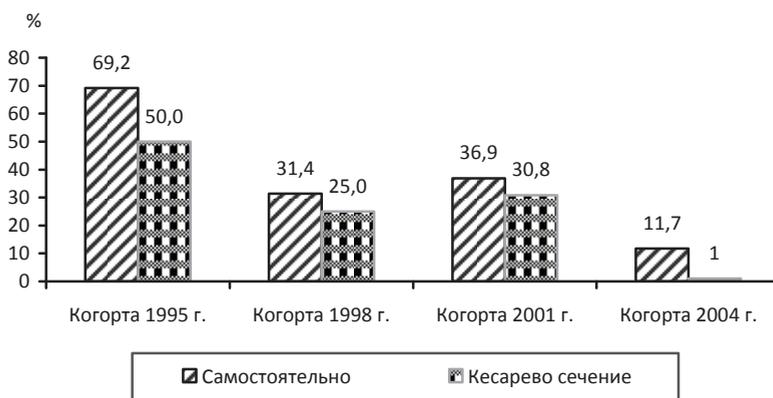


Рисунок 4.13. Удельный вес новорожденных детей, имеющих хорошее и отличное здоровье при различном характере протекания родов (в % от числа опрошенных)

Условия и образ жизни семей. В данную группу вошли факторы, определяющие условия жизни обследуемых семей и описывающие их жизненные привычки. Ю.П. Лисицын дает следующие определения условий и образа жизни: условия жизни – материальные и нематериальные факторы, воздействующие на образ жизни; образ жизни – деятельность, активность людей, которые определенным образом реагируют на условия жизни и используют их [158; 159].

Согласно результатам корреляционного анализа рассматриваемые факторы распределились следующим образом:

- неблагоприятные условия труда матери в период беременности: загазованность воздуха рабочей зоны ($R_s = 0,939$ на момент рождения); действие радиации и СВЧ ($R_s = 0,839$ на момент рождения); работа с токсическими химическими веществами ($R_s = 0,600$ на момент рождения); работа в 2 – 3 смены ($R_s = 0,510$ на момент рождения);

- курение матери в период беременности ($R_s = 0,898$ на момент рождения, $R_s = 0,661$ – 1 год);

- характер вскармливания ребенка (при грудном вскармливании до 6 мес. $R_s = 0,85$).

Одним из наиболее значимых факторов для формирования здоровья детей в период новорожденности и раннего детства, по данным мониторинга, являются условия труда матери в период перед рождением ребенка.

Продолжительное воздействие неблагоприятных профессиональных факторов различной природы, физических и психоэмоциональных перегрузок, а также их сочетания может привести к снижению здоровья родителей и ухудшению их репродуктивной функции. Влияние профессиональных факторов риска родителей на организм ребенка носит не прямой, а опосредованный характер.

Характеризуя условия своей работы в период перед рождением ребенка, лишь 8% женщин и 7% мужчин в нашем исследовании определили их как нормальные. Все остальные респонденты работали в условиях, не отвечающих санитарно-гигиеническим нормам. Среди отмеченных респондентами неблагоприятных условий труда большое влияние на здоровье детей имели запыленность воздуха рабочей зоны, работа с токсическими химическими веществами, большая физическая нагрузка.

В когорте 1995 г. матери больных детей значительно чаще работали в условиях запыленности воздуха (12,5% против 8,8% у здоровых), повышенной температуры (12,5% против 2,9%), психиче-

ского напряжения (37,5% против 29,4%), ночного времени (12,5% против 1,5%). Отрицательно сказываются на здоровье новорожденных и условия работы отцов. Здесь имеют место такие тенденции: у больных детей 23,1% отцов работали в условиях запыленности, в то время как у здоровых – 14,9%. В условиях психического напряжения, соответственно, – 23,1 и 18,4%, ночного времени – 15,3 и 4,6%, радиации и действия СВЧ – 7,7%; отцы здоровых детей вообще не работали в таких условиях.

Подобная закономерность повторилась и в других когортах. В то же время результаты анализа показали, что неблагоприятные условия труда матери в период вынашивания плода оказывают более значительное влияние на здоровье новорожденного, чем неблагоприятные условия труда отца (в *таблице 4.5* рассмотрены наиболее значимые из них при сопоставлении двух когорт).

Таблица 4.5. Влияние неблагоприятных условий труда матери на здоровье ребенка (в % от общего количества)

Отмеченные неблагоприятные факторы	Новорожденные		1 год		2 года		3 года	
	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2
	<i>Когорта 1995 г.</i>							
Психическое напряжение	64,1	35,9	18,8	81,3	83,3	16,7	0,0	100
Шум	69,2	30,8	16,7	83,3	83,3	16,7	0,0	100
Запыленность	77,8	22,2	22,2	77,8	85,7	14,3	0,0	100
Большая физическая нагрузка	76,5	23,5	40,0	60,0	92,9	7,1	0,0	100
Работа с токсическими химическими веществами	85,7	14,3	33,3	66,7	75,0	25,0	0,0	100
	<i>Когорта 2004 г.</i>							
Психическое напряжение	6,1	93,9	50,0	50,0	6,1	93,9	11,8	88,2
Шум	13,5	86,5	59,1	40,6	0,0	100	8,3	91,7
Запыленность	8,8	91,2	61,1	38,9	0,0	100	5,0	95,0
Большая физическая нагрузка	3,0	97,0	23,1	76,9	0,0	100	0,0	100
Работа с токсическими химическими веществами	8,7	91,3	40,0	60,0	0,0	100	14,3	85,7
R 1 – группа с наименьшим риском ухудшения здоровья; R 2 – дети, имеющие различные отклонения в состоянии здоровья, хронические заболевания.								

Реформирование экономики обусловило изменение форм собственности и привело к изменению трудовых отношений. Ликвидация государственного монополизма, акционирование предприятий и производств, развитие малого бизнеса и частного предпринимательства сформировали новый слой работодателей и наемных работников и новые отношения между ними. Существовавшая ранее система охраны труда работников разрушена, однако новые

экономические и правовые механизмы, побуждающие работодателя принимать эффективные меры по обеспечению здоровых и безопасных условий труда, еще не созданы, вследствие чего требования охраны и гигиены труда игнорируются на многих предприятиях. Работодатели экономят на гигиене труда – работники рискуют своей жизнью и здоровьем.

Критическое положение с условиями труда сохраняется практически во всех отраслях экономики, несмотря на спад объемов производства, и влечет за собой ухудшение состояния здоровья работающих, высокий уровень профессиональной заболеваемости, несчастных случаев, потерь трудоспособности.

Из-за конкуренции и социальной незащищенности на рынке труда женщины продолжают работать на производствах с вредными условиями труда. На начало 2007 г., по данным Росстата, в условиях, не отвечающих санитарно-гигиеническим нормативам, в Российской Федерации было занято: в добыче полезных ископаемых – 20% женщин, производстве и распределении электроэнергии, газа и воды – 18%, обрабатывающих производствах – 18%, на транспорте – 14%, в строительстве – 6% (от общей численности женщин, занятых в соответствующем виде экономической деятельности) [198, с. 154].

В Вологодской области, как свидетельствуют данные статистики, растет доля мужчин и женщин, работающих в неудовлетворительных условиях. В 2006 г. 26% женщин, т.е. почти каждая четвертая, трудились в не отвечающих санитарным нормам условиях (рис. 4.14).

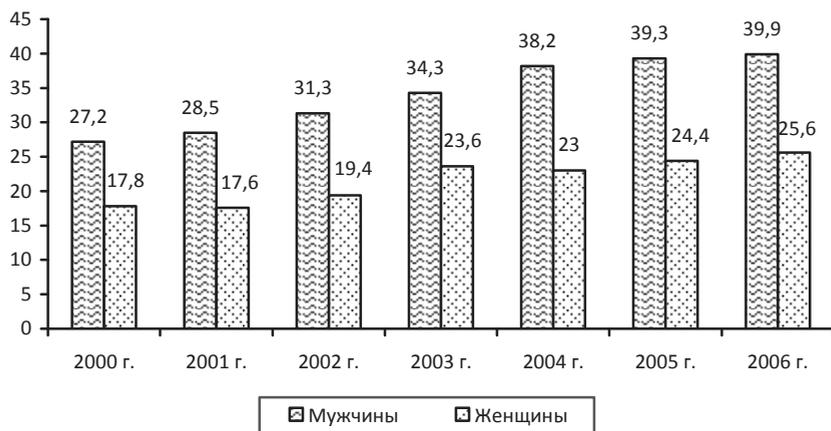


Рисунок 4.14. Удельный вес работающих в неудовлетворительных условиях труда в Вологодской области (в % от общей численности работников соответствующего пола)

Источник: Данные Департамента труда и социального развития Вологодской области.

Динамический анализ показывает, что значительная часть беременных женщин продолжает работать в условиях, не соответствующих санитарным нормам (табл. 4.6). На наш взгляд, следует пересмотреть существующие нормы о назначении беременных женщин на менее трудоемкие работы, исключив их контакт с токсикогенами, работу в зонах с повышенной запыленностью и т.д. Эти меры могут быть предусмотрены в целевых региональных программах.

Таблица 4.6. Удельный вес численности работающих женщин, занятых во вредных и опасных условиях труда, в Вологодской области (в % от общей численности работающих женщин в отдельных отраслях)

Условия труда	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.
Повышенные уровни неионизирующего излучения	0,6	0,5	1	1,7	1,5	1,3	1,4
Повышенные уровни вибрации	0,5	0,5	0,7	1,1	1	1,3	1,5
Повышенные уровни ПДК вредных веществ в воздухе рабочей зоны	3	2,8	2,8	3,05	4,2	2,7	3,4
Занятые тяжелым физическим трудом	5,3	5,3	4,4	5	5,6	5,5	6,7
Повышенные уровни шума	10	10	11,3	12	12,8	13,4	14,2
Источник: Данные Департамента труда и социального развития Вологодской области.							

Следующий фактор, на котором следует заострить внимание, – курение матерей. Данные обследований когорт 1995 года рождения и последующих по вопросу, курила ли будущая мать во время беременности, различаются. В когорте 1995 г.р. доля женщин, куривших в период беременности, сократилась с 21 до 3%, т.е. в 7 раз, а в последующих – лишь в 2 раза (с 24 до 12%). На наш взгляд, это свидетельствует об изменении в обществе норм морали и отношения к ответственному родительству, ведь сейчас женщина с сигаретой и баночкой пива стала «нормой».

Курение матерей способствует развитию у детей функциональных отклонений. Особенно неблагоприятным является курение матери во время беременности. У некуривших матерей родилось 73 – 85% здоровых детей, у куривших до беременности – всего 15 – 27%. У тех же, кто курил и во время беременности, здоровье новорожденных значительно хуже: без отклонений в здоровье родилось всего 4 – 13% детей (табл. 4.7).

Таблица 4.7. **Влияние курения матери на здоровье новорожденного**
(в % от числа опрошенных)

Ответ респондентки	Курили до беременности			Курили во время беременности		
	Удельный вес респондентов, в %	1 группа здоровья новорожденного	Удельный вес детей с массой более 2500 г	Удельный вес респондентов, в %	1 группа здоровья новорожденного	Удельный вес детей с массой более 2500 г
<i>Когорта 1995 г.</i>						
Да	20,8	18,8	20,6	3,0	4,3	3,1
Нет	79,2	81,2	79,4	97,0	95,7	96,9
<i>Когорта 1998 г.</i>						
Да	29,2	23,3	27,6	13,0	10,0	11,0
Нет	70,8	76,7	72,4	87,0	90,0	89,0
<i>Когорта 2001 г.</i>						
Да	28,7	27,0	27,0	14,2	12,5	12,2
Нет	71,3	73,0	73,0	85,8	87,5	87,8
<i>Когорта 2004 г.</i>						
Да	28,5	14,8	28,7	13,1	7,4	13,9
Нет	71,5	85,2	71,3	86,9	92,6	86,1

Курение матери влияет и на вес будущего ребенка – у курящих матерей чаще рождаются маловесные дети. У женщин, продолжавших курить и во время беременности, удельный вес детей, родившихся с нормальным весом, составил всего 3 – 14% (см. табл. 4.7).

Это подтверждают и данные различных исследований. Известно, что табачные токсины нарушают генетический аппарат. Генетический вред от канцерогенов табачного дыма может проявиться через несколько поколений [328, с. 62-65]. Агентство по охране окружающей среды США установило, что в результате «пассивного курения» 2700 детей ежегодно погибают от синдрома внезапной младенческой смерти. У курящих матерей чаще рождаются дети с различными дефектами, пониженным весом.

В Великобритании в 1958 г. были обследованы 17 тыс. новорожденных (исследование, являющееся прообразом проводимого нами мониторинга). Отмечено замедление физического и умственного развития у новорожденных детей (при повторных обследованиях – у детей в возрасте 7 и 11 лет), матери которых курили во время беременности. Дети, чьи матери выкуривали во время беременности 10 сигарет в день или более, имели рост в среднем на 1 см меньше и несколько отставали по успеваемости в школе в сравнении с детьми, чьи матери не курили во время беременности [375].

Актуальность этой проблемы усиливается в связи с тем, что частота курения в России – одна из самых высоких по сравнению с индустриально развитыми странами. По данным мониторинга здоровья населения Вологодской области в 2008 г., среди женщин репродуктивного возраста 23% курящих. Как показывают результаты мониторинга здоровья детей, в среднем 27% матерей курило до беременности и 12% – во время беременности. Удельный вес курящих женщин в г. Череповце в 1,4 раза больше, чем в других населенных пунктах. В среднем выкуривалось по 5 сигарет в день, но некоторые женщины указали, что выкуривали до 20 сигарет в день. Другой вредной привычкой родителей является употребление алкоголя. Так, его не употребляли вообще 39% матерей здоровых детей, 29% матерей больных детей.

Немаловажное влияние на здоровье малыша оказывает характер его вскармливания. Для лучшего роста и развития детей первого года жизни важно вскармливать их материнским молоком. Грудное молоко обладает необыкновенно активными биологическими свойствами, поскольку содержит гормоны, биологически активные вещества, иммунные комплексы. Живые клетки материнского молока оказывают мощное благотворное влияние на организм ребенка, обеспечивая нормальное течение процессов обмена веществ и поддержания устойчивости к действию инфекций. Одним из основных показателей состояния здоровья детей является распространенность грудного вскармливания как идеального питания, обеспечивающего полноценное развитие и рост, оказывающего уникальное биологическое и эмоциональное влияние на мать и ребенка.

По данным нашего исследования, дети, находящиеся на грудном вскармливании, в 2 раза меньше болеют по сравнению с детьми, находящимися на искусственном питании. Дети, получающие грудное молоко в полной мере, то есть находящиеся на грудном вскармливании, имеют более крепкое здоровье. Характер вскармливания на первом году жизни в значительной степени определяет состояние здоровья ребенка не только в раннем возрасте, но и в последующие периоды его жизни. Обменные нарушения, возникающие при нерациональном вскармливании младенцев, являются фактором риска развития в будущем ожирения, заболеваний сердечно-сосудистой системы, в частности гипертонической болезни, а также сахарного диабета, бронхиальной астмы, онкологических и других заболеваний.

Результаты британского мониторинга (НИРД, 1958 г.) подтверждают полученные выводы. Данные лонгитюдного исследования свидетельствуют, что у детей, находившихся на грудном вскармливании не менее одного месяца, наблюдались лучшие весо-ростовые показатели в юношеском и зрелом возрасте, чем у тех, кто получал детские смеси [375].

В России, как и во многих других странах, на протяжении последних десятилетий отмечается стабильно низкая распространенность грудного вскармливания (рис. 4.15). По данным официальной статистики Минздрава РФ за 2008 год, лишь 41% женщин кормили младенцев до 6 месяцев и 39% – до 1 года. Однако наметился рост удельного веса детей, находящихся на грудном вскармливании до 1 года. Вероятно, одной из причин положительного тренда являются усилия разъяснительной и обучающей работы, организованной в рамках Инициативы ВОЗ и ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку» с целью поддержки грудного вскармливания в России.

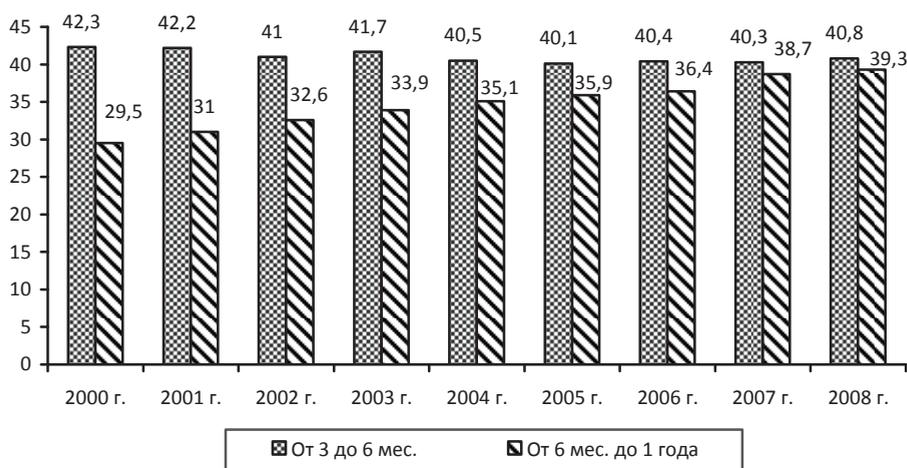


Рисунок 4.15. Грудное вскармливание детей первого года жизни в РФ (в % от числа детей)

Источник: Здоровоохранение в России. 2007: стат. сб. / Росстат. – М., 2007. – 355 с.

Данные мониторинга подтверждаются статистическими данными о низкой распространенности естественного вскармливания. В обследовании 1995 г. лишь 11% детей до 1 года находилось на грудном вскармливании. Среди основных причин, по которым матери не начинали или прекращали грудное вскармливание, чаще других указывались две: отсутствие или недоста-

ток молока (табл. 4.8). Однако, по мнению врачей, практически все женщины способны к лактации (выработке молока), истинно патофизиологические причины неспособности к грудному вскармливанию встречаются крайне редко [1]. Педиатры отмечают, что при хорошей психологической поддержке врача, членов семьи, соблюдении простых правил по защите лактации, рациональном питании кормящей женщины успех грудного вскармливания может быть достигнут в 70 – 90% случаев [235].

Таблица 4.8. **Характер питания ребенка первого года жизни**
(в % от числа опрошенных)

Характер питания ребенка первого года жизни	Когорта 1995 г.	Когорта 2004 г.
Грудное	7,0	11,3
Искусственное	64,0	49,0
Смешанное	29,1	38,4
<i>Причины прекращения кормления грудью</i>		
Не было молока	17,5	16,7
Мало молока	45,0	45,5
Медицинские противопоказания, не позволяющие кормить ребенка	2,5	2,3
Другое	11,3	12,9

Причинами низкого показателя естественного вскармливания грудных детей можно считать нарушения питания беременных и кормящих женщин, сопряженные как с низким достатком в семье, ухудшением их нервно-психического и соматического состояния, так и с неудовлетворительным уровнем знаний у родителей о рациональном вскармливании детей.

Еще одной причиной увеличения числа младенцев, находящихся на искусственном вскармливании, можно считать и стремление все большего числа матерей выйти из декретного отпуска как можно раньше. К этому прибавляется то, что в значительной степени нынешнее поколение матерей само выросло на искусственном вскармливании. В семьях нет традиции кормления грудью, отсутствует мотивационная установка на грудное вскармливание детей.

При переходе к смешанному и искусственному питанию младенцев необходима организация получения ими полноценных адаптированных смесей – заменителей грудного молока. Однако возможностей для этого в регионе не достаточно. По данным санитарно-эпидемиологической службы, на территории Вологодской области функционируют 9 детских молочных кухонь. Ассортимент вырабатываемой продукции в основном составляют кефир, кальциниро-

ванный творог, пастеризованное молоко; детские смеси выдаются в ограниченном количестве. Практически все детские молочные кухни не обеспечены современным технологическим оборудованием для приготовления детских и молочных смесей, а технологические процессы проводятся вручную, что повышает вероятность бактериологического загрязнения.

Влияние некоторых других факторов проявилось не во всех когортах, участвующих в обследовании, что, очевидно, связано с изменением социально-экономических условий либо с малой распространенностью воздействующих на здоровье факторов среди участников других этапов мониторинга.

Например, в когорте 1995 г. в семьях, где ребенка ждали, он был желанным и появился в результате совместного решения, принятого еще до наступления беременности, здоровые дети составили 66%, а больные – 29%. В случае, когда родители не были к этому готовы, а беременность и рождение ребенка явились для них большим стрессом и неожиданностью (не всегда, очевидно, приятной), доля здоровых детей снижается до 34%, больных – возрастает до 71%.

Эти же выводы подтверждает и информация о душевном состоянии матери, узнавшей о своей беременности. Так, 14,3% женщин, родивших впоследствии больных детей, испытали потрясение, нежелание жить, в то время как среди женщин, родивших здоровых детей, доля таких составила лишь 7,5%, т.е. почти в 2 раза меньше. Узнав о беременности, испытали безразличие соответственно 85,7 и 40% женщин. И наконец, состояние большого счастья испытали при этом 52,5% женщин, родивших здоровых детей, и не испытала ни одна будущая мать, родившая впоследствии больного ребенка.

В когорте 1995 г. отмечена взаимосвязь между здоровьем новорожденных и семейным положением родителей. Так, в неполной семье доля больных детей составляет 29%, в то время как в полных – 22%. Одним из объяснений этого может быть семейный достаток. Доходы семьи определяют возможности удовлетворения потребностей, а это также в очень значительной степени сказывается на здоровье детей. Например, в семьях, которым приходится ограничивать себя даже в покупке продуктов питания, доля больных детей составляет 14%. Здоровых детей в таких семьях – лишь 9%. А в семьях, которым денег хватает только на ежедневные расходы, доля больных детей – 29% [254, с. 42-46; 123].

В других когортах, например в когорте 2004 г., взаимосвязь между здоровьем и семейным положением родителей сильнее проявилась по достижении детьми трехлетнего возраста (табл. 4.9). При этом в неполных семьях здоровых детей не было, в то же время удельный вес больных детей (имевших хронические заболевания) был вдвое больше, чем в полных семьях (25% против 14% в когорте 1995 г. и 21% против 12% в когорте 2001 г.).

Таблица 4.9. Взаимосвязь здоровья детей и семейного положения родителей

Группа здоровья	Дети 1995 г. рождения		Дети 2001 г. рождения	
	Полная семья	Неполная семья	Полная семья	Неполная семья
1 группа здоровья	6,3	0,0	2,6	0,0
2 группа здоровья	79,4	75,0	85,3	78,6
3+4 группы здоровья	14,3	25,0	12,1	21,4

Анализ состояния здоровья детей в зависимости от изменения питания матерей в период беременности показывает весьма противоречивые результаты: более разнообразным питание стало в семьях, в которых впоследствии родились больные дети. Одно из возможных объяснений этого можно найти, если сравнить доходы семей с больными и здоровыми детьми и их расходы на питание.

Заметим, что семьи, в которых родились здоровые дети, изначально лучше питались, поэтому с рождением ребенка им не надо было кардинально менять свой рацион и, следовательно, бюджет расходов на питание. Бедным же семьям, напротив, пришлось к этому прибегнуть.

Качество питания женщины во время беременности отражается на ее здоровье, а это, в свою очередь, оказывает опосредованное влияние и на здоровье будущего ребенка. Женщины, улучшившие качество потребляемых продуктов во время беременности, к концу протекания беременности в 1,5 раза реже имели низкие показатели гемоглобина, чем остальные обследованные. Матери больных детей испытывали нехватку различных продуктов питания значительно чаще, чем матери здоровых детей. Так, нехватку овощей отмечали 21,4% матерей больных детей и лишь 9,0% – здоровых детей, т.е. в 2,4 раза чаще (по материалам когорты 1995 г.).

В то же время велика доля семей, считающих, что качество питания не скажется на здоровье будущего ребенка. Например, в районах она составила 13%. Это, как правило, неработающие женщины со средним и средним специальным образованием.

Таким образом, в раннем детстве наиболее значительное влияние на здоровье детей оказывают следующие факторы:

1. Плохое здоровье родителей: так, матери здоровых детей имели хорошее и отличное здоровье в 65% случаев, а матери больных детей – только в 51% случаев. Вместе с тем матери больных детей имели удовлетворительное здоровье (43%) значительно чаще, чем здоровых (35%).

2. Низкий уровень гемоглобина в период беременности: у женщин, страдавших анемией во время беременности, всего 29% детей родились здоровыми, за первый год жизни удельный вес детей с первой группой здоровья снизился до 8%, в 2 года – до 7%, в 3 года составил чуть больше 1%. В Вологодской области среди заболеваний, предшествовавших беременности или возникших во время ее, основную долю в период с 1995 по 2007 г. составляли анемии – 35%.

3. Вредные привычки матери, в частности курение, увеличивают риск рождения маловесных детей. У женщин, продолжавших курить и во время беременности, удельный вес детей, родившихся с нормальным весом, составил всего 3 – 14%. Несмотря на это, по данным мониторинга, 27% женщин курили до беременности, во время беременности – 12%.

4. Условия труда будущей матери, не соответствующие санитарным нормам. В когорте 1995 г. матери больных детей значительно чаще работали в условиях запыленности (12,5% против 8,8% у здоровых), повышенной температуры (12,5% против 2,9%), психического напряжения (37,5% против 29,4%), ночного времени (12,5% против 1,5%). Данный фактор широко распространен в и популяции; так, в регионе в 2006 г. 26% женщин трудились в не отвечающих санитарным нормам условиях.

5. Характер вскармливания детей влияет на их здоровье не только в раннем детстве, но и в последующие периоды. По данным мониторинга, дети, находившиеся на грудном вскармливании до 6 месяцев, в 2 раза реже болели по сравнению с детьми, находившимися на искусственном питании. В то же время распространенность грудного вскармливания в России невелика: в 2008 г. лишь 41% младенцев находились на грудном вскармливании до 6 месяцев и 39% – до 1 года. В сравнении с 2000 г. незначительно увеличилась лишь доля детей, получавших грудное молоко до 1 года.

Результаты проведенного исследования показывают, что ослабленное здоровье детей при рождении пролонгируется на весь период раннего детства.

4.3. Формирование здоровья детей в дошкольном и школьном возрасте: анализ и оценка факторов

Здоровье детей определяется соотношением внешних и внутренних воздействий на их организм, с одной стороны, и возможностями самого организма противостоять нежелательным воздействиям, с другой стороны. Факторы риска – это сочетание неблагоприятных условий, которые значительно повышают вероятность утраты здоровья, возникновения, рецидивирования и прогрессирования болезней. Они определяют предрасположенность к заболеванию, а при наличии причины способствуют развитию заболевания.

Наибольшую значимость для прогнозирования нарушений здоровья ребенка имеет оценка медико-биологических, социальных, психологических факторов риска. Влияние биологических факторов риска на развитие детей особенно велико первые два – три года жизни. В последующие периоды возрастает доля влияния социально-экономических и психологических факторов. К социально-экономическим факторам риска относятся такие, как неполная семья, плохие жилищно-бытовые условия, низкая материальная обеспеченность, низкий образовательный уровень членов семьи. К психологическим факторам риска относятся неблагоприятный психологический микроклимат в семье, наличие у родителей вредных привычек, медицинская активность родителей. Воздействие на ребенка неблагоприятных биологических факторов риска может быть смягчено благоприятными психологическими и социальными условиями жизни, что позволит сохранить и увеличить потенциал здоровья.

Весьма важным представляется своевременное выявление максимального числа факторов риска у каждого ребенка и их нивелирование, а также изучение распространенности неблагоприятных условий в обществе. Особую значимость имеет оценка устранимости фактора риска; если факторы устранимы, то они относятся к категории управляемых факторов.

При формировании здоровья в старшем дошкольном и школьном возрасте значимыми становятся несколько иные факторы, чем в младенческом. Наиболее характерные из них представлены в данном параграфе.

Основы здоровья ребенка закладываются в раннем детстве. Ослабленное здоровье детей в первые годы жизни усиливает риск формирования хронических заболеваний в более старшем возрасте. Так, например, частые и длительные заболевания в возрасте 1 – 2 года усиливают риск формирования хронических заболеваний в более старших возрастах. Чем выше кратность (частота) заболеваний в раннем детстве, тем чаще реализуется риск. У детей, не болевших на втором году жизни, к пяти годам не было хронических заболеваний. В то время как среди детей, которые часто болели в 2 года, к пяти годам 10% имели хронические заболевания, к восьми годам – 30% (табл. 4.10).

Таблица 4.10. Влияние кратности заболеваний детей в раннем детстве на их здоровье в более старшем возрасте (на примере когорты 1998 г., в % от числа опрошенных)

Кратность заболеваний в 2 года	Здоровье детей в возрасте 5 лет			Здоровье детей в возрасте 8 лет		
	1 гр.*	2 гр.	3,4 гр.	1 гр.	2 гр.	3,4 гр.
Не болел	75,0	25,0	0,0	0,0	100,0	0,0
Болел эпизодически	27,5	64,7	7,8	6,3	70,8	22,9
Часто болел	19,0	71,4	9,5	10,0	60,0	30,0
Очень часто болел	0,0	60,0	40,0	0,0	50,0	50,0

*1 группа – здоровые дети; 2 группа – дети с некоторыми функциональными отклонениями; 3 и 4 группы – дети, имеющие хронические заболевания.

Учитывая то, что удельный вес неболеющих детей двухлетнего возраста невелик и колеблется от 15% (в когорте 1995 г.) до 5% (в когортах 1998 г. и 2001 г.), мы можем говорить о широком распространении в популяции данного фактора риска развития хронических заболеваний у подрастающего поколения.

Уровень жизни семей. Огромную роль в формировании здоровья детей играет уровень жизни семьи – влияние этого фактора опосредованное. Высокие доходы не являются автоматически залогом лучшего здоровья, но они позволяют обеспечить определенный набор материальных благ, способствующих сохранению и укреплению потенциала здоровья. Низкий уровень доходов населения региона обуславливает его невысокую покупательную способность, что сказывается на качестве питания семьи, возможности приобретения лекарств и витаминов для ребенка, его оздоровления в санаторно-курортных условиях и т.д.

Семьи с детьми – это самая большая группа среди бедных домохозяйств, и они отличаются повышенным риском и глубиной бедности. При том что в общей численности домохозяйств семьи с детьми составляют 37%, или 50 – 60% от общего числа бедных семей [81]. По данным статистики, около 20% российских детей в возрасте до 16 лет проживают в условиях бедности.

Согласно данным мониторинга, рождение ребенка привело к снижению материального уровня в обследованных семьях. Отношение среднедушевого дохода к прожиточному минимуму через год после рождения ребенка уменьшилось примерно вдвое: в когорте 1995 года – со 107 до 64%; еще более значительно в когорте 1998 года – со 131 до 61%.

Существует территориальная дифференциация материальной обеспеченности семей на территории Вологодской области. Соотношение фактического дохода и прожиточного минимума в 2008 г. составило 2,1 в г. Череповце, 1,6 в г. Вологде, 1,1 в районах [183].

В период с 2000 по 2008 г. отмечалась тенденция роста заработной платы, связанная с оживлением экономики страны и региона. Согласно результатам мониторинга, некоторое улучшение в данный период выявлено и в субъективных оценках покупательной способности доходов семей. Отмечено увеличение доли респондентов, которым денег хватает на все текущие расходы, с 27 до 38%. Число семей, считающих, что денег хватает только на ежедневные расходы, но покупка одежды и других вещей представляет трудности, уменьшилось соответственно с 53 до 37%.

По данным мониторинга установлено также, что чем больше детей в семье, тем хуже ее материальное положение. Например, в когорте 1998 и 2001 годов рождения все семьи с тремя детьми отнесли себя к бедным. Во всех когортах, кроме когорты 2004 г., идентифицировали себя как обеспеченные семьи или семьи со средним достатком только те, в которых воспитывалось не более одного ребенка (*рис. 4.16*).

Связь между социально-экономическим статусом и здоровьем детей, к сожалению, остается малоизученной. Недавние зарубежные исследования выявили наличие социального градиента для некоторых (но не всех) аспектов здоровья детей и подростков: бедные дети с большей вероятностью имеют плохое здоровье, чаще подвержены респираторным, желудочно-кишечным заболеваниям, несчастным случаям, для них наблюдаются более высокие уровни смертности по сравнению с детьми из обеспеченных семей [341].

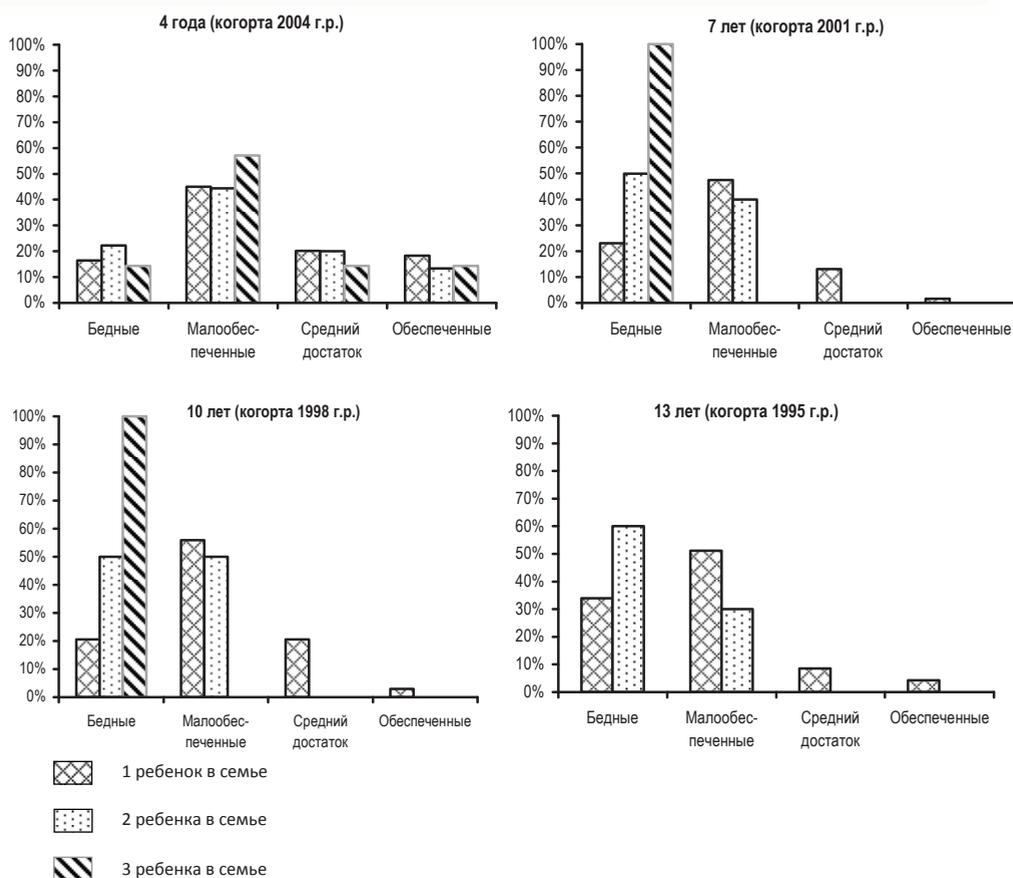


Рисунок 4.16. Влияние количества детей в семьях на их социальную дифференциацию (2008 г.; в % от числа опрошенных)

По данным Российского мониторинга экономического положения и здоровья (РМЭЗ), наблюдается значительный риск плохого здоровья или хронических заболеваний в семьях, которым приходится отказываться от медицинской помощи по причине нехватки материальных средств. Недоступность медицинской помощи, с одной стороны, непосредственным образом негативно воздействует на здоровье детей, а с другой стороны, может выступать проху-мерой материального положения семьи в целом. Плохое материальное положение не обеспечивает средства для получения таких фундаментальных условий для хорошего здоровья, как питание, жилье [136].

Рассматривая различные компоненты благосостояния под углом зрения их взаимодействия со здоровьем, можно выделить важный структурный элемент – питание. Количественный и качественный состав питания отражает не только особенности инди-

видуальных вкусов и выбора, но и традиционно сложившиеся семейные предпочтения. Структура питания, в первую очередь доля высококачественных продуктов, обнаруживает определенную зависимость и от семейных доходов. Снижение реальных доходов граждан ведет к существенному ухудшению качества питания в семьях, особенно тех, которые живут на фиксированную заработную плату.

От социального положения семьи, ее материальной обеспеченности во многом зависит обеспеченность ребенка необходимыми продуктами питания. Чем больше возможностей у семьи для удовлетворения базовых потребностей, тем больше внимания уделяется качеству питания детей. В большинстве семей, которые оценивают свои доходы как «достаточные для нормальной жизни», обеспеченность детей продуктами питания хорошая (у 4-летних детей – 92%, 13-летних – 83%). Наибольший удельный вес детей с «удовлетворительной» обеспеченностью продуктами питания приходится на семьи, доходы которых «совершенно недостаточны» (табл. 4.11).

Таблица 4.11. Обеспеченность детей продуктами питания в семьях с различным уровнем дохода (доля в % от числа опрошенных в 2008 г.; без учета затруднившихся ответить)

Обеспеченность ребенка продуктами питания	Доходы семьи				Здоровье детей	
	достаточны для нормальной жизни	достаточны при определенных условиях	недостаточны	совершенно недостаточны	R 1	R 2
<i>4 года (когорта 2004 г.)</i>						
Хорошая	91,7	63,3	30,8	0,0	62,5	57,4
Удовлетворительная	8,3	36,7	69,2	100,0	37,5	42,6
<i>13 лет (когорта 1995 г.)</i>						
Хорошая	83,3	45,9	12,5	0,0	45,0	41,3
Удовлетворительная	16,7	54,1	87,5	100,0	55,0	58,7
R 1 – группа с наименьшим риском ухудшения здоровья;						
R 2 – дети, имеющие различные отклонения в состоянии здоровья, хронические заболевания.						

Питание представляет один из ключевых факторов, определяющих не только качество жизни, но и условия роста и развития ребенка. Известно, что любая, особенно белковая и витаминная, недостаточность питания может привести к серьезным и неизлечимым впоследствии недугам. В частности, недостаток в пище некоторых аминокислот ведет к развитию идиотии (слабоумия) на фоне низкорослости и мышечной дистрофии. Нехватка витаминов ухудшает также психофизическое состояние развивающегося детского организма [316].

Дети должны получать каждый день полноценный животный белок, являющийся необходимым «строительным материалом» для роста и развития нервной, мышечной и других важнейших тканей детского организма. В то же время результаты мониторинга показывают, что мясные продукты ежедневно потребляет в пищу менее половины школьников (47%), а рыбу – всего около 4%.

Н.М. Римашевская подчеркивает: «...для оценки уровня жизни во многих развитых странах используется такой показатель, как потребление мяса. По этому показателю мы вернулись примерно к первой половине 70-х годов. Что это значит для семьи и детей? Мясо, как известно, это белки животного происхождения, для того чтобы дети не были слабоумными, их надо соответствующим образом кормить, мясом в том числе. У нас же есть семьи, которые могут позволить себе мясо раз в неделю или даже раз в месяц, а есть и такие, что вообще не могут позволить себе даже самые дешевые мясопродукты» [245].

Далеко не в каждой семье в ежедневный рацион детей входят овощи (46% детей), фрукты (53%), соки (35%), служащие ценным источником углеводов, витаминов и микроэлементов (табл. 4.12).

Таблица 4.12. Распределение ответов на вопрос: «Как часто ребенок получает следующие продукты питания?» (на примере когорты 1998 г, в % от числа опрошенных)

Продукты питания	Частота потребления											
	Ежедневно			3-4 раза в неделю			1-2 раза в неделю			1-2 раза в месяц		
	4 года	7 лет	10 лет	4 года	7 лет	10 лет	4 года	7 лет	10 лет	4 года	7 лет	10 лет
Мясные	47,7	37,8	47,4	30,3	46,3	34,6	13,8	12,2	12,8	2,8	1,2	3,8
Рыбные	4,6	1,2	3,8	10,1	9,8	6,4	57,8	57,3	43,6	14,7	20,7	25,6
Молочные	72,5	70,7	69,2	13,8	65,6	16,7	6,4	70,6	7,7	0,9	81,3	2,6
Яйца	11,0	4,9	7,7	28,4	22,0	28,2	48,6	61,0	48,7	5,5	6,1	9,0
Овощи	59,6	53,7	46,2	19,3	26,8	23,1	13,8	17,1	28,2	0,9	0,0	1,3
Фрукты	64,2	57,3	52,6	13,8	25,6	28,2	15,6	13,4	11,5	0,9	2,4	6,4
Соки	33,9	35,4	34,6	30,3	28,0	32,1	20,2	24,4	19,2	7,3	6,1	10,3
Сладости	53,2	65,9	59,0	29,4	18,3	23,1	8,3	9,8	15,4	3,7	1,2	0,0

Сбалансированность и рациональность питания во многом зависит от сложившихся в семье пищевых предпочтений, культуры родителей. Углубленный анализ показал, что 50% детей с проявлениями экссудативного диатеза ежедневно балуются сладостями, но не каждый день получают овощи. Подобные факты говорят о необходимости проведения разъяснительной работы с родителями о пользе рационального питания.

Неполноценное питание влияет на уровень физического развития детей. В когортах 1998 и 2001 годов рождения у всех детей с плохой обеспеченностью продуктами питания выявлен дефицит массы тела. Вероятно, в связи с несбалансированностью питания, преобладанием в нем углеводного компонента, худшим качеством продуктов страдает обмен веществ у детей, вызывая данные отклонения в здоровье (табл. 4.13).

Таблица 4.13. Зависимость физического развития ребенка от обеспеченности продуктами питания
(в % от числа опрошенных в 2008 г.)

Оценка обеспеченности продуктами	Оценка физического развития ребенка		
	Нормальное	Дефицит массы тела	Избыток массы тела
<i>7 лет (когорта 2001 г.)</i>			
Хорошая	93,2	0,0	6,8
Удовлетворительная	76,8	12,5	10,7
Плохая	0,0	100,0	0,0
<i>10 лет (когорта 1998 г.)</i>			
Хорошая	81,1	8,1	10,8
Удовлетворительная	92,1	0,0	7,9
Плохая	0,0	100,0	0,0
<i>13 лет (когорта 1995 г.)</i>			
Хорошая	82,6	2,2	15,2
Удовлетворительная	86,2	9,2	4,6

Правильное питание обеспечивает не только нормальный рост и развитие детей, но и способствует профилактике заболеваний. Недостаточная обеспеченность детей продуктами питания ослабляет их иммунную систему, что приводит к увеличению болезненности (табл. 4.14).

Таблица 4.14. Зависимость кратности заболеваний детей в возрасте 7 лет от степени обеспеченности продуктами питания
(в % от числа опрошенных в 2008 г.)

Оценка обеспеченности продуктами	Кратность заболеваний детей		
	Не болел	Болел эпизодически	Часто, очень часто
Хорошая	20,0	73,3	6,7
Удовлетворительная	17,2	69,0	13,8
Плохая, очень плохая	0,0	0,0	100,0

Для ребенка школьного возраста большое значение имеет режим питания. Он определяет такие моменты, как число приемов пищи и интервал между ними, количество калорий на каждый прием, качественную полноценность продуктов на отдельный

прием, а также распределение рациона по приемам пищи в течение дня. В среднем 10% школьников утром не завтракает. С возрастом отказ учащихся от завтрака становится более распространенным явлением (рис. 4.17).

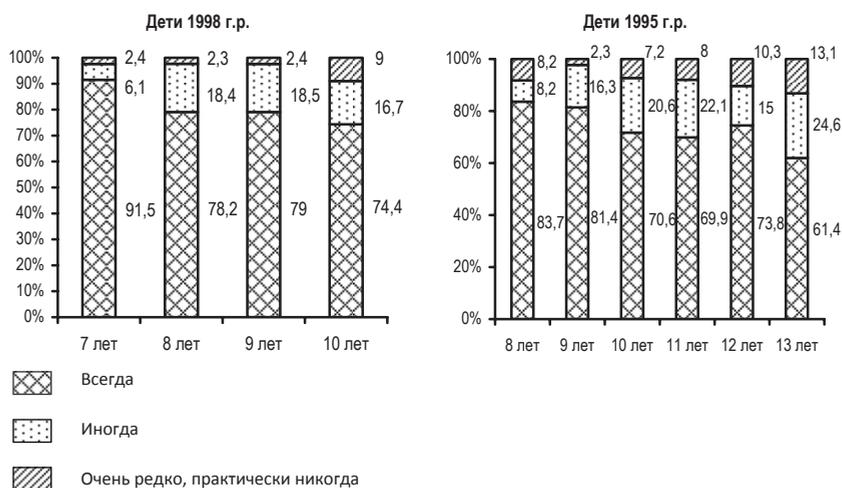


Рисунок 4.17. **Возрастная динамика распределения ответов на вопрос: «Всегда ли ребенок завтракает утром?»** (в % от числа опрошенных в 2008 г.)

Это свидетельствует о формировании у части детей неправильного стереотипа пищевого поведения.

В исследовании родителям было предложено описать, какими правилами они руководствовались при организации питания ребенка. Ответы распределились следующим образом: большинство родителей (58 – 64%) старались увеличить потребление детьми овощей и фруктов, 59 – 65% – следить за качеством используемых продуктов. В то же время режим питания, правила приема пищи соблюдало менее половины семей (30 – 45%), а следили за сбалансированностью пищевого рациона всего 10 – 12% семей (табл. 4.15).

Таким образом, ситуацию, характеризующую детское питание, нельзя назвать благоприятной. Хотя качество питания во многом определяет состояние здоровья детей. Недостаточность потребления молока и молочных продуктов, мяса, овощей и фруктов позволяет предположить, что организм современного ребенка вынужден работать в режиме дефицита кальция, железа и многих других макро- и микронутриентов. Значительная распространенность дефицита кальция является одной из причин непрерывного роста

болезней опорно-двигательной системы у детей [21, с. 43]. Таким образом, обеспеченность продуктами питания тесно связана со здоровьем детей ($R_s = 0,760$ к 1 году; $R_s = 0,898$ к 3 годам, $R_s = 0,517$ к 4 годам).

Таблица 4.15. **Распределение ответов на вопрос: «Какими правилами Вы руководствуетесь при организации питания ребенка?»**
(на примере когорты 2001 г., в % от числа опрошенных в 2008 г.)

Вариант ответа	7 лет	10 лет	13 лет
Учитываем содержание белков, жиров, углеводов	11,4	10,3	12,3
Стараемся употреблять больше овощей и фруктов	64,2	67,9	57,9
Стараемся употреблять больше морепродуктов	10,6	2,6	12,3
Используем йодированную соль	48,8	35,9	43,0
Соблюдаем режим питания, правила приема пищи (есть не менее 4 раз в день, есть не спеша, тщательно пережевывать пищу и т.д.)	44,7	29,5	32,5
Соблюдаем оздоровительную диету, рекомендованную врачом	7,3	2,6	6,1
Следим за маркировкой, сроком годности употребляемых продуктов	58,5	64,1	66,7
Стараемся употреблять натуральные продукты (без добавок, красителей и т.п.)	60,2	65,4	59,6
Употребляем продукты надежных, проверенных производителей	47,2	51,3	40,4
Не следим за питанием ребенка	0,8	0,0	3,5

Другой важный фактор, влияющий на здоровье, – жилищные условия, в которых проживают дети. Дискомфорт микроклимата жилища (теснота, некомфортная температура, влажность, запыленность) приводит к ослаблению возможностей общей сопротивляемости организма, снижению иммунитета, что, в свою очередь, служит предпосылкой возникновения частых респираторных и аллергических заболеваний. Негативное влияние условий проживания с течением времени накапливается. Здоровье детей, длительно проживающих в неблагоприятных жилищных условиях, с возрастом ухудшается.

Комфортность и благоустроенность жилья имеет большое значение для поддержания здоровья на должном уровне. Вместе с тем в России жилищная проблема стоит очень остро. Это проявляется как в крайне низкой обеспеченности жильем, так и в низком уровне его благоустроенности и комфортности. Положение усугубляется общим экономическим кризисом, в результате чего практически прекратилось бесплатное предоставление государственного жилья, а его приобретение за счет личных сбережений невозможно

для большинства населения. Поэтому в силу этих и других причин большая часть населения проживает в плохих жилищных условиях. Согласно данным РМЭЗ, 22% российских детей живут в крайне тесном жилье, когда на одного члена семьи приходится не более шести квадратных метров жилой площади [136]. Количество ветхого и аварийного жилья в Вологодской области за период с 2000 по 2007 г. увеличилось в 3 раза (с 601 тыс. кв. м до 1798 тыс. кв. м соответственно).

Более половины семей в исследовании оценили свои жилищные условия как удовлетворительные, однако 13 – 18% респондентов проживают в требующих капитального ремонта домах и квартирах. Видна значительная разница между городом и селом в благоустройстве жилого фонда. В Вологде и Череповце большинство семей проживают в благоустроенных квартирах. В сельской местности дома в основном не благоустроены либо имеют частичные удобства. Дети, проживающие в хороших условиях, имеют более крепкое здоровье в сравнении с теми, кто живет в неудовлетворительных жилищных условиях (табл. 4.16).

Таблица 4.16. **Взаимосвязь жилищных условий и здоровья детей**
(в % от числа опрошенных)

Характеристика жилищных условий	Когорта 2004 г.					
	2 года (2006 г.)		3 года (2007 г.)		4 года (2008 г.)	
	R1	R2	R1	R2	R1	R2
Хорошие	50,0	34,8	45,5	32,1	43,8	27,7
Удовлетворительные	50,0	56,7	45,5	58,4	43,8	59,2
Плохие	0,0	8,5	9,1	9,5	12,5	13,1
Характеристика жилищных условий	Когорта 2001г					
	5 лет (2006 г.)		6 лет (2007 г.)		7 лет (2008 г.)	
	R 1	R 2	R 1	R 2	R	R 2
Хорошие	35,7	24,6	60,0	19,3	27,3	23,2
Удовлетворительные	57,1	59,3	40,0	64,7	72,7	58,9
Плохие	7,1	16,1	0,0	16,0	0,0	17,9
R 1 – группа с наименьшим риском ухудшения здоровья; R 2 – дети, имеющие различные отклонения в состоянии здоровья, хронические заболевания.						

Особенно заметное влияние на здоровье детей оказывают такие неудовлетворительные характеристики, как холодное и влажное помещение, перенаселенное или тесное жилье. Выводы о влиянии различных неблагоприятных факторов жилища получены и другими исследователями. Например, по данным раунда РМЭЗ, про-

веденного в 2004 г., перенаселенность жилища оказывает существенное негативное воздействие на здоровье детей младшего и среднего школьного возраста. Выявлен более чем двукратный риск плохого здоровья и хронических заболеваний для тех из них, кто проживает менее чем на 12 квадратных метрах жилой площади на 1 человека по сравнению с обладателями более просторных жилищ (19 и более квадратных метров на 1 чел.) [137, с. 39-45].

Качество жилищных условий определяется уровнем жизни семей. Обеспеченные семьи могут себе позволить жить в благоустроенных новых квартирах и чаще оценивают свои жилищные условия как хорошие – 44% в когорте 2004 г. и 75% в когорте 2001 г. Семьи с низким доходом в основном оценивают свои жилищные условия как удовлетворительные (61 и 48% соответственно) и плохие (22 и 43% соответственно) (табл. 4.17).

Таблица 4.17. **Взаимосвязь жилищных условий и социального положения семей** (в % от числа опрошенных в 2008 г.)

Социальное положение семьи	Оценка жилищных условий		
	Хорошие	Удовлетворительные	Плохие
<i>Когорта 2004 г.</i>			
Богатые	44,4	50,0	5,6
Средний слой	30,0	53,3	16,7
Малообеспеченные	24,6	63,2	12,3
Бедные	17,4	60,9	21,7
<i>Когорта 2001 г.</i>			
Богатые	75,0	25,0	0,0
Средний слой	31,3	50,0	31,3
Малообеспеченные	15,7	74,5	9,8
Бедные	9,5	47,6	42,8

Экологические условия среды обитания также являются важным фактором формирования здоровья подрастающего поколения. В настоящее время они крайне неблагоприятны в промышленных городах, где среда обитания человека находится под сильным давлением техногенных факторов (загрязнение атмосферного воздуха, источников водоснабжения, почвенного покрова и сельскохозяйственной продукции, уничтожение лесной растительности вокруг населенных мест) и где резко возрастает риск заболеваемости, инвалидности и смертности населения [226, с. 109].

Особенно чувствителен к качеству экологической среды детский организм, и здоровье детей выступает здесь своеобразным

индикатором. Череповец – город-лидер в Российской Федерации по уровню загрязнения окружающей среды. Уровень заболеваемости детей в возрасте от 0 до 14 лет болезнями органов дыхания в Череповце является самым высоким в регионе: так, в 2007 году он составил 176257,2 на 100 тыс. нас. (в Вологде – 160013,9; по области – 137581,6). Кроме того, Череповец лидирует в регионе по среднемуголетнему уровню загрязнения атмосферного воздуха (75% от общего выброса загрязняющих веществ в атмосферу от стационарных источников в Вологодской области) [68, с. 113]. Неблагополучная экологическая ситуация отмечается также в районах: Грязовецком, Тотемском, Кадуйском, Шекснинском, Сокольском и Вологодском.

Основными загрязнителями атмосферного воздуха являются стационарные источники: предприятия черной металлургии (56,3% – вклад отрасли в суммарный выброс ЗВ), энергетики (4,6%), химической промышленности (2%), деревообработки, лесной и лесохимической промышленности (1,9%), металлообработки и машиностроения (0,6%), строительной индустрии, мебельного производства. Значительный вклад в загрязнение атмосферного воздуха вносит автомобильный транспорт – 19% [70; 93].

Судя по результатам мониторинга здоровья детей, в среднем 28% детей (по оценке родителей) проживают в плохих или очень плохих экологических условиях (в когорте 1995 г. – 24,6%, в когорте 1998 г. – 25,7%, когорте 2001 г. – 32,5%, в когорте 2004 г. – 27,4%). За период проведения исследования (с 1995 по 2008 г.) оценка родителями экологических условий в месте проживания семей практически не изменилась.

Анализ показывает, что здоровье детей чутко реагирует на воздействие экологических загрязнителей. Так, в хороших экологических условиях проживает 33% восьмилетних детей с первой группой здоровья и 4% – с различными заболеваниями. По мере ухудшения условий доля здоровых детей сокращается до 17%, а доля детей с заболеваниями увеличивается до 34%. Возрастная динамика показывает, что если в плохих условиях проживало всего 17% восьмилетних детей с первой группой здоровья, то к десяти годам все эти дети имели отклонения в состоянии здоровья (*табл. 4.18*).

Таблица 4.18. **Взаимосвязь экологических условий и здоровья детей**
(на примере когорты 1998 г.; в % от числа опрошенных в 2008 г.)

Экологические условия	8 лет		9 лет		10 лет	
	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2
Хорошие	33,3	3,8	27,3	7,6	33,3	7,1
Удовлетворительные	50,0	62,0	54,5	56,1	66,7	64,3
Плохие, очень плохие	16,7	34,2	18,2	36,4	0,0	28,6

R 1 – группа с наименьшим риском ухудшения здоровья;
R 2 – дети, имеющие различные отклонения в состоянии здоровья, хронические заболевания.

Дети, постоянно живущие в плохих экологических условиях, чаще болеют. По данным обследования 2008 г., доля неболеющих детей в 2 – 3 раза меньше в семьях, проживающих в микрорайонах с неудовлетворительным качеством воды, загрязненным воздухом, повышенным уровнем шума, чем в семьях, проживающих в более благоприятных экологических условиях (табл. 4.19).

Таблица 4.19. **Влияние неблагоприятных экологических факторов в постоянном месте проживания на кратность заболевания детей**
(на примере когорты 1995 г.; в % от числа опрошенных в 2008 г.)

Неблагоприятный экологический фактор		Кратность заболеваний детей		
		Не болел	Болел эпизодически	Часто болел
Плохое качество воды	Нет	36,4	54,5	9,1
	Есть	23,5	76,5	0,0
Загрязненный воздух	Нет	50,0	50,0	0,0
	Есть	25,0	70,8	4,2
Повышенный уровень шума	Нет	50,0	50,0	0,0
	Есть	20,0	75,0	5,0

Семьи, которые проживают в плохих экологических условиях, стараются смягчить негативное действие неблагоприятных факторов: половина респондентов используют фильтры для воды, около 20% покупают питьевую воду или берут из скважины; в среднем 5% опрошенных пользуются воздухоувлажителем и 3% – кондиционером (табл. 4.20).

В обеспечении нормального развития и крепкого здоровья детей огромна роль взрослых.

Своевременное обнаружение заболеваний во многом зависит от своевременности обращения к врачам-специалистам. Около 70% родителей в обследованных семьях всегда обращаются к врачам в случае острых либо обострения хронических заболеваний у ребенка и полностью выполняют рекомендации докторов. При-

мерно четверть родителей признались, что не всегда выполняют рекомендации, данные педиатром. Особенно часто такая тенденция прослеживается в неполных семьях. В других семьях прибегают к самолечению, средствам народной медицины или же обращаются к врачу уже при тяжелом состоянии ребенка. Это может быть обусловлено как финансовыми проблемами (потери заработка при выходе на больничный, боязнь потери рабочего места в связи с частыми болезнями ребенка), так и низкой медицинской грамотностью родителей. Проведенный анализ показал, что 78% родителей с высшим образованием (против 60% – с неоконченным средним) всегда обращаются к врачам в случае острых заболеваний либо обострения хронических заболеваний у ребенка.

Таблица 4.20. Сведения о способах смягчения влияния неблагоприятных экологических факторов (в % от числа опрошенных, в 2008 г.)

Вариант ответа	Когорта			
	2004 г.	2001 г.	1998 г.	1995 г.
<i>Распределение ответов на вопрос: «Если Вас не удовлетворяет качество питьевой воды, то что Вы предпринимаете ..?»</i>				
Покупаем фильтры для воды	50,0	47,5	44,1	58,5
Покупаем воду	23,9	27,1	20,6	19,5
Берем воду из скважины	19,6	20,3	17,6	12,2
Используем воду из-под крана	26,1	25,4	26,5	19,5
Другое	2,2	1,7	5,9	7,3
<i>Распределение ответов на вопрос: «Если Вы проживаете в районе с загрязненным воздухом, пользуетесь ли Вы ..?»</i>				
Кондиционером	4,8	2,5	3,3	2,7
Воздухоочистителем	7,1	0,0	0,0	2,7
Воздухоувлажнителем	7,1	2,5	6,7	5,4
Ничем не пользуемся	83,3	90,0	80,0	86,5

При помощи специального блока вопросов в анкете [56] была выявлена необходимость консультаций у специалистов различных профилей для пятилетних детей (когорта 1995 г.). Анализ показал, что 32% детей нуждаются в консультации отоларинголога, 32% – аллерголога, по 16% – невропатолога и гастроэнтеролога. Сопоставление этих данных с оценкой родителями нуждаемости в медико-социальных мероприятиях выявляет недостаточное понимание родителями необходимости проведения профилактических мероприятий (табл. 4.21).

Таблица 4.21. **Сопоставление необходимости и оценки нуждаемости в медико-социальных мероприятиях**
(в % от числа опрошенных в 2008 г.)

Родительская оценка нуждаемости в медико-социальных мероприятиях (показаны наиболее популярные позиции)	Необходимость проведения консультаций у специалистов (по результатам анализа)				
	невропатолог	ревматолог	отоларинголог	гастроэнтеролог	аллерголог
Организация диетпитания	14,3	0,0	0,0	0,0	7,1
Санаторно-курортное лечение	42,9	0,0	64,3	28,6	50,0
Организация консультаций у специалистов	28,6	50,0	14,3	14,3	28,6

Примечательно, что при явных признаках у детей беспокойства со стороны желудочно-кишечного тракта, проявлений аллергии крайне малая часть родителей задумывается о необходимости диетпитания. Очень мала доля родителей, отметивших, что их детям необходима консультация специалистов, особенно если недомогания связаны с желудочно-кишечным трактом, носоглоткой (14%).

Наличие вредных привычек в семье является препятствием для формирования позитивных ориентаций на здоровый образ жизни у подрастающего поколения. По данным ВОЗ, распространенность употребления табака подростками 13 – 15 лет в России составила 27%, в Европейском регионе – 18%, в мире в целом – 14% (за период 2000 – 2008 гг.) [181].

Таким образом, результаты исследования позволяют говорить о невысокой медицинской активности родителей как одного из звеньев в цепочке сохранения и укрепления здоровья детей. Мониторинг позволил выделить следующие характеристики медицинской активности семей: медицинская активность родителей по мере взросления ребенка падает; родители часто неадекватно оценивают здоровье детей, не видят необходимости в организации диетпитания, консультаций у врачей-специалистов, что могло бы предотвратить развитие хронических заболеваний; многие семьи при различных недомоганиях ребенка не обращаются к врачу, предпочитая самолечение; в семьях высока распространенность вредных привычек.

Осознание родителями непреходящей ценности своего здоровья и здоровья своих детей, потребности личного участия в его

сохранении и укреплении является главным условием повышения медицинской активности.

Н.М. Римашевская подчеркивает, что «здоровье детей фактически определяет состояние взрослых не только в трудоспособном возрасте, но и за его пределами. А это фактически определяет возможный возраст выхода на пенсию...» [251, с. 72]. Такое же определяющее значение имеет здоровье детей и для репродуктивного потенциала: чем здоровее дети, тем крепче здоровье будущих матерей и отцов, что, в свою очередь, обеспечит рождение здорового поколения.

Подводя предварительные итоги, отметим:

1. Здоровье детей ухудшается. За период 1998 – 2007 гг. уровень заболеваемости детей в возрасте 0 – 14 лет увеличился в Российской Федерации на 43%, в Вологодской области на 39%. Рост заболеваемости отмечался по всем основным классам болезней, преимущественно за счет хронических заболеваний.

Вместе с тем в 2005 – 2008 гг. произошло значительное снижение заболеваемости новорожденных детей в Вологодской области, что связано с осуществлением национального проекта «Здоровье» и целевых региональных программ.

2. Происходит снижение потенциала здоровья детей, полученного при рождении. Лонгитюдное исследование здоровья и развития детей позволило выявить, что здоровье ухудшается поэтапно, ступенчато.

3. Установлены основные критические периоды детства: первый год жизни (среди новорожденных доля здоровых детей и детей с минимальным риском потери здоровья составляет 60 – 40%, к одному году она снижается до 20 – 15%); 6 – 7 лет (удельный вес детей, имеющих хронические заболевания, увеличивается в среднем на 5 – 6%), что связано с наиболее ответственными моментами социальной адаптации.

4. Среди детей, проживающих в районных городах и поселках, больше неболеющих, ниже удельный вес, имеющих хронические заболевания, чем в городах Вологде и Череповце. Но это может быть обусловлено не только лучшим здоровьем детей в районных городах и поселках, но и низкой медицинской активностью их семей, а также более низким качеством работы районных служб здравоохранения и, как следствие, меньшей выявляемостью заболеваний, чем в крупных городах.

5. Проведенный анализ позволил выявить факторы, оказывающие статистически существенное влияние на здоровье детей. Установлено, что в различные возрастные отрезки воздействие факторов не одинаково.

В раннем детстве наиболее значительное влияние на здоровье детей оказывают следующие факторы:

- Плохое здоровье родителей: так, матери здоровых детей в 65% случаев имели хорошее и отличное здоровье, а больных детей – только в 51% случаев. В то же время матери больных детей имели удовлетворительное здоровье (43%) значительно чаще, чем здоровых (35%). У матерей с удовлетворительным здоровьем дети в 4 раза чаще имеют хронические заболевания, чем у матерей с отличным здоровьем.

- Низкий уровень гемоглобина в период беременности: у женщин, страдавших анемией во время беременности, всего 29% детей родились здоровыми; за год удельный вес детей с первой группой здоровья снизился до 8%; в 2 года – до 7%, в 3 года он составил чуть больше 1%. В Вологодской области среди заболеваний, предшествовавших беременности или возникших во время ее, в период с 1995 по 2007 г. основную долю составляли анемии – 35%.

- Вредные привычки матери, в частности курение, увеличивают риск рождения маловесных детей. У женщин, продолжавших курить и во время беременности, удельный вес детей, родившихся с нормальным весом, составил всего 3-14%. Доля здоровых детей у куривших во время беременности матерей в 4 раза меньше, чем у некуривших. Распространенность курения среди беременных женщин значительно возросла (с 3% в 1995 году до 13-15% в последующих когортах).

- Условия труда будущей матери, не соответствующие санитарным нормам. В когорте 1995 г. матери больных детей значительно чаще работали в условиях запыленности (12,5% против 8,8% матерей у здоровых детей), повышенной температуры (12,5% против 2,9%), психического напряжения (37,5% против 29,4%), ночного времени (12,5% против 1,5%). Данный фактор широко распространен и в популяции: так, в регионе в 2006 г. 26% женщин трудились в не отвечающих санитарным нормам условиях, в то время как в 2000 г. этот показатель не превышал 7%.

- Здоровье детей в первый год жизни во многом определяется характером вскармливания младенца. По данным мониторинга,

дети, находившиеся на грудном вскармливании, в 2 раза реже болели по сравнению с детьми, находившимися на искусственном питании.

При формировании здоровья детей в дошкольном и школьном возрасте значимыми становятся несколько иные факторы, чем в младенческом. Увеличивается удельный вес факторов среды обитания, образа и уровня жизни семьи, снижается воздействие медико-биологических факторов.

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

- Уровень жизни семьи оказывает значительное, часто опосредованное влияние на формирование здоровья детей. Низкие доходы семей лимитируют возможность организации полноценного питания детей и вложения средств в профилактику и укрепление их здоровья. При этом около 20% детей в возрасте до 16 лет в России проживает в условиях бедности. В то же время в период с 2000 по 2008 г. в связи с оживлением экономики отмечался рост заработной платы. Согласно данным мониторинга, некоторое улучшение в данный период выявлено и в субъективных оценках покупательной способности доходов семей. Отмечено увеличение доли респондентов, которым денег хватает на все текущие расходы, – с 27 до 38%. Число семей, считающих, что денег хватает только на ежедневные расходы, но покупка одежды и других вещей представляет трудности, уменьшилось соответственно с 53 до 37%.

Данные обследования доказывают, что при недостаточном, несбалансированном питании дети чаще болеют, а ограниченность родителей в средствах затрудняет приобретение необходимых лекарственных препаратов. Проведенный анализ позволяет сделать вывод о том, что факторы риска, ведущие к ухудшению здоровья детей, сконцентрированы в семьях с низкими доходами.

- Важным фактором, влияющим на здоровье, являются жилищные условия, в которых проживают дети. Дискомфорт микроклимата жилища (теснота, некомфортная температура, влажность, запыленность) приводит к ослаблению возможностей общей сопротивляемости организма, снижению иммунитета, что, в свою

очередь, является предпосылкой возникновения частых респираторных и аллергических заболеваний. Негативное влияние условий проживания с течением времени накапливается. Более половины семей в исследовании оценили свои жилищные условия как удовлетворительные, однако 13 – 18% респондентов проживают в требующих капитального ремонта домах и квартирах.

- На формирование здоровья детей существенное влияние оказывают экологические условия в районе проживания. Загрязненный воздух, плохое качество питьевой воды негативно влияют на здоровье ребенка. Так, в когорте 1998 г. хорошее здоровье имели 33% детей, проживающих в благоприятных экологических условиях, и 17% – проживающих в плохих экологических условиях. Подобные данные получены и в другие годы обследования. Заметим, что в среднем 28% детей (по оценке родителей) проживают в плохих или очень плохих экологических условиях. Оценка экологических условий за период с 1995 по 2008 г. существенно не изменилась.

- Низкий уровень социально-гигиенической грамотности и медицинской активности родителей оказывает негативное влияние на здоровье детей. Часто родители для сохранения здоровья своих детей не предпринимают даже элементарных усилий, таких, например, как закаливание, диетпитание. Вместе с тем закаленные дети в 1,5 – 2 раза чаще имеют крепкое здоровье и относятся к первой группе. Что касается организации диетпитания, своевременных консультаций квалифицированных специалистов (мероприятий не очень дорогих, но эффективных), то здесь мнения родителей и педиатров значительно расходятся. Как считают медики, диетпитание требуется 18 – 23% детей, родители же считают необходимым его соблюдение лишь в 2 – 5% семей.

В связи с вышеизложенным становится очевидной важность проведения профилактических мероприятий по укреплению здоровья детей до их рождения. Основными направлениями профилактической работы представляются:

1. Повышение ответственности бизнеса за соблюдение санитарных норм в организациях и на предприятиях; совершенствование законодательной базы в отношении улучшения условий труда, особенно для беременных женщин.

2. Снижение распространенности курения среди населения. Этому может способствовать повышение цен на табачные изделия, создание «свободных от табака зон» на территориях муници-

пальных образований, развитие волонтерского движения в подростковой среде. Формирование разъяснительных видеоматериалов о вреде влияния никотина на здоровье матери и ребенка и демонстрация их в женских консультациях, центрах планирования семьи, при беседах с подростками.

3. Организация дополнительного кормления беременных женщин и кормящих матерей из малообеспеченных семей для обеспечения необходимым количеством питательных веществ и снижения риска развития анемий. Дополнительное питание может быть рекомендовано акушерами-гинекологами или участковыми педиатрами и выдаваться в торговой сети (магазины, аптеки, молочные кухни).

4. Расширение и интенсификация профилактической деятельности, включая диспансеризацию детей.

5. Повышение уровня жизни населения в целом, и в первую очередь семей, воспитывающих детей. Существующая в настоящее время государственная поддержка недостаточна. Важно увеличить пособие по уходу за ребенком до уровня среднемесячной заработной платы матери. Пособие может выплачиваться на паритетных началах государством и предприятием (по месту работы матери или отца).

6. Расширение возможностей молодых семей в приобретении жилья и улучшении жилищных условий через совершенствование механизмов ипотечного кредитования (современный механизм мало пригоден для большинства молодых семей, воспитывающих малолетних детей). Вовлечение бизнеса в строительство ведомственного, служебного жилья, что представляется возможным на долевых условиях с последующим его выкупом работниками.

7. Ужесточение государственного контроля за соблюдением экологических норм деятельности предприятий. Снижение транспортной загруженности магистралей в крупных городах. Широкое распространение бытовых приборов, смягчающих воздействие агрессивной среды обитания: воздухоочистителей, водоочистителей.

Глава 5

ОРГАНИЗАЦИОННО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ОПТИМИЗАЦИИ ЗДОРОВЬЯ

5.1. Оценка взаимосвязи организации здравоохранения и общественного здоровья

Цели и задачи, которые общество ставит перед здравоохранением в тот или иной исторический период, определяются, с одной стороны, общемировым уровнем развития медицины как науки, ее техническими достижениями, предоставляющими инвентарий для повседневной деятельности конкретных медицинских учреждений, с другой стороны, уровнем социально-экономического развития данного государства и сложившейся в нем политической конъюнктурой, а также тем, насколько пристальное внимание представители власти уделяют вопросам охраны общественного здоровья.

В связи с этим важно понять, какую роль играет здравоохранение в поддержании и укреплении общественного здоровья в современных условиях. На этот вопрос отвечает известная формула ВОЗ, позднее углубленная Ю. Лисициным: роль медицинских служб в сохранении общественного здоровья невелика (всего 8-10%) по сравнению с влиянием других факторов (образ жизни – 49-53%, качество окружающей среды – 17-20%, генетический фактор – 18-22%) [253, с. 17]. Бесспорно, данная пропорция отражает соотношение вклада перечисленных факторов в сохранение здоровья населения, однако лишь в самом общем виде. Для ее конкретизации на национальном, региональном и муниципальном уровнях используют факторный анализ, уточняющий влияние каждой из причин на здоровье населения данной территории. Однако идея

о доминирующей роли здорового образа жизни и сравнительно несущественном влиянии уровня организации системы здравоохранения на здоровье людей повсеместно эксплуатируется представителями власти в целях оправдания собственных пробелов в работе.

И хотя справедливо то, что в целом люди сегодня стали более здоровыми, чем 20 – 30 лет назад, системы здравоохранения в большинстве стран мира, вынужденные адаптироваться к новым вызовам времени, становятся средоточием сложно разрешимых противоречий. По оценкам экспертов, службы здравоохранения, являясь основными элементами социальной структуры современных обществ, функционируют не так эффективно, как они могли бы и должны это делать [91].

Вместе с тем по мере модернизации обществ, усиления роли информации, повышения общего уровня образования и благосостояния люди предъявляют все больше требований к системам здравоохранения в интересах самих себя, своих семей, а также общества, в котором живут. По данным ВОЗ, опубликованным в Докладе о состоянии здравоохранения в мире за 2008 г., люди все чаще выступают за равенство в уровне здоровья и против социальной изоляции; за медицинское обслуживание, ориентированное на удовлетворение потребностей и ожиданий населения; за безопасные для здоровья условия проживания и за участие в решении вопросов, которые затрагивают их здоровье и здоровье их общин [91, с. 5]. Однако, наряду с ростом социально-экономических показателей развития здравоохранения, все более усиливается дифференциация населения в плане доступности и качества медицинской помощи в разрезе социальных групп внутри стран, а также в межрегиональных сопоставлениях. Неравенство населения в возможностях поддержания и сохранения здоровья, сложившееся внутри стран и между ними, никогда за всю новейшую историю не было столь велико, как сейчас [306].

Российская Федерация в этом отношении не составляет исключения. Растущие требования россиян к качеству и доступности медицинской помощи на практике зачастую не могут быть удовлетворены: механизмы управления здравоохранением и его финансирования неэффективны, а система медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях страны не отвечает самым элементарным требованиям; все более обостряется нера-

венство населения в возможностях получения качественных медицинских услуг. В современных условиях глубокого кризиса здоровья, роста уровня заболеваемости и высокой смертности населения РФ, ограничения доступности и качества медицинской помощи, повсеместной коммерциализации медицинских учреждений реализация принципа социальной ориентированности в здравоохранении видится весьма условной и неубедительной.

Согласно результатам исследования ВОЗ, около 45% россиян называют здоровье в качестве первой из причин для беспокойности, включающих также финансовые проблемы, жилье и преступность [91, с. 17].

В России, где ежегодно уходит из жизни около полумиллиона человек только по причине того, что им не была своевременно оказана медицинская помощь, не может и не должно быть поводов для ослабления внимания к проблемам здравоохранения. Во всем цивилизованном мире пришли к осознанию того, что от уровня человеческого капитала в решающей мере зависит и экономический успех страны. В соответствии с Оттавской хартией промоции здоровья, принятой в 1986 г. в Канаде, «хорошее здоровье является главным ресурсом для социального и экономического развития как общества в целом, так и отдельной личности и является важнейшим критерием качества жизни».

В межкризисный период (2000 – 2008 гг.) заявления федеральных чиновников о социальной ориентированности экономики как главном условии строительства современного общества по типу европейских подкреплялись законодательными актами. Были приняты закон о Программе государственных гарантий по оказанию гражданам бесплатной медицинской помощи (1998 г.), постановление Правительства РФ «О мерах по повышению результативности бюджетных расходов» от 22 мая 2004 г. № 249 и Отраслевая программа повышения эффективности здравоохранения в период 2004 – 2010 гг. [238], начали внедряться приоритетные национальные проекты.

Наряду с реализацией социальных обязательств перед гражданами, в России принимались и решения о повышении экономической эффективности отраслей социальной сферы, особо затронувшие сферу здравоохранения. Однако меры по реформированию и модернизации здравоохранения, активно принимаемые в Российской Федерации с 2004 г., были и остаются в большей сте-

пени ориентированными на рационализацию использования выделенных ресурсов при оказании медицинской помощи и в меньшей – на повышение ее доступности и качества. Преобразования сопровождаются сокращением созданных ранее коечных фондов, преодолением сложившихся в структуре медицинской помощи диспропорций. Обратной стороной этих изменений становится ограничение доступности и качества медицинской помощи, оказываемой гражданам, дальнейшее ухудшение здоровья населения.

В этой связи важным представляется анализ функционирования и финансового обеспечения государственной системы здравоохранения России. После значительного спада в финансировании здравоохранения в кризисные 1990-е годы, начиная с 2000 г. расходы государства на здравоохранение увеличивались. В то же время ежегодный темп роста государственных расходов на здравоохранение в период с 1998 по 2005 г. в среднем отставал от темпов роста ВВП почти в 2 раза [358]. В этот период определенное улучшение экономических условий в стране не трансформировалось в заметный рост государственного финансирования здравоохранения. И только с началом реализации Программы дополнительного лекарственного обеспечения льготных групп населения (ДЛО) в 2005 г. и приоритетного национального проекта (ПНП) «Здоровье» в 2006 г. темп роста расходов на здравоохранение стал опережать темп роста ВВП [238; 298, с. 32-63].

В Российской Федерации общее финансирование отрасли здравоохранения в 2007 г. составляло 5,5% от величины ВВП. Россия значительно (от 3 до 10 раз) отстает по этому показателю от многих развитых стран (табл. 5.1). Приведение соотношения между объемом государственных расходов на здравоохранение и величиной национального дохода в соответствие со стандартами развитых стран мира позволило бы увеличить уровень бюджетного финансирования отрасли в 1,5 – 2 раза в расчете на каждого жителя России. Это могло бы создать возможности для значительного улучшения условий функционирования сферы охраны и укрепления здоровья даже при существующем уровне общественного производства, а в последующем – расширить их благодаря поступательному росту ВВП.

Финансирование здравоохранения осуществляется на основе сложившейся бюджетно-страховой модели: за счет поступлений из консолидированного государственного бюджета и средств меди-

цинского страхования (обязательного и добровольного), а также личных средств граждан. В России на 1 человека тратится из государственных источников 577 долл. по ППС, что в 3,8 раза меньше, чем в среднем в странах ОЭСР (по данным за 2007 г.). Удельный вес государственных расходов в Российской Федерации в 1,8 раза ниже, чем в среднем в странах ОЭСР (3,7% ВВП против 6,6%; *рис. 5.1*).

Таблица 5.1. Соотношение расходов на здравоохранение и ВВП

Страна	Общие расходы на здравоохранение (на душу населения), долл. по ППС		ВВП на душу населения, долл. по ППС		Отношение величин в странах ОЭСР к уровню РФ, в разах	
	1999 г.	2006 г.	1999 г.	2007 г.	здравоохранение	ВВП
Франция	2 306	3 420	22 897	33 600	4,9	2,5
Германия	2 566	3 465	23 743	33 530	5,0	2,5
США	4 335	6 719	31 872	45 850	9,6	3,5
Великобритания	1 700	2 815	22 093	26 640	4,0	2,0
Канада	2 400	3 673	26 251	35 310	5,3	2,7
Италия	1 859	2 631	22 172	29 850	3,8	2,3
Япония	1 829	2 581	24 898	34 600	3,7	2,6
Россия	285	698	7 473	13 201	х	х

Источники: Human Development Report 2001. Making New Technologies Work for Human Development New York. Oxford: Oxford University Press, 2001. – 278 p.; Доклад о развитии человека. 2005. Международное сотрудничество на переломе: помощь, торговля и безопасность в мире неравенства. – М.: Весь Мир, 2005. – 416 с.; The World Health Report 2006: Working together for health. – WHO.Geneva, 2006. – 209 p.

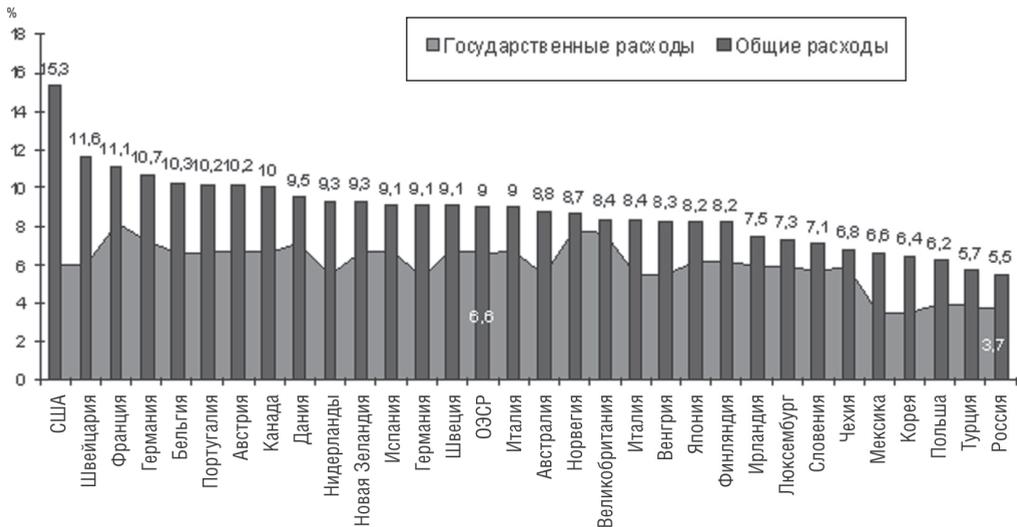


Рисунок 5.1. Общие и государственные расходы на здравоохранение в доле ВВП в странах мира (2006 г.), %

Источник: Данные ВОЗ.

В Российской Федерации частные расходы (расходы населения) на медицинскую помощь составляют 32% от общих расходов на здравоохранение, что выше, чем в развитых странах – в среднем 27% [298, с. 32-68]. Частные расходы складываются из личных расходов населения на платные медицинские услуги, приобретение лекарственных средств, на оплату санаторно-курортного лечения, а также из взносов населения и работодателей на ДМС. Большая доля расходов населения на медицинские услуги в РФ свидетельствует о недофинансировании здравоохранения из государственных источников. Российские граждане, имея более слабое здоровье и низкий уровень жизни в целом, вынуждены оплачивать медицинские услуги в большей степени, чем жители стран мира с развитой экономикой. Соотношение источников финансового обеспечения отрасли зависит не только от уровня государственных расходов, но и от масштабов и структуры заболеваемости населения, материальной базы медицинских учреждений.

Обеспечение граждан бесплатной медицинской помощью гарантировано Конституцией РФ и регулируется Программой государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению.

Однако конституционные гарантии бесплатной медицинской помощи выполняются не в полной мере и не сбалансированы с финансовыми ресурсами, а права граждан на ее получение четко не определены, что ведет к снижению доступности медицинской помощи для населения.

Анализ финансовых показателей реализации территориальных программ государственных гарантий (ТПГГ) позволил установить, что при значительном увеличении государственного финансирования уровень финансовой обеспеченности ТПГГ составляет менее 100%. То есть государство пока не выполняет даже утвержденные нормативы финансирования (рис. 5.2). При этом наблюдается значительная дифференциация регионов по этому показателю. Так, в 2007 г. в 60 субъектах РФ финансирование ТПГГ было дефицитным (всего 65,4 млрд. руб.). Наиболее дефицитными в 2007 г. были ТПГГ в субъектах Южного федерального округа: республиках Ингушетия (56,4%), Дагестан (51,1%), Чеченская (36,1%), Кабардино-Балкарская (36,6%) и в Ставропольском крае (30%). Значительный дефицит финансирования ТПГГ установлен также в Республике Хакасия (34,5%), Приморском крае (30,5%), Тамбовской (28,9%) и Курганской (28,4%) областях [208].

Неравенство регионов сохраняется и в подушевом финансировании территориальных программ государственных гарантий – от 1959,1 руб. в Республике Ингушетия до 32217,2 руб. в Чукотском автономном округе (т.е. в 16,4 раза).

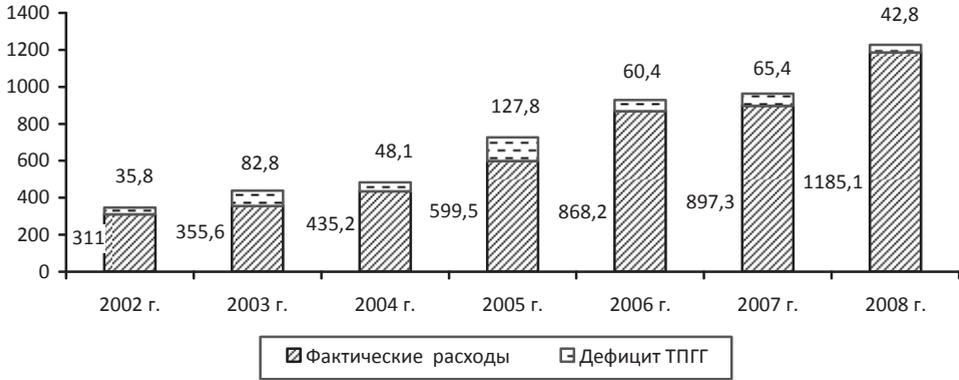


Рисунок 5.2. Финансовое исполнение Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи за 2002 – 2008 гг.

Таблица 5.2. Расходы консолидированного бюджета на здравоохранение и спорт в Северо-Западном федеральном округе (на 1 жителя) в 2006 г.

Регион	Расходы на здравоохранение и спорт		
	руб.	в % к РФ	ранговое место в СЗФО
г. Санкт-Петербург	7,552	170	1
Мурманская область	6,454	153,7	2
Республика Карелия	5,214	124,1	3
Республика Коми	5,120	122	4
Вологодская область	4,721	112,4	5
Архангельская область	3,688	87,8	6
Ленинградская область	3,570	85	7
Калининградская область	3,028	72,1	8
Новгородская область	2,955	70,3	9
Псковская область	2,416	57,5	10
В среднем по СЗФО	4,470	106,4	–
В среднем по РФ	4,200	–	–

Одной из причин формирования значительного неравенства в финансировании социальных расходов, в частности на отрасль здравоохранение, является то, что более чем на 70% финансовое обеспечение осуществляется за счет региональных бюджетов. Вследствие этого в регионах-реципиентах финансирование отрасли существенно ниже, чем в регионах-донорах. Неравенство

формируется и в рамках каждого макрорегиона. Так, например, в Северо-Западном федеральном округе среднедушевые расходы на финансирование здравоохранения в 2006 г. колебались от 170% к уровню РФ (в Санкт-Петербурге) до 57% (в Псковской обл.; табл. 5.2).

Таким образом, в России имеет место значительное недофинансирование системы здравоохранения. Вместе с тем существует пропорциональная зависимость между государственным финансированием здравоохранения и показателями здоровья населения, в частности ожидаемой продолжительностью жизни. Из диаграммы рассеяния (рис. 5.3) видно, что для достижения ожидаемой продолжительности жизни – 75 лет – необходимо государственное финансирование здравоохранения не ниже 1500 – 2000 долл. по ППС в год на одного человека.

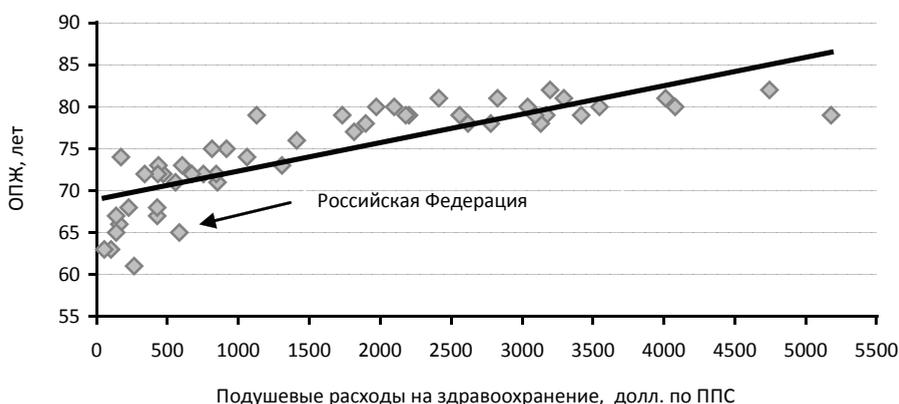


Рис. 5.3. Взаимосвязь ожидаемой продолжительности жизни и уровня финансирования здравоохранения в странах Европейского региона (2006 г.)

Источник: Данные ВОЗ.

Кадровые и материально-технические ресурсы системы здравоохранения и эффективность их использования

На качество медицинской помощи в значительной степени оказывает влияние слабая организация ее первичного звена (в том числе укомплектованность врачебным и средним медицинским персоналом), интенсивность оказания стационарной помощи (продолжительность пребывания в больнице), в меньшей – обеспеченность больничными койками и количество госпитализаций в расчете на 100 чел. населения.

В 2008 г. в учреждениях здравоохранения Российской Федерации работали 1958 тыс. работников с высшим и средним медицинским образованием. Из них 621,8 тыс. врачей и 1336,2 тыс. среднего медицинского персонала. Обеспеченность врачами на 1000 населения составила 4,3, что в 1,4 раза выше, чем в среднем в странах ОЭСР, где она составляет 3,1 на 1000 населения. В то же время в РФ заболеваемость и смертность населения выше, чем в странах ОЭСР.

При более высокой общей обеспеченности населения врачебными кадрами обеспеченность врачами первичного контакта в Российской Федерации (5,2 на 10 тыс. населения, 2008 г.) в 1,7 раза ниже, чем в развитых странах. Диспропорция в соотношении врачей и среднего медицинского персонала в здравоохранении России приводит к тому, что определенную часть рабочего времени врачи, вместо приема пациентов, выполняют «неврачебную» работу. В 2008 г. в России на 100 врачей приходилось в общей сложности 212 работников среднего звена, в то время как в большинстве развитых стран это соотношение составляет 100:300 и более.

Есть основания полагать, что истинный уровень обеспеченности медицинским персоналом в России ниже учитываемого статистикой. Это подтверждается неукomплектованностью штатных должностей физическими лицами и широким распространением совместительства. Так, например, в Вологодской области штат медицинских работников ЛПУ укomплектован только на 50%. При этом каждый врач работает в среднем на 2 ставки (особенно в сельской местности), а средний медицинский персонал совмещает 1,5 ставки (в крупных городах – 2). Описанное явление характерно для России в целом и ведет к снижению качества предоставляемых услуг и деградации медицинского персонала.

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

Наиболее существенные причины недостатка специалистов с высшим медицинским образованием – низкий уровень заработной платы в сфере здравоохранения, неудовлетворительное

оснащение медицинским оборудованием и медикаментами, особенно сельских больниц и ФАПов. Россия остается единственной в Европе страной, где минимальная заработная плата устанавливается ниже прожиточного минимума. Работники здравоохранения являются одной из низкооплачиваемых категорий работающих. Система и уровень оплаты труда не мотивируют их к качественной и результативной работе. Несмотря на значительный рост (в период с 2000 по 2008 г. оплата труда медицинских работников увеличилась в 10 раз), ее уровень в 1,3 раза ниже, чем по экономике в целом (табл. 5.3). Крайне низкий размер повышения заработной платы в бюджетной сфере не компенсирует в полном объеме уровень инфляции. В то же время заработная плата врачей в странах ЕС, например в Германии, в 3 – 5 раз превышает заработную плату рабочих и в 2 раза – служащих [271].

Таблица 5.3. Соотношение средней номинальной заработной платы по экономике РФ в целом и в здравоохранении, руб.

Оплата труда	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Средняя зарплата по экономике	2 223,4	3 240,4	4 360,3	5 498,5	6 739,5	8 554,9	10 633,9	13 593,4	17 290,1
Средняя зарплата в здравоохранении	1 333,3	1 959,9	3 141,3	3 662,6	4 612,0	5 905,6	8 059,9	10 036,6	13 209,0

Из-за отсутствия соответствующего финансирования у подавляющего большинства медицинских учреждений слабая материально-техническая база. Число стационаров на 100 тыс. населения в России хотя и превышает в 2 раза число стационаров в Европе, но оснащение абсолютного большинства из них значительно отстает от европейских стандартов. Отсутствует необходимое финансирование капитальных ремонтов учреждений, очень скудно финансируется повышение квалификации специалистов, развитие современных компьютерных технологий [262]. По данным официальной отчетности, в 2008 г. 46% зданий больничных учреждений и 24% – амбулаторно-поликлинических требовали капитального ремонта, более трети медицинских учреждений не имели горячего водоснабжения.

В рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» произошли существенные позитивные изменения в

кадровой ситуации регионального здравоохранения (на примере Вологодской области). В частности, дополнительные денежные выплаты медицинским работникам участковой службы (в 2007 г. – 156,7 млн. руб., в 2006 г. – 114,9 млн. руб.) обеспечили увеличение укомплектованности врачами первичного звена с 64 до 81% (на 187 врачей). Однако параллельное снижение коэффициента совместительства врачей-терапевтов (в 2007 г. – с 1,5 до 1,3) и участковых педиатров (с 1,3 до 1,2) позволяет предположить, что реальной причиной увеличения количества врачей «первичного контакта» явился не дополнительный приток кадров извне, а массовое освобождение ранее дополнительно занятых ставок, и, как следствие, появление некомплектованных участков.

Для Российской Федерации характерна неоправданная избыточная госпитализация: пациент проходит курс лечения в стационарных условиях (связанных с высокими общественными затратами), в то время как необходимый набор медицинских услуг в соответствии с его клиническим случаем де-факто мог быть оказан ему с достаточной эффективностью и в амбулаторных условиях. Около 30% госпитализаций в России являются не обоснованными с медико-экономической точки зрения [51]. Принципиальная необоснованность доминирования стационарной помощи в России и Вологодской области подтверждается также низкой продолжительностью жизни хронического больного: в среднем по Российской Федерации этот показатель составляет 7 лет, тогда как во всем мире достигает 20.

В России обеспеченность населения больничными койками на 40% превышает средний показатель по Европейскому Союзу, а значение интегрального показателя объемов госпитализации (число койко-дней в расчете на человека) в два раза превосходит его общеевропейский уровень [51]. По уровню общей госпитализации страна близка к некоторым развитым европейским странам (таким, как Германия и Норвегия), но продолжительность лечения в стационарных условиях, превышающая таковую как в развитых странах, так и в трансформационных экономиках, свидетельствует о низкой эффективности медицинской помощи, а не о более широком предоставлении ее гражданам (*табл. 5.4*).

Причины сложившейся ситуации в значительной степени обусловлены действующими в ЛПУ региона финансовыми механизмами, среди которых первостепенная роль принадлежит принципу

Таблица 5.4. Показатели стационарной помощи в ряде стран мира

Страны	Число поступивших в стационары на 100 человек населения			Средняя продолжительность пребывания в стационаре (все виды стационаров), дн.		
	1998 г.	2000 г.	2007 г.	1998 г.	2000 г.	2007 г.
Швеция	18,02	15,87	15,63	7,2	6,8	6,2
Норвегия	15,55	16,77	18,82	7,7	7,8	7,0
Германия	22,06	23,50	22,64	7,5	6,8	11,4
Российская Федерация	20,66	21,95	23,67	16,3	15,5	13,6
ЕС (члены с 2004 или 2007 гг.)	17,92	18,93	20,52	10,5	9,6	7,6
СНГ	18,95	19,01	20,79	15,6	14,8	12,6

Источник: База данных «Здоровье для всех». – Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ. – URL: <http://data.euro.who.int/hfad/>

финансирования стационаров, основанному на количественном учете фактически занятых коек и проведенных пациентом койко-дней. Подобная практика, существующая и в Ленинградской области, приводит к чрезвычайно высокому предложению стационарного лечения, и зачастую без объективной необходимости.

Ряд способов оплаты стационарной помощи, в той или иной степени стимулирующих рост предложения стационарных услуг (за количество фактически проведенных койко-дней, по смете расходов, за законченный случай госпитализации), распространены в абсолютном большинстве субъектов РФ. В то время как метод оплаты за согласованные объемы медицинской помощи, который позволяет более адекватно учесть реальную сложность оказываемой помощи и создать стимулы к повышению эффективности использования ресурсов стационаров, в 2006 г. применялся лишь в 8% регионов России (в Кемеровской, Костромской, Самарской, Тульской областях, Республике Чувашия).

Немаловажное значение имеют и другие факторы, в силу исторических и социально-экономических причин способствовавшие абсолютизации стационарной помощи и приданию ей статуса единственно результативной как в России в целом, так и в рамках Вологодской области. Это традиционно низкая развитость амбулаторного звена в условиях сельской местности, недостаточная мотивация поликлинических врачей к эффективному лечению на первичном этапе медицинской помощи, отягощенная их ограниченной ответственностью за результаты лечения, низкая медицинская активность населения, ведущая к распространению хронических заболеваний и т. д.

Повышению эффективности функционирования сферы здравоохранения способствует развитие дневного стационарного обслуживания при больничных и амбулаторно-поликлинических учреждениях. Но создание дневных стационаров и развитие других стационарозамещающих технологий происходит медленно. За последнее десятилетие всего на 10% увеличилось число операций, проведенных в амбулаторных условиях [65, с. 472]. На сегодняшний день складывается заметная дифференциация регионов РФ по показателям внедрения в практику здравоохранения мало-затратных и эффективных форм медицинской помощи (табл. 5.5).

Таблица 5.5. Показатели развития и функционирования дневных стационаров при амбулаторно-поликлинических учреждениях в регионах РФ в 2006 г.

<i>Обеспеченность населения койко-местами в ДС при амбулаторно-поликлинических учреждениях, на 10 тыс. чел. населения</i>			
Регионы с высоким уровнем развития ДС (область/республика)		Регионы с низким уровнем развития ДС (область/республика)	
Ивановская	30,72	Ингушетия	0,49
Пензенская	19,13	Дагестан	0,85
Кемеровская	18,0	Карачаево-Черкесия	1,84
Башкортостан	17,07	Рязанская	2,63
Ульяновская	16,68	г. Москва	3,12
Воронежская	15,92	Кабардино-Балкария	3,20
Калмыкия	15,84	Курская	3,43
Вологодская	14,96	Московская	3,48
Свердловская	14,72	Калининградская	3,58
Мордовия	14,50	Тверская	3,63
<i>В среднем по РФ – 8,04</i>			
<i>Число больных, пролеченных в ДС при амбулаторно-поликлинических учреждениях, на 10 тыс. чел. населения</i>			
Ивановская	57,76	Ингушетия	1,60
Кемеровская	55,87	Дагестан	2,32
Воронежская	50,57	Рязанская	5,53
Пензенская	50,26	Курская	6,56
Ульяновская	48,67	Кабардино-Балкария	6,87
Коми	46,77	Смоленская	7,95
Бурятия	46,05	Московская	8,98
Тыва	43,39	г. Москва	9,16
Тульская	41,83	Тверская	11,18
Вологодская	38,75	Ростовская	11,23
<i>В среднем по РФ – 21,90</i>			
Источник: Калининская А.А., Стукалов А.Ф., Аликова Т.Т. Стационарозамещающие формы оказания медицинской помощи: организация и эффективность деятельности // Здравоохранение Российской Федерации. – 2008. – №6. – С. 5.			

Неравномерность развития стационарозамещающих форм медицинской помощи в регионах России, выявленная при анализе, свидетельствует о низком уровне нормативно-методической обеспеченности данного направления реструктуризации на федеральном уровне.

Развитие стационарозамещающих технологий определяется также степенью распространенности услуг, оказываемых в стационарах, на дому, и количеством высокотехнологичных операций, осуществляемых в специализированных центрах амбулаторной хирургии. По количеству оперативных вмешательств (116 в 2006 г.), проведенных двух действующих центрах амбулаторной хирургии, Вологодская область уступает ряду других субъектов РФ, где количество подобных операций существенно выше (табл. 5.6). Так, в Кемеровской области, субъекте РФ, отличающемся высоким уровнем организации здравоохранения, при численности населения около 2826000 человек действуют 116 реабилитационных центров, а количество оперативных вмешательств, выполненных во всех центрах амбулаторной хирургии, за 2006 г. составило 15142.

Таблица 5.6. Развитие стационарозамещающих технологий в регионах СЗФО (данные 2006 г.)

Субъект РФ	Развитие стационарозамещающих технологий в амбулаторно-поликлинической службе и ОВП			Число действующих центров	Число оперативных вмешательств, выполненных во всех центрах амбулаторной хирургии
	дневного стационара	городского реабилитационного центра	стационара на дому		
<i>Республики</i>					
Карелия	+	+	+	1	51
Коми	+	+	+	-	Н.д.
<i>Области</i>					
Архангельская	+	-	+	8	3 928
Вологодская	+	+	-	2	116
Калининградская	+	+	+	1	1 332
Ленинградская	+	-	+	-	Н.д.
Мурманская	+	+	+	1	1 076
Новгородская	+	+	-	-	Н.д.
Псковская	+	+	+	-	Н.д.
Источник: Реализация реформы здравоохранения в субъектах РФ. База данных. – URL: http://www.healthreform.ru/					

Из стационарозамещающих технологий (дневные стационары в поликлинике, палаты дневного пребывания в больнице, стационары на дому) на территории РФ и Вологодской области

наиболее распространены дневные стационары при амбулаторно-поликлинических учреждениях. По оценкам специалистов, стоимость лечения больных в дневном стационаре приблизительно на 30% меньше, чем в круглосуточном [287, с. 22]. Однако помимо экономической целесообразности дневные стационары имеют и значительный социальный эффект, являясь более привлекательным способом лечения для больных, поскольку не требуют круглосуточного пребывания в стенах стационара.

Одна из проблем развития практики стационарозамещающего лечения – недостаточная разработанность нормативной базы. Порядок направления и госпитализации в дневной стационар, режим его работы утверждаются руководителем лечебно-профилактического учреждения. Это требует высокого уровня профессиональной квалификации управленцев, но вместе с тем представляется крайне затруднительным в условиях объективного недостатка нормативной информации. Отсутствие утвержденной системы стандартов, которая содержала бы конкретные показания (и противопоказания) к направлению пациентов в ДС, представляется существенным фактором, тормозящим развитие СЗТ в российском здравоохранении. Отсутствие подобной стандартизированной технологии принятия решений объясняется недостаточной степенью научной разработанности проблемы экономического анализа медицинских услуг, программ и технологий в России. Число исследований, посвященных оценке экономической и медицинской эффективности альтернативных медицинских технологий и лекарственных препаратов (фармакоэкономический анализ), в отечественном здравоохранении недостаточно, подобные разработки носят сугубо локальный характер, исключая возможности для заимствования научных результатов из зарубежных источников и перенесения их на российскую действительность.

Подобная ситуация требует принятия соответствующих инициатив – как по разработке ряда регламентирующих документов, отвечающих современным требованиям медицинской практики, так и по активизации научных исследований в сфере экономического анализа медицинских технологий. Однако и в сложившихся на сегодняшний день масштабах развитие стационарозамещающих технологий в ЛПУ области стало существенным фактором повышения рациональности и эффективности отрасли и перспективным направлением развития здравоохранения.

Изменения, происходящие в региональном здравоохранении в рамках процесса его реформирования, помимо коечных фондов затрагивают также и объемы стационарной помощи (по случаям госпитализации и ее срокам). Сокращение уровня госпитализации и приведение его к общефедеральному нормативу в регионах России, участвующих в реализации пилотного проекта (Вологодская область является регионом-участником), сокращение объемов носит обязательный характер, будучи законодательно установленным [179].

Следует подчеркнуть, что сокращение емкости больниц не является самоцелью – речь идет о реструктуризации коечного фонда. Сокращение должно коснуться тех направлений госпитализации, для которых оказание медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара нецелесообразно не только с экономической, но и с медицинской точки зрения, причем этот процесс должен сопровождаться пропорциональным развитием амбулаторных служб, включая и стационарозамещающие.

Кроме того, представляется неправильным ограничение объемов госпитализации больных, поскольку повышение эффективности медицинской помощи должно проявляться не в ограничении доступа к лечению в стационаре, а в сокращении сроков пребывания пациентов в нем, в том числе и за счет распространения однодневных госпитализаций. В то же время следует учитывать, что интенсификация деятельности стационаров может проводиться лишь при существенном улучшении качества медицинской помощи в них, в противном случае больные будут выписываться «недолеченными», что приведет к рецидивам и осложнениям заболеваний.

Опыт стран Западной Европы и Северной Америки свидетельствует: проблема избыточного коечного фонда не может быть решена ни посредством простого сокращения емкостей больниц без их закрытия или перепрофилирования (поскольку значительная доля больничных расходов связана с эксплуатацией зданий и оборудования), ни путем простой ликвидации ряда учреждений, поскольку проблема качества для оставшихся ЛПУ (материальная обеспеченность, квалификация персонала и т. д.) в этом случае не будет решена [244, с. 34]. Реструктуризация предполагает комплексный характер реализации, а не уход в частные действия по выполнению федеральных нормативов. В противном случае она становится деструктивным явлением, неизбежно приводящим к ограничению доступности медицинской помощи для населения.

Политика реструктуризации не может быть эффективной без изменений как в материальном оснащении ЛПУ, так и без соответствующего уровня подготовки медицинских кадров. Очевидно, что применение новых технологий амбулаторной хирургии требует наличия самого современного оборудования и особой квалификации врачей. Только в этом случае произойдет повышение эффективности стационарной помощи, поскольку средства будут концентрироваться и использоваться целевым образом. К сожалению, эта сторона реформ не регламентирована столь жестко и не финансируется должным образом.

Реструктуризация сети лечебно-профилактических учреждений с приоритетом амбулаторно-поликлинического звена осуществляется медленно. В целом сохраняется госпитальный тип системы здравоохранения, обусловленный неготовностью амбулаторно-поликлинических учреждений к принятию на себя больших объемов медицинской помощи из-за низкой укомплектованности первичного звена, недостаточного технического оснащения. Вместе с тем значимой проблемой для современной России являются низкий уровень квалификации и отсутствие должного стимулирования у участковых врачей, осуществляющих первичный прием населения.

Качество приема пациентов российскими врачами «первичного контакта» оценивается экспертами как низкое. В частности, чрезвычайно высок (более 30% от посещений) уровень направляемости пациентов врачами-терапевтами к узким специалистам (для сравнения: в странах ЕС эта доля составляет от 4 до 10%). Это создает ситуацию перегруженности врачей узких специальностей и неизбежно приводит к снижению качества оказываемых ими медицинских услуг и ограничению доступности специализированной медицинской помощи.

Более того, оплата амбулаторной помощи в поликлинических учреждениях Вологодской области производится по посещениям, что фактически ставит врачей в такие условия, когда уровень заработной платы находится в прямой зависимости от объемов предоставляемой медицинской помощи. Аналогичный способ оплаты амбулаторной помощи учреждений, включенных в систему ОМС, в 2006 г. имел место в Ленинградской, Новгородской, Архангельской областях и Ненецком автономном округе в рамках СЗФО и в 88% субъектов РФ в целом (причем их доля с 2004 г. увеличилась на 11%).

Разрешение ситуации неоправданной обращаемости к врачам узкого профиля не может произойти без увеличения кадровой обеспеченности первичного звена и существенного повышения уровня профессиональной компетентности специалистов терапевтических служб. Доля неверных диагнозов и назначений, допускаемых российскими врачами на первичном приеме, достигает 40% (для сравнения: в Англии величина подобных ошибок не превышает 9,3%) [24].

В национальном проекте «Здоровье», стартовавшем в России в 2006 г., главной задачей стоит улучшение первичной медико-санитарной помощи, т.е. необходимо сделать доступным и качественным первый контакт человека с медицинским работником в сельском фельдшерско-акушерском пункте, сельском врачебном участке, скорой помощи, в детских и взрослых поликлиниках, женских консультациях. Эти задачи невозможно решить без кадров, однако в целом по России дефицит медицинских сестер и врачей в первичном звене составляет 30-40%.

Успешное лечение больных как одна из важных задач здравоохранения во многом зависит от структурно-технологических показателей деятельности отрасли. Исследования, проведенные в Институте системного анализа, подтверждают тесную взаимосвязь результатов лечения с показателями здравоохранения (табл. 5.7).

Таблица 5.7. **Значимость влияния факторов, связанных с состоянием отрасли здравоохранения, на результаты лечения больных** [66, с. 2118]

Фактор	Показатель корреляции
Уровень квалификации кадров	+ 0,95
Рациональное размещение объектов, оказывающих медицинские услуги населению	+ 0,95
Уровень медико-технологического обеспечения	+ 0,94
Уровень развития медицинской науки и медицинской техники	+ 0,92
Обеспеченность населения больничными койками	+ 0,88
Обеспеченность населения врачами	+ 0,88
Укомплектованность врачебных должностей	+ 0,68
Обеспеченность населения амбулаторно-поликлинической помощью	+ 0,67
Укомплектованность должностей участковых врачей	+ 0,59
Мощность амбулаторно-поликлинических учреждений	+ 0,52

Исходя из выявленных зависимостей, для повышения эффективности лечения усилия следует сосредоточить на развитии медицинской науки и техники, повышении квалификации кадров и оснащении медицинских учреждений современным технологическим оборудованием, при обеспечении равного доступа населения к медицинским услугам.

В условиях недостаточного государственного финансирования региональные структуры здравоохранения вынуждены изыскивать пути, позволяющие увеличить финансирование, а также максимально эффективно использовать имеющиеся средства. Перечислим направления, на которых сосредоточены усилия регионального здравоохранения (на примере Вологодской области):

1. *Привлечение дополнительных средств, в том числе путем принятия областных целевых программ.*

Программно-целевое планирование, развитие региональных целевых программ позволяет несколько увеличить финансирование отрасли (табл. 5.8). Однако решить в целом проблему низкого финансирования отрасли и слабой эффективности ее работы целевые программы не могут. Следует отметить и то, что в подавляющем большинстве случаев оценка эффективности целевых программ ведется не по изменению индикаторов общественного здоровья, а по освоенным финансовым средствам. Такой подход, на наш взгляд, недопустим. Необходимо оценивать результативность программы именно по достигнутым результатам в плане изменения индикаторов здоровья, оговоренных и указанных при принятии программы в качестве ожидаемых результатов.

Таблица 5.8. **Изменение показателей областных целевых программ в Вологодской области**

Показатель	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Объем финансирования ОЦП, млн. руб.	107,0	211,4	226,8	341,6	272,8	206,7	401,0	326,8
Количество ОЦП	9	8	12	16	17	10	15	14

2. *Анализ эффективности использования финансовых средств. Расчет и обоснование приоритетных направлений финансирования регионального здравоохранения.*

Для оценки финансовых аспектов деятельности медицинских учреждений Департаментом здравоохранения Вологодской области используется метод финансового анализа по методу «затраты – результаты», целью которого является научное обоснование приоритетов реформирования и финансирования регионального здравоохранения на основе комплексного социально-экономического изучения эффективности финансовых затрат по оказанию медицинской помощи населению региона.

В качестве интегральной характеристики социально-экономических потерь здоровья населения используется показатель потенциально потерянных лет жизни за счет преждевременной смертности от конкретных причин (ППЖ). Этот индикатор наиболее доступен для анализа, т.к. в области имеется достоверная статистическая информация о смертности. Использование индекса ППЖ позволяет определить экономическую и социальную эффективность расходуемых средств, выделить наиболее затратные классы заболеваний. Кроме того, результаты финансового анализа позволяют выявить муниципальные образования, классы заболеваний, которые в первую очередь нуждаются в финансовой поддержке.

3. Развитие и усиление профилактического направления в здравоохранении.

Улучшение демографических показателей и показателей общественного здоровья населения, а также реструктуризация коечной сети невозможны без ориентации системы здравоохранения на профилактику основных заболеваний. Наглядным примером эффективного вложения средств в профилактику заболеваний являются результаты выполнения ОЦП «Вакцинопрофилактика». Объемы финансирования программ вакцинопрофилактики в Вологодской области к 2007 г. составили 18,2 млн. руб. (рис. 5.4). Повышение объемов иммунизации, произошедшее благодаря дополнительным бюджетным ассигнованиям, привело к существенному снижению заболеваемости населения Вологодской области. Так, заболеваемость ее жителей гепатитом А снизилась со 142,3 случая на 100 тыс. чел. населения в 2005 г. до 4-х – уже к 2007 г. (рис. 5.5).

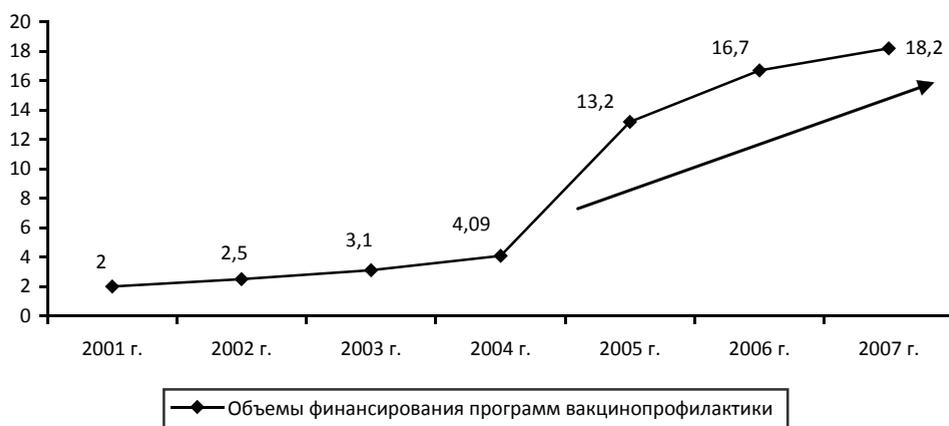


Рис. 5.4. Объемы финансирования программ вакцинопрофилактики в Вологодской области, млн. руб.

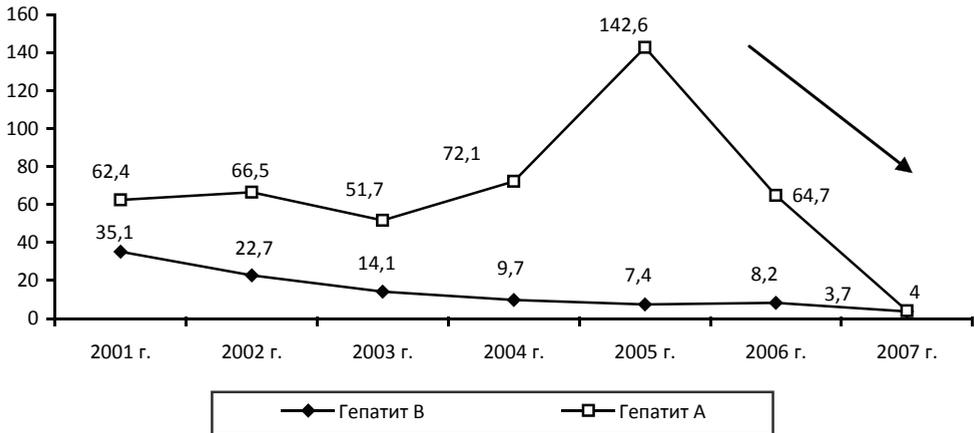


Рис. 5.5. Заболеваемость населения Вологодской области гепатитом А и В (на 100 тыс. нас.)

4. Переход от сметного к подушевому принципу финансирования.

Одной из главных финансовых проблем региональной системы здравоохранения в настоящее время является сметный принцип финансирования медицинских услуг. Такой способ распределения бюджетных средств неадекватен индивидуальным потребностям клиентов медицинских учреждений, а также не обеспечивает соблюдение принципа направленности на рациональное расходование бюджетных средств. Для повышения эффективности финансовых затрат и достижения целей развития отрасли здравоохранения необходим перевод первичного звена здравоохранения на подушевой принцип финансирования, заключающийся в выделении денежных средств на каждого пролеченного больного. При данном подходе сотрудники медицинских учреждений приобретают материальную заинтересованность в полном выздоровлении клиента, что обеспечивает более качественный и производительный характер медицинского обслуживания.

Таким образом, подводя предварительные итоги, отметим, что за период с 2000 по 2008 г., при некотором улучшении показателей функционирования системы здравоохранения, принципиальных изменений в существующих тенденциях не произошло.

1. Несмотря на увеличение финансирования отрасли здравоохранения России, связанное с осуществлением Программы дополнительного лекарственного обеспечения и Национального проекта «Здоровье», имеет место значительное недофинансирование здравоохранения из государственных источников и неэф-

фективное распределение средств (усиливающее дифференциацию) между субъектами Федерации. Уровень финансовой обеспеченности территориальных программ государственных гарантий составляет менее 100%. В 2007 г. в 60 субъектах РФ финансирование ТПГГ было дефицитным, в 2008 г. дефицит финансирования составил в среднем 43%. При этом наблюдается значительная дифференциация регионов по этому показателю.

2. Существенное неравенство в показателях здоровья населения различных субъектов Российской Федерации и жителей городской и сельской местности обусловлено меньшей доступностью медицинской помощи в «бедных» регионах и на селе.

3. В общем финансировании здравоохранения в Российской Федерации частные расходы (расходы населения) на медицинскую помощь составляют 32% от общих расходов на здравоохранение, что выше, чем в развитых европейских странах (27%). Это увеличивает финансовое бремя населения и снижает доступность медицинской помощи.

4. При общем высоком уровне обеспеченности медицинскими кадрами в стране наблюдается значительный дефицит (30 – 40%) медицинских кадров первичного звена. Кроме того, для России характерно территориальное неравенство в обеспеченности населения медицинским персоналом в разрезе город/село. В сельской местности обеспеченность врачебными кадрами почти в 4 раза ниже, чем в среднем по РФ, а средним медперсоналом – в 2 раза.

5. Наиболее существенная причина недостатка специалистов в сфере здравоохранения – низкий уровень заработной платы. Несмотря на значительный рост (в период с 2000 по 2008 г. оплата труда медицинских работников увеличилась в 10 раз), ее уровень в 1,3 раза ниже, чем по экономике в целом.

6. Материально-техническая база отрасли находится в упадке. По данным официальной отчетности, в 2008 г. 46% зданий больничных учреждений и 24% – амбулаторно-поликлинических требовали капитального ремонта, более трети медицинских учреждений не имели горячего водоснабжения. Обеспеченность учреждений современным медицинским оборудованием крайне низка.

7. В оказании медицинской помощи населению преобладает стационарное лечение. При этом интенсивность и эффективность данного вида помощи низка, о чем говорит продолжительность лечения в стационарных условиях (14 дней), превышающая такую как в развитых странах, так и в трансформационных экономиках (6 – 8 дней).

8. Осуществляемое в рамках реструктуризации здравоохранения развитие малозатратных и эффективных форм медицинской помощи в регионах России происходит неравномерно. Важными причинами этого являются недостаточная разработанность нормативной базы и недоукомплектованность медицинских учреждений в ряде регионов высокотехнологичным оборудованием (например, специализированных центров амбулаторной хирургии).

9. Обозначенное как приоритет развитие амбулаторно-поликлинического звена осуществляется медленно. Качество приема пациентов российскими врачами «первичного контакта» оценивается экспертами как низкое. Доля неверных диагнозов и назначений, допускаемых врачами на первичном приеме, достигает 40% (для сравнения: в Англии величина подобных ошибок не превышает 9,3%).

10. Неэффективное управление системой здравоохранения проявляется в отсутствии стратегического планирования, в безответственности руководителей всех уровней за достижение результатов, а также в недостаточном использовании эффективных инструментов управления и низкой научной обоснованности принимаемых решений.

Для оптимизации функционирования здравоохранения было бы целесообразным сконцентрировать усилия на следующих направлениях:

- Увеличить государственное финансирование здравоохранения не менее чем в 1,5 раза. При этом следует усилить контроль над целевым использованием средств и отрегулировать распределительные механизмы. Источниками увеличения государственных расходов на здравоохранение могут стать введение прогрессивной шкалы налогообложения (общепринятой в развитых странах) и рост акцизов на алкоголь и табак; нормирование отчислений регионов на здравоохранение.

- Разработать концепцию прогнозирования, планирования и подготовки кадров здравоохранения, в том числе для сельских районов, а также подготовки руководителей медицинских учреждений, специалистов в области общественного здоровья, управления качеством медицинской помощи, экономики здравоохранения, медицинской информатики, включая использование контрактной системы обучения специалистов с обязательной отработкой после окончания вуза 3 – 5 лет по специальности. Причем для направляемых в сельскую местность специалистов предусмотрено

треть предоставление пакета социальных льгот (жилье на время работы на селе, частичная оплата коммунальных услуг и пр.). Необходимо обеспечить внедрение новых образовательных технологий в процесс обучения медицинским специальностям соответственно достижениям современной науки и практики.

- Увеличить оплату труда всем категориям работников отрасли здравоохранения, доведя минимальную гарантированную заработную плату до уровня средней зарплаты по экономике. Разработать прогрессивные механизмы оплаты труда медицинских работников с учетом результатов их деятельности. Предусмотреть стимулирующую часть оплаты труда в значимом объеме (30 – 50%).

- Укрепление материально-технической базы медицинских учреждений. Улучшение снабжения стационаров медикаментами, усиление технологической составляющей, особенно служб интенсивной терапии, реанимации, операционных.

- Увеличение уровня профилактических и амбулаторно-поликлинических услуг, что будет выражаться в расширении диагностических и профилактических процедур и ограничении распространения хронических заболеваний. При усилении роли первичного звена необходимо развивать практику оценки качества деятельности врачей «первичного контакта» и, соответственно, внедрения в медицинскую практику системы медико-экономических стандартов.

- Разработка региональных целевых межведомственных программ, направленных на восстановление муниципального и сельского здравоохранения, охрану здоровья населения.

Все перечисленные предложения будут способствовать усилению структурной эффективности, а также оптимизации ресурсной обеспеченности и совершенствованию финансовых и управленческих отношений в системе здравоохранения. Это, в свою очередь, обеспечит повышение качества и доступности медицинской помощи для населения.

5.2. Социально-экономические факторы доступности медицинской помощи для населения

Важнейшим направлением формирования благоприятной для здоровья населения среды является обеспечение равной доступности медицинской помощи для всех групп и слоев населения. В Докладе ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире подчеркива-

ется актуальность реформ, обеспечивающих всеобщий охват достижения равенства в отношении здоровья, социальной справедливости и ликвидации социальной изоляции путем обеспечения всеобщего доступа и социальной защиты здоровья [91, с. 13].

Доступность медицинской помощи для граждан является ключевым показателем их социальной защищенности, особенно в условиях обострения социальных противоречий и устойчивых негативных демографических тенденций, прежде всего потому, что проблемы со здоровьем могут привести к потере работы, семьи, наконец, поставить человека на грань жизни и смерти.

Ключевыми факторами, определяющими доступность медицинских услуг для граждан, представляются территориальная доступность учреждений здравоохранения, уровень лекарственного и технического оснащения ЛПУ, уровень платежеспособности граждан. Поэтому наименьшие возможности в получении необходимого медицинского обслуживания при прочих равных условиях будут иметь наименее доходные слои населения, проживающие в сельской местности.

Согласно данным, полученным в ходе социологических исследований, ежегодно за медицинской помощью обращается около 70% населения Вологодской области, в том числе более 20% – раз в три месяца и чаще.

При этом жители области отдают предпочтение государственным медицинским учреждениям в силу их большей доступности, однако, как свидетельствуют социологические данные, в значительной степени это предпочтение оказывается вынужденным: в 2008 г. доступностью медицинской помощи были удовлетворены 47% опрошенных жителей региона, 22% респондентов высказались на этот счет отрицательно. В то же время доля жителей СЗФО, полностью удовлетворенных доступностью и качеством медицинских услуг, несколько ниже – 40 и 38% соответственно (*прил. 7, табл. 1*).

Последнее, однако, довольно сложно интерпретировать однозначно, поскольку факт большей удовлетворенности населения рассматриваемыми параметрами медицинской помощи может быть следствием объективных причин, когда доступность и качество услуг действительно выше, или, наоборот, отражением неосведомленности людей, положительно оценивших процесс и результат своего лечения, об их должном уровне. В любом случае

подобное положение дел не может служить основанием для чрезмерного оптимизма.

Значительна доля населения региона, отмечающего наличие очередей в лечебных учреждениях, невозможность попасть на прием к врачу в удобное время (табл. 5.9). Это, в первую очередь, обусловлено недостатком врачебных кадров (укомплектованность штатных должностей физическими лицами врачей в 2008 г. составила 50,8%, причем в г. Вологде – 49,2%, в г. Череповце – 53%, в областных ЛПУ – 48,1%, в районных – 52,2%) [207].

Таблица 5.9. **Негативные явления в деятельности медицинских учреждений Вологодской области** (в % от числа опрошенных)

Явления	2002 – 2006 гг.	2007 г.	2008 г.
Очереди	61,2	60,4	58,1
Невозможность попасть на прием в удобное время	47,0	48,9	42,9
Отсутствие нужных специалистов	-	28,1	24,9
Плохая организация работы регистратур	22,2	21,7	18,5
Невнимательное отношение медработников	-	20,0	18,0
Недостаток информации о работе специалистов	21,0	17,5	14,7
Опоздания, нерегламентированные перерывы в работе медработников	18,3	17,1	11,9
Необходимость оплачивать услуги медучреждений, которые должны предоставляться бесплатно	16,9	13,5	9,9
Хамство, неуважительное отношение к пациентам	15,2	12,8	11,5
Источник: Данные мониторинга состояния физического здоровья населения Вологодской области.			

В настоящее время, при недостаточном развитии современных форм превентивной медицины, стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи населению, происходит сокращение и стационарной помощи. Привычной становится практика нахождения госпитализированных больных в рекреационных помещениях больниц. Встречаясь с отказами в госпитализации, люди вынуждены прибегать к мерам личной апелляции, использовать родственные связи, знакомства, личные просьбы к врачам, а также, в крайних случаях, обращаться в правозащитные инстанции. При отсутствии мест для госпитализации население чаще использовало «связи» (в 2008 г. – 41% респондентов), личные просьбы к руководителям ЛПУ, обращения в вышестоящие органы (29 и 18% соответственно). Значительно реже прибегали к неформальным платежам и нетрадиционной медицине (13 и 6% соответственно; прил. 7, табл. 2).

Все перечисленные негативные моменты, распространенные в повседневной практике отечественного здравоохранения, компрометируют образ врача, медицинского учреждения и всей системы здравоохранения в глазах простых граждан – тех, кому они призваны оказывать помощь. Сложности с посещением врачей, низкое качество услуг, предоставляемых больным в ЛПУ по месту жительства, недостаток внимания к каждому конкретному случаю, а порой и грубость со стороны медицинских работников в комплексе приводят к тому, что у человека формируется психологический барьер против врачей и медицинских учреждений. Поэтому даже в случае острой необходимости он, вероятнее всего, предпочтет самолечение или прибегнет к услугам знахаря.

Так, согласно данным социологического опроса, проведенного в 2008 г., 1,8% опрошенных (около 18000 чел.) в связи с ухудшением здоровья обращались к так называемым «целителям». Последствия подобного поведения для самого человека вполне предсказуемы: снижение качества жизни, накопление хронической патологии, появление пациентов с заболеваниями в терминальной стадии и т. д. По оценкам Л. Бокерии, руководителя Института кардиохирургии им. Бакулева, одного из 200 ведущих кардиохирургов мира, по запущенности заболеваний российские пациенты сравнимы только с африканскими. Вместе с тем своевременное выявление патологий является одним из базовых условий эффективной борьбы с ними, причем с привлечением несравнимо меньших расходов.

Ради справедливости стоит упомянуть низкий уровень медицинской активности населения, немотивированность россиян к сохранению и укреплению собственного здоровья и здоровья своих детей. Однако важнее то, что зачастую население лишено реальной возможности заботиться о собственном здоровье, особенно в сельской местности. Уровень доступности медицинской помощи на селе был крайне низок во все времена, в том числе и в советский период. Начиная с послевоенных лет функция оказания медицинской помощи в сельской местности была возложена на фельдшеров, работающих в ФАПах (в народе называемых медпунктами). Рабочий арсенал деревенского фельдшера ограничивался минимальным набором препаратов, включавшим не более 5 – 7 наименований. Однако его роль в оказании экстренной медицинской помощи при травмах и отравлениях, а также в прививании населения

от ряда инфекционных заболеваний (именно эти категории болезней были наиболее распространены) в условиях сельского быта была решающей. Современное состояние ФАПов и других сельских медицинских учреждений еще более плачевное: минимум финансирования, отсутствие кадров, бедная материальная база фактически означают отсутствие самой возможности оказывать минимальную медицинскую помощь селянам.

Данные всероссийского исследования НОБУС, проведенного в 2003 г., выявили существенные различия в доступности медицинской помощи для жителей разных типов населенных пунктов. В таких мегаполисах, как Москва, Санкт-Петербург, а также в крупных городах большим спросом пользуется амбулаторно-поликлиническая помощь, люди чаще проходят обследования, чаще обращаются к врачу-специалисту, чем в малых городах и сельской местности.

В отношении обращаемости за стационарной помощью наблюдается обратная зависимость. Жителей малых городов чаще госпитализируют в силу того, что из-за недостатка амбулаторного лечения они обращаются за помощью тогда, когда их надо уже помещать в стационары. С точки зрения сохранения здоровья это несправедливо и нерезультативно [323, с. 93-114].

На сегодняшний день единственной возможностью для жителей села получить необходимую медицинскую помощь является лечение в стационаре. Весьма перспективным направлением по преодолению данной тенденции в условиях сельской местности представляется дальнейшее расширение роли врача общей практики как главного фактора устранения диспропорций в медицинском обеспечении города и села. Однако специалистов в сфере семейной медицины пока крайне мало, причем в большинстве своем они привязаны к городским поликлиникам или районным ЦРБ и почти не соприкасаются с жителями отдаленных местностей.

Территориальное неравенство населения в возможностях получения необходимой медицинской помощи возникает как следствие неоднородности обеспечения территорий объектами социальной инфраструктуры. Вместе с тем, как свидетельствует зарубежная практика, данный факт не может рассматриваться как реальное препятствие для эффективного обеспечения людей, живущих в отдаленных от крупных городов населенных пунктах, медицинскими услугами. В развитых странах эта проблема успешно раз-

решается за счет организации выездных практик медицинского обслуживания [244]. В России она не теряет своей остроты и нуждается в разрешении.

В связи с тем, что максимальный радиус обслуживания центральными районными больницами населения муниципальных образований Вологодской области варьируется от 52 км в Сямженском и Шекснинском районах до 154 км в Грязовецком и 115 км в Бабаевском и Белозерском районах, неразвитость в них дорожно-транспортного сообщения становится веским аргументом против возможности в должной мере обеспечить работу мобильных медицинских служб (*прил. 7, рисунок*). По данным статистики, почти половина населенных пунктов области не связаны дорогами с твердым покрытием с сетью путей сообщения общего пользования.

В то же время территориальная удаленность населенных пунктов, со всеми затрудняющими передвижение факторами, и, как следствие, невозможность посещать врача обуславливают высокий уровень спроса жителей села на скорую медицинскую помощь (СМП). Тот факт, что 15% опрошенных в Вологодской области в перечне ответов на вопрос относительно того, в какое учреждение они обращаются за медицинской помощью, выбрали вариант «Вызываю скорую помощь», говорит прежде всего о той специфике, которую приобрела данная служба в России (доставка врача или фельдшера к месту жительства заболевшего). Однако следует признать, что на подобные шаги людей толкают и объективные причины, в частности сложность попасть к врачу, особенно в состоянии болезни.

Более того, ситуация не изменилась за межкризисный период, оставаясь актуальной и на сегодняшний день: в 1998 г. число выполненных вызовов скорой помощи в среднем по области составило 340,1 в расчете на 1000 чел. населения, в 2007 г. – 375,2 (в 2006 г. – 387,3) [238]. Число выездов скорой помощи велико по всей России: в 2006 г. на 1000 жителей приходилось 335 выездов бригад СМП в РФ и 354 в среднем по СЗФО.

В целом низкая оснащенность ФАПов квалифицированными кадрами, медикаментами, оборудованием, сложность их лицензирования в отсутствие систем водоснабжения и водоотведения, практика сокращения и перепрофилирования участковых больниц в сельские амбулатории приводят к тому, что жители отдаленных сельских поселений становятся дискриминируемой в отношении оказания медицинской помощи социальной группой.

Лекарственное обеспечение. Одним из важнейших аспектов доступности медицинской помощи является возможность граждан получать (приобретать) необходимые лекарственные средства, которая лимитируется благосостоянием индивида и степенью эффективности государственной системы обеспечения населения лекарствами и ее финансированием.

Рынок лекарственных препаратов в современном мире является одним из самых интенсивно развивающихся. Темпы роста расходов на лекарственные средства в большинстве стран мира не уступают темпам роста как ВВП, так и общих затрат на здравоохранение. О весе фармацевтической отрасли в глобальной экономике свидетельствуют общемировые объемы продаж фармацевтической продукции, в 2008 г. достигшие, по имеющимся оценкам, 735 – 745 млрд. долл. США, а темпы их роста составили 6 – 7% [91, с. 13]. Правительства европейских стран (в частности, Франции), обеспокоенные эскалацией расходов в данной сфере, предпринимают попытки стабилизировать ситуацию, но, сталкиваясь с сопротивлением субъектов фармацевтического рынка (фармацевтических лабораторий, страховщиков), отстаивающих собственные интересы, отступают, поскольку принятие непопулярных мер приводит к потере позиций в политической борьбе [286, с. 28-47]. В этой ситуации в ущерб зачастую оказывается пациент. Существование феномена информационной асимметрии между врачом и пациентом возлагает полную ответственность за принятие решения о рекомендации того или иного препарата на лечащего врача и делает пациента уязвимым, а также полностью зависимым от уровня его квалификации и компетенции. В этих обстоятельствах чрезвычайно высок соблазн заработать на нуждах пациента. Поэтому во всем мире чрезвычайно актуальны проблемы неэффективного расходования средств по причине нерационального лекарственного обеспечения населения, при этом особого внимания удостоиваются вопросы сравнительной медико-экономической оценки медицинских препаратов (фармакоэкономический анализ). Однако, как показывают опыт и анализ информационных источников, в России растущий объем медицинских препаратов не подвергается основательному критическому анализу, а механизмы рационализации и оптимизации рынка медикаментов развиваются недостаточно.

Потребность населения в лекарственных препаратах растет как из-за увеличения заболеваемости, так и вследствие расширения спектра предлагаемой фармацевтической продукции. Широкий

ассортимент лекарств в аптеках предоставляет не только свободу выбора, но и соблазн заменить визит к врачу приемом некоей «панацеи». Люди все чаще отдают предпочтение медикаментозному самолечению, в приобретении лекарств опираясь не на рецепт доктора, а на советы близких, информацию из рекламных роликов, бумажных и электронных СМИ. Это особенно опасно, поскольку действовавший в СССР запрет на приобретение медикаментов без рецепта врача в современной России утрачен.

Однако и визит к квалифицированному специалисту не может гарантировать безопасного лечения. Российские врачи достаточно часто выписывают бесполезные и даже опасные препараты, т.к. лишены достоверной информации об их реальной эффективности: новые информационные учебники не печатаются, а публикации в медицинских журналах по большей части оплачиваются фармацевтическими фирмами. Наконец, повсеместной стала практика финансовых соглашений между врачами и фармфирмами. Подобные практики распространены и в развитых странах Европы, где выбор того или иного препарата в практике лечащих врачей сегодня определяется не объективной научной информацией и его реальной адекватностью конкретному клиническому случаю, а маркетинговой политикой и активностью фирм-производителей, направленной на представителей медицинского корпуса, то есть рядовых врачей.

Рассмотрим особенности ценообразования на рынке фармацевтической продукции и выясним, где кроются опасные для потребителя правовые и организационные упущения. В современных российских условиях цены на медикаменты регулируются Минздравсоцразвития, регистрирующим препараты и фиксирующим цены на них. Кроме того, министерство устанавливает предельную надбавку к цене производителя на федеральном и региональном уровнях. Однако данные меры контроля оказываются сегодня неэффективными, поскольку региональные власти сами могут расширять списки жизненно необходимых лекарственных препаратов на основе формуляров, составленных вышестоящим органом¹⁰. Кроме

¹⁰ Базовый перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, изделий медицинского назначения и расходных материалов, используемых для разработки формуляров лекарственных средств ЛПУ, приводится в приложении к ТППГ. См.: Приложение 4 к Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Вологодской области на 2008 год от 07.12.2007 № 1116.

того, такие списки имеют право составлять министерства и предприятия, на которых действуют собственные службы здравоохранения. Несмотря на то, что назначение пациентам непатентованных препаратов поощряется, их распространению препятствуют такие факторы, как рекламные кампании, ненадежность поставок лекарств, несовершенство системы страхования и возмещения затрат на медикаменты [295]. Основными покупателями лекарств являются федеральные, региональные и муниципальные власти, больницы и поликлиники, аптеки и частные потребители, причем система распределения лекарств в России крайне раздроблена. Амбулаторные больные приобретают медикаменты за собственный счет, госпитализированные же имеют право на бесплатное обеспечение препаратами, которое в реальности не всегда соблюдается в большинстве случаев из-за недостатка средств в ЛПУ. Стоит отметить, что количество зарегистрированных лекарств в РФ превышает соответствующие показатели развитых стран Европы. Так, в Швеции зарегистрировано 2,5 тыс. лекарств, в Германии – около 12 тыс., тогда как в России – около 20 тыс. [75, с. 24]. Дело в том, что в европейских странах более основательно подходят к испытанию медикаментов и регистрируют лишь наиболее эффективные. Вместе с тем в настоящее время весьма актуальна проблема контрафактных препаратов, масштабы распространения которых оцениваются величиной от 10% и, по некоторым оценкам, 40%. Причем, как заявил председатель комитета Совета Федерации по социальной политике и здравоохранению В. Петренко, 94% подделок производится за рубежом – в Венгрии, Польше, Германии, Китае и Индии и только 6% – в России. При этом подавляющее большинство фальсификата приходится на препараты, пользующиеся повышенным спросом у населения [214].

Ситуация усугубляется также неудовлетворительным состоянием отечественной фармацевтической промышленности, которая выпускает немало устаревших препаратов, разработанных десятки лет назад, не соответствующих международному стандарту качества (GMP), изготовленных из дешевых и менее качественных субстанций, закупаемых в Индии и Китае. Наконец, главной причиной проблем с обеспечением населения лекарствами, по свидетельствам экспертов, представляется неэффективная схема их распределения и неадекватная оценка потребностей в них на уровне субъектов РФ. Так, в ряде регионов России на 1 января

2009 г. зафиксированы неиспользованные дорогостоящие препараты на сумму 11 млрд. рублей, в то время как во многих субъектах РФ ощущается их острый дефицит [77].

Проблемы с получением лекарств наиболее актуальны для социально уязвимых групп населения, поэтому на фоне их изобилия, наблюдаемого на аптечных витринах, для жителей Вологодской области важной остается тема доступности необходимых для лечения медикаментов. Как можно судить по данным мониторинга здоровья, более трети населения региона испытывает подобные трудности, причем в городах Вологде и Череповце их удельный вес увеличивается, для населения области в целом данная тенденция не выявлена (табл. 5.10).

Таблица 5.10. **Распределение положительных ответов на вопрос: «Возникали ли у Вас трудности с приобретением лекарств, назначенных врачом?» – по территориям (в % от числа опрошенных, без затруднившихся ответить)**

Территория	2004 – 2005 гг.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
г. Вологда	29,7	28,0	37,2	43,0
г. Череповец	28,6	30,1	31,4	39,9
Районы	36,6	35,3	39,6	30,1
Область в целом	33,1	32,4	36,9	35,6

Источник: Данные мониторинга состояния физического здоровья населения Вологодской области.

С возрастом потребность в медицинских услугах и, соответственно, в медикаментах возрастает. Однако вместе с этим возникают и трудности с приобретением важных для здоровья препаратов. Так, в 2008 г. трудности в приобретении лекарств испытывали около 30% молодежи и 45% лиц пенсионного возраста, и, судя по данным опроса, такая ситуация сохраняется с 2004 г. Выявлено, что отмеченная проблема характерна для наименее обеспеченных граждан, что логично, но, как оказалось, около 30% лиц, имеющих высокие доходы, также заявляют о подобных проблемах (табл. 5.11).

Среди причин, обуславливающих сложность приобретения лекарств, большая часть респондентов называет их высокую стоимость (в 2008 г. – 70% вологжан, 60% череповчан и 53% жителей районов области). Около 15% респондентов имели затруднения с бесплатным получением лекарств, так как их отказали выдать в аптеке (11%) или врач не выписал соответствующий рецепт (4%) (табл. 5.12).

Таблица 5.11. Распределение положительных ответов на вопрос: «Возникали ли у Вас трудности с приобретением лекарств, назначенных врачом?» – по возрастным и доходным группам населения (в % от числа ответивших, без учета затруднившихся ответить)

Группы населения	2004 – 2005 гг.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
<i>По возрасту</i>				
До 30 лет	27,3	26,9	26,3	29,9
30 – 55 (60) лет	31,3	30,7	32,7	34,2
Старше 55 (60) лет	48,5	44,5	58,2	45,4
<i>По уровню среднедушевого дохода</i>				
20% наименее обеспеченных	43,4	42,1	50,0	48,8
60% среднеобеспеченных	37,6	35,1	39,7	36,2
20% наиболее обеспеченных	16,4	22,1	29,5	27,1
Источник: Данные мониторинга состояния физического здоровья населения Вологодской области.				

Таблица 5.12. Распределение ответов на вопрос: «В чем причина возникновения трудностей с приобретением лекарств, назначенных врачом?» (в % от числа испытывающих трудности)

Причина трудностей	Год	Территория			
		Вологда	Череповец	Районы	Область
Высокая стоимость лекарств	2004	72,6	68,7	64,5	67,0
	2005	69,4	59,3	52,0	57,2
	2006	60,6	68,1	55,8	59,6
	2007	77,3	67,8	48,9	59,6
	2008	72,2	61,2	52,8	60,7
Отсутствие лекарств в аптеке	2004	38,4	32,5	35,5	35,4
	2005	22,6	38,9	46,2	39,6
	2006	36,4	37,2	39,6	38,4
	2007	20,3	42,1	48,9	40,8
	2008	31,1	48,7	55,8	46,8
Отказ аптеки выдать лекарство бесплатно при наличии рецепта	2004	13,7	8,4	8,9	9,7
	2005	9,7	6,2	13,9	11,4
	2006	6,1	5,3	14,1	10,5
	2007	14,1	7,4	14,4	12,8
	2008	16,6	7,2	10,8	11,4
Отказ врача в выписке рецепта на приобретение лекарств бесплатно при наличии показаний	2004	0,0	7,2	7,5	5,9
	2005	5,6	6,2	3,6	4,6
	2006	1,0	1,8	1,8	1,6
	2007	3,9	9,1	1,3	3,6
	2008	2,0	6,6	3,0	3,7
Источник: Данные мониторинга состояния физического здоровья населения Вологодской области.					

Данные проблемы вынуждают людей отказываться от предусмотренных законом льгот («соцпакет») и взамен их получать деньги, приобретать препараты за полную стоимость (это возможно

в тех случаях, когда лекарства имеют доступную цену) или вовсе отказываться от их приобретения. Однако значительная часть населения фактически находится в двойной зависимости: с одной стороны, от болезни, при которой любые отступления от медицинских показаний могут привести к необратимым последствиям, а с другой стороны, от бесплатно полагающихся лекарств и процедур.

В связи с финансово-экономическим кризисом ситуация с лекарственным обеспечением населения стала еще более напряженной по причине ограниченности бюджетных средств и обесценивания рубля. В Российской Федерации средний показатель номинальной девальвации составил 38% от максимального уровня, зарегистрированного в 2007 – 2008 гг. [389, с. 17].

Поскольку большинство лекарственных препаратов, включенных в льготный перечень, являются импортируемыми (доля отечественных фармпроизводителей на российском рынке составляет чуть более 20%), произошедшее падение курса национальной валюты обусловило соответствующее удорожание всех жизненно необходимых препаратов. Учитывая тот факт, что годовой бюджет на закупку лекарств жестко фиксирован, увеличение их стоимости может привести к дефициту.

Платность медицинских услуг как фактор, снижающий их доступность для населения. Платность медицинской помощи – одна из самых сложных и неоднозначно трактуемых категорий здравоохранения, т.к. объединяет различные по характеру явления. В настоящей работе платность медицинских услуг рассматривается как фактор, ограничивающий доступность медицинской помощи для населения, причем в самом широком понимании – начиная от неформальных платежей и заканчивая легальными платежами населения за медицинское обслуживание. Представляется, что основания для такой точки зрения не являются надуманными, а имеют право на существование в силу повсеместного внедрения практик оплаты медицинских услуг их потребителями. Не случайно среди пяти общих недостатков медицинской помощи, сформулированных экспертами ВОЗ, названа ее разорительность: «Ежегодно более 100 млн. человек в мире впадают в нищету из-за необходимости платить за медицинскую помощь» [91].

Причины распространенности всех видов платежей в сфере отечественного здравоохранения следует искать в самой модели ее функционирования, сложившейся в последние годы, когда про-

цесс финансирования здравоохранения осуществлялся в отрыве от реальной деятельности по оказанию медицинских услуг населению и ориентировался на поддержание созданных материальных фондов. В этих условиях ЛПУ и работавшие в них врачи вступали в договорные отношения с пациентами, которые фактически сами оплачивали оказывавшиеся им медицинские услуги.

Вопрос о масштабах коммерциализации здравоохранения (и социальной сферы в целом) в конечном счете определяется тем, какую долю в софинансировании социальных нужд принимает на себя государство. В настоящее время даже в наиболее развитых странах мира происходит пересмотр роли государства в реформировании общественного регулирования в социальной области, одним из направлений которого становится коммерциализация социальных услуг. Однако в России проблема участия населения в оплате медицинской помощи стоит более остро, чем в развитых странах. По данным ВОЗ за 2004 г., доля государственных затрат на здравоохранение в России составила 58% от общих расходов на здравоохранение, в то время как в странах Европы этот показатель варьируется от 69,7 в Португалии и 71,9% в Испании до 85,4% в Швеции и 85,9% в Великобритании. Данный факт свидетельствует о сложном положении российского гражданина, который имея в целом более низкий уровень жизни, чем среднестатистический житель Европы, вынужден в большей степени участвовать и в оплате медицинской помощи.

В России и ряде стран постсоветского пространства сложилась практика широкого участия населения в оплате медицинской помощи. Однако сравнение ситуации с государственным финансированием здравоохранения в странах, наиболее близких России и друг к другу по историческому прошлому (что более корректно), позволяет говорить о разнообразии пропорций между частным и общественным секторами в расходах на нужды здравоохранения даже в столь узком формате. По состоянию на 1998 г. масштабы государственного обеспечения здравоохранения в РФ составляли 58%, то есть существенно меньше, чем в Эстонии, Литве и Беларуси (86,3; 82,1 и 76% соответственно), но выше, чем в Грузии (42,7%). За период с 1998 по 2004 г. соотношение долей вкладов общественного и частного секторов финансирования здравоохранения в РФ, как и в Литве, практически не изменилось.

Несмотря на это есть основания полагать, что коммерциализация российского здравоохранения еще более закрепилась в последние годы (2006, 2007, 2008). Об этом свидетельствует, например, увеличение удельного веса жалоб населения по поводу взимания с них платежей за оказание медицинской помощи в общем объеме обоснованных претензий с 5% в 2005 г. до 10% в 2007 г. и 30% в 2008 г.

В последние годы вопрос о платности медицинских услуг для населения был во многом дискуссионным (в том числе и в высших властных кругах): по мнению одних, платность лечения граждан принципиально недопустима, другие, наоборот, утверждали, что данная практика является неизбежной в современных условиях. Вместе с тем не стоит говорить о феномене платности как о чем-то совершенно новом и идущем вразрез с законными принципами: существуют объективные, законодательно подкрепленные предпосылки для распространения личных платежей населения в оплате медицинских услуг. Одна из наиболее очевидных – использование неполного тарифа на оплату медицинской помощи в системе ОМС, который предполагает возмещение недостающих расходов за счет личных средств населения. Часть таких «доплат» (например, восполнение плохого питания в стационарах продуктами питания, приносимыми из дома, или поступление в стационар со своим бельем, «добровольные взносы» на покупку мелкого хозяйственного инвентаря, электролампочек и пр.) даже не воспринимается населением как нечто необычное [95, с. 25].

На практике регламентация платных услуг происходит посредством утверждения территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи, в рамках которых приводится подробный перечень видов медицинской помощи, предоставляемой населению за счет бюджетов всех уровней и средств Фонда обязательного медицинского страхования, то есть на бесплатной основе. В приложениях к таким программам также приводится набор услуг, предоставляемых учреждениями здравоохранения на платной основе (это анонимное лечение или оказание услуг во внерабочее время, косметологическая хирургия и пр.), причем, как следует признать, он не содержит моментов, противоречащих конституционному тезису о всеобщей бесплатности медицинской помощи. Более того, платные медицинские услуги предоставляются населению дополнительно к бесплатным видам медицинской помощи, финансируемым из средств бюджетов всех уровней и средств Фонда обя-

зательного медицинского страхования, и не заменяют их. Однако данный перечень является рекомендуемым; в каждом лечебно-профилактическом учреждении составляется конкретный перечень оказываемых платных услуг, который утверждается руководителем ЛПУ, согласно специальному разрешению соответствующего органа управления здравоохранения или учредителя. Указанный нюанс, как видится, и является предпосылкой для распространения платных медицинских услуг.

Следствием неоднородности экономического развития и существенных различий в масштабах налогооблагаемой базы регионов России выступает неравномерность в финансовом обеспечении территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, во многих регионах характеризующихся устойчивым дефицитом. Так, в 2007 г. в шестидесяти субъектах Российской Федерации имело место недофинансирование ТПГГ общим объемом 60,4 млрд. руб. Объем медицинской помощи, оказанной в рамках программ государственных гарантий, фактически был ниже нормативов в 19 субъектах Российской Федерации, в 34 субъектах он составил 40 – 49% от нормативов, а в 27 субъектах – 50-69%. Уровень финансовой обеспеченности ТПГГ в Вологодской области достиг в 2006 г. 77% (соответственно дефицит составил 23%), что несколько ниже, чем в большинстве регионов СЗФО и в среднем по всем субъектам РФ (82%) (рис. 5.6) [244].

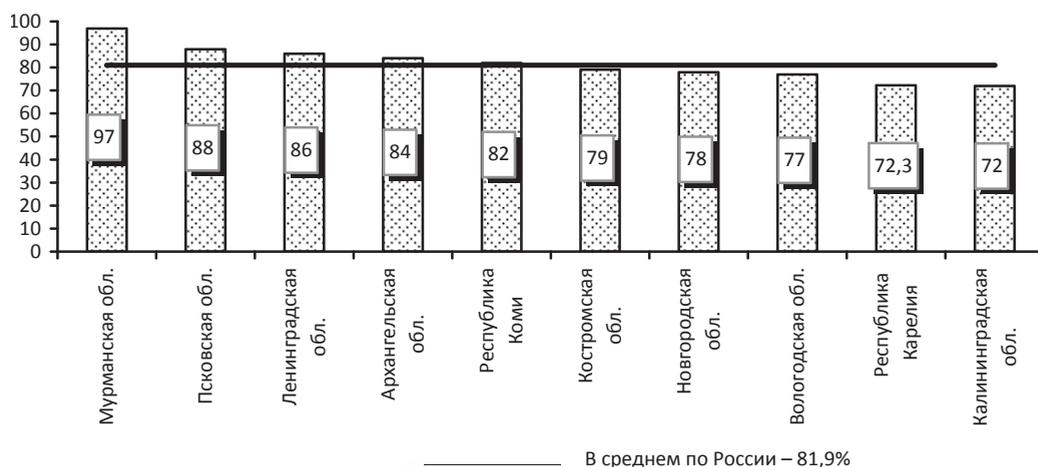


Рис. 5.6. Уровень финансовой обеспеченности Территориальной программы государственных гарантий в регионах СЗФО на фоне общефедерального уровня (данные 2006 г., %)

Источник: Реализация реформы здравоохранения в субъектах РФ. База данных. – URL: <http://www.healthreform.ru/>

Недофинансирование ТПГГ в первую очередь отражается на функционировании скорой и амбулаторно-поликлинической помощи, медицинской помощи, оказываемой в дневных стационарах, что явилось одной из основных проблем обеспечения населения бесплатной медицинской помощью [132, с. 86].

В то же время не следует абсолютно исключать и факт растущего спроса на медицинские услуги, оказываемые за личный счет пациента. Последний аргумент зачастую приводят чиновники, защищающие коммерциализацию здравоохранения: если частные практики лечения процветают, значит, существует объективный спрос населения на платную медицинскую помощь. Однако следует признать, что последние являются чрезвычайно дорогостоящими и не по карману большинству населения. К примеру, вызов врача на дом из частного медицинского центра в г. Вологде составил в 2008 г. около 1000 руб., в то время как средний уровень заработной платы по области в 2007 г. – 17000 руб. Действительно, по данным социологического опроса, к частнопрактикующим врачам в 2008 г. обратились лишь 5% респондентов, в коммерческие учреждения – 9%. Однако на необходимость оплаты медицинских услуг указывает 74% населения, обращавшегося за медицинской помощью, при этом ежемесячно расходовали собственные средства на лечение 20% жителей области (табл. 5.13).

Таблица 5.13. Доля населения Вологодской области, расходующего собственные средства на лечение, %

Варианты ответа	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Всего	70,8	77,3	72,9	65,8	74,0
<i>В том числе</i>					
Ежемесячно	18,0	22,1	20,2	17,2	20,3
Один раз в три месяца	14,7	16,1	17,4	17,1	18,6
Один раз в полгода	14,9	18,2	17,3	15,1	19,7
Один раз в год	15,0	12,6	16,9	16,4	15,4
Реже одного раза в год	8,2	8,3	1,1	–	–
Не расходовали, потому что не болели	26,2	21,4	27,1	33,3	24,9
Источник: Данные мониторинга состояния физического здоровья населения Вологодской области.					

Подобные результаты получены и в других исследованиях: например, каждый третий участник исследования ИС РАН «Социальные неравенства и публичная политика» (2006) или члены его семьи в течение последнего года прибегали к платным медицинским услугам за счет собственных средств [190, с. 433].

В 2008 г. по сравнению с 2007 г. с 68 до 73% возросла доля населения, которое оплачивает лечение, внося деньги в кассу лечебного учреждения. Напротив, с 16 до 12% снизился удельный вес жителей области, производящих неофициальную плату за медицинские услуги (лечащему врачу, среднему медперсоналу, руководителю лечебного учреждения, санитарке). Самыми распространенными расходами являются приобретение лекарств для амбулаторного лечения и оплата лечебных процедур (табл. 5.14).

Таблица 5.14. **Распространенность расходов на медицинские услуги**
(% от числа опрошенных)

Вид затрат	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Приобретение лекарств для амбулаторного лечения	65,3	63,9	63,1
Оплата лечебных процедур	14,7	19,2	13,9
Разовая оплата всего лечения	12,0	15,3	8,0
Приобретение лекарств для лечения в стационаре	11,2	10,4	6,4
Оплата операций	3,1	2,5	2,8
Уход за больным в палате	2,1	3,8	1,2
Нахождение в платном отделении стационара*	–	–	1,1

* Вопрос задается с 2008 г.
Источник: Данные мониторинга состояния физического здоровья населения Вологодской области.

По данным РМЭЗ, российские пациенты все чаще платят за визит к медицинским работникам (1994 г. – 4,7%; 2005 г. – 14,4%) или за медицинские услуги (1994 г. – 10%; 2005 г. – 30%) [190, с. 434].

В связи с платностью медицинских услуг население нередко вовсе отказывается от них (табл. 5.15). Трагедия современного больного состоит в том, что он не может себе позволить быть здоровым [51, с. 12]. Это подтверждают данные социологических исследований: в отказах от медицинской помощи из-за ее платности признается существенная часть респондентов – около 40%.

Наиболее частым является отказ от стоматологической помощи, протезирования зубов, диагностических обследований, амбулаторного лечения. Снижение данного показателя за 7 лет (2002 – 2008 гг.) в 1,4 раза, вероятно, связано с ростом денежных доходов населения. Однако темп роста стоимости медицинских услуг выше темпа роста доходов населения (в период с 2002 по 2007 г. среднестатистические денежные доходы населения Вологодской области увеличились в сопоставимой оценке лишь в 1,8 раза, в то время как средняя стоимость медицинских услуг на душу населения – в 2,8 раза [280]),

поэтому в связи с отсутствием бесплатной альтернативы население вынуждено либо откладывать лечение заболеваний, либо обращаться в частные клиники.

Таблица 5.15. Отказ населения Вологодской области от медицинских услуг по причине их платности (в % от числа опрошенных)

Вид медицинской помощи	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Всего отказывалось	53,2	52,4	49,5	57,1	61,4	58,5	39,1
В том числе*: Лечение и удаление зубов	40,5	36,3	35,6	41,9	47,4	49,1	30,2
Протезирование зубов	28,3	25,5	25,9	30,8	33,8	35,8	19,2
Диагностическое обследование	17,0	18,4	21,4	26,7	27,2	32,8	17,4
Амбулаторное лечение	15,1	13,4	16,4	20,8	21,8	21,7	13,1
Другие виды услуг	26,3	25,8	24,5	29,5	29,4	20,9	13,3
*Сумма отказов превышает 100%, т.к. респонденты могли выбирать более одного варианта ответа. Источник: Данные мониторинга состояния физического здоровья населения Вологодской области.							

В качестве перспективного источника финансирования здравоохранения в современной России рассматривается развитие системы добровольного медицинского страхования (ДМС), однако не стоит забывать, что она не может охватывать широкие слои населения. Согласно зарубежным эмпирическим данным, спрос на добровольное страхование среди населения характеризуется низким уровнем ценовой эластичности и низким эффектом дохода. Это во многом определяется тем, что распределение добровольного медицинского страхования даже в развитых странах мира обнаруживает явный крен в сторону материально обеспеченных людей [244]. В России низкодходность населения и непредсказуемость экономической и политической жизни, вероятнее всего, приведет к тому, что услуги ДМС окажутся востребованными среди незначительной части населения, причем преимущественно среди представителей отдельных профессиональных групп. Об этом свидетельствуют и результаты социологических опросов: получение платного страхового свидетельства в последние годы не рассматривалось жителями Вологодской области как желаемая форма страхования (даже при допущении, что их доходы возрастут в несколько раз). В 2008 г. доля респондентов, которые желали бы приобрести полис ДМС в случае двух-трехкратного увеличения доходов, несколько превысила 50%. Заинтересованность в ДМС выражают в большей степени лица с высоким уровнем дохода, а представители наименее обеспе-

ченных и среднедоходных групп населения в значительно меньшей степени ощущают потребность в этом (в 2008 г. 70% против 45 и 50% соответственно; *прил. 7, табл. 3*). Наблюдаемое в последние годы снижение доли населения, желающего приобрести полис ДМС, и высокий удельный вес тех, кто не считает необходимым его иметь, показывает, что в современных условиях граждане не видят существенных преимуществ добровольного медицинского страхования перед обязательным.

В заключение следует отметить, что проблема платности медицинских услуг остро стоит в российском здравоохранении, она особенно усугубляется низким уровнем платежеспособного спроса населения на медицинские услуги и отсутствием эффективных механизмов защиты прав пациента. Есть все основания полагать, что в обстановке негативных последствий финансово-экономического кризиса коммерциализация здравоохранения станет одним из существенных препятствий для граждан в получении необходимых медицинских услуг. Ведь в периоды экономических спадов люди обычно воздерживаются от обращения в частный сектор и шире используют службы, финансируемые государством. Наряду с этим, система общественного здравоохранения испытывает нехватку финансовых средств [306]. Принимая во внимание негативные процессы, происходящие в экономике Вологодской области, обусловленные современным кризисом, и вызванные им социальные проблемы, можно ожидать снижения доступности медицинских услуг, расширения спектра платных услуг.

Таким образом, в период 1998 – 2008 гг. наблюдался поступательный рост отечественной экономики, а благоприятная рыночная конъюнктура обеспечила широкие возможности для выполнения бюджетных обязательств и благоприятную среду для реализации социальных реформ. В 2005 г. сделан существенный позитивный шаг в сторону признания приоритетности социальных целей политики государства – был принят бюджет развития, включавший средства на реализацию приоритетных национальных проектов. Однако, стоит признать, принципиальных изменений в показателях доступности и качества медицинской помощи для населения, в особенности для его социально уязвимых слоев, в межкризисный период не произошло.

Как выяснилось из данных социологических опросов и анализа статистической информации, многие из проблем, остро стоявших перед отечественным здравоохранением в конце 1990-х гг., не теряют своей актуальности и по сей день.

1. Среднестатистический пациент, не имея возможности расплатиться за медицинские услуги, по-прежнему вынужден мириться с негативным отношением персонала ЛПУ, терпеть в очередях многочасовые ожидания приема и отказы в бесплатном получении лекарств.

2. Невысокое качество и доступность медицинских услуг, недостаток внимания к пациентам, порой некорректное поведение медицинского персонала ведут к формированию психологического барьера в отношении к врачам и медицинским учреждениям у значительной части населения. В силу этого все шире распространяется самолечение, становятся популярными услуги «нетрадиционной медицины». Так, согласно данным социологического опроса, проведенного в 2008 г., 1,8% жителей области (около 18000 чел.) в связи с ухудшением здоровья обращались к так называемым «целителям».

3. Выявлена значительная дифференциация населения по доступности в получении медицинских услуг. Вследствие неразвитости дорожно-транспортного сообщения и территориальной отдаленности лечебно-профилактических учреждений жители сельских поселений становятся дискриминируемой в отношении получения медицинской помощи социальной группой. На сегодняшний день единственной возможностью для жителей села получить необходимую медицинскую помощь является лечение в стационаре.

4. Коммерциализация здравоохранения, высокая стоимость лекарственных препаратов, неэффективность их распределения снижают доступность медицинской помощи для социально уязвимых групп населения (люди с хроническими недугами, малообеспеченные, жители села).

В связи с платностью медицинских услуг население нередко отказывается от них. В этом признается существенная часть респондентов – около 40%. Наиболее частым является отказ от стоматологической помощи, протезирования зубов, диагностических обследований. Вместе с тем за 7 лет (2002 – 2008 гг.) произошло снижение данного показателя в 1,4 раза, что связано как с ростом денежных доходов населения, так и с отсутствием бесплатной альтернативы.

5. Современный финансово-экономический кризис затронул все категории населения, включая и тех, чьи доходы превышают средний уровень, однако в наибольшей степени его негативному влиянию подвержены менее обеспеченные граждане, имевшие невысокий достаток и в период экономического роста. Сегодня не вызывает сомнений то, что экономическая рецессия и вытекающие из нее социально-экономические проблемы (рост безработицы, общее падение уровня жизни и доходов населения) повлияли на платежеспособность людей. Это в значительной степени затруднит их возможность оплачивать медицинские услуги и, очевидно, приведет к тому, что граждане, озабоченные поиском работы и средств для жизни, будут уделять значительно меньше внимания собственному здоровью, особенно в вопросах здорового образа жизни и профилактики. Последнее, в свою очередь, повысит риск распространения хронических патологий среди населения, последствия этого будут ощущаться долгие годы и самими гражданами, и службами медицинской помощи.

То, в какой степени финансово-экономический кризис 2008 г. повлияет на функционирование системы здравоохранения и на здоровье населения, во многом зависит также и от глубины докризисных ошибок. В этом смысле кризис стал симптоматичным для Российской Федерации: он показал, что за годы благоприятной экономической конъюнктуры система эффективного управления здравоохранением в стране не была создана.

В условиях нынешних социально-экономических трудностей важно найти разумный компромисс между принципами социальной справедливости и экономической целесообразности в реализации политики здравоохранения, что поможет и продолжить ранее инициированные преобразования, и избежать обострения социальной напряженности. От продуманности современной государственной политики в сфере охраны общественного здоровья, а также от того, в какой мере при реализации социальных реформ будут учитываться интересы и мнения пациентов, для удовлетворения потребностей которых и существуют медицинские службы и организации, будет зависеть тот социально-экономический результат, который получит общество от системы здравоохранения в ближайшей и отдаленной перспективе.

5.3. Вклад отдельных компонентов образа жизни в здоровье населения

Ключевой проблемой для всех направлений охраны здоровья является формирование культуры здоровья, повышение престижности здоровья, самоосознания ценности здоровья как фактора активного долголетия. Многих заболеваний можно не допустить, выполняя социально-гигиенические нормы и правила поведения, и это не требует больших затрат. Напротив, лечение финальных стадий заболеваний обходится дорого, то есть все профилактические и здоровьесберегающие меры выгодны.

Возрастающая роль поведенческих аспектов в борьбе за продолжительность жизни нашла свое выражение и в исследованиях «самосохранительного поведения», «культуры здоровья», «здорового образа жизни» [189, с. 9-22]. Они ставят здоровье на высочайший уровень ценностей, определяют активность человека в отношении к здоровью.

Учитывая, что с точки зрения системного подхода человек – открытая, саморегулирующаяся и самообновляющаяся система, которая обменивается с окружающей средой энергией, веществом, информацией, можно созидать свое здоровье, постоянно поддерживая организм на оптимальном уровне здоровья и ведя здоровый образ жизни.

Именно сам человек способен внести максимальный вклад в поддержание своего здоровья. Еще Сократ говорил: «Если человек сам следит за своим здоровьем, то трудно найти врача, который знал бы лучше полезное для его здоровья, чем он сам». Эта истина остается актуальной и в современном мире. Приоритет здорового образа жизни и профилактики не теряет своей актуальности.

Развитие здравоохранения в зарубежных странах также направлено на формирование у населения ответственного отношения к своему здоровью. Это подтверждают выступления участников VIII конференции Европейской социологической ассоциации [109, с. 15-16]. Необходимость формирования здорового образа жизни у населения определена как важное направление деятельности по сбережению здоровья в отраслевой программе «Охрана и укрепление здоровья здоровых на 2003 – 2010 гг.», утвержденной Мини-

стерством здравоохранения РФ. Формирование здорового образа жизни – одно из центральных направлений национального проекта «Здоровье». Однако в этих документах большее внимание уделено распространенности вредных привычек и необходимости отказа от них.

Но здоровый образ жизни как научная категория гораздо шире. Одни ученые рассматривают его как осознанное целенаправленное поведение людей, предусматривающее использование в каждодневной социальной практике материальных, духовных факторов и условий, благотворно влияющих на сохранение и укрепление здоровья, продиктованное ценностными ориентациями, мотивами здоровьесберегающей деятельности [25, с. 84-86]. Другие ученые рассматривают здоровый образ жизни через призму самосохранительного поведения, включая своевременное обращение за квалифицированной медицинской помощью, отказ от курения и алкоголя, активное занятие физической культурой [187, с. 246-249].

Ничто не в состоянии способствовать укреплению здоровья людей больше, чем осознание ими основных факторов, вызывающих болезни или способствующих их возникновению, а также принятие мер по ослаблению негативного воздействия этих факторов на здоровье. Лучший способ предотвращения заболеваний – здоровый образ жизни и поддержание условий среды обитания, уменьшающих вероятность болезней в самом широком смысле. Сюда входит не только отсутствие вредных привычек, но и профилактика заболеваний, и эстетика здорового тела, и, главное, отношение к собственному здоровью как необходимому условию рождения здоровых детей [26]. При этом самая большая трудность заключается в создании мотивации к здоровому образу жизни.

Люди по-разному относятся к своему здоровью. Для одних здоровье само по себе является ценностью, другим оно необходимо в первую очередь для достижения определенных целей (возможности достижения значимых результатов на работе, карьерного роста, возможности зарабатывать деньги и т.д.). Степень важности здоровья для каждого человека определяет его активность в отношении к собственному здоровью. Основываясь на этом, человек строит свое поведение.

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

Судя по данным мониторинга здоровья населения Вологодской области, лишь 50% ее жителей называют здоровье основной жизненной ценностью (табл. 5.16). Это преимущественно лица возрастной категории более 55 (60) лет, женщины, пенсионеры, инвалиды. Причем сельские жители по сравнению с городскими чаще выделяют здоровье как основную ценность (55 и 45% соответственно). Для четверти населения региона основной ценностью является семья, работа – лишь для 3%.

Таблица 5.16. **Распределение ответов на вопрос: «Что для Вас является основной ценностью?»**(в % от числа опрошенных в 2009 г.)

Вариант ответа	Вологда	Череповец	Районы	Область
Здоровье	45,5	44,1	55,3	50,1
Семья	20,9	29,7	22,1	23,7
Материальное благополучие	13,0	11,0	10,6	11,3
Работа	5,1	3,1	2,1	3,1
Затрудняюсь ответить	15,5	12,1	9,9	11,8

Источник: Данные мониторинга здоровья населения Вологодской области.

Приоритетность здоровья в большей мере подтверждается и в рассуждениях населения о степени собственной ответственности за поддержание своего здоровья. Отвечая на вопрос: «Кого Вы считаете ответственным за Ваше здоровье?», 75 – 80% жителей Вологодской области указывали на первостепенность личной ответственности (табл. 5.17).

Таблица 5.17. **Распределение ответов на вопрос: «Кого Вы считаете ответственным за Ваше здоровье?»** (% от числа опрошенных)

Вариант ответа	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2008 г.	2009 г.
Считаю себя ответственным за свое здоровье	81,1	79,2	71,7	74,3	73,0	83,0	76,5
Государство	23,8	36,0	30,4	28,4	25,4	10,4	5,7
Медицинских работников	22,0	36,0	33,0	33,3	23,0	16,0	14,5
Семью, родственников	7,4	11,9	10,1	8,5	8,9	3,7	7,9
Работодателя	–	–	–	–	–	5,9	2,5
Затрудняюсь ответить	7,3	9,3	11,0	6,0	7,4	5,5	10,6

Примечание. Можно было отметить несколько вариантов ответа.
Источник: Данные мониторинга здоровья населения Вологодской области.

Как показало исследование, проведенное социологической службой РГСУ [42, с. 75-78], определяя причины ухудшения здоровья, граждане России чаще всего называли социально-экономические факторы, такие как низкий уровень жизни (49,2%), недоступность

качественной медицинской помощи (42,3%). Около трети респондентов (32-33%) отметили недоступность и дороговизну лекарственных препаратов, плохую экологию, неправильный образ жизни, питания; 23,4% опрошенных считают, что здоровье снижается вследствие высокого темпа жизни и постоянных стрессов; 14% – указали на отсутствие возможности полноценного отдыха.

Понимание людьми важности здорового образа жизни выявлено и в других исследованиях. С.А. Ефименко указывает, что при определении причин, оказывающих негативное влияние на здоровье, второе место по его степени после физиологических факторов заняли поведенческие, связанные с образом жизни [100, с. 110-114]. И.П. Попова, анализируя результаты лонгитюдного исследования членов домохозяйств Москвы и Воронежа, отмечает, что группа практик, связанная с поддержанием здорового образа жизни, оказалась более значимой для улучшения или ухудшения здоровья [216, с. 23-27].

Лонгитюдное исследование здоровья и развития детей, проведенное нами на территории Вологодской области, позволяет увидеть, что по мере взросления детей факторы образа жизни занимают все более значимое место среди отмечаемых родителями причин ухудшения здоровья детей. В возрасте от 1 года до 5 лет в большей степени влияние (до 60%) на здоровье оказывают физиологические и медицинские факторы (заболевания с рождения, наследственная предрасположенность, неверные диагнозы и невыполнение рекомендаций врача в полной мере). К 10 – 14 годам более значимыми становятся такие факторы, как качество и организация питания, режим дня, отсутствие закаливающих процедур, высокая учебная нагрузка, занимающие в совокупности около 50%.

Осознание населением влияния на здоровье своего образа жизни ведет к попыткам изменить некоторые привычки в целях улучшения здоровья. В исследовании, проведенном нами в Вологодской области, респонденты наиболее часто отмечали, что пытались бросить курить (33%), увеличить свою физическую активность (31%), повысить работоспособность (28%), уменьшить потребление алкоголя (23%), похудеть (21%).

Предпринимаемые людьми попытки, связанные с преодолением норм и привычек, глубоко вошедших в повседневную жизнь, требуют для своего осуществления проявления волевых усилий, поэ-

тому выполняются с различной результативностью (табл. 5.18). Наиболее результативны усилия, направленные на коррекцию питания, например на снижение в рационе количества соли, жиров, сахара. Несколько ниже результативность стремлений повысить свою работоспособность и физическую активность. Менее всего результативны попытки бросить курить.

Таблица 5.18. Распределение ответов на вопрос: «В течение последних 12 месяцев пытались ли Вы всерьез ..?» (в % от числа опрошенных в 2009 г.)

Принятые меры	Да, пытался, и мне это удалось	Да, пытался, и мне это не удалось	Нет, не пытался	Результативность (% удавшихся попыток в общей доле попыток)
Меньше употреблять соли	16,8	6,6	67,4	71,8
Меньше употреблять жиров	15,5	6,3	68,6	71,1
Повысить работоспособность	19,5	8,7	64,1	69,1
Меньше употреблять сахара	17,7	8,0	64,9	68,9
Увеличить свою физическую активность	20,9	9,6	60,9	68,5
Уменьшить потребление алкоголя	15,2	8,1	66,7	65,2
Похудеть	9,6	10,9	68,2	46,8
Увеличить вес	2,3	3,2	78,7	41,8
Бросить курить	4,1	28,7	61,6	12,5
Источник: Данные мониторинга здоровья населения Вологодской области.				

Подобные результаты получены и в других исследованиях. Так, например, по данным опроса населения социологической службы РГСУ (август 2008 г.) [42, с. 75-88], среди способов заботы о здоровье россияне чаще всего выбирали отказ от курения и потребления алкоголя (42 – 46%); прием лекарств при первых признаках заболевания (27,6%); необходимость отведения времени для отдыха и восстановления сил (21,5%). В поддержании здоровья многие делают акцент на соблюдении правильного питания (20,2%), приеме витаминов (17,6%). Занятия физкультурой и любительским спортом отметили 18,3% опрошенных.

Проведенные нами исследования дают возможность более подробно обсудить распространенность самых важных аспектов образа жизни (курение и потребление алкоголя, питание, физическая активность, медицинская активность семьи) и стратегии населения по их изменению.

Курение и потребление алкоголя оказывают значительное влияние на здоровье людей, становясь порой решающими факторами его формирования. Активное курение и чрезмерное потребление алкоголя являются компонентами саморазрушительного поведения, приводящего к разрушению здоровья индивида и наносящего вред окружающим его людям.

Россия входит в число стран с наиболее высокой распространенностью табакокурения. Количество курильщиков в России превышает среднемировой уровень почти в 1,5 раза [276]. Удельный вес курящего населения Вологодской области составляет треть ее населения, при этом 25% курильщиков имеют стаж курения 10 – 20 лет, а 21% – более 20 лет.

Женщины всех возрастных групп курят значительно меньше, чем мужчины (табл. 5.19). Однако женщины с 18 до 30 лет, являющиеся основной репродуктивной группой, более склонны к курению по сравнению с представительницами среднего и особенно старшего возраста, тревожно, что их доля увеличивается – в сравнении с уровнем 2002 г. она выросла на 10 процентных пунктов.

Таблица 5.19. Распределение ответов на вопрос: «Курите ли Вы в настоящее время?» – по полу и возрасту (в % от числа опрошенных)

Показатель	Мужчины в возрасте (лет)						Женщины в возрасте (лет)					
	2002 – 2005 гг.			2006 – 2009 гг.			2002 – 2005 гг.			2006 – 2009 гг.		
	До 30	30-60	Старше 60	До 30	30-60	Старше 60	До 30	30-55	Старше 55	До 30	30-55	Старше 55
Не курят	44,7	43,4	60,4	45,3	39,5	52,7	69,5	75,6	89,1	59,9	61,5	72,7
Курят	54,8	55,6	38,5	54,1	59,9	45,9	29,0	23,0	6,7	39,5	37,8	26,3
Без ответа	0,5	1,1	1,2	0,7	0,6	1,4	1,6	1,5	4,2	0,6	0,7	1,0

Источник: Данные мониторинга здоровья населения Вологодской области.

В 2009 г. изменился в худшую сторону показатель психологической готовности населения к отказу от курения: 30% курящих (в 2008 г. – 36%) хотели бы самостоятельно бросить курить, 25% (столько же и в 2008 г.) согласны отказаться от этой привычки при условии посторонней помощи. Не хотят бросать курить 43% (в 2008 г. – 37%) потребителей табака.

Таким образом, очевидно, что активная позиция общества и государства, продуманные действия в направлении снижения табакокурения ожидаемы людьми (около 55% курильщиков в регионе бросили бы курить при создании соответствующих условий). Но оче-

видно и то, что меры не должны быть односторонними – только просветительными или запретительными. Необходимы взвешенные комплексные действия.

Еще одной проблемой является чрезмерное потребление алкогольсодержащих напитков. Продажа алкоголя увеличивается ежегодно. По данным социологических исследований в Вологодской области в среднем за 2002 – 2009 гг. употребляли спиртные напитки 72% мужчин и 57% женщин. Особое беспокойство вызывает весьма значительное количество (66%) пьющих молодых женщин (табл. 5.20).

Таблица 5.20. **Употребление алкогольных напитков мужчинами и женщинами (2002 – 2009 гг., в % от числа опрошенных)**

Показатель	Мужчины				Женщины			
	До 30 лет	30 – 60 лет	Старше 60 лет	Всего	До 30 лет	30 – 55 лет	Старше 55 лет	Всего
Употребляют	73,2	74,6	60,7	71,9	65,5	64,8	37,6	57,4
Не употребляют	25,6	23,5	36,5	26,2	32,5	32,0	59,0	39,7
Без ответа	1,2	1,9	2,8	1,9	2,0	3,2	3,4	3,0

В 2009 г. ежедневно употребляло алкоголь почти 8% населения региона, 1 раз в неделю – 51%. Это больше, чем за период 2007 – 2008 гг. (6 и 45% соответственно). Причем среди молодежи наблюдается некоторое снижение потребления слабоалкогольных и увеличение употребления крепких напитков. В старшей возрастной группе увеличилось потребление всех видов алкогольных напитков.

Для современной России характерно потребление некачественных алкогольсодержащих напитков, самогона, даже технических жидкостей. Нередки случаи замены алкоголя на дешевые алкогольсодержащие лекарственные препараты (приобретаются в аптечной сети по 4-5 емкостей малой литражности). Неразборчивость в потреблении алкоголя ведет к высокой смертности от алкогольных отравлений. Ее значительный всплеск произошел в Вологодской области в 2005 г. (был вызван потреблением технических спиртов типа «Крепыш», находившихся в продаже в сети уличных киосков). Важно отметить, что чрезмерное потребление алкоголя ведет не только к ухудшению здоровья, но и к смене образа жизни, становясь причиной потери работы, распада семьи, маргинализации.

Наличие вредных привычек в семье является препятствием для формирования позитивных ориентаций на здоровый образ жизни у подрастающего поколения. По данным ВОЗ распространенность

употребления табака подростками 13 – 15 лет в РФ составила 27%, в Европейском регионе – 18%, в мире в целом – 14% (за период 2000 – 2008 гг.) [181].

Чем раньше человек сталкивается с выбором курить или отказаться от курения, тем меньше он осознает опасность употребления табака. По данным мониторинга здоровья детского населения, удельный вес детей, пробовавших курить, увеличивается с 5% в 11 лет до 31% к 14 годам. Прослеживая изменения в гендерной структуре, отметим, что среди пробовавших курить меняется соотношение мальчики/девочки: в 11 лет – 4:1; в 14 лет – 1:1.

Доминирующей причиной, способствующей началу и поддержанию курения подростков, по данным экспертов ВОЗ, является наличие курящих в семье, в кругу друзей и сверстников. Для детей очень важен пример не просто взрослых людей, а близких и авторитетных для них лиц [53]. Поэтому имеет большое значение то, курят или нет родители. Как правило, в семьях, в которых курит хотя бы один из родителей, в 2 раза чаще встречаются курящие дети (25% против 12% соответственно). Причем наибольшее влияние на вероятность проб курения детей оказывает курение матери. При курящей матери дети пробуют курить в 6 раз чаще, чем при некурящей. Если курит бабушка, пробуют курить 18% детей, в отличие от 2% – при некурящей бабушке.

В Вологодской области потребление алкогольных напитков составляло в 2008 г. 12,3 литра на 1 жителя (в 2002 г. – 12,8 л [220]). Из 63% жителей региона, употребляющих алкоголь, 42% имеют несовершеннолетних детей (данные за 2008 г.). Исследование показало, что в 50% случаев распитие алкоголя происходит в семейном кругу. Если в семье есть практика употребления алкоголя, то четверть детей его пробовали в раннем возрасте (табл. 5.21).

Таблица 5.21. **Взаимосвязь между пробами алкоголя у детей и употреблением алкогольных напитков их родителями**
(когорта 1995 г.; в %)

Выпивает ли кто-либо из семьи?	Пробовал (а) спиртные напитки					
	12 лет		13 лет		14 лет	
	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет
Да	61,5	40,7	59,1	45,6	53,6	68,8
Нет	38,5	57,1	40,9	54,4	46,4	31,3

В большинстве случаев детям не нравятся вредные привычки взрослых. Однако отношение к курению более лояльное, чем к алкоголю. Негативное отношение к алкоголю выражают 68% детей,

к курению – 63%. В то же время треть подростков отметили, что им безразлично, курят окружающие или нет, и почти столько же (32%) равнодушно относятся к употребляющим алкоголь.

Еще один аспект образа жизни, изменение которого может существенно влиять на здоровье, – это *организация и качество питания*. Связь между здоровьем и питанием является самой непосредственной и более отчетливой, чем связь с многими другими факторами.

В оценке населением Вологодской области качества питания преобладает позиция «нормальное», удельный вес которой за период с 1999 по 2009 г. вырос в 1,4 раза (с 43 до 58%). Вместе с тем доля жителей области, оценивающих свое питание как «неудовлетворительное» и «очень плохое», в 2009 г. по сравнению с 1999 г. снизилась с 36 до 14% и с 12 до 2% соответственно. Полноценным свое питание в 2009 г. считало лишь 11% населения, большую долю которого составляли лица в возрасте до 30 лет, городское население. Столь низкие оценки питания связаны в первую очередь с относительно невысоким уровнем жизни большинства жителей региона, а также с их недостаточными знаниями о здоровом питании.

В плане обсуждения образа жизни наиболее интересны причины и стратегии поведения людей при выборе продуктов питания или изменении его характера и режима. Анализ данных мониторинга физического здоровья показал, что при организации своего питания жители региона придерживаются следующих правил: употребление большего количества овощей и фруктов (30%), слежение за сроком годности пищевых продуктов (28%), приобретение продуктов от надежных (проверенных) производителей (26%), употребление натуральных продуктов (25%), соблюдение режима приема пищи (20%), профилактика йод-дефицитных заболеваний (18%). Однако 32% населения питается «как придется».

В структуре причин изменения характера питания жителями региона отмечается желание вести более здоровый образ жизни – 27%, к положительным факторам также можно отнести и желание снизить вес – 17%, а к отрицательным моментам – снижение дохода – 34%, причем удельный вес данного фактора в 2009 г. увеличился по сравнению с 2008 г. на 12 процентных пунктов (табл. 5.22). На уменьшение дохода в большей мере указывают жители сельской местности, пенсионного возраста, чаще мужчины, чем женщины.

Таблица 5.22. **Распределение ответа на вопрос: «Если характер Вашего питания изменился, то какова основная причина этого?»**
(в % от числа опрошенных)

Основная причина изменения характера питания	Вологда		Череповец		Районы		Область	
	2008 г.	2009 г.	2008 г.	2009 г.	2008 г.	2009 г.	2008 г.	2009 г.
Снижение дохода	24,1	32,0	17,6	30,3	23,3	37,2	21,7	34,2
Чтобы вести более здоровый образ жизни	33,5	32,0	37,8	31,9	36,5	23,0	36,2	27,3
Чтобы снизить вес	15,8	20,3	17,9	17,6	16,5	16,1	16,8	17,4
Болезнь	8,9	20,3	14,1	8,0	13,0	9,8	12,4	11,6
Чтобы сохранить вес	1,0	5,9	5,3	2,1	6,3	4,1	4,7	4,0
Увеличение дохода	5,9	2,6	6,1	1,6	6,5	2,2	6,2	2,1
Чтобы увеличить вес	2,0	1,3	1,1	1,1	1,0	0,8	1,3	1,0

Источник: Данные мониторинга здоровья населения Вологодской области.

Согласно данным анализа, женщины в возрасте до 30 лет чаще изменяют характер питания с целью снижения веса. Изменение характера питания для ведения более здорового образа жизни в большей степени характерно для городского населения, женщин, лиц пенсионного возраста.

Таким образом, мы можем утверждать, что большинство населения знакомо с рекомендациями о здоровом питании, но не всегда соблюдает их.

Результаты российского обследования согласуются с данными, полученными нами. Почти половина опрошенных (48,5%) ответственно относятся к своему питанию, большинство из них (36,4%) «стараятся потреблять здоровую пищу», 12,1% – придерживаются диеты, выбранной самостоятельно либо рекомендованной врачом [42, с. 75-88].

Для трети респондентов причина неполноценности пищевого рациона – экономическая, она может быть нивелирована прежде всего путем повышения доходов населения. Для жителей небольших городов и сельчан развитие дачного и приусадебного хозяйства является также дополнительным источником качественных продуктов питания.

Важным аспектом здорового образа жизни, профилактики многих заболеваний выступает *оптимальный уровень физической нагрузки, борьба с гиподинамией*. По оценкам Всемирной организации здравоохранения, общая физическая неактивность провоцирует 1,9 млн. смертей в мире. Успешная борьба с гиподинамией

позволит сократить частоту ишемической болезни сердца на 15 – 39%, инсульта – на 33%, гипертензии – на 12%, диабета – на 12 – 35%, рака толстой кишки – на 22–33%, рака молочной железы – на 5 – 12% и переломов на фоне остеопороза – на 18% [90].

Значительную часть времени занятое трудоспособное население проводит на работе. Поэтому для определения двигательной активности человека важно знать, какова его физическая нагрузка в рабочее время и корректируется ли она в период отдыха после трудового дня.

Судя по данным исследования физической активности населения Вологодской области на работе, 34% ее жителей имеют «сидячую» работу, а работа 10% населения связана с тяжелыми физическими нагрузками. Для женщин в 1,5 раза чаще характерна сидячая работа, тогда как мужчины в 5 раз чаще занимаются тяжелой физической работой. Жителям сельской местности (в основном мужчины) чаще в сравнении с городским населением приходится выполнять небольшую физическую работу или заниматься тяжелым физическим трудом.

В ситуации, когда профессиональная деятельность значительной доли населения связана с работой в офисе (в основном «сидячая» работа), особенно важным становится вопрос организации полноценного отдыха с умеренными физическими нагрузками. В 2009 г. 56% населения области свободное время преимущественно проводило дома. Большинство этой группы составили женщины, работающие пенсионеры, жители сельской местности. Прогулки на свежем воздухе предпочитало 36% населения и только 11% – занималось физкультурой и спортом, посещало спортивные залы (табл. 5.23). Спортом в большей мере занимались мужчины в возрасте до 30 лет, проживающие в городе. Население сельской местности в 1,3 раза чаще, чем в городе, указывает на полное отсутствие свободного времени.

Общее число россиян, занимающихся физкультурой и спортом регулярно или время от времени, оценивается учеными в 30%, но постоянно занимаются только 9% [42, с. 75-88].

Лица, имеющие низкую физическую активность на работе, не задаются вопросом о ее компенсации при проведении свободного времени. Среди тех, кто занимается в основном «сидячей» работой, весьма значительная доля (60%) и дома предпочитает пассивный отдых, в то время как доля занимающихся спортом составляет лишь 7% (табл. 5.24). Больше внимание спорту в свободное время уделяют люди с умеренной физической активностью на работе.

Таблица 5.23. Распределение ответов на вопрос: «Как Вы проводите свободное время?» (в % от числа опрошенных)

Вариант ответа	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.
Сижу дома (телевизор, чтение, домашние дела, не требующие значительных физических усилий)	58,3	54,7	49,7	49,8	48,6	58,6	57,6	63,0	55,9
Прогулки на свежем воздухе	25,3	28,2	31,5	27,3	31,8	33,3	34,3	33,0	35,9
Занимаюсь спортом, посещаю спортивный клуб, спортзал, фитнес-центр	7,9	11,2	10,7	8,3	11,0	9,3	12,5	12,0	11,3
Посещаю культурно-массовые мероприятия	9,3	9,6	11,8	11,0	13,0	11,8	11,6	11,7	10,9

Примечание. Сумма составляет более 100%, т.к. респонденты могли указывать более одного варианта ответа.
Источник: Данные мониторинга здоровья населения Вологодской области.

Таблица 5.24. Характер проведения свободного времени населением области в зависимости от степени физической активности на работе, в %

Как Вы обычно проводите свое свободное время?	Какова Ваша физическая активность на работе?			
	У меня в основном сидячая работа	Хожу на работе довольно много	Приходится выполнять небольшую физическую работу	Занимаюсь тяжелой физической работой
Сижу дома (телевизор, чтение, домашние дела, не требующие значительных физических усилий)	59,6	53,3	51,2	54,7
Прогулки на свежем воздухе	37,8	35,1	37,0	17,3
Занимаюсь спортом	3,9	11,0	9,2	3,3
Посещаю спортивный клуб, спортивный зал, фитнес-центр	4,3	6,1	5,9	4,0
Посещаю культурно-массовые мероприятия	10,6	17,4	10,1	5,3
У меня нет свободного времени	13,7	13,9	16,0	30,0

Примечание. Сумма составляет более 100%, т.к. респонденты могли указывать более одного варианта ответа.
Источник: Данные мониторинга здоровья населения Вологодской области.

Низкая физическая активность как на работе, так и в свободное время распространена и среди представителей молодого возраста. По данным мониторинга, 45% молодых людей пассивно проводят свободное время, сидя дома перед телевизором или компьютером; 38% – просто гуляют по улицам и лишь 18% занимаются физкультурой и спортом.

Таким образом, уровень физической активности населения области при проведении свободного времени можно оценить как недостаточный.

Однако только половина населения считает, что мало времени затрачивает на двигательную активность.

Значительно расширяет знания о здоровом образе жизни населения *анализ медицинской активности*. Под медицинской активностью мы понимаем деятельность людей в области охраны, улучшения здоровья в определенных социально-экономических условиях. Медицинская (медико-социальная) активность включает: наличие гигиенической грамотности; выполнение медицинских рекомендаций; участие в оздоровлении окружающей среды; умение оказывать первую доврачебную помощь себе и родственникам; использовать средства народной, традиционной медицины и др. Медицинская активность, отражающая осознание членами семьи ценности здоровья, направленность их действий на сохранение здоровья и поддержание соответствующего образа жизни, лежит в основе здоровьесберегающего поведения, формирования здорового образа жизни [167]. Повышать медицинскую активность важно потому, что этот фактор, как наиболее «управляемый», дает возможность предотвратить развитие тяжелых хронических заболеваний, требующих дорогостоящего и длительного лечения.

Важным способом сохранения здоровья является своевременное обращение за квалифицированной медицинской помощью. Судя по результатам исследования, при возникновении первых признаков болезни к врачу всегда обращается 11,5% населения, еще 35% – не всегда, но в большинстве случаев. Более 40% жителей региона предпочитают самолечение и обращаются к врачам только в случае значительного ухудшения состояния.

Профилактика – это часть правильного поведения в отношении здоровья, наряду с обращением за квалифицированной помощью во время болезни. В исследовании мы обратили внимание на то, с какой именно целью респонденты посещали медицинские учреждения в году, предшествующем опросу, на основании чего были сформированы группы, имеющие сходные стратегии поведения в отношении своего здоровья. Оказалось, что 17% опрошенных обращались к врачу с профилактической целью, еще 14% – при прохождении профосмотра. Можно считать, что это группа активных и относительно активных граждан, заботящихся о своем здоровье само-

стоятельно или при помощи государства и работодателя. Чаще всего это люди трудоспособного возраста, с хорошей или удовлетворительной оценкой здоровья.

Другая группа – граждане, поддерживающие свое здоровье (46%), обращавшиеся к доктору в период плохого самочувствия. Чаще всего это люди с плохой самооценкой здоровья (73% против 33% с хорошей); представители группы 20% наиболее обеспеченных (53% против 32% среди 20% наименее обеспеченных); старше трудоспособного возраста (60% против 36% в возрасте моложе 30 лет).

Третью группу составляют пассивные жители региона, невнимательно относящиеся к своему здоровью. Они или не обращались к врачу, так как лечились самостоятельно, – 11%, или не помнят цели визита в больницу (можно считать, что не были там) – 4%, или не обращались к врачу, т.к. не болели – 8%. Среди представителей этой группы чаще встречаются молодые люди. Самолечение в большей степени характерно для представителей 20% менее обеспеченных (15% против 10% среди 20% более обеспеченных). Среди тех, кто не обращается к врачу, подавляющее большинство оценивает свое здоровье как хорошее (23% против 4% с плохим здоровьем).

Подобные результаты получены и в других исследованиях: так, например, по данным РЭМЭЗ, в течение последних трех месяцев в медицинское учреждение или просто к специалисту для профилактического обследования обратилось около 20% населения. Причем несколько активнее ведут себя обеспеченные люди: среди тех, чей доход выше медианного, доля обратившихся составляет 19%, ниже медианного – 14%.

Анализ глубинных интервью, проведенных в соответствии с методикой EQ-5D, подтверждает количественные данные и позволяет определить основные характеристики людей, обратившихся за медицинской помощью в учреждения здравоохранения: относительно высокий уровень дохода; серьезные проблемы со здоровьем (резкое ухудшение здоровья, обострение болезни); высокий уровень заботы о здоровье [190, с. 342-345; 189, с. 9-22].

Сложившиеся в семье стратегии поведения характерны в отношении не только охраны собственного здоровья, но и здоровья детей. Именно в детстве закладывается отношение индивида к своему здоровью, формируются необходимые привычки и навыки, из которых в дальнейшем складывается образ жизни.

Важно, чтобы родители имели правильное представление о здоровье ребенка в целях выполнения адекватных оздоровительных мероприятий. В семьях, участвующих в лонгитюдном исследовании здоровья и развития детей, около 50% родителей считают себя полностью осведомленными о здоровье своих детей. На основе полученной информации родителями строится оценка здоровья и планируются оздоровительные мероприятия в семье. Углубленный анализ позволил выявить несоответствие родительских и врачебных оценок. В целом оценка здоровья детей врачами более критична (табл. 5.25).

Таблица 5.25. Сопоставление оценки здоровья детей родителями и педиатрами (2008 г.)

Оценка здоровья ребенка родителями (в % от числа опрошенных)		Оценка здоровья ребенка педиатрами (в % от числа наблюдаемых детей)	
<i>Когорта 1995 года</i>			
Хорошее	35,1	17,5	Хорошее (1 группа здоровья)
Удовлетворительное	60,5	54,4	Удовлетворительное (2 гр. здоровья)
Плохое	4,4	28,1	Плохое (3 группа здоровья)
<i>Когорта 1998 года</i>			
Хорошее	51,3	7,7	Хорошее (1 группа здоровья)
Удовлетворительное	47,4	66,7	Удовлетворительное (2 гр. здоровья)
Плохое	1,3	25,6	Плохое (3 группа здоровья)
<i>Когорта 2001 года</i>			
Хорошее	32,5	8,9	Хорошее (1 группа здоровья)
Удовлетворительное	64,2	67,5	Удовлетворительное (2 гр. здоровья)
Плохое	3,3	23,6	Плохое (3 группа здоровья)

Необоснованное спокойствие родителей в отношении здоровья их детей, вследствие этого слабая мотивация на проведение закаливающих, укрепляющих семейных мероприятий становятся порой причинами ухудшения здоровья детей. Ранняя выявляемость заболеваний во многом зависит от своевременного обращения к врачам-специалистам. Более 60% родителей в обследуемых семьях всегда обращаются к врачам в случае острых либо обострения хронических заболеваний у ребенка. Эти семьи своевременно и полностью выполняют также рекомендации врача. В других семьях прибегают к самолечению, средствам народной медицины или же обращаются к врачу уже при тяжелом состоянии ребенка. Особенно часто такая тенденция прослеживается в неполных семьях. Это может быть обусловлено как финансовыми проблемами (потери заработка при выходе на больничный, боязнь потери

рабочего места в связи с частыми болезнями ребенка), так и неудовлетворительным медицинским обслуживанием (6% респондентов указали, что не доверяют врачу).

Проведенный анализ показал, что 78% родителей с высшим образованием (против 60% – с неоконченным средним) всегда обращаются к врачам в случае острых либо обострения хронических заболеваний у ребенка.

Медицинская активность семьи по мере взросления детей падает. Так, если в раннем детстве 84% родителей всегда обращались к врачам при острых заболеваниях ребенка и обострениях хронических заболеваний, то к 13 годам – всего 69%. Изменяются и мероприятия семьи по поддержанию здоровья. Своевременное посещение врача и соблюдение режима и правил питания остаются среди приоритетов семей, воспитывающих и детей младшего возраста, и подростков. В то же время закаливание, совместные занятия зарядкой и прогулки популярны только в семьях, воспитывающих детей младшего возраста (табл. 5.26).

Таблица 5.26. Распределение ответов на вопрос: «Что Вы делаете для поддержания здоровья ребенка?» (в от числа опрошенных в 2008 г.)

Вариант ответа	7 лет (когорта 2001 г.)	10 лет (когорта 1998 г.)	13 лет (когорта 1995 г.)
Обращаемся к врачу при первых признаках болезни	55,3	42,3	42,1
Ведем здоровый образ жизни	48,8	44,9	40,4
Принимаем витамины, биодобавки	48,0	43,6	50,9
Организуем правильное питание	47,2	44,9	43,9
Делаем зарядку, совершаем прогулки	42,3	15,4	7,9
Занимаемся спортом	28,5	48,7	35,1
Используем закаливание	18,7	17,9	6,1

Прямая зависимость образа жизни детей от гигиенического поведения их родителей зафиксирована во многих исследованиях. Так, по данным, приведенным И.В. Журавлевой [107 с. 156], в семьях, в которых родители занимались утренней гимнастикой, 68% детей также делали ее, а в семьях, в которых родители не утруждали себя физическими упражнениями, доля детей, делавших гимнастику, сокращалась до 39%.

Забота родителей о здоровье ребенка должна проявляться не только в желании своевременно и правильно его накормить и выполнить соответствующие рекомендации врача, но и в том, чтобы укрепить здоровье ребенка, предотвратить возможные заболевания.

Значительное благотворное влияние на здоровье детей оказывает закаливание. К большому сожалению, не все родители осознают важность мероприятий такого плана. Результаты углубленного анализа по группе часто болеющих детей показали, что при регулярном проведении закаливающих процедур доля часто болеющих детей в 2 – 4 раза ниже, нежели при их отсутствии (табл. 5.27).

Таблица 5.27. **Влияние закаливания на здоровье ребенка в возрасте 5 лет** (в % от числа опрошенных)

Проводилось ли закаливание ребенка			Здоровье ребенка			
Вариант ответа	Когорта 1995 г.	Когорта 1998 г.	Когорта 1995 г.		Когорта 1998 г.	
			R 1	R 2	R 1	R 2
Проводилось регулярно	57,7	38,5	42,9	57,1	14,0	86,0
Проводилось редко	14,1	35,4	40,0	60,0	15,2	84,8
Не проводилось	28,2	25,4	25,0	75,0	9,1	90,9

R 1 — группа с наименьшим риском ухудшения здоровья;
R 2 — дети, имеющие различные отклонения в состоянии здоровья, хронические заболевания.

Результаты исследования свидетельствуют о том, что медицинская активность семьи, являясь одним из звеньев в цепочке сохранения и укрепления здоровья детей, невысока. Мониторинг позволил выделить следующие характеристики медицинской активности семей: медицинская активность родителей по мере взросления ребенка падает; родители часто неадекватно оценивают здоровье детей, не видят необходимости в организации диетпитания, консультаций у врачей-специалистов, что могло бы предотвратить развитие хронических заболеваний; многие семьи при различных недомоганиях ребенка не обращаются к врачу, предпочитая самолечение; в семьях высока распространенность вредных привычек.

Учитывая невысокие показатели здоровья россиян, их скромная доля, ориентированная на здоровый образ жизни, представляется недостаточной. Этот вывод подтверждается и другими исследователями. Например, Н.И. Белова, И.В. Журавлева, Л.С. Шилова, В.З. Коган также отмечают несоответствие между потребностью человека в здоровье и его усилиями, направленными на сохранение и укрепление своего физического и психического благополучия. Более того, ученые указывают на то, что здоровье для части граждан становится инструментальной потребностью, то есть средством для достижения и реализации других жизненных благ и потребностей [25, с. 84-86].

Подводя предварительные итоги, отметим, что:

1. Ценность здоровья и личная ответственность за его сохранение признается большинством населения страны.

2. В то же время в популяции широко распространены вредные привычки – чрезмерное потребление алкоголя, табакокурение.

3. Значительная часть населения ведет малоподвижный образ жизни, не занимаясь физкультурой и спортом. «Сидячую» работу имеют 34% жителей Вологодской области, 60% из них и внерабочее время проводят пассивно. Спортом занимается только 11% населения.

4. Несмотря на существенный рост удельного веса населения, оценивающего свое питание как нормальное, полноценным свое питание считает лишь 11% населения. При этом треть жителей региона питается «как придется», а причиной изменения питания для 34% населения послужило снижение доходов.

5. Медицинская активность населения невысока. В ходе исследования нами выделены 3 группы населения на основании стратегий их медицинской активности: активные и относительно активные граждане (31% = 17%+ 14%); люди, поддерживающие свое здоровье (46%); лица пассивные, невнимательно относящиеся к здоровью (23%).

Медицинская активность семьи по мере взросления детей падает. Так, если в раннем детстве 84% родителей всегда обращались к врачам при острых заболеваниях и обострениях хронических заболеваний ребенка, то к 13 годам – всего 69%. Изменяются и мероприятия семьи по поддержанию здоровья. Своевременное посещение врача и соблюдение режима и правил питания остаются среди приоритетов семей, воспитывающих как детей младшего возраста, так и подростков. В то же время закаливание, совместные занятия зарядкой и прогулки популярны только в семьях, воспитывающих детей младшего возраста.

6. Образ жизни, характерный для взрослого населения, является примером для подрастающего поколения. Медицинская активность семей невысока, кроме того, по мере взросления детей она снижается. В семьях, в которых принято курить, распивать спиртные напитки, дети с большей вероятностью приобщаются к вредным привычкам.

В целом можно говорить о низкой фактической (а не декларированной) ценности здоровья, о слаборазвитой культуре самохранения и ответственности за собственное здоровье и здоровье близких (как правило, люди начинают заботиться о здоровье только после его фактического или ожидаемого ухудшения или по совету врача). Необходимо изменить модель поведения большинства населения: забота о своем здоровье и здоровье близких людей должна формироваться не по факту ухудшения здоровья, а предотвращая его.

С этой целью важно не только развивать профилактическую медицину, но и привлекать некоммерческие организации и бизнес к взаимодействию в целях профилактики развития профессиональных заболеваний, формирования здоровой среды обитания и оздоровления населения.

Важнейшими направлениями формирования здорового образа жизни должны стать:

- развитие сферы физкультуры и спорта с расположением спортивных учреждений в шаговой доступности; развитие дворового спорта и организация спортивного досуга детей с использованием в этих целях волонтеров из числа студентов;
- создание в городах спортивных и парковых зон, велодорожек, выделение полос движения на дорогах для велосипедистов;
- формирование нормативно-правовой и законодательной базы, в том числе в отношении качества питьевой воды и питьевого водоснабжения, маркировки пищевых продуктов и т.д.;
- обеспечение безопасности продуктов питания;
- внедрение более здоровых привычек и стереотипов питания, в том числе посредством совершенствования бюджетно-финансовой, сельскохозяйственной политики, политики в области продаж, которые способствовали бы расширению доступности овощей и фруктов и снижению потребления продуктов с высоким содержанием жиров;
- усиление профилактики профессиональных заболеваний;
- создание мотивации и информированности населения о здоровом образе жизни, в том числе через вовлечение бизнеса в участие в страховой медицине, восстановление и развитие традиций «производственных зарядок» – коротких перерывов на гим-

настику и т.д. (средства, затраченные на медицинское просвещение населения сегодня, обернутся меньшими затратами на лечение заболеваний уже в ближайшем будущем);

- разработка и реализация национальной программы по профилактике злоупотребления алкоголем и табакокурения, которая предусматривала бы мониторинг потребления алкоголя и табака населением, усиление запретов на рекламу табачных и спирто-содержащих изделий; ограничение мест продажи табачных и ликеро-водочных изделий; ужесточение наказаний для работников торговли, допускающих продажу табачных изделий и спиртных напитков несовершеннолетним;

- развитие школьной медицины, улучшение школьного питания, распространение положительного опыта создания здоровьесберегающей среды в школах.

Научить население сохранить здоровье становится в новых социально-экономических условиях первостепенной задачей не только медицинских работников, но и экономистов, управленцев, работников сельского хозяйства, социологов, психологов, работников науки, образования и культуры. Необходимо стремиться пробудить у населения ответственность и за свое здоровье, и за здоровье детей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Современный этап экономических реформ сопровождается кардинальными преобразованиями социальной структуры российского общества, темпы которых сильно дифференцируются в различных регионах страны. Происходящие изменения находят свое отражение в тенденциях общественного здоровья.

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

В то же время во всех регионах России отмечается рост заболеваемости населения. В период с 1998 по 2008 г. уровень его первичной заболеваемости увеличился на 15%. Ее структура практически не изменилась: ведущими причинами остались болезни органов дыхания, травмы и отравления, болезни кожи и подкожной клетчатки, инфекционные и паразитарные заболевания. Сохраняется высокая заболеваемость социально обусловленными болезнями.

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

Проведенные исследования показали весьма значительные масштабы экономического урона от заболеваемости, инвалидности и смертности, что требует разработки специальных медико-

профилактических программ, направленных на снижение потерь здоровья, увеличение экономической отдачи от сохранения здоровья населения. Особую актуальность эта задача приобретает в условиях последствий мирового финансово-экономического кризиса 2008 – 2009 гг., который поставил под угрозу достигнутые результаты по стабилизации общественного здоровья.

Обобщая результаты настоящей работы, выделим ряд основных проблем, которые остро стоят перед современной Россией, от эффективности и своевременности решения которых зависит состояние здоровья населения в ближайшие годы и в долгосрочной перспективе.

1. Отставание России от развитых стран мира по большинству показателей, характеризующих здоровье.

– *Высокий уровень смертности.*

С 1992 г. в России началось стремительное сокращение численности населения, во многом обусловленное неприемлемой для мирного времени смертностью, уровень которой в 1,5 – 2 раза превышает аналогичный показатель в экономически развитых странах.

Естественная убыль населения, происходившая в Вологодской области с 1992 г. в русле общероссийских негативных демографических тенденций, привела к устойчивой депопуляции. За период 1998 – 2007 гг. в результате снижения рождаемости и увеличения смертности население региона сократилось на 9%. Так, общее число умерших в 2008 г. по сравнению с 1998 г. возросло на 13%, а среди населения в трудоспособном возрасте – на 15%.

Одним из важнейших интегральных показателей развития общества в целом является уровень младенческой смертности. В России он в 2 раза выше, чем в развитых странах Европы, несмотря на значительное снижение. В Вологодской области младенческая смертность снизилась с 17 случаев (на 1000 родившихся живыми) в 1998 г. до 7,7 случая в 2008 г. Однако в некоторых сельских районах показатель составляет 14 случаев (на 1000 родившихся живыми).

– *Низкий уровень ОПЖ при рождении.*

Обобщающим показателем, характеризующим здоровье населения, является средняя ожидаемая продолжительность жизни. В Вологодской области в 2008 г. она достигла уровня 1998 г. и составила 67 лет, что на один год меньше, чем в среднем по России, и на 10-16 лет – чем в экономически развитых странах. Разрыв в средней продолжительности жизни мужчин и женщин в регионе равен 13 годам.

– *Высокий уровень аборттов.*

Высокий уровень аборттов ведет к ухудшению репродуктивного здоровья женщин и снижению репродуктивного потенциала. В 2008 г. на каждые 100 родов приходилось 113 аборттов. Несмотря на снижение числа аборттов с 68 на 1 тыс. женщин репродуктивного возраста в 2000 г. до 50 – в 2008 г., их уровень в соответствии с классификацией ООН определяется как высокий.

– *Уровень суицидов значительно превосходит предельно-критический уровень, определенный ВОЗ.*

Уровень смертности жителей региона от самоубийств оставался значительно выше аналогичного показателя по России на протяжении всего последнего десятилетия. Значительное повышение суицидальной активности отмечалось в 1992 и 1998-м – в годы самых громких политических, социальных и экономических потрясений.

В целом за период с 1999 по 2007 г. средний уровень суицидальной активности населения региона составил почти 49 случаев на 100 тыс. населения, что примерно в 2,5 раза превышает предельно-критическое значение, установленное специалистами Всемирной организации здравоохранения (20 случаев на 100 тыс. населения).

2. Снижение репродуктивного потенциала населения страны.

Результаты исследования показали, что для Вологодской области, как и для России в целом, характерно малодетное репродуктивное поведение населения. Возросшее стремление женщин к самореализации в профессии, что повлекло за собой более длительный процесс обучения, более позднее вступление в брак и откладывание рождений, в свою очередь, привело к тому, что первый ребенок остается единственным. Это стало основой для формирования низкого уровня рождаемости и причиной снижения числа женщин фертильного возраста в перспективе.

Вместе с тем анализ репродуктивных установок населения позволяет утверждать, что в Вологодской области существует резерв рождений. В настоящее время суммарный коэффициент рождаемости составляет 1,36‰, при реализации хотя бы планируемого числа детей – 1,91‰ – он мог бы значительно приблизиться к уровню простого воспроизводства.

Рейтинг факторов, лимитирующих репродуктивные планы населения, возглавляет материальное положение семьи, жилищные условия. В то же время желаемое число детей не зависит от уровня доходов семьи, а определяется потребностью в детях.

Семейный бюджет заметно лимитирует реально планируемое число детей. То есть благоприятные материальные условия способствуют более полной реализации репродуктивных планов.

На репродуктивный потенциал и здоровье будущих поколений влияет здоровье не только женщин, но и мужчин. В России существует гендерный диспаритет в отношении диагностики и поддержания репродуктивного здоровья. Показатели заболеваемости болезнями половой сферы населения увеличиваются. Особенно значимым является рост андрологической патологии. В Вологодской области заболеваемость мужским бесплодием увеличилась в 4 раза (с 0,3 в 2000 г. до 1,2 в 2008 г.). Методы статистического учета заболеваемости в уроандрологии не позволяют прогнозировать демографический ресурс региона по заболеваниям мужской половой сферы и репродуктивный потенциал.

– Важным компонентом развития репродуктивного потенциала является здоровье детей.

Происходит снижение потенциала здоровья детей, полученного при рождении. Причем здоровье ухудшается поэтапно, ступенчато: значительное снижение потенциала здоровья детей имеет место на первом году жизни; к 7 годам, особенно в году, предшествующем поступлению в школу; к 10 годам увеличивается удельный вес детей, имеющих хронические заболевания.

Установлено, что в различные возрастные отрезки воздействие факторов не одинаково.

В раннем детстве наиболее заметное влияние на здоровье детей оказывают следующие факторы:

- Плохое здоровье родителей: так, матери здоровых детей в 65% случаев имели хорошее и отличное здоровье, а матери больных детей – только в 51% случаев. В то же время у матерей больных детей значительно чаще удовлетворительное здоровье (43%), чем у матерей здоровых детей (35%). У матерей с удовлетворительным здоровьем дети в 4 раза чаще болеют хроническими заболеваниями, чем у матерей с отличным здоровьем.

- Низкий уровень гемоглобина у женщин в период беременности: у женщин, страдавших анемией во время беременности, всего 29% детей родились здоровыми, за первый год жизни удельный вес детей с первой группой здоровья снизился до 8%, в 2 года – до 7%, в 3 года он составил чуть больше 1%. В Вологодской области среди заболеваний, предшествовавших беременности или возникших во время ее, в период с 1995 по 2007 г. доля анемий составляла 35%.

- Вредные привычки матери, в частности курение, увеличивают риск рождения маловесных детей. У женщин, продолжавших курить и во время беременности, удельный вес детей, родившихся с нормальным весом, составил всего 3 – 14%. Доля здоровых детей у куривших во время беременности матерей в 4 раза меньше, чем у некурящих. Распространенность курения среди беременных женщин значительно возросла (с 3% в 1995 году до 13 – 15% в последующих когортах).

- Условия труда будущей матери, не соответствующие санитарным нормам. В когорте 1995 г. матери больных детей значительно чаще работали в условиях запыленности (12,5% против 8,8% у здоровых), повышенной температуры (12,5% против 2,9%), психического напряжения (37,5% против 29,4%), ночного времени (12,5% против 1,5%). Данный фактор тоже широко распространен в популяции. Так, в Вологодской области в 2006 г. 26% женщин трудились в не отвечающих санитарным нормам условиях, в то время как в 2000 г. этот показатель не превышал 7%.

- Здоровье детей в первый год жизни во многом определяется характером вскармливания младенца. Дети, находившиеся на грудном вскармливании, в 2 раза реже болели по сравнению с детьми, находившимися на искусственном питании.

При формировании здоровья детей в дошкольном и школьном возрасте значимыми становятся несколько иные факторы, чем в младенческом. Увеличивается удельный вес факторов среды обитания, образа и уровня жизни семьи, снижается воздействие медико-биологических факторов.

- Здоровье детей, ослабленное в первый год жизни, усиливает риск формирования хронических заболеваний в старшем возрасте. У детей, не болевших на втором году жизни, к пяти годам не было хронических заболеваний. В то время как среди детей, которые часто болели в 2 года, к пяти годам 10% имели хронические заболевания, к восьми годам – 30%.

- Уровень жизни семьи оказывает значительное, часто опосредованное влияние на формирование здоровья детей. Низкие доходы семей лимитируют возможность организации полноценного питания детей и вложения средств в профилактику и укрепление их здоровья. При этом около 20% детей в возрасте до 16 лет в России проживают в условиях бедности. В то же время в период с 2000 по 2008 г., в связи с оживлением экономики, отмечался рост

заработной платы. Некоторое улучшение в данный период выявлено и в субъективных оценках покупательной способности доходов семей, участвующих в мониторинге. Увеличилась доля респондентов, указывающих, что денег хватает на все текущие расходы, – с 27 до 38%. Число семей, считающих, что денег хватает только на ежедневные расходы, но покупка одежды и других вещей представляет трудности, уменьшилось соответственно с 53 до 37%.

Данные обследования доказывают, что при недостаточном, несбалансированном питании дети чаще болеют, а ограниченность родителей в средствах затрудняет приобретение необходимых лекарственных препаратов. Проведенный анализ позволяет сделать вывод о том, что факторы риска, ведущие к ухудшению здоровья детей, сконцентрированы в семьях с низкими доходами.

- Важным фактором, влияющим на здоровье детей, являются их жилищные условия. Дискомфорт микроклимата жилища (теснота, некомфортная температура, влажность, запыленность) приводит к ослаблению возможностей общей сопротивляемости организма, снижению иммунитета, что, в свою очередь, служит предпосылкой возникновения частых респираторных и аллергических заболеваний. Негативное влияние условий проживания с течением времени накапливается. Более половины семей в исследовании оценили свои жилищные условия как удовлетворительные, однако 13 – 18% респондентов указывали, что проживают в требующих капитального ремонта домах и квартирах.

- На формирование здоровья детей существенное влияние оказывают экологические условия в районе проживания. Загрязненный воздух, плохое качество питьевой воды негативно воздействуют на здоровье ребенка. Так, в когорте 1998 г. хорошее здоровье имели 33% детей, проживающих в благоприятных экологических условиях, и 17% детей, проживающих в плохих экологических условиях. Подобные данные получены и другие годы обследования. В то же время следует отметить, что в среднем 28% детей (по оценке родителей) проживают в плохих или очень плохих экологических условиях. Оценка экологических условий за период с 1995 по 2008 г. существенно не изменилась.

- Низкий уровень социально-гигиенической грамотности и медицинской активности родителей оказывает негативное влияние на здоровье детей. Часто родители не предпринимают даже элементарных усилий для сохранения здоровья своих детей, таких,

например, как закаливание, диетпитание. Вместе с тем закаленные дети в 1,5 – 2 раза чаще имеют крепкое здоровье и относятся к 1 группе. Что касается организации диетпитания, своевременных консультаций квалифицированных специалистов (мероприятий не очень дорогих, но эффективных), то здесь суждения семей и педиатров значительно разнятся. По мнению медиков, диетпитание требуется 18 – 23% детей, родители считают необходимым его соблюдение лишь в 2 – 5% семей.

Медицинская активность семьи по мере взросления детей падает. Так, если в раннем детстве 84% родителей всегда обращались к врачам при острых заболеваниях и обострениях хронических заболеваний ребенка, то к 13 годам – всего 69%. Изменяются и мероприятия семьи по поддержанию здоровья. Своевременное посещение врача и соблюдение режима и правил питания остаются среди приоритетов семей, воспитывающих как детей младшего возраста, так и подростков. В то же время закаливание, совместные занятия зарядкой и прогулки популярны только в семьях, воспитывающих детей младшего возраста.

3. Прогрессирующее социальное и материальное расслоение населения России.

– Существенная часть населения находится на грани бедности или за чертой бедности.

Решение вопросов, связанных со здоровьем, не может пониматься иначе, чем в контексте политики общего социально-экономического развития территории. В этом отношении первоочередного внимания заслуживают проблемы уровня и качества жизни людей.

В период с 1999 по 2007 г. среднедушевой доход населения Вологодской области увеличился в 2,6 раза, а его основная составляющая – заработная плата возросла почти в 2 раза. Однако значимая доля населения Вологодской области и Российской Федерации до сих пор находится в состоянии бедности и нищеты, автоматически попадая в «группу риска» по состоянию здоровья. В 2009 г. малообеспеченными (доходов хватает только для удовлетворения самых простых бытовых нужд) считали себя около половины жителей Вологодской области, бедными (чьи доходы достаточны лишь для покупки еды) называли себя 30% граждан, проживающих в районных центрах, 40% сельских жителей и 17% людей, проживающих в крупных городах. Наибольший уровень нищеты (существование на грани физического выживания) наблюдается в районных цен-

трах (9% от численности населения), в крупных городах этот показатель в два раза ниже.

Низкий уровень доходов населения оказывает негативное влияние на уровень общественного здоровья как непосредственно, обуславливая отсутствие возможностей оплатить необходимое лечение, так и косвенно, будучи ключевым фактором качества жизни, объединяющего характер питания, санитарно-гигиеническое благополучие, условия труда и отдыха и пр.

Даже население со средними доходами (2 – 4 квинтили в доходных группах) в 1,7 раза чаще имело проблемы со здоровьем и в 1,5 раза больший риск возникновения хронических заболеваний по сравнению с высокодоходными группами.

Симптомы тревоги, депрессии и невроза чаще встречаются у представителей малоимущих слоев населения. Среди людей, характеризующих свой материальный достаток как высокий («богатые»), в два раза меньше удельный вес тех, кто испытывает психологические проблемы, требующие, по их мнению, врачебного вмешательства, чем в когорте «бедных» и «нищих».

Предложенная нами типологизация населения по здоровью с учетом воздействия факторов риска показала, что в группах относительно здоровых и здоровых лиц удельный вес обеспеченных людей в 1,5 – 3 раза выше, чем малоимущих. В то же время отмечается преобладание малоимущих над высокодоходными в группе «больные с факторами риска». Это подтверждает гипотезу о том, что низкие доходы населения ограничивают его возможности в сохранении и укреплении здоровья. В период с 1998 по 2008 г. удельный вес малоимущих в регионе снизился более чем в 2 раза, однако до сих пор треть населения испытывает значительные материальные трудности, что ограничивает его возможности в сохранении здоровья.

– Неравенство в условиях формирования здоровья, в том числе в качестве жилищных условий, в возможностях для восстановления здоровья и отдыха.

Наибольший ущерб здоровью населения наносит действие фактора «поколенческой преемственности» здоровья: дети, воспитанные в неудовлетворительных социальных и бытовых условиях и вследствие этого имеющие низкий уровень здоровья (это часто ограничивает возможности получения хорошего образования и высокого дохода, а также социальную мобильность), не смогут обеспечить достойные условия жизни и для собственных потомков.

Комфортность жилищных условий оказывает существенное влияние на состояние здоровья людей, особенно детского возраста, определяя качество их жизни. В частности, за рассматриваемый период показатели здоровья населения Вологодской области, проживающего в хороших условиях, улучшились, а у тех, кто проживает в неблагоприятной коммунальной среде, отмечена тенденция к ухудшению здоровья. Между тем значительная доля жителей региона (около 44%) недовольны жилищными условиями, при этом в качестве основных проблем они называют ветхость домов, недостаток жилой площади, а также низкую температуру в квартире в холодное время года. Данный пример показывает, что задачи улучшения здоровья населения невозможно решить только силами медицинских служб, без осуществления межсекторального подхода в региональной политике.

– Неравенство населения в получении медицинских услуг, особенно в разрезе «город – село» и полярных доходных групп населения.

Ситуация с доступностью медицинской помощью для населения, сложившаяся сегодня в Вологодской области, характеризуется двумя основными негативными тенденциями:

- распространением неформальных платежей за медицинские услуги в муниципальных учреждениях здравоохранения;
- углубляющимся неравенством населения в территориальном и имущественном аспектах относительно возможности получить качественную бесплатную медицинскую помощь.

Анализ деятельности учреждений здравоохранения дает основания прийти к заключению о том, что сельское население является дискриминируемым в отношении доступности медицинской помощи. Практика оптимизации сети медицинских учреждений в условиях села усугубляется сложностью попасть на прием к врачу, работающему в районном центре, из-за неразвитости транспортных связей и дорожной инфраструктуры (радиус обслуживания ЦРБ населения муниципальных образований Вологодской области варьируется от 52 до 154 км).

Проблемы с получением лекарств наиболее актуальны для социально уязвимых групп населения. Более трети населения региона испытывает подобные трудности.

Платность медицинских услуг рассматривается нами как фактор, ограничивающий доступность медицинской помощи для населения. От медицинской помощи в силу ее платности вынуж-

дено отказываться около 40% населения, прежде всего из мало-доходных групп. Обращаясь к социологическим данным, отметим, что при отсутствии официальных мест для госпитализации 40% респондентов, проживающих в районах и городах Вологодской области, использовало «личные связи», около 20% – обращалось в вышестоящие органы и к руководству больниц и поликлиник; более 10% – платило деньги за лечение, минуя кассу медицинских учреждений.

4. Нерациональность механизмов оказания медицинской помощи.

– Слабое развитие профилактической деятельности в здравоохранении.

Недостаточное внимание профилактике заболеваний оценивается экспертами как один из наиболее нежелательных моментов в организации здравоохранения многих развивающихся и постсоциалистических стран, где распределение ресурсов по-прежнему производится с существенным перевесом вторичной и третичной медицинской помощи. Слабое развитие первичной помощи приводит к негативным последствиям как в отношении состояния здоровья граждан, способствуя накоплению хронических патологий и позднему выявлению заболеваний, так и к неэффективному расходованию средств. Медицинским службам приходится затрачивать средства на лечение тех патологий, которые при рациональной организации здравоохранения могли быть предупреждены или устранены на ранних стадиях проявления.

– Низкий уровень обеспеченности медицинских учреждений современным оборудованием и технологиями.

Необходимость обеспечения медицинских учреждений современной диагностической и лечебной техникой год от года все более возрастает. В то же время высокая стоимость современного оборудования обостряет противоречие между ограниченностью ресурсов, необходимостью их рационального освоения и гуманистическими принципами медицины, согласно которым все передовые медико-технические достижения современной науки должны служить на благо человека. Следует признать, что в России на сегодняшний день обозначенная дилемма далека от разрешения, поскольку доступность современной техники для большинства граждан находится на низком уровне, а многие государственные и муниципальные учреждения здравоохранения исполь-

зуют морально и физические устаревшее оборудование. Наряду с этим имеют место случаи, когда медицинская техника простаивает или используется недостаточно эффективно.

– *Значительное разрушение инфраструктуры здравоохранения в сельской местности.*

Сеть медицинских учреждений для жителей муниципальных районов ограничивается узловыми элементами – центральными районными больницами, расположенными в районных центрах, а также периферическими пунктами оказания медицинской помощи – сельскими амбулаториями и ФАПами. ФАПы характеризуются чрезвычайно низким уровнем материально-технической оснащённости, обеспечения лекарствами, а также квалифицированными кадрами. Функции ФАПов сводятся к оказанию неотложной помощи, прививанию населения от инфекционных заболеваний и пр., однако в последние годы и эти функции не выполняются должным образом. Кроме того, продолжается процесс упразднения ФАПов. Так, за период с 2000 по 2008 г. в Вологодской области было закрыто 12% ФАПов. Данная тенденция вполне укладывается в рамки процесса реструктуризации медицинской помощи, но отсутствие пропорциональных мер по обеспечению жителей села даже минимальным набором медицинских услуг позволяет говорить о нарушении принципа социальной справедливости.

5. Низкий уровень медицинской активности и мотивации на здоровый образ жизни большинства населения.

– *Декларативный характер ответственности за свое здоровье.*

Несмотря на осознание личной ответственности за сохранение своего здоровья (77% жителей Вологодской области), часто она носит декларативный характер, о чем свидетельствует образ жизни большинства жителей: приверженность к вредным привычкам, малоподвижный образ жизни, нерациональное питание и т.д. Например, судя по результатам исследования, большинство населения знакомо с рекомендациями о здоровом питании, но не всегда соблюдает их.

– *Низкий уровень физической активности населения.*

Важным фактором здоровьесбережения является оптимальный уровень физической нагрузки, борьба с гиподинамией. Исследования показали, что 34% населения имеют малоподвижную работу, 56% – предпочитают пассивный отдых дома. Лица с низкой физической активностью на работе не задаются вопросом о ее компен-

сации при проведении свободного времени. Среди тех, кто занят в основном «сидячей» работой, большая доля (60%) предпочитает и дома пассивный отдых; а спортом занимается лишь 7%. В то время как занятия спортом в 3,4 раза снижают риск ухудшения здоровья.

– *Низкий уровень санитарно-гигиенической грамотности населения.*

Результаты исследования свидетельствуют о том, что медицинская активность семьи, являясь одним из звеньев в цепочке сохранения и укрепления здоровья, невысока. Медицинская активность родителей по мере взросления ребенка падает. Во многих семьях родители неадекватно оценивают свое здоровье и здоровье детей, не видят необходимости в организации диетпитания, консультаций у врачей-специалистов, что могло бы предотвратить развитие хронических заболеваний. Часто люди при возникших недомоганиях не обращаются к врачу, предпочитая самолечение.

– *Широкая распространенность привычек, ведущих к разрушению здоровья.*

Курение и потребление алкоголя оказывают значительное влияние на образ жизни людей, становясь порой решающими факторами его формирования. Количество курильщиков в России превышает среднемировой уровень почти в 1,5 раза. Особенную тревогу вызывает активное распространение курения среди молодых женщин репродуктивного возраста. Результаты исследования доказывают, что курение будущей матери во время беременности негативно отражается на здоровье ребенка.

Продажа алкоголя увеличивается ежегодно. Среди лиц, потребляющих алкоголь, растет удельный вес молодежи. Для населения современной России характерно также потребление некачественных алкогольсодержащих напитков, самогона, даже технических жидкостей. Неразборчивость в потреблении алкоголя ведет к высокой смертности от алкогольных отравлений, значительный всплеск которой произошел в Вологодской области в 2005 г. (был вызван потреблением технических спиртов типа «Крепыш», находившихся в продаже в сети уличных киосков).

6. Низкий уровень государственного участия в финансировании здравоохранения по сравнению с развитыми странами мира.

– *Низкий уровень государственных расходов на здравоохранение в сравнении с развитыми странами.*

Один из базовых показателей обеспеченности здравоохранения ресурсами – доля расходов отрасли в общем объеме ВВП, произведенного за один год. Сравнение с другими странами мира по показателям расходов на здравоохранение в структуре ВВП ставит Россию в одну группу с переходными экономиками мира (страны СНГ – в среднем 5,3%). При этом она существенно уступает странам-членам ЕС, в которых квота на нужды здравоохранения составляет 8 – 10% от ВВП. По сравнению с развитыми странами в России доля участия государства в оказании гражданам медицинской помощи является недостаточной, поэтому и проблема участия населения в оплате медицинской помощи стоит более остро. По данным ВОЗ за 2004 г., доля государственных затрат на здравоохранение в России составила 58% от общих расходов на здравоохранение, в то время как в странах Европы этот показатель варьируется от 69,7 в Португалии и 71,9% в Испании до 85,4% в Швеции и 85,9% в Великобритании.

О коммерциализации здравоохранения в Вологодской области говорят результаты социологических исследований. Доля жителей области, осуществляющих платежи за лечение в кассу медицинских учреждений, в 2008 г. составила 73%. Удельный вес граждан, производящих неофициальную плату за медицинские услуги (лечащему врачу, среднему медперсоналу, руководителю лечебного учреждения, санитарке), в этом же году был равен 12%. Самыми распространенными расходами являются приобретение лекарств для амбулаторного лечения и оплата лечебных процедур.

– Отсутствие утвержденных стандартов оказания медицинской помощи во многих субъектах Федерации.

Одним из способов оценки адекватности медицинской помощи, объединяющим одновременно показатели качества услуг и эффективности материальных затрат, является стандартизация лечебного процесса, заключающаяся в разработке и внедрении в медицинскую практику алгоритмов лечения пациентов по отдельным заболеваниям.

Необходимость стандартизации в здравоохранении определяется следующими обстоятельствами:

- увеличением стоимости медицинских услуг в условиях ограниченных возможностей финансирования;
- появлением новых медицинских технологий и лекарственных средств, что усложняет процесс принятия обоснованных клинических решений;

- использованием медицинских услуг, эффективность и безопасность которых не подтверждены с позиции доказательной медицины;
- неэффективным использованием ресурсов здравоохранения;
- наличием противоречий среди врачей по вопросу эффективности отдельных методов диагностики, лечения и профилактики.

Реформы управления и финансирования здравоохранения, проводимые в ряде регионов РФ, в том числе и Вологодской области, на сегодняшний день обуславливают необходимость разработки медико-экономических стандартов и их активного применения.

– *Низкая эффективность использования финансовых средств в здравоохранении.*

Оценка эффективности расходов на нужды социальной сферы в целом и здравоохранения в частности представляет значительные трудности. Показатели должны отражать не только рациональность использования ресурсной базы, но и степень достижения социального результата, который может выражаться в снижении смертности, инвалидизации, масштабов временной нетрудоспособности населения (таким образом, речь должна идти о социально-экономической эффективности). Однако соотнести вложенные в поддержание здоровья средства и позитивные сдвиги, полученные в здоровье и демографическом развитии, сложно также и потому, что последним свойственна инертность и зависимость от целого ряда факторов, многие из которых лежат за пределами управленческой компетенции служб здравоохранения.

Изложенные проблемы в обобщенном виде представлены нами в проблемно-управленческой матрице (рис. 1). Ее основанием служат конкретные задачи, решение которых будет способствовать укреплению здоровья.

7. Отсутствие обоснованной и долговременной стратегии сохранения населения и его здоровья.

Анализ общественного здоровья, представленный в работе, показал, что разрозненные, бессистемные меры, направленные на улучшение здоровья нации, не принесли должного результата. Уровень и потенциал здоровья российского населения продолжает снижаться, что создает угрозу демографической и национальной безопасности страны.

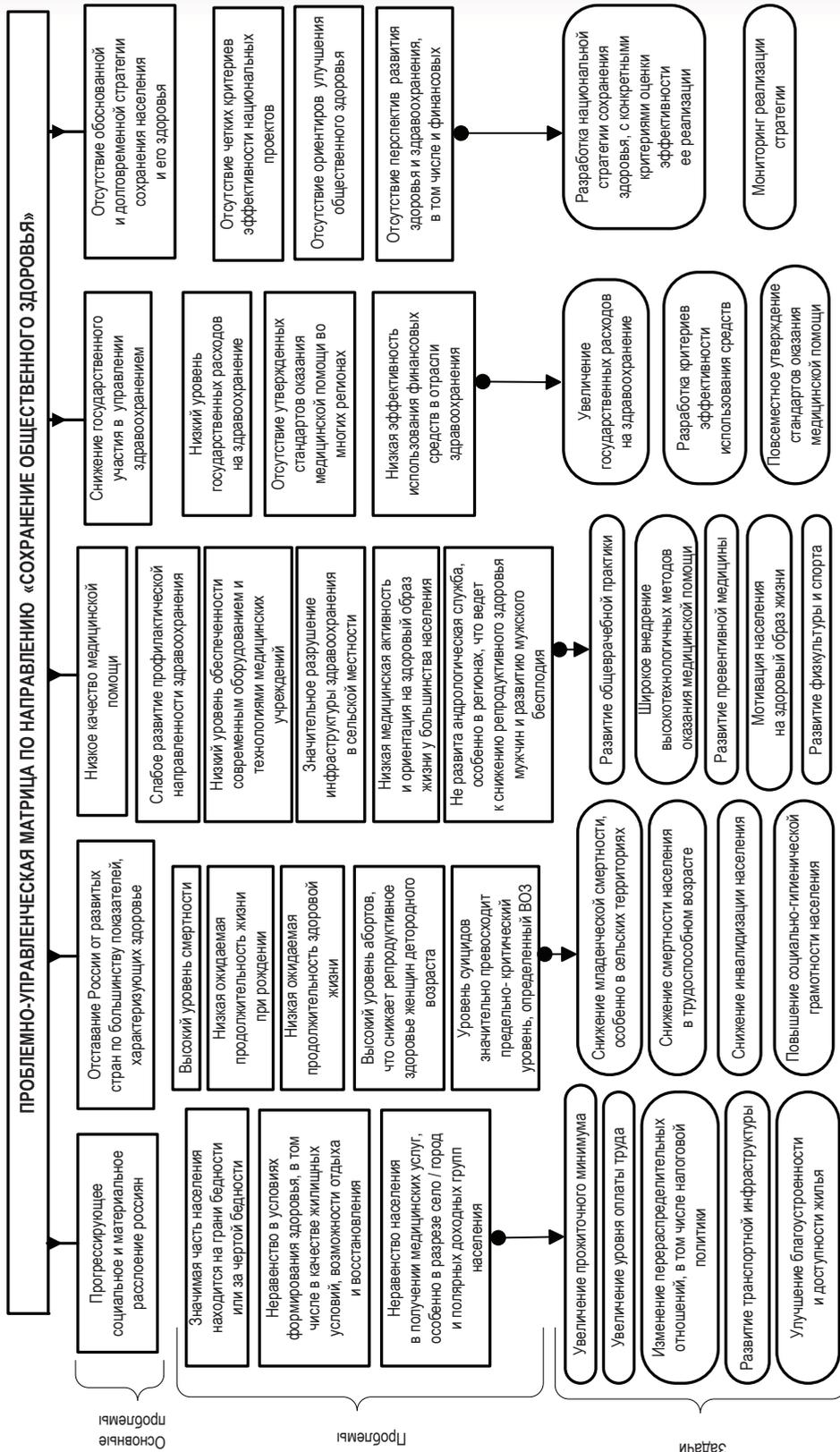


Рисунок 1. Проблемно-управленческая матрица по направлению «Сохранение общественного здоровья»

На сегодняшний день в России нет единой стратегии улучшения общественного здоровья или национального плана оздоровления населения. Это порождает много проблем, в том числе: отсутствие единых целей, ориентиров в улучшении общественного здоровья; отсутствие четких критериев эффективности национальных проектов; отсутствие перспектив развития здоровья и здравоохранения, в том числе и финансовых.

Поэтому крайне необходима разработка национальной стратегии сохранения здоровья населения, с конкретными критериями оценки эффективности ее реализации. Обязательным должен быть мониторинг реализации стратегии. Очень важно также участие населения и представителей экспертного сообщества в разработке стратегии сохранения здоровья населения и в оценке результатов ее реализации.

Основной целью стратегии должно стать сохранение и укрепление здоровья населения через создание в государстве в целом и каждом регионе благоприятной для здоровья людей среды. Тема создания здоровьесберегающей среды активно обсуждается в образовательном сообществе, когда речь идет об условиях обучения и воспитания школьников и дошкольников. Это, бесспорно, важно: здоровье детей и подростков должно находиться в центре общественного и государственного внимания. В то же время необходимо понимать, что школы, дошкольные учреждения – это всего лишь малая часть среды обитания человека. Среда, благоприятная для здоровья, должна окружать людей на производстве, в домашних условиях, во время отдыха; товары и продукты потребления не должны наносить ущерб здоровью; доступная и качественная медицинская помощь также является неременным условием здоровьесбережения.

Курировать действия по созданию и поддержанию такой среды должны первые лица государства, регионов, городов. Показатели здоровья населения должны стать неотъемлемой составляющей оценки работы государственных служащих, руководителей предприятий (наравне с прибылью), общественных организаций.

Необходим выход на индивидуальное самосознание и образ жизни населения, на оперативный контроль резервов здоровья и формирование экономической ценности здоровья. Важным шагом в этом направлении является включение в 2008 г. в оценку деятельности губернаторов показателей, характеризующих общественное здоровье.



Рисунок 2. Уровни формирования благоприятной для здоровья населения среды

Исходя из вышеизложенного, мы считаем, что благоприятную для здоровья населения среду целесообразно формировать на трех уровнях: государственном, или макроуровне; региональном, городском, или мезоуровне; на уровне семьи, домохозяйства, или микроуровне. При этом должно осуществляться межуровневое взаимодействие.

Заметим, что решение задачи по выходу из демографического кризиса и укреплению здоровья находится в ведении многих служб и ведомств, и хотя они не в состоянии непосредственно предотвратить смертность и ухудшение здоровья населения, однако могут воздействовать на причины, лежащие в их основе. Предполагаемые шаги должны включать в себя меры, направленные главным образом на обеспечение индивидуального потенциала человека, а именно стабильного дохода, доступного и комфортного жилья, полноценного питания, безопасных условий труда и места проживания, доступных и качественных услуг здравоохранения и образования. При этом целью создания таких социально-экономических условий должно быть достижение хорошего здоровья в одинаковой степени для всего населения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Абольян Л.В., Зубкова Н.З. Современные подходы к грудному вскармливанию ребенка // Лечащий врач. – 2005. – № 1.
2. Агаджанян Н.А., Баевский Р.М., Берсенева А.П. Учение о здоровье и проблемы адаптации: теория и практика валеологических исследований. – Ставрополь: Изд-во СГУ, 2000. – 204 с.
3. Акопян А.С., Райзберг Б.А., Шиленко Ю.В. Экономические проблемы здравоохранения. – М.: ИНФРА-М, 2000. – 191 с.
4. Альтернативный доклад – 2005 в Комитет ООН по правам ребенка. Комментарий Коалиции российских НПО к Третьему Государственному периодическому докладу о реализации Российской Федерацией Конвенции о правах ребенка. – М.: РОО «Право ребенка» Российского исследовательского центра по правам человека, 2005. – 188 с.
5. Амирджанова В.Н., Эдрес Ш.Ф. Валидация русской версии опросника EUROQOL – 5D (EQ – 5D) // Научно-практическая ревматология. – 2007. – №3. – С. 69-76.
6. Амосов Н.М. Раздумья о здоровье. – М.: Мол. гвардия, 1979. – 191 с.
7. Амосов Н.М. Раздумья о здоровье. – М.: Физкультура и спорт, 1987. – 230 с.
8. Андреев Е.М. Новая демографическая катастрофа в России? // Химия и жизнь. – 1994. – №10. – С. 29-34.
9. Андреев Е.М. Смертность мужчин в России // Вопросы статистики. – 2001. – №7. – С. 27-33.
10. Андреев Е.М., Вишневыский А.Г. Вызов высокой смертности в России // Народонаселение. – 2004. – №3. – С. 75-84.
11. Андреев Е.М., Дарский Л.Е., Харькова Т.Л. Демографическая история России: 1927–1959. – М.: Информатика, 1998. – 187 с.
12. Андрушина Е.В., Каткова И.П., Куликова О.А. Планирование семьи по-русски // Народонаселение. – 2000. – №3(9). – С. 43-58.
13. Анохин Л.В., Коновалов О.Е. Медико-социальные последствия бесплодия // Здравоохранение РФ. – 1994. – №1. – С. 21-22.
14. Апанасенко Г.Л. О возможности количественной оценки уровня здоровья человека // Гигиена и санитария. – 1985. – №6. – С. 55-58.
15. Бабенко А.И. Сохранение и реализация репродуктивного потенциала в Сибири // Бюлл. СО РАМН. – 2003. – № 2 (108). – С. 23 – 27.
16. Баевский Р.М. Оценка и классификация уровней здоровья с точки зрения теории адаптации // Вестник АМН СССР. – 1989. – № 8. – С. 73-78.
17. База данных «Здоровье для всех» (БД ЗДВ) / Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген (январь 2007 г.). – URL: <http://data.euro.who.int/hfad/>

18. База данных «Здоровье для всех» (БД ЗДВ), Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген (январь 2009 г.). – URL: <http://data.euro.who.int/hfadб/>
19. Базелюк Н.Н. Социально-философские аспекты валеологии и формирования здорового образа жизни // Вестник МГТУ. – М., 2008. – Т. 11. – № 4. – С. 571-575.
20. Бандеев Б.В. Здоровье детского населения Республики Бурятия и пути его улучшения: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 1999. – 16 с.
21. Баранов А.А. Здоровье российских детей // Педагогика. – 1999. – №8. – С. 41-44.
22. Баранов С.П. Комплексная медико-социальная оценка репродуктивного потенциала женщин, проживающих в сельском районе: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2000. – 42 с.
23. Бедный М.С. Демографические факторы здоровья. – М.: Финансы и статистика, 1984. – 246 с.
24. Беклемишева О. Реформа здравоохранения // Русский журнал. – 2006. – 20 января. – URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2006/0231/gazeta036.php>.
25. Белова Н.И. Парадоксы здорового образа жизни учащейся молодежи // Социологические исследования. – 2008. – № 4. – С. 84-86.
26. Биловус В. К. Цели-ценности и медико-социальные параметры здоровьесберегающего поведения молодежи: автореф. дис. ... канд. социол. наук. – Волгоград: ГОУ ВПО Волгоградский государственный медицинский университет, 2008. – 27 с.
27. Бодрова В.В. Репродуктивное поведение и репродуктивные права населения России в переходный период // Народонаселение. – 1999. – №2.
28. Борисов В.А. Перспективы рождаемости. – М.: Статистика, 1976. – 248 с.
29. Браун В. Дж., Русинова Н. Л. Социальные неравенства и здоровье // Журнал социологии и социальной антропологии. – 1999. – Т. 2. – Вып. 1. – С. 103-114.
30. Бреева Е.Б. Население и его качество // Качество населения. Демография и социум. – М., 1993. – Вып. 6. – С. 41-55.
31. Бреева Е.Б. Исследование качественных характеристик детей в современной России: методологические аспекты: автореф. дис. ... докт. экон. наук. – М., 1997. – 40 с.
32. Бреева Е.Б. Дети в современном обществе. – М.: Эдиториал УРСС, 1999. – 216 с.
33. Бреева Е.Б. Проблемы детей как важнейшая составная часть демографической политики // Материалы Второго Российского конгресса «Мир семьи». Тезисы участников конгресса. – М.: Фонд «Мир семьи», 2001. – Часть 1. – URL: [http://www.fw.ru/Lib/Text/St/615-9%20\(v\).html](http://www.fw.ru/Lib/Text/St/615-9%20(v).html)
34. Брехман И.И. Введение в валеологию – науку о здоровье. – Л.: Наука, 1987. – 125 с.
35. Брехман И.И. Введение в валеологию – науку о здоровье. – М.: ФиС, 2002. – 208 с.
36. Брехман И.И. Философско-методологические аспекты проблемы здоровья человека // Вопросы философии. – 1982. – №2. – С. 48-53.
37. Бурдули Г.М., Фролова О.Г. Репродуктивные потери (клинические и медико-социальные аспекты). – М.: Триада X, 1997. – 188 с.

38. Бурдули Г.М. Репродуктивные потери в акушерстве. – М.: Триада-Х, 1998. – 200 с.
39. Быченко Ю.Г. Важнейший показатель человеческого капитала // Человеческие ресурсы. – 2001. – № 3. – С. 24-32.
40. Валентей С., Нестеров Л. Человеческий потенциал: новые измерители и новые ориентиры // Вопросы экономики. – 1999. – № 2. – С. 90-102.
41. Вареник А.А., Жукова Н.П. // Республ. науч.-практ. конф. «Беларусь: 10 лет после Каирской международной конференции по народонаселению и развитию» (27 – 29.11.2003 г.): сб. тезисов. – Мн., 2003. – С. 171 – 172.
42. Варламова С.Н., Седова Н.Н. Здоровый образ жизни – шаг вперед, два назад // Социологические исследования. – 2010. – № 4. – С. 75-88.
43. Васильева О.С., Филатов Ф.Р. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки. – М.: Академия, 2001. – 352 с.
44. Величковский Б.Т. Реформы и здоровье населения страны. Пути преодоления негативных последствий. – М.: РГМУ, 2001. – 36 с.
45. Вельтищев Ю.Е. Проблемы охраны здоровья детей России // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2000. – №1. – С. 5-9.
46. Вельтищев Ю.Е. Состояние здоровья детей и общая стратегия профилактики болезней. Лекция для врачей // Приложение к журналу «Российский вестник перинатологии». – М.: Медиасфера, 1994. – 67 с.
47. Веселкова И.Н. Экономические аспекты здоровья населения // Демография общества. – 1991. – С. 145-153.
48. Веселкова И.Н. Демографический и трудовой потенциал населения России // Социология власти. – 2003. – № 3. – С. 131-139.
49. Веселкова И.Н., Землянова Е.В. Особенности смертности населения в современной России // Народонаселение. – 2000. – №3. – С. 88-94.
50. Вихляева Е.М., Пшеничникова Т.Я. Роль специальной программы ВОЗ по репродукции человека в решении актуальных проблем бесплодного брака // Акушерство и гинекология. – 1988. – № 6. – С. 3-4.
51. Вишневский А.Г. и др. Российское здравоохранение: как выйти из кризиса. Доклад Государственного университета Высшей школы экономики. – М.: Изд. дом ГУ ВШЭ, 2006. – 43 с.
52. Вишняков Н.И., Петрова Н.Г., Целух Ю.С. и др. Медико-социальные аспекты бесплодия (по результатам анкетирования пациентов) // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2002. – № 3. – С. 20-22.
53. Влияние родителей на отношение подростков к курению (родительский фактор). – [2002]. – URL: <http://www.youth-non-smoking.ru/Programs/Program4/ParentsStudy/#2>
54. Воронцов И.М. и др. Построение городской системы мониторинга здоровья детей и подростков. – URL: <http://www.medport.ru/MEDSTAT/ri98/RI98/aspon.htm>
55. Всемирная организация здравоохранения. – URL: www.who.int/asout/who/cn/detinition/himl
56. Выголова О.В. и др. Система медико-педагогической подготовки детей к школе. – Вологда: Русь, 1995. – 274 с.

57. Выхристюк О.Ф., Самсыгина Г.А. Проблемы хронической патологии в детском возрасте и демографическая ситуация // *Лечащий врач*. – 1998. – № 4. – С. 68-70.
58. Вялков А.И., Гундаров И.А., Полесский В.А. Методология оценки общественного здоровья: определение, показатели, индикаторы, мониторинг // *Проблемы управления здравоохранением*. – 2006. – № 1. – С. 5-9.
59. Галецкая Р.А. Настоящее и будущее демографии России через призму переписей населения (1897, 2002 и 2010 гг.) // *Народонаселение*. – 2007. – №4 (38). – С. 145-152.
60. Гендерные стереотипы в меняющемся обществе: опыт комплексного социального исследования / под ред. Н.М. Римашевской. – М.: Наука, 2009. – 273 с.
61. Глобальная стратегия ВОЗ в области рациона питания, физической активности и здоровья: Резолюция 57.17 от 22.05.2004. – Женева: ВОЗ, 2004.
62. Гойда Н.Г., Чебан В.И. Концептуальные основы биосоциального ритма репродуктивного потенциала населения, модели профилактики нарушений на этапах его формирования // *Охрана здоровья Украины*. – 2001. – №1 (1).
63. Голдырева Е.В., Кобаидзе Е.Г. Организационно-функциональные модели и их значимость в сохранении репродуктивного потенциала в регионе // *Рус. мед. журн.* – 2003. – №27. – С. 1528-1529.
64. Голиков Н.А. Валеологическое сопровождение детей в начальной школе // *Образование в Сибири*. – Томск, 1998. – №1. – С. 162-167.
65. Государственная политика вывода России из демографического кризиса: монография / В.И. Якунин, С.С. Сулакшин, В.Э. Багдасарян и др.; под общ. ред. С.С. Сулакшина. – М.: Экономика: Научный эксперт, 2007. – 896 с.
66. Государственная экономическая политика и Экономическая доктрина России. К умной и нравственной экономике: в 5-ти томах / под общ. ред. С.С. Сулакшина. – М.: Научный эксперт, 2008. – Т. 3. – С. 1899-2544.
67. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2003 г. // *Здравоохранение Российской Федерации*. – 2005. – №6. – С. 23.
68. Государственный доклад о состоянии здоровья населения и деятельности здравоохранения Вологодской области в 2007 году / под ред. к.м.н. А.А. Колинко. – Вологда: ДЗО, 2008. – 158 с.
69. Григорьев Ф.Г. Актуальные вопросы функционирования здравоохранения в условиях рынка // *Здравоохранение Российской Федерации*. – 1993. – №6. – С. 6-7.
70. Григорьева Н.С. Гражданин и общество в контексте реформ здравоохранения // *Управление здравоохранением*. – 2004. – 12 с.
71. «Группа восьми» в цифрах. 2009: стат. сб. / Росстат. – М., 2009. – 131 с.
72. Гундаров И.А. Демографическая катастрофа в России: причины, механизм, пути преодоления. – М.: Эдиториал УРСС, 2001. – 208 с.
73. Гундаров И.А. Демографическая катастрофа в России: причины и пути преодоления // *Почему вымирают русские: последний шанс*. – М.: Алгоритм, 2004. – С. 109-212.
74. Гурович И.Я., Любов Е.Б. Фармакоэпидемиология и фармакоэкономика в психиатрии. – М.: Медпрактика-М, 2003. – 264 с.

75. Данишевский К. Лекарства, которые не лечат // Аргументы и факты. – 2007. – №12. – С. 24.
76. Дартау Л.А. Система экспертного диалога для изучения социально-экономических факторов в процессе мониторинга здоровья населения (система ЭДИФАР) // Социологические исследования в России. Специализирован. информ. – М., 1999.
77. Девальвация жизни. Как «прописка» может лишить лекарств // Аргументы и факты. – 2009. – №10. – 4 марта.
78. Делоне Н.Л., Солониченко В.Г. Адаптивные фенотипы человека в физиологии и медицине // Успехи физиологических наук. – 1999. – Т. 30. – №2. – С. 50-62.
79. Демографический ежегодник Вологодской области / Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Вологодской области. – Вологда, 2009. – 69 с.
80. Демографический ежегодник России 2008: стат. сб. / Росстат. – М., 2008. – 557 с.
81. Демографический ежегодник России 2009: стат. сб. / Росстат. – М., 2009. – 525 с.
82. Демографический понятийный словарь / под ред. проф. Л.Л. Рыбаковского. – М.: Центр социального прогнозирования, 2003. – 352 с.
83. Джадан И. Страна неоправданного пессимизма. – URL: <http://www.apn.ru/publications/print1739.htm>.
84. Дифференцированное медицинское наблюдение на педиатрическом участке за детьми первого года жизни, отнесенными ко 2-ой группе здоровья. – М.: Типография Министерства здравоохранения СССР, 1987.
85. Дмитриева Е.В. Теоретико-методологические и методические основы социологии здоровья: автореф. дис. ... докт. социол. наук. – М., 2004. – 41 с.
86. Добрынин А.И., Дятлов С.А., Цыренова Е.Д. Человеческий капитал в транзитивной экономике: формирование, оценка, эффективность использования. – СПб.: Наука, 1999. – 309 с.
87. Доклад о развитии человека. 2005 г. «Международное сотрудничество на перепутье: помощь, торговля и безопасность в мире неравенства». – М.: Весь Мир, 2005. – 416 с.
88. Доклад о развитии человека. 2009 г. «Преодоление барьеров: человеческая мобильность и развитие» / ПРООН. – М.: Весь Мир, 2009. – 232 с.
89. Доклад о состоянии здоровья детей в Российской Федерации (по итогам всероссийской диспансеризации 2002 года). – М.: Минздрав РФ, 2003. – 96 с.
90. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе. 2002 г. / Европ. рег. Бюро ВОЗ. – Копенгаген, 2002. – URL: <http://www.who.int/whr/2002>
91. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. 2008 г. «Первичная медико-санитарная помощь сегодня актуальнее, чем когда-либо». – Женева: ВОЗ, 2008. – 152 с.
92. Доклад о состоянии и охране окружающей среды Вологодской области в 2007 году / Правительство Вологодской области, Департамент природных ресурсов и охраны окружающей среды Вологодской области. – Вологда, 2008. – 222 с.

93. Доклад о состоянии окружающей среды Вологодской области в 2005 году / отв. ред. В.М. Кумзеров. – Вологда, 2006. – 207 с.
94. Доклад о состоянии окружающей среды Вологодской области в 2006 году / отв. ред. В.М. Кумзеров. – Вологда, 2007. – 232 с.
95. Дуганов М.Д. Оценка эффективности расходов на здравоохранение на региональном и муниципальном уровнях // Научные труды. – № 105Р / Ин-т экономики переходного периода. – М.: ИЭПП, 2007. – 112 с.
96. Дуганов М.Д., Колинько А.А., Макеев А.Н. и др. Финансовый макроанализ и его применение для приоритетов развития здравоохранения региона // Менеджер здравоохранения. – 2004. – №5. – С. 31-36.
97. Елисеева И.И., Юзбашев М.М. Общая теория статистики. – М.: Финансы и статистика, 1996. – 368 с.
98. Ермаков С.П. Прогнозы социально-экономических и демографических потерь в годах здоровой жизни. – URL: <http://www.econorus.org/cprogram.phtml?vid=progssections&sid=7&ssid=44>
99. Ермаков С.П., Дуганов М.Д., Макеев А.Н., Колинько А.А. Финансовый макроанализ в здравоохранении (рекомендации по использованию на региональном и муниципальном уровнях). – М., 2000. – 96 с.
100. Ефименко С.А. Потребители медицинских услуг в бюджетных организациях и их самооценка здоровья // Социологические исследования. – 2007. – № 9. – С. 110-114.
101. Жариков Н.М. Роль социально-культуральных и средовых факторов в полиморфизме эндогенных психических расстройств (обзор) // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1990. – Т. 90. – Вып. 12. – С. 100-103.
102. Женщина, мужчина, семья в России: последняя треть XX века. Проект «Таганрог» / под ред. Н.М. Римашевской. – М.: ИСЭПН, 2001. – 320 с.
103. Женщины и мужчины Вологодской области. Цифры и факты: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2008.
104. Жолковская Л.А. К проблеме изучения психологических аспектов тревожности студентов // Социально-психологические проблемы студенчества России на рубеже XXI века. – Сыктывкар, 1998. – С. 95-105.
105. Жуковская И.Ф. Бедность в семьях с детьми: от проблемы к действию // Экономика региона. – 2007. – №2(10).
106. Журавлева И.В. Социальные факторы ухудшения здоровья населения // Россия: трансформирующееся общество. – М.: КАНОН-пресс-Ц, 2001. – С. 506-519.
107. Журавлева И.В. Здоровье подростков: социологический анализ. – М.: Институт социологии РАН, 2002. – 240 с.
108. Журавлева И.В. Репродуктивное здоровье подростков и проблемы полового просвещения // Социологические исследования. – 2004. – № 7. – С. 133 – 142.
109. Журавлева И.В. Здоровье и болезни в европейском обществе // Социологические исследования. – 2008. – № 2. – С. 15-16.
110. Заволотный В.Г. Философские проблемы здоровья человека. Аристотелевские мотивы // Филос. исслед. – 1999. – №4. – С. 194-227.
111. Заславская Т.И. Российское общество на социальном изломе. Взгляд изнутри. – М.: ВЦИОМ, Московская высшая школа социальных и экономических наук, 1997. – 299 с.

112. Заславская Т.И. Социетальная трансформация российского общества: деятельностно-структурная концепция. – М.: Дело, 2003. – 568 с.
113. Захаров С.В. Перспективы изменения модели рождаемости в России // Народонаселение. – 2004. – №3(25). – Июль-сентябрь. – С. 37-45.
114. Захарова Т.Г., Прахин Е.И., Гончарова Г.Н. Медико-социальные аспекты здоровья девушек-подростков, вступающих в репродуктивный процесс // Российский педиатрический журнал. – 2003. – №1. – С. 4-5.
115. Зверева Н.В., Кваша А.Я., Козлов В.И. и др. Демография: современное состояние и перспективы развития. – М.: Высш. шк., 1997. – 271 с.
116. Здоровье детей России (состояние и проблемы) / под ред. акад. РАМН проф. А.А. Баранова. – М.: Информатик, 1999. – 273 с.
117. Здоровье и здравоохранение в гендерном измерении / под. общ. ред. Н.М. Римашевской. – М.: Социальный проект, 2007. – 204 с.
118. Здравоохранение в России. 2007: стат. сб. / Росстат. – М., 2007. – 355 с.
119. Здравоохранение в России. 2009: стат. сб. / Росстат. – М., 2009. – 365 с.
120. Иванов А.Г. Медико-социальные подходы к совершенствованию репродуктивного потенциала современной молодежи // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. – 2004. – № 3-4. – С. 105-107.
121. Иванова А.Е. Социально-демографическая цена психического здоровья населения: автореф. дис. ... докт. экон. наук. – М., 1998. – 48 с.
122. Илларионов Н.С. Новое качество социализма: оздоровление, гуманизация, демократизация: социал.-филос. вопр. утверждения здорового образа жизни. – Кишинев: Штиинца, 1990. – 124 с.
123. Ильин В.А. Формирование здорового поколения: реальность и проблемы. – Вологда: Вологодский научно-координационный центр ЦЭМИ РАН, 1999. – 34 с.
124. Ильинский И.В. Инвестиции в будущее: образование в инновационном воспроизводстве. – СПб.: СПбУЭФ, 1996. – 250 с.
125. Казначеев В.П., Акулов А.И., Кисельников А.А., Мингазов И.Ф. Выживание населения России. Проблемы «Сфинкса XXI века». – Новосибирск: Новосиб. ун-т, 2002. – 463 с.
126. Калинина Т.В. Качество жизни населения как важнейшая составляющая общественного здоровья // Медицина. – 2008. – №4. – С. 7-9.
127. Калининская А.А., Стукалов А.Ф., Аликова Т.Т. Стационарозамещающие формы оказания медицинской помощи: организация и эффективность деятельности // Здравоохранение Российской Федерации. – 2008. – №6. – С. 5-8.
128. Калью П.И. Сущностная характеристика понятия «здоровье» и некоторые вопросы перестройки здравоохранения: обзорная информация. – М.: ВНИИМИ, 1988. – 220 с.
129. Капица П.Л. Эксперимент, теория, практика // Статьи, выступления. – М.: Наука, 1981. – 494 с.
130. Карпова Е.Г., Архиреева В.А., Скачкова М.А. и др. Здоровье детей дошкольного возраста в городах с разным уровнем загрязнения окружающей среды // Гигиена и санитария. – 1998. – №8. – С. 35-37.
131. Каткова И.П. Репродуктивное здоровье россиянок // Народонаселение. – 2002. – №4. – С. 27-42.

132. Каткова И.П. Реформа российского здравоохранения на современном этапе социально-экономического развития общества // Реформы российского здравоохранения в условиях глобального экономического кризиса: бремя решений: сб. матер. круглого стола (19 февраля 2009 г.) / под ред. проф., д.э.н. А.Ю. Шевякова. – М.: ИСЭПН РАН, 2009. – 96 с.
133. Каткова И.П., Андрияшина Е.В., Катков В.И. Бедность и репродуктивный потенциал // Россия: 10 лет реформ. Социально-демографическая ситуация. – М.: ИСЭПН, 2002. – С. 29-48.
134. Кашин В.И. Экономика здоровья // Ремедиум. – 2005. – №4. – С. 25-28.
135. Кислицына О.А. Неравенство в распределении доходов и здоровья в современной России. – М.: ИСЭПН, 2005. – 376 с.
136. Кислицына О.А. Социально-экономические аспекты здоровья детей в России // Материалы Интернет-конференции «Дети и молодежь», с 01.03.10 по 28.03.10. – URL: <http://ecsocman.edu.ru>.
137. Кислицына О. Жилищные условия и здоровье // Общественное здоровье и профилактика заболеваний: научно-практический журнал. – 2006. – №6. – С. 39-45.
138. Кислицына О.А. Факторы здоровья детей младшего и среднего школьного возраста // Социальные аспекты здоровья населения. – 2009. – Т. 9. Вып. 1. – С. 5-15.
139. Клупт М. Демография регионов Земли. – СПб.: Питер, 2008. – 347 с.
140. Кокорина Е.П. Социально-гигиенические особенности формирования здоровья населения в современных условиях: автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 1999. – 48 с.
141. Коляничко А.А., Дуганов М.Д., Ковригина С.В., Шабунова А.А., Калашников К.Н. Подушевое финансирование здравоохранения по методу «затраты-результаты» // Финансы. – 2008. – №7. – С. 9-12.
142. Кольба А.Н. О создании Государственной системы мониторинга здоровья населения России. – URL: <http://www.depfrt.drugreg.ru/tacis/work/kolwork.htm> – 1990
143. Комаров Ю.М. Что нас ожидает в следующем поколении: прогноз здоровья населения России на 2040 год // Экономика здравоохранения. – 1997. – №12. – С. 18-21.
144. Концепция долгосрочного социально-экономического развития России до 2020 года: утв. распоряжением Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 г. – URL: www.economy.gov.ru
145. Концепция развития здравоохранения до 2020 года [Проект]. – URL: www.zdravo2020.ru/concept
146. Копнина В.Г., Римашевская Н.М. Здоровье и благосостояние // Общественные науки и здравоохранение / отв. ред. И.Н. Смирнов. – М.: Наука, 1987. – С. 151-163.
147. Копнина В.Г. Детерминанты и последствия качественной структуры населения // Качество населения. Демография и социум. – М., 1993. – Вып. 6. – С. 22-40.
148. Корчагин В.П. Экономическая оценка медико-демографической ситуации // Экономика здравоохранения. – 1998. – №2. – С. 10-14.

149. Корчагин В.П., Нарожная В.Л. Экономическая оценка ущерба от людских потерь // Проблемы прогнозирования. – 1998. – №5. – С. 109-120.
150. Коулман Дж. Капитал социальный и человеческий // Общественные науки и современность. – 2001. – № 3. – С. 121-139.
151. Кричагин В.И. Философия Аристотеля и качество населения // Качество населения. Демография и социум. – М., 1993. – Вып. 6. – С. 149-163.
152. Кузьменко Е.Т. и др. Эпидемиология бесплодного брака в городе Иркутске // Вестник Кузбасского научного центра «Актуальные вопросы акушерства и гинекологии»: материалы XI науч.-практ. конф. (12-13 апреля 2007 г.). – Кемерово, 2007. – С. 245-247.
153. Кузьмин А.И. Основы демографии: курс лекций. – М.: РУДН, 2003. – 440 с.
154. Кулаков В.И. Репродуктивное здоровье населения России // Акушерство и гинекология. – 2002. – №2. – С. 4-7.
155. Лактионова Г.М. Репродуктивное здоровье девушек-подростков Украины: состояние и проблемы // Управление здравоохранением. – 2000. – №1. – С. 63.
156. Ларионова И.С. Здоровье населения как социальная ценность: автореф. дис. ... докт. филос. наук. – М., 2004. – 38 с.
157. Ларионова И.С. Философия здоровья. – М.: Гардарики, 2007. – 224 с.
158. Лисицын Ю.П. Образ жизни и здоровье населения. – М.: Знание, 1982. – 40 с.
159. Лисицын Ю.П. Основной вопрос медицины (образ жизни, общественное здоровье, санология): актовая речь 2 ноября 1987 г. – М., 1987. – 33 с.
160. Лисицын Ю.П. Теоретико-методологические проблемы концепции «общественного здоровья» // Общественные науки и здравоохранение. – М.: Наука, 1987. – №1. – 132 с.
161. Лисицын Ю.П. Концепция «человеческого капитала»: медико-экономический аспект // Экономика здравоохранения. – 1998. – № 2(26). – С. 5-9.
162. Лисицын Ю.П. Здоровье и смертность в России // Медицинская газета. – 2001. – №30. – С. 30.
163. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 512 с.
164. Лисицын Ю.П., Житников В.Г., Полунина Н.В. Влияние образа жизни на показатели состояния здоровья детей // Комплексные социально-гигиенические исследования: республиканский сборник научных трудов. – Москва; Ростов-на-Дону, 1983. – С. 78-82.
165. Лисицын Ю.П., Изуткин А.М., Матюшин И.Ф. Медицина и гуманизм. – М.: Медицина, 1984. – 280 с.
166. Лисицын Ю.П., Овчаров В. К. Тенденции общественного здоровья и задачи его изучения // Вестник АМН СССР. – М., 1981. – №11. – С. 33-40.
167. Лисицын Ю.П., Полунина Н.В. Общественное здоровье и здравоохранение. – М.: Медицина, 2002. – 416 с.
168. Лищук В.А., Мосткова Е.В. Основы здоровья: актуальные задачи, решения, рекомендации: обзор. – М.: РАМН, 1994. – 134 с.
169. Лукашев А.М., Прохоров Б.Б., Шиленко Ю.В. Общественное здоровье и управление здравоохранением. – М.: Оверлей, 2005. – 392 с.
170. Львов Д.С. Экономика развития. – М.: Экзамен, 2002. – 512 с.

171. Максимова Т.М. Особенности заболеваемости в различных группах населения // Советское здравоохранение. – 1991. – № 4.
172. Мальцев В.И., Ефимцева Т.К., Белоусов Д.Ю. Типы и методы проведения фармакоэкономических исследований. – URL: http://www.apteka.ua/apteka/contribution/s_358_37_230902_021.asp
173. Маршалл А. Принципы экономической науки: в 3 т. – М.: Прогресс, 1993. – Т. 2. – 312 с.
174. Материалы круглого стола по теме «Демографический кризис: механизмы преодоления». – URL: http://www.chelt.ru/2001/4/dem_4.html
175. Материалы общероссийского опроса населения 25-24 декабря 2004 г., проведенного ФОМ 21 декабря 2004 г. в Москве, Новосибирске и Самаре. – URL: http://bd.fom.ru/report/cat/journ_socrea/number_1_05/gur050103/
176. Медведев Д.А. Россия, вперед! [2009]. – URL: <http://kremlin.ru/>
177. Медико-демографические показатели Российской Федерации в 2006 году: стат. мат. – М., 2007. – 191 с.
178. Медицинская энциклопедия. – URL: <http://www.med74.ru>
179. Методика оценки эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации. Протокол № 1 от 18 июля 2007 г. – URL: <http://www.primorsky.ru/files/5584.doc>.
180. Методические рекомендации по комплексной оценке состояния здоровья детей и подростков при массовых врачебных осмотрах от 27.04.82 № 8-14/4. – М., 1982. – 30 с.
181. Мировая статистика здравоохранения. 2009 год. – Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2009. – 150 с.
182. Можейко Л.Ф., Силява В.Л., Матуш Л.И. Репродуктивное здоровье: проблемы и возможности. – Мн., 2001. – № 4. – С. 2-5.
183. Мониторинг общественного мнения населения Вологодской области за 2007 год / ВНКЦ ЦЭМИ РАН. – Вологда, 2007. – №53.
184. Мороз И.Н., Плахотя Л.П. Репродуктивные установки молодежи // Республ. науч.-практ. конф. «Беларусь: 10 лет после Каирской международной конференции по народонаселению и развитию» (27 – 29.11.2003 г.): сб. тезисов. – Мн., 2003. – С. 145-146.
185. Моссэ Ф. Экономика больничной системы (сложная проблема привлечения к участию) // Управление здравоохранением. – 2004. – № 13. – С. 50-64.
186. Назарова И.Б. О здоровье населения в современной России // Социологические исследования. – 1998. – №11. – С. 117-123.
187. Назарова И.Б. Субъективные и объективные оценки состояния здоровья населения // Социологический журнал. – 1998. – № 3. – С. 246-249.
188. Назарова И.Б. Здоровье российского населения: факторы и характеристики (90-е годы) // Социологические исследования. – 2003. – №11. – С. 57-69.
189. Назарова И.Б. Здоровье занятых: причины потерь и возможности сбережения // Управление здравоохранением. – 2007. – № 20. – С. 9-22.
190. Назарова И.Б. Здоровье занятого населения. – М.: МАКС Пресс, 2007. – 526 с.
191. Население и трудовые ресурсы: справочник / сост. А.Г. Новицкий. – М.: Мысль, 2002. – 402 с.

192. Население России – 2002. Десятый ежегодный демографический доклад / под ред. А.Г. Вишневого. – М.: КДУ, 2004. – 224 с.
193. Население России на рубеже XX – XXI веков: проблемы и перспективы / под ред. В.А. Ионцева, А.А. Саградова. – М.: МАКС-Пресс, 2002. – 352 с.
194. Насилие и его влияние на здоровье: Доклад о ситуации в мире. ВОЗ. – Женева. – М.: Весь Мир, 2003. – 376 с.
195. Новая парадигма развития России в XXI веке (комплексное исследование проблем устойчивого развития: идеи и результаты) / под ред. В.А. Коптюга, В.М. Матросова, В.К. Левашова. – М.: Academia, 2000. – 434 с.
196. Нургалиев Р.И. Состояние здоровья новорожденных и организация неонатальной помощи в регионе: автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 1999. – 48 с.
197. О положении детей в Российской Федерации. 1998 год: Государственный доклад. – М.: Синергия, 2000. – 100 с.
198. О санитарно-эпидемиологической обстановке в Российской Федерации в 2007 году: Государственный доклад. – М.: Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора, 2008. – 397 с.
199. О состоянии здоровья детей в Российской Федерации: Доклад МЗ РФ по итогам всероссийской диспансеризации 2002 года. – М.: МЗ РФ, 2003. – 95 с.
200. Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях: Приказ Минздрава РФ от 09.12.1999 №438. – URL: http://zdrav.org/fordowns/PR-ORU-99-MZ438_DnevnStaz-01.txt
201. Об утверждении инструкции по проведению профилактических осмотров детей дошкольного и школьного возрастов на основе медико-социальных нормативов: Приказ Минздравмедпрома РФ от 14.03.95 № 60.
202. Общественное здоровье и экономика / Б.Б. Прохоров, И.В. Горшкова, Д.И. Шамаков, Е.В. Тарасова; отв. ред. Б.Б. Прохоров. – М.: МАКС Пресс, 2007. – 292 с.
203. Окрепилов В.В. Эволюция качества. – СПб.: Наука, 2008. – 744 с.
204. Орлова И.Б. Смертность в современной России: характер и особенности. – URL: <http://www.ispr.ru/BIBLIO/JURNAL/Science/jurnal109.html>
205. Осипов Г.В., Кузнецов В.Н. Социология и государственность: достижения, проблемы, решения. – М.: Вече, 2005. – 567 с.
206. Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2007 год. – Вологда: Департамент здравоохранения Вологодской области, 2008.
207. Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2008 год. – Вологда: Департамент здравоохранения Вологодской области, 2009.
208. О ходе реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2007 г. (по материалам Минздравсоцразвития России) // Здравоохранение. – 2008. – №10. – URL: <http://www.zdrav.ru/library/publications/detail.php>
209. Охрана материнства и детства в России и Великобритании: междисциплинарный подход / отв. ред. Н.С. Григорьева. – М.: Медицина, 2002. – 224 с.
210. Охрана психического здоровья – тема Европейской конференции ВОЗ на уровне министров // Пресс-релиз ЕРБ ВОЗ/15/04. – Копенгаген, 8 окт. 2004. – URL: <http://www.med.by/who/2004/pr15.htm>

211. Пестрикова Т., Юрасова Е. Бесплодие в браке // Медицинская газета. – 2005. – №51 (6 июля).
212. Петленко В.П., Давиденко Д.Н. Этюды валеологии: здоровье как человеческая ценность. – СПб.: Балтийская педагогическая академия, 1998. – 120 с.
213. Петленко В.П., Сержантов В.Ф. Проблема человека в теории медицины. – К.: Здоров'я, 1984. – 200 с.
214. Подделка лекарств угрожает здоровью россиян // Информационный ресурс РБКDaily. – URL: <http://www.rbcdaily.ru/2008/06/09/focus/351123>
215. Половозрастной состав населения Вологодской области в 2006 году: стат. бюлл. / Территориальный орган Федеральной статистики по Вологодской области. – Вологда, 2007.
216. Попова И.П. Динамика состояния здоровья, измеряемого на базе GHO: тенденции и социальные факторы. Опыт анализа данных лонгитюдного опроса // Здравоохранение Российской Федерации. – 2006. – № 3. – С. 23-27.
217. Послание Президента РФ Федеральному Собранию РФ 2007 г. – URL: <http://kremlin.ru/>
218. Потанина Ю.А., Дартау Л.А., Белоконов О.В. Компьютерная система ЭДИФАР как средство сбора данных от населения (для разработки социальной политики на местах). – М.: Московский лицей, 1999. – 205 с.
219. Потапов А.И., Ракитский В.Н., Новичкова Н.И., Романова Е.А. Проблемы охраны здоровья детского населения России // Здравоохранение Российской Федерации. – 2008. – №3. – С. 3-5.
220. Потребление алкогольной продукции и его последствия по Вологодской области: аналит. материал. – Вологда, 2009. – 22 с.
221. Потребление продуктов питания по социально-экономическим группам населения в 2008 году. – Вологда, 2009.
222. Приказ Департамента здравоохранения «О создании в ГУЗ «Вологодская областная детская больница» отделения экстренной консультативной медицинской помощи» от 30.07.2007 № 494. – URL: <http://www.volaws.ru/index.php?ds=525159>
223. Приказ Минздрава СССР «О порядке проведения всеобщей диспансеризации населения» от 30 мая 1986 г. №770 (с изменениями от 12 сентября 1997 г.).
224. Проблемы сохранения человеческого потенциала: медико - демографические аспекты / А.И. Попугаев, Н.А. Рыбакова, К.А. Гулин, Н.А. Короленко, А.А. Шабунова, Г.В. Тихомирова. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2006. – 157 с.
225. Пространственные аспекты развития региона / В.А. Ильин, М.Ф. Сычев, К.А. Гулин [и др.] / под ред. В.А. Ильина. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2008. – С. 151-160.
226. Прохоров Б.Б. Здоровье детей и загрязнение окружающей среды // Проблемы прогнозирования. – 1997. – №1. – С. 109-120.
227. Прохоров Б.Б. Здоровье населения России в XX веке. – М.: МНЭПУ, 2001. – 276 с.
228. Прохоров Б.Б. Здоровье россиян за 100 лет // Человек. – 2002. – №2. – С. 54-65.
229. Прохоров Б.Б. Здоровье россиян за 100 лет // Человек. – 2002. – №3. – С. 41-55.

230. Прохоров Б.Б. Динамика социально-экономического реформирования России в медико-демографических показателях // Проблемы прогнозирования. – 2006. – №5. – С. 124-137.

231. Прохоров Б.Б. Социальная стратификация общества и здоровье населения // Проблемы прогнозирования. – 2009. – №3. – С. 112-133.

232. Прохоров Б.Б., Горшкова И.В. Кризисы общественного здоровья в России и СССР // Население России в XX веке. – М.: ИНП РАН, 1998. – С. 54-57.

233. Прохоров Б.Б., Горшкова И.В., Шмаков Д.И., Тарасова Е.В. Общественное здоровье и экономика. – М.: МАКС Пресс, 2007. – 288 с.

234. Прохоров Б.Б., Шмаков Д.И. Оценка стоимости статистической жизни и экономического ущерба от потерь здоровья // Проблемы прогнозирования. – 2002. – № 3. – Май. – С. 125-135.

235. Прохорова Т.П. Питание детей 1 года жизни «Значение естественного (грудного) вскармливания». – URL: http://med.zp.ua/documents/1999/1998_8_12/Prog_grud_vskarm.htm

236. Радаев В.В. Понятие капитала, формы капиталов и их конвертация // Электронный журнал «Экономическая социология». – 2002. – Т. 3. – № 4. – С. 20-32. – URL: <http://ecsoc.hse.ru/issues/2002-3-4/index.html>

237. Распоряжение Правительства РФ «Стратегия развития физической культуры и спорта в РФ до 2020 г.» от 7 августа 2009 г. № 1101-р // Собрание законодательства Российской Федерации. – М.: Юридическая литература, 17 августа 2009. – №33. – С. 9798-9817.

238. Реализация реформы здравоохранения в субъектах РФ. База данных. – URL: <http://www.healthreform.ru/>

239. Регионы России. Социально-экономические показатели. 2004: стат. сб. / Росстат. – М., 2004. – 966 с.

240. Регионы России. Социально-экономические показатели. 2007: стат. сб. / Росстат. – М., 2007. – 991 с.

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

242. Регионы России. Социально-экономические показатели. 2009: стат. сб. / Росстат. – М., 2009. – 990 с.

243. Репродуктивный потенциал населения региона: состояние, тенденции, перспективы / В.А. Ильин, А.А. Колинко, К.А. Гулин, А.А. Шабунова, М.А. Копейкина, Е.Л. Вологодина. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2005. – 208 с.

244. Реформа больниц в новой Европе / Ж. Фигерас, М. Макки, Э. Моссиалос, Р.Б. Солтман – М: Весь Мир, 2002. – 320 с.

245. Римашевская Н.М. Детство в России. Проблем все больше, а ребят все меньше. – URL: www.ug.ru/issue/?action=topic&t

246. Римашевская Н.М. Здоровье человека – здоровье нации // Экономические стратегии – Центральная Азия. – 2006. – №1. – С. 22-31. – URL: <http://www.inesnet.ru/magazine>

247. Римашевская Н.М. Российский генофонд: качество будущих поколений // Народнонаселение. – 2000. – №4. – С. 97-101.

248. Римашевская Н.М. Социально-экономические и демографические проблемы современной России // Вестник Российской академии наук. – 2004. – Т. 74. – № 3. – С. 209-218.

249. Римашевская Н.М. Качественный потенциал населения России: взгляд в XXI век // Проблемы прогнозирования. – 2001. – №3. – С. 34-48.
250. Римашевская Н.М. Проблемы развития человеческого потенциала // Народонаселение. – 2007. – №1 (35). – Янв. – март.
251. Римашевская Н.М. Человек и реформы: секреты выживания. – М.: ИСЭПН, 2003. – 392 с.
252. Римашевская Н.М. Радикальное изменение негативного тренда здоровья в России // Народонаселение. – 2010. – №1. – Янв. – март. – С. 4-10.
253. Римашевская Н.М., Андрюшина Е.В. Комплексная оценка здоровья детей первых лет жизни // Народонаселение. – 1999. – №3. – С. 49-58.
254. Римашевская Н.М., Бреева Е.Б. Здоровье новорожденных – будущее здоровье нации // Социологические исследования. – 1996. – № 11. – Ноябрь. – С. 42-46.
255. Римашевская Н.М., Бреева Е.Б., Шабунова А.А. Здоровье детей: тенденции и перспективы // Народонаселение. – 2008. – № 3 (41). – Июль – сент. – С. 4-16.
256. Римашевская Н.М., Бреева Е.Б., Шабунова А.А., Барсукова Р.Т. Мониторинг подрастающего поколения: тенденции и особенности развития // Народонаселение. – 2007. – №1 (35). – Янв. – март. – С. 18-31.
257. Римашевская Н.М., Овчарова Л.П., Попова Р.И. и др. Дифференциация доходов и тенденции нарастания бедности // Россия – 1999: VII ежегодный доклад. – М.: ИСЭПН, 2000. – С. 152-187.
258. Римашевская Н.М. Стратегия социальной защиты населения России // Народонаселение. – 2001. – № 1. – Янв. – март. – С. 6-28.
259. Россия в условиях глобального кризиса. Социальная и социально-политическая ситуация в России в 2008 году. – М.: ИСПИ РАН, 2009. – 350 с.
260. Российский статистический ежегодник. 2007: стат. сб. / Росстат. – М., 2007. – 825 с.
261. Российский статистический ежегодник. 2008: стат. сб. / Росстат. – М., 2008. – 847 с.
262. Рошаль Л. Оценка состояния российского здравоохранения гражданским обществом: доклад на III пленарном заседании Общественной палаты РФ, 29-30 сент. 2006 г.
263. Русский архипелаг. – URL: <http://www.archipelag.ru/glossary/epidemperehod/>
264. Рыбаковский Л.Л., Захарова О.Д. Демографическая ситуация в России: геополитические аспекты // Человек на севере: условия и качество жизни. – Сыктывкар, 1999. – С. 47.
265. Рыбинский Е.М. Социальные реальности детства в современном российском обществе: автореф. дис. ... докт. социол. наук. – М., 1998. – 73 с.
266. Сабиров З.Ф. Роль загрязнений атмосферного воздуха в формировании аллергической патологии у детей // Гигиена и санитария. – 1999. – №6. – С. 50-51.
267. Сбережение народа / под ред. Н.М. Римашевской; Ин-т соц.-экон. проблем народонаселения РАН. – М.: Наука, 2007. – 326 с.
268. Сборник современных правовых документов по вопросам репродуктивных прав и репродуктивного здоровья населения. – М., 2002. – Т. 1. – 520 с.

269. Сборник современных правовых документов по вопросам репродуктивных прав и репродуктивного здоровья населения. – М., 2002. – Т. 2. – 512 с.
270. Семенова В.Г. Обратный эпидемиологический переход в России. – М.: ЦСП, 2005. – 235 с.
271. Системы здравоохранения: время перемен: Германия / Р. Буссе, А. Райзберг; Всемирная организация здравоохранения; Европейское региональное бюро, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. – Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2004. – 232 с.
272. Скляр Т.М. Экономика и управление здравоохранением. – СПб.: С.-Петербург. гос. ун-т, 2004. – 184 с.
273. Соломонов А.Д. Научные основы мониторинга здоровья населения на региональном уровне (на примере Ставропольского края): автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 1998. – 40 с.
274. Социальная гигиена и организация здравоохранения / под ред. А.Ф. Серенко, В.В. Ермакова. – М.: Медицина, 1984. – 630 с.
275. Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения: учеб. рук-во / под ред. Ю.П. Лисицына. – Казань, 1998. – 698 с.
276. Социальная сфера общества: сегодня, завтра, послезавтра. Взгляд из Центра и регионов России // Информационно-аналитический бюллетень. – 2008. – №1. – 71 с. – URL: www.isras.ru
277. Социально-демографическая безопасность России / под ред. В.А. Черешнева, А.И. Татаркина. – Екатеринбург: Институт экономики УрО РАН, 2008. – 864 с.
278. Справочно-информационные материалы службы охраны здоровья матери и ребенка в 2007 г. – М.: МЗ и СР РФ, 2008. – 42 с.
279. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. – М.: Когито-Центр, 2005. – 376 с.
280. Статистический ежегодник Вологодской области. 2007: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2008. – 400 с.
281. Статистический ежегодник Вологодской области: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2008.
282. Статистический ежегодник Вологодской области. 2008: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2009.
283. Статистический ежегодник Вологодской области. 1995 – 2007: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2008. – 363 с.
284. Степанов А.Д. О значении и принципах подхода к определению понятий «здоровье» и «болезнь» // Здравоохранение Российской Федерации. – 1985. – № 10.
285. Степанова С.М. Заболеваемость детей в зависимости от массы тела при рождении // Советское здравоохранение. – 1985. – №7. – С. 7-29.
286. Стеффен М. Французская система здравоохранения: история создания нетипичной институциональной организации // Управление здравоохранением. – 2004. – 3 (№13). – С. 28-47.
287. Столбова М.В. Фармакоэкономический анализ стационарозамещающих технологий // Здравоохранение Российской Федерации. – 2007. – №3. – С. 20-23.

288. Стратегический ответ России на вызовы нового века / под ред. Л.И. Абалкина. – М.: Экзамен, 2004. – 608 с.
289. Стратегический план «Охрана и укрепление здоровья населения Вологодской области на 2003 – 2010 годы». – Вологда, 2002. – 100 с.
290. Струмилин С.Г. О народнохозяйственной эффективности здравоохранения // Экономические науки. – 1966. – №5. – С. 28-29.
291. Сулейманова Л.Ш. Человеческий капитал как фактор европейской экономической интеграции // Вестник ТИСБИ. – 2005. – №1. – С. 69-73.
292. Сурмач М.Ю. Репродуктивное здоровье и репродуктивный потенциал: методология исследования и оценки // Медицинские новости. – 2007. – № 3. – С. 40-45.
293. Тапилина В.С. Социально-экономическая дифференциация и здоровье населения России // ЭКО. – 2002. – № 2. – С. 114-124.
294. Тапилина В.С. Социально-экономический статус и здоровье населения // Социологические исследования. – 2004. – №3. – С. 126-137.
295. Трагакес Э., Лессоф С. Системы здравоохранения: время перемен. Россия / Европейская обсерватория по системам здравоохранения, 2003. – URL: <http://www.publichealth.ru/docs.php?view=220>.
296. Указ Президента РФ «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года» от 9 октября 2007 г. № 1351. – URL: <http://www.garant.ru/hotlaw/federal/163630/>
297. Укрепление здоровья матери и ребенка – важное направление демографической политики // Приоритетные национальные проекты. – URL: http://www.rost.ru/news/2008/10/021308_15263.shtml
298. Улумбекова Г. Здоровье населения и здравоохранение в России: анализ проблем и перспективы // Общество и экономика. – 2010. – № 2. – С. 32-63.
299. Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения. – Нью-Йорк, 22 июля 1946 года. – URL: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_ru.pdf
300. Федоренко Н.П. Россия на рубеже веков. – М.: Экономика, 2003. – 727 с.
301. Философия здоровья / РАН, Ин-т философии; отв. ред. А.Т. Шаталов. – М.: ИФ РАН, 2001. – 242 с.
302. Фролов В.А. Болезнь // Большая Советская Энциклопедия. – М.: Сов. энциклопедия, 1972. – Т. 9.
303. Фролов В.А., Дроздова Г.А., Казанская Т.А. и др. Патологическая физиология. – М.: Экономика, 1999. – 623 с.
304. Фуко М. Рождение клиники. – М.: Смысл, 1998. – 310 с.
305. Царегородцев Г.И., Шиманов А.В. НТР и некоторые методологические проблемы современной медицины // Методологические и социальные проблемы современной медицины: сб. науч. трудов. – М., 1986.
306. Чен М. Воздействие глобальных кризисов на здоровье: деньги, погода и микробы // Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения. – URL: http://www.who.int/dg/speeches/2009/financial_crisis_20090318/ru/index.html
307. Чубарова Т. Система здравоохранения в России: экономические проблемы теории и практики // Вопросы экономики. – 2009. – №4. – С. 129-144.
308. Шабунова А.А. Проблемы доступности медицинской помощи для населения // Федерализм. – 2010. – №1. – С. 209-218.

309. Шабунова А.А., Дуганов М.Д., Калашников К.Н. Подушевое финансирование в здравоохранении: вопросы практической реализации // Вестник ИНЖЭКОНа. – 2009. – №7 (34). – С. 95-100.

310. Шабунова А.А., Ласточкина М.А. Репродуктивный потенциал населения Вологодской области // Регион: экономика и социология. – 2007. – № 2. – С. 129-136.

311. Шабунова А.А., Ласточкина М.А. Социально-гигиеническая грамотность как фактор репродуктивного поведения женщин // Социологические исследования. – 2007. – № 9. – С. 114-117.

312. Шабунова А.А., Рыбакова Н.А., Тихомирова Г.В. Индекс здоровья населения Вологодской области // Вопросы статистики. – 2008. – № 5. – С. 73-77.

313. Шабунова А.А., Рыбакова Н.А., Тихомирова Г.В. Факторы, ограничивающие здоровье населения региона (на примере Вологодской области) // Социологические исследования. – 2009. – № 8. – С. 85-91.

314. Шапкайтц В.А., Баранов С.П. Комплексная медико-социальная оценка репродуктивного потенциала сельских женщин Северо-Запада России // Ремедиум Северо-Запад. – 2001. – №3.

315. Шварц Г.Я. Фармакоэкономическое обоснование применения лекарственных препаратов превентивного ряда в лечении больных рассеянным склерозом // Неврологический журнал. – 2001. – №1. – С. 43-47.

316. Швецова В.Н. Питание обучающихся как необходимое условие формирования здоровья. – URL: <http://kavp2006.khb.ru/download.php?id=99>

317. Шевяков А.Ю. «Болевые точки» России: избыточное неравенство и депопуляция // Общество и экономика. – 2005. – №12. – С. 86-102.

318. Шевяков А.Ю. Неравенство, инвестиции и экономический рост // Недвижимость и инвестиции. Правовое регулирование. – 2007. – № 3-4 (32-33). – URL: http://dpr.ru/journal/journal_31_5.htm

319. Шевяков А.Ю., Кирута А.Я. Влияние социально-экономических факторов на демографические процессы // Народонаселение. – 2007. – №4 (38). – С. 4-20.

320. Шемаринов Г.А., Фролов М.В., Овчаров В.К. К современным оценкам социально-гигиенических факторов и характеристика деятельности службы родовспоможения в формировании здоровья женщин репродуктивного возраста // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2005. – №3. – С. 8-11.

321. Шестакова Ж.Н., Гурьева В.А. Факторы риска женской инфертильности у пациенток, проживающих в условиях города и сельской местности // Материалы IV съезда акушеров-гинекологов России. – М., 2008. – С. 287-288.

322. Шишкин С.В. Экономика социальной сферы. – М.: ГУ-ВШЭ, 2003. – 367 с.

323. Шишкин С. Вызовы системе здравоохранения // Социально-экономическое развитие России: новые рубежи (материалы международной конференции). – М.: ИЭПП, 2008. – С. 93-114.

324. Шмаков Д.И. Разработка методики оценки потерь капитала здоровья // Научные труды / Институт народнохозяйственного прогнозирования РАН. – М.: МАКС-Пресс, 2004. – Т. 2. – С. 527-539.

325. Щепин О.П. Здоровье населения в Российской Федерации: проблемы и перспектива // Вестник РАМН. – 1996. – № 6. – С. 9-15.
326. Щепин О.П. Организационные и методические подходы к управлению качеством в здравоохранении // Итоги работы органов и учреждений здравоохранения в 2002 году и меры по повышению качества медицинской помощи населению / под ред. Ю.Л. Шевченко. – М.: Министерство здравоохранения РФ, 2003.
327. Щепин О.П., Царегородцев Г.И., Ерохин В.Г. Медицина и общество. – М.: Медицина, 1983. – 392 с.
328. Щербаков В. Женщина и сигарета. – URL: <http://www.utro.ru/articles/2001102504063342995.shtml>
329. Щербакова Е. Курение – важнейший фактор риска для здоровья в Европейском регионе // Демоскоп. – 2006. – №305-306. – 15-28 окт. – URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2007/0305/barom05.php>
330. Щербакова Е. Распространенность курения в Европейском регионе снижается, но ситуация в отдельных странах различна // Демоскоп. №305-306. 15-28 октября 2006 г. – URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2007/0305/barom04.php>
331. Экономическая оценка эффективности лекарственной терапии (фармако-экономический анализ) / Авксентьева М.В. [и др.]. – М.: Ньюдиамед, 2000. – 80 с.
332. Эффективность здравоохранения региона / А.А. Колинко, М.Д. Дуганов, К.А. Гулин, А.А. Шабунова [и др.]. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2006. – 192 с.
333. Юдин Б.Г. Здоровье человека как проблема гуманитарного знания // Философия здоровья. – М.: ИФ РАН, 2001. – С. 61-85.
334. Юдин Б.Г. Здоровье человека как предмет междисциплинарного знания // Общественное здоровье и профилактика заболеваний. – 2004. – №1. – С. 3-10.
335. Юрьев В.К. Здоровье населения и методы его изучения. – СПб., 1993. – 144 с.
336. Юрьев В.К. Методология оценки и состояние репродуктивного потенциала девочек и девушек // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2000. – №4. – С. 3-5.
337. Юрьев В.К., Куценко Г.И. Общественное здоровье и здравоохранение. – СПб.: Петрополис, 2000. – 914 с.
338. Alsan M., Bloom D.E., Canning D. The effect of population health on foreign direct investment. – Cambridge: national bureau of economic research – NBER, 2004. – 25 p.
339. Arber S. Class, paid employment, and family roles: making sense of structural disadvantage, gender and health status // Social science&medicine. – 1991. – №32. – Pp. 425-436.
340. Arber S., Cooper H. Gender differences in later life: the new paradox. Special issue on gender and health // Social science&medicine. – 1999. – №48. – Pp. 61-76.
341. Ashiabi G.S., O'Neal K.K. Children's health status: examining the associations among income poverty, material hardship, and parental factors // PloS ONE. – 2007. – 2(9). – 940 p. – URL:www.plosone.org/article/info (Дата обращения 15.12.2008).

342. Becker G. Investment in human capital: a theoretical analysis // The Journal of political economy. – 1962. – Vol. 70. – Iss. 5. – Part. 2. Investment in human beings. – Pp. 9-49.

343. Becker G.S. Human capital. – N.Y.: Columbia university press, 1964.

344. Becker G.S. Human capital: a theoretical and empirical analysis, with special reference to education. – Chicago: Chicago university press, 1993. – 402 p.

345. Becker G.S. The Economic way of looking at life. – Chicago: John M. Olin law&economics working paper, 1992. – № 12. – 31 p.

346. Bloom David E., David Canning and Gaypee Sevilla. The demographic dividend: a new perspective on the economic consequences of population change. – Santa Monica, California: RAND, MR-1274, 2003.

347. Bloom David E., David Canning and Bryan Graham. Longevity and life-cycle savings // Scandinavian journal of economics. – 2003. – Vol. 105. –September. – Pp. 319-338.

348. Bourdieu P. Distinction: a social critique of the judgement of taste / translated by R. Nice. – Cambridge: Harvard university press, 1984. – 613 p.

349. Bourdieu P. The forms of capital / A. Halsey, H. Lauder, P. Brown and A. Wells Eds. // Education, culture, economy and society. – Oxford: Oxford university press, 2002. – Pp. 46-58.

350. Brown G. and Harris T. Social origins of depression: a study of psychiatric disorder in women. – London: Tavistock, 1978.

351. Calnan M. Health and illness: the lay perspective. – London: Tavistock publications, 1987.

352. Coleman J. Social capital in the creation of human capital // American journal of sociology. – 1988. – Vol. 94. Supplement. – Pp. 95-120.

353. Coleman J.S. Foundations of social theory. – Cambridge: Harvard university press, 1990. – 993 p.

354. Cooper T.G. Epididymal approaches to male contraception. In Andrology in the 21st century. Proceedings of the VIIth International congress of andrology, Montréal / B. Robaire, H Chemes, C.R. Morales Eds. – New Jersey: Medomond medical publications, 2002. – Pp. 499-509.

355. Cornwell J. Hard-earned lives: accounts of health and illness from East London. – London: Tavistock Publications, 1984.

356. Dolan P, Gudex C., Kind P, Williams A. A social tariff for EuroQol: results from a UK general population survey. – Discussion paper, York, University of York, 1995. – 138 p.

357. Dorbritz J., Hohn Ch., Naderi R. The Demographic future of Europe – facts, figures, policies. Results of the population policy acceptance study (PPAS) – DIALOG. The European commission, the Robert Bosch foundation, Federal institute for population research. – Germany. – 2005. – November. – 32 p.

358. Dying Too Young: Addressing premature mortality and 111 health due to non communicable diseases and injuries in the Russian Federation. – Europe and central Asia human development department / The World bank. – 2005. – 147 p.

359. Ecob R., Smith G.D. Income and health: what is the nature of relationship // Social science and medicine. – 1999. – V. 48. – № 5. – Pp. 693-705.

360. Elkeles T., Mielck A. Entwicklung eines Modells zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit // *Das Gesundheitswesen*. – 1997. – 59. – S. 137-143.
361. EUROHIS. Разработка общего инструментария для опросов о состоянии здоровья. – М.: Права человека, 2005. – 193 с. – URL: http://www.euro.who.int/Document/WA9502003EU_R.pdf
362. Freund P. E. S., McGuire M.B. Health, illness and the social body: a critical sociology. Second edition. – Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1995.
363. Grossman M. The human capital model of the demand for health // Working Paper № 7078. – Cambridge: National Bureau of economic research, 1999.
364. Health in Europe. Data 1998 – 2003: office for official publications of the European communities. – Luxembourg. – 2005. – 108 p.
365. Horan P.M., Gray B.H. Status inconsistency, mobility and coronary heart disease // *Journal of health and social behavior*. – 1974. – № 4. – Vol. 15. – Pp. 300-405.
366. Human development: report 2001 / Making new technologies work for human development New York. – Oxford: Oxford university press, 2001. – 278 p.
367. Irlich I. Limits to medicine. Medical remesis: the expropriation of health. – Harman's worth: Penguin Books, 1977. – 296 p.
368. Kalemli-Ozcan Sebnem & Ryder Harl E. & Weil David N. Mortality decline, human capital investment, and economic growth // *Journal of Development economics*. – Elsevier. – 2000. – June. – Vol. 62(1). – Pp. 1-23.
369. Kawachi I. et al. Social capital, income inequality, and mortality // *American journal of public health*, 1997. – Vol. 87 (9). – Pp. 292-314.
370. Ladnaia N., Pokrovsky V. and Rühl C. The Economic consequences of HIV in Russia: an interactive simulation approach. – Moscow, The World bank, 2003.
371. Loury G. Dynamic theory of racial income differences // *Women, minorities and employment discrimination*. – Lexington, 1976. – Pp. 153-186.
372. Marmot M.G., Davey Smith G., Stansfeld S.A. et al. Health inequalities among british civil servants: the Whitehall II Study // *Lancet*. – 1991. – Vol. 337. – Pp. 1387-1393.
373. McKee M. The health consequences of the collapse of the Soviet union // *Poverty, inequality and health: an international perspective* / Ed.: D. Leon and G. Walt. – Oxford: Oxford university press, 2001. – Pp. 17-36.
374. Measuring self-reported population health: an international perspective based on EQ-5D. Eds. Szende A, Williams A. EuroQol group monographs. – SpringMed publishing, 2004. – Vol. 1.
375. Nowwtare – 50 / Key findings from the Elliott and Romesh Vaitilingam. – 2008. – URL: <http://www.cls.ioe.ac.uk/studies.asp?section=0001000200030003>
376. Omran A.R. The epidemiological transition: a theory of the epidemiology of population change // *Milbank memorial fund quarterly*. – 1971. – 49. – Pp. 509-538.
377. Olshansky S.J., Ault A.B. The fourth stage of the epidemiologic transition: the age of delayed degenerative diseases. – *Milbank memorial fund quarterly*, 1986. – 64(3). – Pp. 355-391.
378. Praktische personalarbeit als aufgabe: Grundlagen, Konzepte, Checklisten / Werner Fauth. – Wiesbaden: Gabler, 1991. – S. 37.

379. Pritchett L., Summers L.H. Wealthier is Healthier // *Journal of human resources*. – 1996. – Vol. 31. – Pp. 841-868.
380. Putnam R. The prosperous community. Social capital and public life // *The american prospect*. – 1993. – № 3, 4(13). – Pp. 27-40.
381. Putnam R. *Bowling alone: the collapse and revival of american community*, Simon Schuster. – New York, 2000.
382. Putnam R. Social capital. Measurement and consequences // *ISUMA / Canadian journal of policy research*. – 2001. – Spring. – Pp. 41-51.
383. Schultz T.W. Nobel lecture: The economics of being poor // *Journal of political economy*. – Chicago university press, 1980. – Vol. 88(4). – Pp. 639-651.
384. Sigerist Henry E. *On the history of medicine* / edited by Felix Marti-Ibanez, M.D., foreword by John F. Fulton, M.D. – New York: MD Publications, Inc. 1960. – 313 p.
385. Simon J.W. Class, health and lifestyles: can Bourdieu help us? // *Sociology-of-health-and-illness*. – 1995. – № 17, 5. – Pp. 577-604.
386. Smith J.P. Healthy bodies and thick wallets: the dual relation between health and economic status // *Journal of economic perspective*. – 1999. – Vol. 13. – № 2. – Pp. 145-166.
387. Sonmezer M., Oktay K. Fertility preservation in female patients. *Human reproduction update*, 2004. – Vol. 10. – №3. – Pp. 251-266.
388. Suhrcke M., McKee M., Rocco L. *Инвестиции в здоровье: ключевое условие успешного экономического развития стран Восточной Европы и Центральной Азии*. – Копенгаген: Всемирная организация здравоохранения, 2008. – 274 с.
389. *The financial crisis and global health* // Report of a high-level consultation. – URL: http://www.who.int/topics/financial_crisis/financialcrisis_report_200902.pdf
390. *The World health report 2006: working together for health*. – WHO. Geneva, 2006. – 209 p.
391. *The World health report 2007: a safer future: global public health security in the 21st century*. – WHO. Geneva, 2007. – 72 p.
392. *The World health report 2008: primary health care. Now more than ever* – WHO. Geneva, 2008. – 16 p.
393. Wilkinson R.G. Health inequalities: relative or absolute material standards? // *British medical journal*. – 1997. – № 314. – February, 22. – Pp. 591-605.
394. Williams A. EuroQoL – a new facility for the measurement of health-related quality of life // *Health policy*. – 1990. – 16. – Pp. 199-208.
395. Woolcock M., Narayan D. Social capital: implications for development theory // *The world bank research observer*. – 2000. – № 15. – Pp. 225-251.
396. *World development indicators 2007*. – Washington, DC, World bank, 2008 – URL: <http://www.worldbank.org/data> (выборка 13 февраля 2009 года)
397. *World health statistics 2009* / Всемирная организация здравоохранения, 2009 год. – URL: www.who.int/whosis/whostat/2009/
398. Zohoori N. *Monitoring health conditions in the Russian Federation. The Russia longitudinal monitoring survey*. – Chapel hill: University of North Carolina, 1997.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Порядок расчетов экономического ущерба от потерь здоровья

Расчет экономического ущерба включал следующие этапы:

1. Расчет упущенной выгоды в производстве ВРП в связи с выплатами по социальному страхованию лицам, участвующим в производственном процессе.

Мы определили экономические затраты в связи с выплатами по социальному страхованию за период временной нетрудоспособности населения, занятого в экономике, как произведение стоимости одного дня временной нетрудоспособности и количества дней временной нетрудоспособности.

За среднюю выплату по социальному страхованию приняли 50% от размера средней заработной платы, учитывая, что население чаще бывает на больничном в молодом возрасте – по уходу за больными детьми и в предпенсионном возрасте – в связи с ухудшением здоровья (табл. 1).

Таблица 1. Упущенная выгода в производстве ВРП в связи с выплатами по социальному страхованию лицам, участвующим в производственном процессе*

Показатель	2006 г.	2007 г.
Количество дней временной нетрудоспособности	4 512 464	4 629 108
Средняя зарплата, руб.	10 667	12 914
Средняя выплата по социальному страхованию, руб.	5 333,5	6 457
Стоимость одного дня по социальному страхованию, руб.	177,8	215,2
Упущенная выгода в производстве ВРП за год, тыс. руб.	802 316,1	996 184,0
Упущенная выгода в производстве ВРП за год, в % от ВРП за 2006 г.	3,5%	4,4%
* Рассчитано на основании данных сб. «Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2007 год». – Вологда: ДЗО, 2008.		

2. Расчет упущенной выгоды в производстве ВРП в связи с неучастием инвалидов Вологодской области в производственном процессе.

Сложно в полной мере оценить и экономический ущерб, обусловленный инвалидностью населения региона, так как это связано с выплатой пенсий по инвалидности, содержанием домов инвалидов и интернатов для детей-инвалидов, выплатами на лечение инвалидов, оплатой труда социальных работников и т.д. Нами произведен расчет упущенной выгоды в производстве валового регионального продукта (ВРП) из-за неучастия инвалидов в его производстве (табл. 2).

Таблица 2. Упущенная выгода в производстве ВРП в связи с неучастием инвалидов Вологодской области в производственном процессе*

Показатель	2006 г.	2007 г.
Общая численность пенсионеров по инвалидности в Вологодской области, чел.	38 600	36 400
Количество неработающих инвалидов, чел.	30 340	28 647
Средняя пенсия по инвалидности, руб.	2 263	2 951
Упущенная выгода в производстве ВРП за год, тыс. руб.	68 659,4	84 537,3
Упущенная выгода в производстве ВРП за год, в % к ВРП 2006 г.	0,3	0,4
* Рассчитано на основании данных Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Вологодской области.		

3. Расчет упущенной выгоды в производстве ВРП из-за уменьшения численности занятых в экономике в связи с преждевременной смертью трудоспособного населения.

Экономические издержки, которые несет общество в результате смерти населения трех основных возрастных групп, указаны в *таблице 3*. Нами произведен расчет экономического ущерба от упущенной выгоды в производстве ВРП из-за уменьшения численности занятых в экономике в связи со смертью населения в трудоспособном возрасте.

Таблица 3. Упущенная выгода в производстве ВРП из-за уменьшения численности занятых в экономике в связи с преждевременной смертностью трудоспособного населения*

Показатель	2006 г.	2007 г.
Количество умершего в трудоспособном возрасте населения Вологодской области, чел.	6 774	5 836
Среднее количество ВРП ₂₀₀₆ , приходящегося на одного человека, занятого в экономике региона, тыс. руб.	264,4	264,4
Упущенная выгода в производстве ВРП за год, тыс. руб.	1 791 045,6	1 543 038,4
Упущенная выгода в производстве ВРП за год, в % к ВРП 2006 г.	7,9	6,8
* Рассчитано на основании данных Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Вологодской области.		

4. Расчет потерянных лет потенциальной жизни в результате преждевременной смертности трудоспособного населения.

Произведен расчет потерянных лет потенциальной жизни (ППЖ) в результате смерти в 2006 и 2007 гг. трудоспособного населения (мужчины в возрасте 16 – 59 лет и женщины в возрасте 16 – 54 года, проживающие в сельской местности и в городских поселениях).

Для расчета ППЖ (*см. табл. 3.9 и 3.10*) использовали следующий метод:

$$\sum dx (L - x),$$

где dx – число смертных случаев в возрасте x ;

L – базовое значение продолжительности жизни, означающее такой возраст, ранее которого все смерти считаются преждевременными.

Таблица 4. Потерянные годы потенциальной жизни в результате преждевременной смертности трудоспособного населения Вологодской области в 2006 г.

Пол	Территория	ППЖ в возрастных группах (лет)									Итого
		16-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	
Мужчины	Область	3 995	7 568	9 348	11 715	10 808	15 180	20 898	16 744	9 392	10 5648
	Город	2 337,5	4 171	6 232	7 920	68 04	9 131	12 366	10 660	6 168	65 789,5
	Село	1 657,5	3 397	3 116	3 795	4 004	6 049	8 532	6 084	3 224	39 858,5
Женщины	Область	1 487,5	1 763	2 736	2 970	3 108	3 979	5 436	5 330	–	26 809,5
	Город	1 062,5	989	1 900	2 277	2 016	2 714	3 564	3 783	–	18 305,5
	Село	425	774	836	693	1 092	1 265	1 872	1 547	–	8 504

Таблица 5. Потерянные годы потенциальной жизни в результате преждевременной смертности трудоспособного населения Вологодской области в 2007 г.

Пол	Территория	ПГПЖ в возрастных группах (лет)									Итого
		16-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	
Мужчины	Область	2 847,5	7 009	9 272	10 098	9 632	12 259	16 848	14 430	9 016	91 411,5
	Город	1 742,5	3 999	6 042	7 062	6 244	7 314	9 972	8 736	5 656	56 767,5
	Село	1 105	3 010	3 230	3 036	3 388	4 945	6 876	5 694	3 360	34 644
Женщины	Область	892,5	1 591	1 748	2 376	2 856	3 197	4 410	4 472	–	21 542,5
	Город	510	1 032	1 368	1 683	1 876	2 300	3 150	3 055	–	14 974
	Село	382,5	559	380	693	980	897	1 260	1 417	–	6 568,5

Согласно рекомендации ВОЗ базовый уровень продолжительности жизни взяли равным 65 годам. Именно этот возраст в настоящее время является средней ожидаемой продолжительностью жизни при рождении и для жителей Вологодской области.

Таким образом, в результате преждевременной смертности в 2006 – 2007 гг. в области потеряно в среднем за год 122706 лет потенциальной жизни (причем мужчинами в 4 раза больше, чем женщинами). При умножении среднего ПГПЖ на количество ВРП_{2006г}, приходящегося на одного человека, занятого в экономике региона, экономический ущерб составил 32443400,5 тыс. руб. или в среднем 15,6% от ВРП 2006 г.

Приложение 2

Институт социально-экономического развития территорий РАН

160014, Вологда, ул. Горького, д. 56а

тел. 54-43-99

Номер анкеты:

--	--	--	--

Район	Населенный пункт

Код населенного пункта	
------------------------	--

Анкетер:

--

Добрый день!

Приглашаем Вас принять участие в опросе общественного мнения о состоянии здоровья населения Вашего города (района).

Просим Вас ответить на вопросы этой анкеты. На некоторые из них даны готовые варианты ответов – обведите номера тех, которые соответствуют Вашему мнению, в остальных случаях напишите свой вариант.

Опрос анонимный – фамилию в анкете указывать не нужно. Ваши ответы будут использованы только в обобщенном виде.

Благодарим за помощь!

Вологда • 2008

Состояние здоровья респондентов

1. Как Вы оцениваете состояние собственного здоровья в настоящее время?

1. Очень хорошее
2. Довольно хорошее
3. Удовлетворительное
4. Плохое
5. Очень плохое

2. Как изменилось Ваше отношение к здоровью за последний год?

1. Не изменилось, осталось прежним
2. Стал(а) больше внимания уделять здоровью
3. Стал(а) меньше внимания уделять здоровью
4. Затрудняюсь ответить

3. Имеются ли у Вас длительно протекающие (хронические) заболевания или состояния?

1. Да
2. Нет

4. Если «Да», то:

1. Какие? (впишите название) _____
2. Было ли оно диагностировано врачом?
3. Вас эта проблема беспокоила последние 12 месяцев?
4. Наблюдались ли Вы у врача по поводу Вашего состояния в последние 12 месяцев?

5. Приходилось ли Вам в течение последнего года пропускать рабочие дни по болезни?

1. Нет, не было необходимости
2. Нет, хотя необходимость была
3. Да, пропускал(а) _____ дней без больничного листа
4. Да, в течение _____ дней был(а) на больничном листе
5. Не помню

6. С какой целью Вы обращались к врачу в течение последних 12 месяцев?

1. С профилактической целью
2. В период плохого самочувствия, болезни
3. При прохождении профосмотра
4. Не помню
5. Не обращался (ась), т.к. лечился (ась) самостоятельно
6. Не обращался (ась), т.к. не болел (а)

7. Как часто и как тяжело Вы болеете? (в каждой строке цифр сделайте по одной отметке)

Вид заболевания (недомогания)	Почти ежемесячно	Несколько раз в год	Раз в год и реже	Никогда
1. Недомогания (головные боли, общая слабость, обострения хронических болезней, травм, ран и т.д.), быстро проходящие под воздействием массажа, лекарств или сами по себе, не снижающие в целом трудоспособности	1	2	3	4
2. Недомогания, снижающие возможность нормально работать, однако не требующие больничного листа	1	2	3	4
3. Болезни, приводящие к потере способности работать на производстве, учиться и т.д., но не лишаящие возможности заниматься самообслуживанием, делать домашние дела, готовить пищу и т.д.	1	2	3	4
4. Болезни, приковывающие к домашней постели, приводящие к полной потере способности ухода за собой; требуется обслуживание со стороны близких или других людей – сиделок и т.д., лечение в стационаре	1	2	3	4

8. Кого Вы считаете ответственным за Ваше здоровье?

- | | |
|---|-------------------------|
| 1. Считаю себя ответственным за свое здоровье | 4. Государство |
| 2. Медицинских работников | 5. Работодателя |
| 3. Семью, родственников | 6. Затрудняюсь ответить |

9. На что бы Вы потратили значительную сумму денег в случае ее появления?

1. На поддержание здоровья своего и близких
2. На приобретение жилья
3. На туристическую поездку
4. На учебу
5. Потратил(а) бы на развлечения
6. Затрудняюсь ответить

10. Что для Вас является основной ценностью?

1. Здоровье
2. Материальное благополучие
3. Работа
4. Семья
5. Затрудняюсь ответить

Доступность и качество медицинского обслуживания

11. Как часто Вам приходится обращаться за медицинской помощью в связи с состоянием Вашего здоровья? (госпитализация не учитывается)

1. Ежемесячно
2. Один раз в два-три месяца
3. Один раз в полгода
4. Один раз в год
5. Реже одного раза в год
6. Никогда не обращаюсь

12. Если Вам нужна медицинская помощь, то куда Вы обращаетесь, как правильно? (отметьте все необходимые пункты)

1. В поликлинику по месту жительства (в ЦРБ, в участковую или районную больницу, амбулаторию, ФАП)
2. К частнопрактикующему врачу
3. В платные медицинские учреждения
4. Вызываю скорую помощь
5. В областные лечебные учреждения
6. К целителям

13. Если в случае болезни Вы не обращаетесь в поликлинику, то по какой причине?

1. Находится далеко от дома
2. Сомневаюсь в квалификации медицинского персонала
3. Хамство, неуважительное отношение медработников к пациентам
4. Предпочитаю пользоваться «народными средствами», самолечением
5. Больничный лист на работе не оплачивают
6. Из-за недостатка времени
7. Другое

14. Приходилось ли Вам в течение последних 12 месяцев вызывать скорую помощь?

- | | |
|-----------------|-------------------------|
| 1. Нет | 3. Да, два раза |
| 2. Да, один раз | 4. Да, три раза и более |

15. Были ли Вы госпитализированы в последние 12 месяцев? (любой стационар)

- | | |
|-------|--------|
| 1. Да | 2. Нет |
|-------|--------|

16. Если «Да», то какова была общая продолжительность Вашего пребывания в больнице?

_____ дней (впишите полное количество дней)

17. При обращении за медицинской помощью проводилось ли у Вас..?

Вид обследования	Да	Нет	Затрудняюсь ответить
Измерение артериального давления	1	2	3
Определение холестерина крови	1	2	3
Определение сахара крови	1	2	3

18. Приходилось ли Вам в течение последнего года сталкиваться со следующими явлениями в деятельности медицинских учреждений?

(в каждой строке сделайте по одной пометке)

Деятельность медицинских учреждений	Часто	Иногда	Редко	Никогда
Очереди	1	2	3	4
Невозможность попасть на прием в удобное время	1	2	3	4
Хамство, неуважительное отношение медработников к пациентам	1	2	3	4
Плохая организация работы регистратуры	1	2	3	4
Опоздания, нерегламентированные перерывы в работе медработников	1	2	3	4

Необходимость оплачивать услуги медучреждений, которые должны предоставляться бесплатно	1	2	3	4
Недостаток информации о работе специалистов, о том, к кому можно обратиться в случае тех или иных заболеваний	1	2	3	4
Отсутствие нужных специалистов	1	2	3	4
Невнимательное отношение медработников	1	2	3	4

19. Отмечаете ли Вы изменения в оказании медицинской помощи за последние 12 месяцев?

1. Положительные изменения
2. Отрицательные изменения
3. Не заметил(а) каких-либо изменений
4. Затрудняюсь ответить

20. Удовлетворяет ли Вас качество медицинского обслуживания? (в каждой строке с цифрами сделайте по одной пометке)

Место обращения за медицинской помощью	Да	Нет	Относительно	Давно не обращался	Затрудняюсь ответить или неприменимо ко мне
1. Лечебное учреждение по месту жительства (городская поликлиника, районная или участковая больница, ЦРБ, амбулатория, ФАП)	1	2	3	4	5
в т. ч. лечебное учреждение, где Вы оплачиваете медицинские услуги	1	2	3	4	5
2. Областное лечебное учреждение	1	2	3	4	5
3. Лечебное учреждение других ведомств	1	2	3	4	5

21. Если Вам в течение последнего года приходилось обращаться за следующими медицинскими услугами, то удовлетворило ли Вас их качество? (в каждой строке сделайте по одной пометке)

Вид медицинских услуг	Да	Нет	Скорее да, чем нет	Скорее нет, чем да	Затрудняюсь ответить или неприменимо ко мне
1. Вызов скорой помощи	1	2	3	4	5
2. Госпитализация для хирургической операции	1	2	3	4	5
3. Госпитализация с нехроническим заболеванием	1	2	3	4	5
4. Госпитализация с хроническим заболеванием	1	2	3	4	5
5. Вызов врача на дом	1	2	3	4	5
6. Обращение к врачу в поликлинику	1	2	3	4	5
7. Лечение и удаление зубов	1	2	3	4	5
8. Протезирование зубов	1	2	3	4	5
9. Консультация по беременности и родам	1	2	3	4	5
10. Центры планирования семьи	1	2	3	4	5
11. Консультации психологов и психиатров	1	2	3	4	5
12. Диагностическое обследование	1	2	3	4	5
13. Амбулаторное лечение	1	2	3	4	5
14. Посещение аптеки	1	2	3	4	5

22. В настоящее время в России существуют два вида медицинского страхования: обязательное – ОМС, включающее в себя минимум медицинских услуг, обеспечивающихся государством, и добровольное – ДМС, позволяющее получить дополнительную медицинскую помощь за счет индивидуальных или коллективных (с места работы) отчислений.

Вы пользуетесь полисом обязательного медицинского страхования или добровольного медицинского страхования?

- | | |
|--------|---------------------------|
| 1. ОМС | 3. Не знаю, что это такое |
| 2. ДМС | 4. Затрудняюсь ответить |

23. Хотели бы Вы приобрести полис добровольного медицинского страхования при двух- или трехкратном увеличении доходов?

- | | |
|-----------------------|-----------------------|
| 1. Да | 3. Скорее нет, чем да |
| 2. Скорее да, чем нет | 4. Нет |

24. В целях улучшения амбулаторно-поликлинической помощи населению в области получает развитие общеврачебная практика.

Врач общей практики будет оказывать первичную медицинскую помощь всем членам семьи. Такой способ обслуживания особенно необходим при врачебных амбулаториях в сельской местности, так как приближает врачебную медицинскую помощь к месту проживания населения.

Пользовались ли Вы услугами врача общей практики?

- | | |
|-------|--------|
| 1. Да | 2. Нет |
|-------|--------|

25. Каково Ваше отношение к введению службы врача общей практики (семейного врача)?

- | | |
|------------------|---------------------------|
| 1. Положительное | 3. Не знаю, что это такое |
| 2. Отрицательное | 4. Затрудняюсь ответить |

Оплата медицинских услуг

26. Приходилось ли Вам расходовать средства на лечение в текущем году?

- | | |
|------------------------------|---|
| 1. Да, ежемесячно | 4. Да, один раз в год |
| 2. Да, один раз в три месяца | 5. Не расходовали, потому что не болели |
| 3. Да, один раз в полгода | |

27. При оплате лечения в поликлинике, больнице Вы платили деньги:

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------|
| 1. В кассу лечебного учреждения | 4. Среднему медперсоналу |
| 2. Руководителю лечебного учреждения | 5. Санитарке |
| 3. Лечащему врачу | |

28. Если Вы расходовали средства на лечение, то на что именно и какую сумму?

Расход средств на лечение	Сумма, руб.
1. На приобретение лекарств для амбулаторного лечения	
2. На приобретение лекарств для лечения в стационаре	
3. На оплату операции	
4. На оплату лечебных процедур	
5. На разовую оплату всего лечения	
6. За уход за больным в палате	
7. Находился(ась) в платном отделении стационара	

29. Бывали ли в течение последнего года случаи, когда Вам приходилось отказываться от следующих медицинских услуг по причине их платности? (в каждой строке с цифрами сделайте по одной пометке)

Виды медицинских услуг	Приходилось отказываться				Получал бесплатно
	Часто	Иногда	Редко	Никогда	
1. Вызов скорой помощи	1	2	3	4	5
2. Госпитализация для хирургической операции	1	2	3	4	5
3. Госпитализация с нехроническим заболеванием	1	2	3	4	5
4. Госпитализация с хроническим заболеванием	1	2	3	4	5
5. Вызов врача на дом	1	2	3	4	5
6. Обращение к врачу в поликлинику	1	2	3	4	5
7. Лечение и удаление зубов	1	2	3	4	5
8. Протезирование зубов	1	2	3	4	5
9. Консультация по беременности и родам	1	2	3	4	5
10. Диагностическое обследование	1	2	3	4	5
11. Амбулаторное лечение	1	2	3	4	5

30. Как Вы поступали при необходимости срочной госпитализации, если в больнице не оказывалось мест?

- Использовали «связи»
- Обращались с жалобами или заявлениями в вышестоящие органы
- Упрашивали заведующего отделением или главного врача о скорейшей госпитализации
- Предлагали врачу определенную сумму денег
- Обращались к специалисту, занимающемуся нетрадиционной медициной
- Затрудняюсь ответить

31. Вы имеете право на бесплатное получение лекарств?

- Да
- Нет

32. Возникали ли у Вас трудности с приобретением лекарств, назначенных врачом?

- Да
- Нет

33. Если «Да», то в чем была причина этих трудностей?

- Высокая стоимость лекарств

2. Отсутствие лекарств в аптеке
3. Отказ аптеки выдать лекарство бесплатно при наличии рецепта
4. Отказ врача в выписке рецепта на приобретение лекарств бесплатно при наличии показаний.

Образ и условия жизни

34. Курите ли Вы в настоящее время?

1. Нет
2. Да

35. Если «Да», то сколько в среднем сигарет (папирос) Вы выкуриваете в день?

1. Не более 5 сигарет (папирос) в день
2. Менее половины пачки в день
3. Хватает пачки на два дня
4. Не больше одной пачки в день
5. Более одной пачки в день
6. Курю не каждый день

36. Сколько лет Вы курите или курили, не считая периодов отказа от курения?

_____ лет (впишите полное количество лет)

37. Хотите ли Вы бросить курить?

1. Да
2. Да, если мне в этом кто-нибудь поможет
3. Нет

38. Употребляете ли Вы алкогольные напитки?

1. Да
2. Нет

39. Если Вы употребляете алкогольные напитки, то как часто?

Виды и количество напитков	Ежедневно	По выходным	По праздникам	До 3-х раз в месяц
Пиво (более 0,5 литра)	1	2	3	4
Некрепленое вино (более 200 мл)	1	2	3	4
Крепленое вино (более 100 мл)	1	2	3	4
Крепкие спиртные напитки (более 50 мл)	1	2	3	4

40. Как Вы оцениваете свое питание?

1. Полноценное
2. Нормальное
3. Неудовлетворительное
4. Очень плохое
5. Регулярно недоедаю, голодаю
6. Затрудняюсь ответить

41. Изменился ли характер Вашего питания за последние 3 года?

Продукты питания	Теперь Вы едите			
	гораздо больше	примерно столько же	гораздо меньше	затрудняюсь ответить
Масло, маргарин, другие жиры для выпечки и кулинарной продуктов	1	2	3	4
Фрукты	1	2	3	4
Овощи	1	2	3	4

Хлебобулочные и макаронные изделия	1	2	3	4
Рыба	1	2	3	4
Сольсодержащие продукты	1	2	3	4
Сахар и кондитерские изделия	1	2	3	4
В целом за один прием пищи	1	2	3	4

42. Если характер Вашего питания изменился, то какова основная причина этого? (может быть несколько ответов)

1. Чтобы снизить вес
2. Чтобы сохранить вес
3. Чтобы увеличить вес
4. Чтобы вести более здоровый образ жизни
5. Из-за болезни
6. Увеличение дохода
7. Снижение дохода
8. Затрудняюсь ответить

43. Какими правилами Вы руководствуетесь при организации своего питания? (может быть несколько ответов)

1. Учитываю соотношение белков, жиров, углеводов
2. Стараюсь употреблять больше овощей и фруктов
3. Стараюсь употреблять больше морепродуктов
4. Стараюсь меньше употреблять соленых продуктов
5. Использую йодированную соль
6. Соблюдаю режим питания, правила приема пищи (есть не менее 3 раз в день, есть не спеша, тщательно пережевывать пищу и т.д.)
7. Стараюсь меньше употреблять чая и кофе
8. Соблюдаю оздоровительную диету
9. Слежу за маркировкой, сроком годности употребляемых продуктов
10. Стараюсь употреблять натуральные продукты (без добавок, консервантов и т.п.)
11. Употребляю продукты надежных, проверенных производителей
12. Питаюсь как придется

44. Какова Ваша физическая активность на работе?

1. У меня в основном сидячая работа
2. Хожу на работе довольно много
3. Приходится выполнять небольшую физическую работу
4. Занимаюсь тяжелой физической работой

45. Как Вы обычно проводите свое свободное время?

1. Сажу дома (телевизор, чтение, домашние дела, не требующие значительных физических усилий)
2. Прогулки на свежем воздухе
3. Занимаюсь спортом
4. Посещаю спортивный клуб, спортивный зал, фитнес-центр
5. Посещаю культурно-массовые мероприятия
6. У меня нет свободного времени

46. Считаете ли Вы, что тратите достаточно времени на двигательную активность?

1. Да 2. Нет

47. Занимаетесь ли Вы профилактикой основных болезней?

1. Да 2. Нет

48. Укажите, каким способом профилактики основных болезней Вы пользуетесь и как регулярно (в каждой строке с цифрами сделайте по одной пометке)

Меры профилактики болезней	Постоянно	Иногда
Стараюсь оптимально сочетать трудовые нагрузки и отдых	1	2
Оздоровливаюсь в санатории	1	2
Стараюсь контролировать свое психическое состояние	1	2
Принимаю витамины, биодобавки	1	2
Слежу за своим весом	1	2
Покупаю питьевую воду в магазине	1	2
Использую фильтр для очистки питьевой воды	1	2
Употребляю для питья только воду из родника и колодца	1	2
Обращаюсь к врачу при первом признаке болезни	1	2
Обращаюсь к врачу с профилактической целью	1	2
Посещаю баню, сауну	1	2
Занимаюсь спортом, посещаю бассейн, тренажерные залы	1	2
Занимаюсь закаливанием организма	1	2
Делаю зарядку, бегаю, совершаю прогулки	1	2
Сплю не менее 7 часов в сутки	1	2
Соблюдаю умеренность в употреблении продуктов питания, алкоголя	1	2

49. В течение последних 12 месяцев пытались ли Вы всерьез..?

(в каждой строке с цифрами сделайте по одной пометке)

Варианты ответа	Да, пытался, и мне это удалось	Да, пытался, и мне это не удалось	Нет, не пытался
Повысить работоспособность	1	2	3
Увеличить свою физическую активность	1	2	3
Уменьшить потребление алкоголя	1	2	3
Бросить курить	1	2	3
Похудеть	1	2	3
Увеличить вес	1	2	3
Меньше употреблять жиров	1	2	3
Меньше употреблять соли	1	2	3
Меньше употреблять сахара	1	2	3

50. Есть ли у Вас недостатки в жилищных условиях?

1. Да 2. Нет

51. Если есть недостатки, то какие?

1. Сыро
2. Холодно
3. Требуется капитальный ремонт
4. Тесно
5. Темно
6. Другое (укажите)_____

66. Как бы Вы оценили изменение своего материального положения?

Период	Улучшилось	Ухудшилось	Осталось без изменения	Затрудняюсь ответить или неприменимо ко мне
За последние пять лет	1	2	3	4
По сравнению с прошлым годом	1	2	3	4
За последние шесть месяцев	1	2	3	4

67. Какая из приведенных ниже оценок наиболее точно характеризует Ваши денежные доходы?

1. Денег вполне достаточно, чтобы ни в чем себе не отказывать
2. Покупка большинства товаров длительного пользования (холодильник, телевизор) не вызывает у нас трудностей, однако покупка автомашины сейчас недоступна
3. Денег достаточно для приобретения необходимых продуктов и одежды, однако более крупные покупки приходится откладывать на «потом»
4. Денег хватает только на приобретение продуктов питания
5. Денег не хватает даже на приобретение продуктов питания, приходится влезать в долги

68. Где Вы работаете?

1. Государственное, муниципальное предприятие (учреждение)
2. Акционерное общество
3. Полное товарищество, общество с ограниченной и дополнительной ответственностью
4. Производственный, потребительский кооператив
5. У частного предпринимателя
6. Совместное предприятие, иносфирма
7. Общественные и религиозные организации
8. Не работаю

69. Как бы Вы оценили изменение своего должностного положения?

Период	Улучшилось	Ухудшилось	Осталось без изменения	Затрудняюсь ответить или неприменимо ко мне
За последние пять лет	1	2	3	4
По сравнению с прошлым годом	1	2	3	4
За последние шесть месяцев	1	2	3	4

70. Род занятий

1. Рабочий промышленности, транспорта, связи
2. Работник сельского хозяйства
3. Работник торговли, сферы обслуживания
4. Инженерно-технический работник
5. Служащий (работник аппарата предприятия, учреждения)
6. Руководитель государственного предприятия, ответственный работник органов управления
7. Интеллигент, не занятый на производстве (учитель, врач, научный работник, журналист и т.д.)

8. Руководитель коммерческой структуры, предприниматель, имеющий свое дело
9. Военнослужащий, сотрудник органов охраны общественного порядка
10. Студент, учащийся
11. Пенсионер
12. Инвалид
13. Неработающий (домохозяйка)
14. Безработный (официально зарегистрированный)
15. Другое (напишите _____)

71. К какой категории Вы себя относите?

1. Богатым
2. Людям среднего достатка
3. Бедным
4. Нищим
5. Затрудняюсь ответить

72. Где Вы живете?

1. В городе
2. В сельской местности

**Большое спасибо за участие!
Желаем удачи во всех ваших делах!**

Приложение 3

Институт социально-экономического развития территорий РАН
160014, Вологда, ул. Горького, д. 56а
тел. 54-43-99

Номер анкеты:

--	--	--	--

Район	Населенный пункт

Код населенного пункта	
------------------------	--

Анкетер:

--

Добрый день!

Приглашаем Вас принять участие в опросе общественного мнения о состоянии социально-психологического самочувствия населения Вашего города (района).

Просим Вас ответить на вопросы этой анкеты. На некоторые из них даны готовые варианты ответов – обведите номера тех, которые соответствуют Вашему мнению, в остальных случаях напишите свой вариант.

Опрос анонимный – фамилию в анкете указывать не надо. Ваши ответы будут использованы только в обобщенном виде.

Благодарим за помощь!

Вологда • 2008

1. Чтобы бы Вы могли сказать о своем настроении в последние дни?

1. Прекрасное настроение
2. Нормальное, ровное состояние
3. Испытываю напряжение, раздражение
4. Испытываю страх, тоску
5. Затрудняюсь ответить

2. Укажите, пожалуйста, соответствуют или нет перечисленные ниже высказывания вашему настроению в последнее время (если Вы затрудняетесь, выберите решение в соответствии с тем, что правильно в настоящее время или что бывает чаще)

	Да	Нет
1. Часто ли меняется Ваше настроение в зависимости от серьезной причины или без нее?	1	2
2. У Вас бывает гнетущее состояние	1	2
3. Испытываете ли Вы иногда чувство страха даже при отсутствии реальной опасности?	1	2
4. Бывает ли Вам то радостно, то грустно без особых причин?	1	2
5. Временами Вы бываете так беспокойны, что даже не можете усидеть на месте	1	2
6. Легко ли изменить Ваше настроение?	1	2
7. Вы часто испытываете недовольство	1	2
8. Большинство Вы счастливы	1	2
9. Часто Вы чувствуете себя просто скверно	1	2
10. У Вас часто без особых причин возникает чувство безучастности и усталости	1	2

3. Укажите, пожалуйста, насколько Вы удовлетворены своей сегодняшней жизнью? (по 10-балльной шкале, где 1 – полностью удовлетворен, 10 – полностью не удовлетворен)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11 затрудняюсь ответить
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----------------------------

4. Ответьте, пожалуйста, верно или неверно каждое утверждение по отношению к Вам (Если Вы затрудняетесь, выберите решение в соответствии с тем, что правильно в настоящее время или что бывает чаще)

	Да	Нет
1. Вы делаете много такого, в чем приходится раскаиваться	1	2
2. Вы недостаточно уверены в себе	1	2
3. Иногда Вы кажетесь себе действительно никчемным человеком	1	2
4. Вы много копаетесь в себе	1	2
5. Вы страдаете от чувства неполноценности	1	2
6. Самая тяжелая борьба для Вас – это борьба с самим собой	1	2

5. Как Вы считаете, какое из приведенных ниже высказываний наиболее соответствует сложившейся ситуации?

1. Все не так плохо и можно жить
2. Жить трудно, но можно и терпеть
3. Терпеть наше бедственное положение уже невозможно
4. Затрудняюсь ответить

6. Как Вы считаете, применимы ли к Вам следующие высказывания? (если Вы затрудняетесь, выберите решение в соответствии с тем, что правильно в настоящее время или что бывает чаще)

	Да	Нет
1. Вы считаете, что внутренне напряжены	1	2
2. Вы часто так сильно во что-то погружены, что не можете заснуть	1	2
3. Вас часто преследуют бесполезные мысли, которые не выходят из головы, хотя Вы стараетесь от них избавиться	1	2
4. Иногда у Вас все болит	1	2
5. Вы довольно нервный (нервная)	1	2
6. У Вас были очень странные и необычные переживания	1	2
7. В течение всего дня Вы мечтаете и фантазируете больше, чем нужно	1	2
8. Иногда Вы дрожите или испытываете приступы озноба	1	2
9. Вам трудно сконцентрироваться при выполнении какого-либо задания или работы	1	2
10. Вы довольно раздражительны	1	2
11. У Вас что-то с нервами	1	2

7. Определите, пожалуйста, свое отношение к следующим поступкам:

Поступок	Это никогда не может быть оправданным	Иногда это допустимо	К этому надо относиться снисходительно
1. Употребление наркотиков	1	2	3
2. Самоубийство	1	2	3
3. Супружеская измена	1	2	3
4. Измена Родине	1	2	3
5. Злоупотребление алкоголем	1	2	3
6. Деловая неисполнительность	1	2	3
7. Некультурное поведение	1	2	3
8. Использование служебного положения в личных целях	1	2	3
9. Нарушение закона	1	2	3

8. Как Вы переносите различные трудности? (если Вы затрудняетесь, выберите решение в соответствии с тем, что правильно в настоящее время или что бывает чаще)

	Да	Нет
1. Вы чувствуете себя легко ранимым	1	2
2. Вы слишком близко и надолго принимаете к сердцу неприятности	1	2
3. Даже мысль о возможной неудаче Вас волнует	1	2
4. Беспokoитесь ли Вы иногда слишком сильно из-за незначительных вещей?	1	2
5. Чувствуете ли Вы иногда, что трудности велики и непреодолимы?	1	2

9. Отметьте, пожалуйста, удовлетворены ли Вы лично..?

№ п/п	Варианты	Полностью удовлетворен	Скорее удовлетворен	Скорее не удовлетворен	Полностью не удовлетворен	Затрудняюсь ответить
1.	Отношениями с друзьями, ближайшими знакомыми	1	2	4	5	3
2.	Отношениями с ребенком (детьми)	1	2	4	5	3
3.	Отношениями с коллегами по работе	1	2	4	5	3
4.	Отношениями с администрацией на работе	1	2	4	5	3
5.	Отношениями с субъектами своей профессиональной деятельности (клиентами, пациентами, покупателями, учениками и пр.)	1	2	4	5	3
6.	Отношениями с супругом (супругой)	1	2	4	5	3
7.	Отношениями с родителями	1	2	4	5	3
8.	Условиями своей профессиональной деятельности (учебы)	1	2	4	5	3
9.	Содержанием своей работы в целом	1	2	4	5	3
10.	Возможностью выбора места работы	1	2	4	5	3
11.	Своим положением в обществе	1	2	4	5	3
12.	Возможностью проводить отпуск	1	2	4	5	3
13.	Повседневным проведением отдыха, досуга	1	2	4	5	3
14.	Жилищно-бытовыми условиями	1	2	4	5	3
15.	Сферой медицинского обслуживания	1	2	4	5	3
16.	Сферой услуг и бытового обслуживания	1	2	4	5	3
17.	Своим образованием	1	2	4	5	3
18.	Материальным положением	1	2	4	5	3
19.	Своим образом жизни в целом	1	2	4	5	3
20.	Обстановкой в обществе (государстве)	1	2	4	5	3

Можете ли Вы согласиться со следующими высказываниями?**10. Я испытываю напряженность, мне не по себе**

- 1 – совсем не испытываю
- 2 – время от времени
- 3 – часто
- 4 – все время

11. Я испытываю страх, кажется, будто что-то ужасное может вот-вот случиться

- 1 – совсем не испытываю
- 2 – иногда, но это меня не беспокоит
- 3 – да, это так, но страх не очень сильный
- 4 – определенно это так, и страх очень сильный

12. Беспокойные мысли крутятся в моей голове

- 1 – только иногда
- 2 – время от времени
- 3 – большую часть времени
- 4 – постоянно

13. Я легко могу сесть и расслабиться

- 1 – определенно, это так
- 2 – наверное, это так
- 3 – лишь изредка это так
- 4 – совсем не могу

14. Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь

- 1 – совсем не испытываю
- 2 – иногда
- 3 – часто
- 4 – очень часто

15. Я испытываю неусидчивость, словно мне постоянно нужно двигаться

- 1 – совсем не испытываю
- 2 – лишь в некоторой степени это так
- 3 – наверное, это так
- 4 – определенно, это так

16. У меня бывает внезапное чувство паники

- 1 – совсем не бывает
- 2 – не так уж часто
- 3 – довольно часто
- 4 – очень часто

17. То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство

- 1 – определенно, это так
- 2 – наверное, это так
- 3 – лишь в очень малой степени
- 4 – это совсем не так

18. Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное

- 1 – определенно, это так
- 2 – наверное, это так
- 3 – лишь в очень малой степени
- 4 – совсем не способен

19. Я испытываю бодрость

- 1 – практически все время
- 2 – иногда
- 3 – очень редко
- 4 – совсем не испытываю

20. Мне кажется, что я стал все делать очень медленно

- 1 – совсем нет
- 2 – иногда
- 3 – часто
- 4 – практически все время

21. Я не слежу за своей внешностью

- 1 – я слежу за собой так же, как и раньше
- 2 – может быть, я стал меньше уделять этому внимания
- 3 – я не уделяю этому столько времени, сколько нужно
- 4 – определенно, это так

22. Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести чувство удовлетворения

- 1 – точно так же, как и обычно
- 2 – да, но не в той степени, как раньше
- 3 – значительно меньше, чем обычно
- 4 – совсем так не считаю

23. Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио или телепрограммы

- 1 – часто
- 2 – иногда
- 3 – редко
- 4 – очень редко

24. Ответьте, пожалуйста, как у Вас складываются отношения с другими людьми? (если Вы затрудняетесь, выберите решение в соответствии с тем, что правильно в настоящее время или что бывает чаще)

	Да	Нет
1. Вам трудно заговорить с незнакомыми людьми	1	2
2. Вам кажется, что Вас никто не понимает	1	2
3. Если бы против Вас не были настроены, Ваши дела шли бы более успешно	1	2
4. Критика или выговор Вас очень ранят	1	2
5. У Вас часто возникает чувство, что люди Вас критически рассматривают	1	2
6. Вы часто боретесь с собой, чтобы не показать свою застенчивость	1	2
7. Вы хотели бы быть такими же счастливыми, какими кажутся другие люди	1	2
8. Вам трудно поддерживать разговор при знакомстве	1	2

25. Испытываете ли Вы чувство одиночества?

1. Да, часто
2. Да, иногда
3. Очень редко
4. Никогда
5. Затрудняюсь ответить

26. Как часто и как тяжело Вы болеете? (в каждой строке цифр сделайте по одной отметке)

Вид заболевания (недомогания)	Почти ежемесячно	Несколько раз в год	Раз в год и реже	Никогда
1. Недомогания (головные боли, общая слабость, обострения хронических болезней, травм, ран и т.д.), быстро проходящие под воздействием массажа, лекарств или сами по себе, не снижающие в целом трудоспособности	1	2	3	4
2. Недомогания, снижающие возможность нормально работать, однако не требующие больничного листа	1	2	3	4
3. Болезни, приводящие к потере способности работать на производстве, учиться и т.д., но не лишаящие возможности заниматься самообслуживанием, делать домашние дела, готовить пищу и т.д.	1	2	3	4
4. Болезни, приковывающие к домашней постели, приводящие к полной потере способности ухода за собой; требуется обслуживание со стороны близких или других людей – сиделок и т.д., лечение в стационаре	1	2	3	4

27. Считаете ли Вы, что успешно справляетесь с выполнением своих профессиональных обязанностей?

1. Да
2. Скорее да, чем нет
3. Скорее нет, чем да
4. Нет
5. Затрудняюсь ответить

28. Как Вы считаете, в последнее время выполнение своих профессиональных обязанностей стало даваться Вам труднее или легче, чем раньше?

1. Труднее
2. Легче
3. Так же, как и раньше
4. Затрудняюсь ответить

29. Если труднее, то что, на Ваш взгляд, больше всего мешает Вам в исполнении служебных обязанностей?

1. Собственная некомпетентность
2. Конфликтная обстановка в коллективе
3. Физическое недомогание
4. Подавленное состояние
5. Необходимость сосредоточиться на семейных проблемах
6. Другое _____
7. Затрудняюсь ответить

30. Употребляете ли Вы алкогольные напитки?

1. Да
2. Нет

31. Скажите, пожалуйста, как часто Вы употребляете алкогольные напитки?

1. Ежедневно или почти ежедневно
2. Один – два раза в неделю
3. Один – два раза в месяц
4. Только по праздникам
5. Не употребляю

32. Возникает ли у Вас желание принять алкоголь в случае возникновения жизненных трудностей?

1. Да
2. Скорее да, чем нет
3. Скорее нет, чем да
4. Нет
5. Затрудняюсь ответить

33. Как Вы считаете, Вы стали чаще или реже употреблять алкогольные напитки по сравнению с прошлым годом?

1. Чаще
2. Реже
3. Так же, как и раньше
4. Затрудняюсь ответить

34. С какой целью Вы обычно употребляете алкогольные напитки?

1. Для общения
2. По праздникам
3. Для снятия стресса
4. Другое _____
5. Затрудняюсь ответить

35. Употребляете ли Вы алкоголь исключительно для снятия нервного напряжения?

1. Да, часто
2. Иногда
3. Очень редко
4. Никогда

36. Часто ли в последнее время Вы испытываете чувство усталости, апатии?

1. Да
2. Скорее да, чем нет
3. Скорее нет, чем да
4. Нет
5. Затрудняюсь ответить

37. Как Вы считаете, с чем это может быть связано?

1. Конфликты на работе
2. Семейные проблемы
3. Проблемы со здоровьем
4. Неудовлетворенность материальным положением
5. Другое _____
6. Затрудняюсь ответить

38. Если Вы в последнее время испытываете какие-либо проблемы со здоровьем (головные боли, головокружения и т.д.), связываете ли Вы это ухудшением Вашего настроения или конфликтной ситуацией?

1. Да
2. Скорее да, чем нет
3. Скорее нет, чем да
4. Нет
5. Затрудняюсь ответить

39. Испытываете ли Вы чувство спада или подъема жизненных сил и энергии?

1. Стал(а) чаще испытывать бодрость духа, подъем жизненных сил
2. Чаще чувствую усталость
3. Затрудняюсь ответить

40. Вы считаете себя оптимистом или пессимистом?

1. Скорее оптимистом
2. Скорее пессимистом
3. Затрудняюсь ответить

41. Часто ли Вы испытываете чувство раздражительности, подавленности настроения в последнее время?

1. Практически никогда
2. Очень редко
3. Время от времени
4. Регулярно

42. Что, на Ваш взгляд, чаще всего является причиной Вашего подавленного настроения, раздражительности?

1. Тяжелое материальное положение
2. Семейная обстановка
3. Большие нагрузки на работе
4. Проблемы со здоровьем
5. Затрудняюсь ответить

43. Как часто меняется Ваше настроение?

1. Очень часто
2. Иногда
3. Очень редко
4. Затрудняюсь ответить

44. Часто ли Вы попадаете в конфликтные ситуации?

1. Да
2. Скорее да, чем нет
3. Скорее нет, чем да
4. Нет
5. Затрудняюсь ответить

45. Как бы Вы охарактеризовали свои отношения с коллегами по работе?

1. Вполне дружелюбные, открытые к сотрудничеству
2. Напряженные
3. Конфликтные

46. Если Вы испытываете недопонимание со стороны коллег по работе, возникают конфликтные ситуации, с чем, на Ваш взгляд, это может быть связано?

1. Стало труднее справляться с профессиональными обязанностями
2. Я стал более раздражительным
3. Окружающие меня не понимают
4. Затрудняюсь ответить

47. Что, на Ваш взгляд, больше влияет на Ваше негативное настроение?

1. Действия властей
2. Отношения на работе
3. Личная жизнь
4. Ничто не влияет
5. Затрудняюсь ответить

48. Часто ли по роду своей деятельности Вам приходится общаться с другими людьми?

1. Да
2. Скорее да, чем нет
3. Скорее нет, чем да
4. Нет
5. Затрудняюсь ответить

49. Испытываете ли Вы дискомфорт, неудобство при знакомстве с новыми людьми?

1. Да
2. Скорее да, чем нет
3. Скорее нет, чем да
4. Нет
5. Затрудняюсь ответить

50. Охотно ли Вы заводите новые социальные контакты, расширяете круг общения?

1. Стараюсь не упускать такой возможности
2. Охотно, но не всегда это получается
3. Хотелось бы расширить круг общения, но не имею такой возможности
4. Не возникает желания заводить новые знакомства

51. Часто ли Вы принимаете участие в общественной жизни (коллективные мероприятия на работе, субботники, собрания, выборы и т.д.)?

1. Часто
2. Иногда
3. Редко
4. Никогда
5. Затрудняюсь ответить

52. Скажите, пожалуйста, испытывали ли Вы когда-либо в своей жизни психологические проблемы, требующие помощи квалифицированного специалиста (психолога, психиатра, психотерапевта)?

1. Да, испытывал(а) такие проблемы
2. Нет, не испытывал(а) подобных проблем
3. Все свои проблемы я мог(ла) решить сам(а) и решал(а) их
4. Затрудняюсь ответить

53. Обращались ли Вы когда-нибудь за помощью к квалифицированному специалисту (психологу, психиатру, психотерапевту)?

1. Да
2. Нет

54. Если обращались, удовлетворил ли Вас результат оказанной помощи?

1. Да
2. Скорее да, чем нет
3. Скорее нет, чем да
4. Нет
5. Затрудняюсь ответить

55. Хотелось бы Вам, чтобы услуги квалифицированного специалиста (психолога, психиатра, психотерапевта) были доступны по месту Вашего жительства?

1. Да, это необходимо
2. Нет, не вижу такой необходимости
3. Да, наверное, не помешало бы
4. Затрудняюсь ответить

56. Готовы ли Вы обратиться за помощью к квалифицированному специалисту (психологу, психиатру, психотерапевту) в случае необходимости?

1. Да, готов(а) обратиться сразу
2. Хотелось бы, но трудно это сделать (непривычно, могут неправильно понять окружающие и т.п.)
3. Нет, потому что могу справиться сам(а)
4. Нет, потому что он все равно не поможет
5. Затрудняюсь ответить

57. В нашей стране в некоторых городах и регионах существуют «телефоны доверия», по которым можно в любое время позвонить, изложить свои проблемы, получить полезный совет, поддержку. Как Вы считаете, нужен ли «телефон доверия» по месту Вашего жительства?

1. Да
2. Нет
3. Затрудняюсь ответить

58. Приходилось ли Вам пользоваться «телефоном доверия»?

1. Да
2. Нет

59. Отметьте, пожалуйста, как бы Вы оценили изменение своего материального положения?

Период	Улучшилось	Ухудшилось	Осталось без изменений	Затрудняюсь ответить
За последние три года	1	2	3	4
По сравнению с прошлым годом	1	2	3	4
За последние 6 месяцев	1	2	3	4

60. Отметьте, пожалуйста, как бы Вы оценили изменение своего должностного положения?

Период	Улучшилось	Ухудшилось	Осталось без изменений	Затрудняюсь ответить
За последние три года	1	2	3	4
По сравнению с прошлым годом	1	2	3	4
За последние 6 месяцев	1	2	3	4

61. Отметьте, пожалуйста, как часто Вы испытываете психологический дискомфорт в следующих сферах жизни:

Сфера жизни	Очень редко	Редко	Иногда	Часто	Очень часто	Затрудняюсь ответить
1. На работе	1	2	3	4	5	6
2. В семье (дома)	1	2	3	4	5	6
3. На улице	1	2	3	4	5	6
4. В общественном транспорте	1	2	3	4	5	6
5. При общении с родителями	1	2	3	4	5	6
6. При общении с друзьями, знакомыми	1	2	3	4	5	6
7. При обращении в учреждения социального обслуживания (поликлиники, магазины, ЖЭК и т.д.)	1	2	3	4	5	6

62. Как Вы относитесь к людям, испытывающим проблемы с психическим здоровьем?

1. Люди с психическим заболеванием, как и с любым другим, вызывают сочувствие и понимание
2. Такие люди не контролируют свои действия и могут причинить вред себе или окружающим
3. Это ущербные люди, они не могут быть полноценными членами общества
4. Затрудняюсь ответить

63. Если говорить о Вас и членах Вашей семьи, проживающих вместе с Вами, то затронули Вас или нет в связи с нынешним кризисом следующие явления?

1. Задержки заработной платы и социальных выплат (пенсий, пособий, стипендий и т.п.)	1	2
2. Уменьшение (урезание) заработной платы и социальных выплат	1	2
3. Сокращение, увольнение с предприятия, на котором работаете	1	2
4. Закрытие (приостановка) предприятия, на котором работаете	1	2
5. Обесценивание рублевых сбережений	1	2
6. Увеличение цен на потребительские товары и услуги	1	2

64. Оцените взаимоотношения между членами Вашей семьи:

1. Дружные, без ссор
2. Дружные, с редкими ссорами
3. Напряженные, без ссор
4. Частые ссоры
5. Другие _____

65. Если Вас не удовлетворяет Ваша работа, то в чем именно?

1. Низкая зарплата, несвоевременные выплаты
2. Трудная, нервная работа
3. Работа далеко от дома, неудобный график работы, плохие условия труда
4. Плохой коллектив, плохое руководство
5. Нет возможностей выбора, нет хорошей работы
6. Нестабильная, негарантированная работа
7. Работа не по специальности
8. Неинтересная работа
9. Другое _____

66. Если Вы не довольны тем, как проводите свободное время, то чем, на Ваш взгляд, это можно объяснить?

1. Нет денег, чтобы проводить время так, как хотелось бы
2. Не хватает свободного времени, много работаю, устаю, нет сил
3. Провожу время скучно, однообразно, веду пассивный образ жизни
4. Хотелось бы проводить свободное время по-другому, но не получается
5. Там, где я живу, нет мест для проведения досуга, некуда пойти
6. Болею, возраст не позволяет проводить время так, как хотелось бы
7. Другое _____
8. Затрудняюсь ответить

67. Ваши жилищные условия:

1. Живу в общежитии
3. Живу в собственной квартире/доме
2. Живу в коммунальной квартире
4. Живу в квартире родителей/родственников
5. Снимаю квартиру/дом
6. Другое _____

Сообщите, пожалуйста, о себе

68. Ваш пол

1. Мужской
2. Женский

69. Ваш возраст

_____ полных лет

70. Семейное положение

1. Состою в зарегистрированном браке и проживаю совместно с мужем (женой)

2. Состою в зарегистрированном браке и не проживаю совместно с мужем (женой)
3. Не состою в зарегистрированном браке, но проживаю совместно с мужем (женой)
4. Не состою в зарегистрированном браке и не проживаю совместно с мужем (женой), разведен(а)
5. Не замужем (холост)
6. Вдова (вдовец)

71. Какое у Вас образование?

- | | |
|-------------------------|--------------------|
| 1. Среднее | 5. Высшее |
| 2. Среднее специальное | 6. Начальное |
| 3. Неполное среднее | 7. Нет образования |
| 4. Незаконченное высшее | 8. Неизвестно |

72. Посчитайте, пожалуйста, каков был среднемесячный фактический доход на одного члена Вашей семьи в течение последнего месяца (сложите все виды доходов, включая алименты, пособия на детей, приработки, проценты по вкладам, акциям, другим ценным бумагам и т.п. после удержания налогов, и разделите на число членов Вашей семьи)

_____ руб.

0 – затрудняюсь ответить

73. Какой размер дохода на одного члена семьи в месяц, по Вашему мнению, необходим для нормальной жизни?

_____ руб.

0 – затрудняюсь ответить

74. К какой категории Вы себя относите?

1. Богатым
2. Людям среднего достатка
3. Бедным
4. Нищим
5. Затрудняюсь ответить

75. Род занятий

1. Рабочий
2. Работник сельского хозяйства
3. Инженерно-технический работник
4. Служащий (работник аппарата предприятия, учреждения)
5. Руководитель государственного предприятия
6. Интеллигент, незанятый на производстве (учитель, врач, научный работник, журналист и т.д.)
7. Предприниматель, имеющий свое дело
8. Студент
9. Пенсионер
10. Военнослужащий

11. Сотрудник органов охраны общественного порядка
12. Руководитель коммерческой структуры
13. Ответственный работник органов управления
14. Учащийся
15. Инвалид
16. Безработный (официально зарегистрированный)
17. Неработающий, домохозяйка
18. Другое (напишите) _____

76. Какая из приведенных ниже оценок наиболее точно характеризует Ваши денежные доходы?

1. Денег вполне достаточно, чтобы ни в чем себе не отказывать
2. Покупка большинства товаров длительного пользования (холодильник, телевизор) не вызывает у нас трудностей, однако покупка автомашины сейчас недоступна
3. Денег достаточно для приобретения необходимых продуктов и одежды, однако более крупные покупки приходится откладывать на потом
4. Денег хватает только на приобретение продуктов питания
5. Денег не хватает даже на приобретение продуктов питания, приходится влезать в долги

77. Где Вы живете?

1. В городе
2. В сельской местности

**Большое спасибо за Ваши ответы!
Желаем удачи во всех Ваших делах!**

Приложение 4

Институт социально-экономических проблем развития территорий РАН

Анкета № _____

изучения репродуктивного потенциала населения
репродуктивного возраста (15 – 49 лет)

Населенный пункт: _____

Добрый день!

Настоящая анкета призвана выявить Ваши приоритеты и установки по вопросам репродуктивного здоровья, репродуктивного поведения и планирования семьи. Надеемся на Ваше искреннее участие и содействие в предлагаемом опросе.

Материалы исследования будут использоваться только в обобщенном виде. Мы гарантируем сохранение конфиденциальности полученных данных. Ваши откровенные ответы позволят определить необходимые медико-социальные мероприятия для обеспечения возможности получения качественных услуг по планированию семьи, охране репродуктивного здоровья.

Как заполнять вопросник

Внимательно прочитайте вопросы и предложенные варианты ответов. Выберите те из них, которые соответствуют Вашему мнению, и обведите кружком вариант подходящего ответа или впишите недостающую информацию.

Благодарим за помощь и сотрудничество!

Вологда • 2008

Раздел I. Семья, планирование семьи

1. Какому браку Вы отдаете предпочтение? (отметьте только один вариант)

1. Зарегистрированному браку
2. Совместному проживанию, без регистрации в ЗАГСе
3. Затрудняюсь ответить
4. Другое _____

2. Что, на Ваш взгляд, составляет основу брака? (отметьте все, что считаете нужным)

1. Любовь
2. Уважение друг к другу
3. Финансовое состояние
4. Физическое и психическое здоровье партнеров
5. Хорошее положение в обществе
6. Религиозные убеждения
7. «Здоровый» расчет
8. Другое _____
9. Затрудняюсь ответить

3. Считаете ли Вы вступление в брак обязательным условием для воспитания детей?

1. Да
2. Нет
3. Не думал об этом
4. Затрудняюсь ответить

4. Выберите наиболее важные для Вас жизненные ценности (не более 3-х вариантов):

1. Счастливая и дружная семья
2. Материнство/отцовство
3. Здоровье
4. Деньги, карьера
5. Любимая профессия
6. Образование
7. Общественное признание, популярность

5. Сколько у Вас детей? _____

6. Скольких еще Вы планируете завести? _____

7. Через какой промежуток времени Вы бы хотели иметь ребенка? (если уже есть, то следующего)

1. Я больше не хочу иметь детей
2. В течение 1 года
3. В течение 2–3 лет
4. В течение 3–4 лет
5. Более чем через 4 года
6. Затрудняюсь ответить

8. Сколько детей Вы желали бы иметь в своей семье?

1. Ни одного
2. Одного ребенка
3. Двух детей
4. Трех детей
5. Четырех детей и более
6. Затрудняюсь ответить

9. Сколько детей Вы реально планируете иметь в своей семье?

1. Ни одного
2. Одного ребенка
3. Двух детей
4. Трех детей
5. Четырех детей и более
6. Затрудняюсь ответить

10. Если Вы планируете иметь менее трех детей, укажите причины, по которым Вы не хотите иметь больше (отметьте все, что считаете нужным):

1. Нестабильная экономическая обстановка в стране
2. Низкие доходы населения и дороговизна товаров
3. Плохие жилищные условия
4. Много детей в семье препятствуют карьере (отдыху)
5. Семейная традиция иметь мало детей в семье
6. Многодетность никак не поощряется государством
7. Роды – это риск для здоровья женщины
8. Столько детей мне вполне достаточно
9. Риск остаться без работы
10. Другое _____

11. Если Вы планируете иметь трих и более детей, то каковы причины для этого? (отметьте все, что считаете нужным)

1. Любите детей
2. Семейные традиции иметь много детей в семье
3. Чувство долга перед Человечеством за сохранение рода
4. Религиозные убеждения
5. Сознание того, что аборт – «убийство»
6. Другое _____

12. Что необходимо Вам для рождения желаемого числа детей? (оцените по 5-бальной шкале значимость каждого фактора)

Фактор	Незначимо			Очень значимо	
	1	2	3	4	5
1. Полная семья	1	2	3	4	5
2. Доступность качественной медицинской помощи	1	2	3	4	5
3. Возможность обеспечить своим детям качественное образование	1	2	3	4	5
4. Наличие (возможность приобретения) и удовлетворительное состояние жилья	1	2	3	4	5
5. Стабильность материального благополучия	1	2	3	4	5

6. Возможность посещения образовательных курсов (семинаров, тренингов) для родителей	1	2	3	4	5
7. Возможность организации присмотра за ребенком, не посещающим детсад (служба «няня на час», детские игровые комнаты и т.п.)	1	2	3	4	5
8. Уверенность в завтрашнем дне	1	2	3	4	5

13. Как Вы считаете, следует ли заранее обсуждать в семье сроки появления детей, планировать их количество?

1. Да 2. Нет 3. Затрудняюсь ответить

14. При возможности выбора воспитания ребенка дошкольного возраста (1,5 – 6 лет) какой вариант Вы предпочтете?

1. Детский сад 2. Детский сад на неполный день
3. Домашнее воспитание 4. Домашнее воспитание с выплатой пособия
5. Другое _____

15. Какой размер дополнительного пособия Вы считаете минимально необходимым для домашнего воспитания ребенка?

1. 1 – 2 тыс. руб.
2. 3 – 4 тыс. руб.
3. 5 тыс. руб.
4. Свой вариант _____

16. Для Вас дети – это... (отметьте все, что считаете нужным)

1. Помощь в ведении хозяйства
2. Помощь в старости
3. Дети – это радость жизни
4. Снижение материального положения семьи
5. Дополнительная трата денег
6. Помеха карьере
7. Помеха отдыху, личной жизни
8. Источник доходов (пособие по беременности и родам, детские пособия)
9. Наследники, продолжатели вашего дела
10. Обязательная часть семьи
11. Другое _____

17. Как Вы считаете, какие условия необходимы для распространения многодетности? (отметьте все, что считаете нужным)

1. Льготы многодетным семьям
2. Существенная помощь государства (существенные денежные пособия на детей)
3. Повышение уровня жизни населения
4. Решение квартирной проблемы
5. Изменение установок общества относительно количества детей в семье (мода на многодетность)
6. Качественное медицинское обслуживание

7. Доступность бесплатного образования для детей
8. Создание условий самообеспечения семьи
9. Дополнительные принудительные меры государства (налоги на бездетность и т.п.)
10. Другое _____

18. Что, на Ваш взгляд, препятствует увеличению рождаемости в нашей стране? (отметьте все, что считаете нужным)

1. Риск остаться без работы
2. Плохие жилищные и материальные условия большинства семей
3. Нестабильное экономическое положение
4. Рождение неполноценного ребенка
5. Заботы, связанные с уходом за детьми
6. Приоритет карьеры, стремление «пожить для себя»
7. Неуверенность в завтрашнем дне
8. Другое _____

19. Как Вы считаете, увеличение размера детских пособий, пособия по беременности и родам, выплата 250 тыс. руб. за рождение 2-го или последующего ребенка будут способствовать увеличению рождаемости в нашей стране?

1. Да
2. Нет
3. Затрудняюсь ответить

20. Учитывая принятие мер, описанных выше (увеличение размера детских пособий, пособия по беременности и родам, выплата 250 тыс. руб. за рождение 2-го или последующего ребенка), лично Вы увеличите число детей в своей семье?

1. Нет (детей уже достаточно)
2. Нет (принятых шагов недостаточно)
3. Да, детей не планировали (сомневались), но теперь приняли решение о рождении ребенка
4. Да (детей будет на 1 больше запланированного числа)
5. Да (детей будет на 2 больше запланированного числа)
6. Да (детей будет на 3 и более больше запланированного числа)
7. Эти меры лично для меня не имеют решающего значения при планировании числа детей
8. Затрудняюсь ответить

21. Лично Вы с учетом льготных условий ипотечного кредитования (5% ставка на 20 лет (от 11,5% в 2007 году), частичное погашение с рождением 2-го и полное погашение долга с рождением 3-го ребенка) увеличите число детей до 3-х в своей семье?

1. Да
2. Нет
3. Свой вариант _____
4. Затрудняюсь ответить

Раздел II. Репродуктивное поведение

22. Оцените по 5-балльной шкале степень Вашей информированности по перечисленным проблемам (где 1 – плохо информирован, 5 – очень хорошо информирован):

Информация	Плохо информирован		Очень хорошо информирован		
	1	2	3	4	5
О путях заражения ВИЧ/СПИДом	1	2	3	4	5
О первых признаках венерических заболеваний	1	2	3	4	5
О средствах предохранения от инфекций, передающихся половым путем (ИППП)	1	2	3	4	5
О средствах предохранения от нежелательной беременности	1	2	3	4	5
О последствиях аборта	1	2	3	4	5
О родах	1	2	3	4	5

23. Знаете ли Вы о влиянии воспалительных заболеваний и инфекций, передающихся половым путем, на репродуктивное здоровье (здоровье будущих детей)?

1. Ничего не знаю
2. Что-то слышал
3. Знаю, но не достаточно хорошо
4. Знаю достаточно хорошо

24. Если знаете, укажите, откуда Вы получили эту информацию:

1. Медицинские работники
2. Учителя
3. Специальная литература, телевизионные передачи
4. Родители
5. Друзья
6. Другое _____

25. Считаете ли Вы допустимым искусственное прерывание беременности?

1. Да
2. Нет (переходите к вопросу № 28)
3. Да, при определенных обстоятельствах

26. При каких обстоятельствах Вы считаете допустимым искусственное прерывание беременности абортom? (отметьте все, что считаете нужным)

1. Беременность представляет угрозу для жизни женщины
2. Плод имеет порок в развитии
3. Беременность – результат изнасилования
4. Беременность может повредить здоровью женщины
5. Женщина не замужем
6. Материальные трудности семьи
7. По настоянию родителей, родственников, молодого человека
8. Другое _____

27. Если Вы против аборта, то почему? (отметьте все, что считаете нужным)

1. Аборт недопустим, так как он опасен для здоровья женщины
2. Аборт увеличивает риск возникновения бесплодия
3. Аборт – это аморальное действие
4. Аборт – это убийство будущего ребенка
5. Религиозный запрет
6. Другое _____

28. Как Вы поступите в случае неожиданной беременности (Вашей партнерши)?

1. Сделаю аборт (посоветую сделать аборт)
2. Буду рожать (посоветую рожать)
3. Затрудняюсь ответить

29. Гарантия получения минимального денежного пособия и продуктового набора в период декретного отпуска и отпуска по уходу за ребенком могла бы Вам помочь отказаться от аборта в случае незапланированной беременности?

1. Да
2. Нет
3. Свой вариант _____
4. Затрудняюсь ответить

Раздел III. Сексуальная активность**30. Каков, на Ваш взгляд, оптимальный возраст для начала сексуальных отношений?**

1. 17 лет и ранее
2. 18 – 19 лет
3. 20 – 24 года
4. 25 – 29 лет
5. 30 лет и старше
6. Затрудняюсь ответить

31. С какого возраста Вы живете половой жизнью?

1. До 15 лет
2. С 15 лет
3. С 16 лет
4. С 17 лет
5. С 18 лет и старше
6. Не живу половой жизнью (переходите к вопросу № 34)

32. Использовали ли Вы (или Ваш партнер/партнерша) какой-либо метод предупреждения беременности при первом половом контакте?

1. Нет
2. Да (ниже отметьте, что именно)
 - а. Презервативы
 - б. Прерванный половой акт
 - в. Таблетки (гормональные средства)
 - г. «Безопасные дни»
 - д. ВМС (внутриматочную спираль)
 - е. Спермицидные средства (пена, крем, гель)
 - ж. Другое

33. Каков характер Ваших отношений с партнером/партнершей?

1. Состоим в зарегистрированном браке
2. Живем вместе, но в браке не состоим
3. Часто встречаемся
4. Контакты непостоянные, случайные

34. Укажите, пожалуйста, пользуетесь ли Вы (Ваш партнер/партнерша) средствами контрацепции и как часто вы их применяете

Средство	Частота применения			
	вообще не пользуюсь	иногда	очень часто	всегда
Презервативы	1	2	3	4
Прерванный половой акт	1	2	3	4
Таблетки (гормональные средства)	1	2	3	4
«Безопасные дни»	1	2	3	4
ВМС (внутриматочную спираль)	1	2	3	4
Спермицидные средства (пена, крем, гель)	1	2	3	4
Другое (укажите)	1	2	3	4

35. С какой целью Вы их используете? (отметьте все, что считаете нужным)

1. Предохранение от нежелательной беременности
2. Профилактика заболеваний, передающихся половым путем
3. По причине имеющихся у Вас заболеваний
4. Максимальная защита своего здоровья

36. Если Вы не пользуетесь ни одним средством, то укажите, пожалуйста, почему? (отметьте все, что Вас касается)

1. Не хочется
2. Недостаточная, неполная информированность по использованию, подбору современных средств контрацепции
3. Моральная неподготовленность
4. Нежелание партнера применять контрацептивы
5. Высокая стоимость
6. Отсутствие в продаже нужных контрацептивных средств
7. Вы считаете, что контрацептивы вредны для здоровья
8. Недостаточная надежность
9. Неудобство и сложность применения
10. Другое (напишите) _____

37. Делали ли Вы когда-нибудь аборт для прерывания беременности?

- | | |
|----------------|-------------------------|
| 1. Нет | 4. Да (3 раза) |
| 2. Да (1 раз) | 5. Да (4 раза и более) |
| 3. Да (2 раза) | 6. Не знаю (для мужчин) |

38. Инициатором аборта были:

1. Вы
2. Партнер/партнерша
3. Вы и партнер/партнерша
4. Родственники
5. Врач
6. Другое _____

Раздел IV. Сообщите, пожалуйста, о себе

39. Ваш пол

1. Мужской 2. Женский

40. Возраст _____

41. Сколько детей в семье, в которой Вы выросли? _____

42. Ваше образование:

1. Незаконченное среднее, среднее
2. ПТУ
3. Техникум
4. Незаконченное высшее
5. Высшее

43. Верующий ли Вы человек?

1. Да 2. Нет 3. Затрудняюсь ответить

44. Род занятий?

1. Студент (учащийся)
2. Рабочий, крестьянин (сельскохозяйственный работник)
3. Служащий
4. Интеллигент (учитель, врач, научный работник, журналист и т.д.)
5. Руководитель государственного предприятия, коммерческой структуры
6. Предприниматель, имеющий свое дело
7. Военнослужащий, сотрудник органов охраны общественного порядка
8. Безработный (официально зарегистрированный)
9. Неработающий
10. Домохозяйка
11. Другое _____

45. Если Вы работаете, укажите Ваш должностной статус:

1. Молодой специалист
2. Специалист с опытом работы
3. Руководитель низшего звена
4. Руководитель среднего звена
5. Руководитель высшего звена

46. Какая из приведенных ниже оценок наиболее точно характеризует денежные доходы Вашей семьи?

1. Денег вполне достаточно, чтобы ни в чем себе не отказывать
2. Покупка большинства товаров длительного пользования (холодильник, телевизор) не вызывает у нас трудностей, однако покупка автомашины сейчас недоступна
3. Денег достаточно для приобретения необходимых продуктов и одежды, однако более крупные покупки приходится откладывать на потом
4. Денег хватает только на приобретение продуктов питания
5. Денег не хватает даже на приобретение продуктов питания, приходится влезать в долги

Спасибо за помощь!

Приложение 5

Таблица 1. **Младенческая смертность по основным классам причин**
(на 1000 родившихся живыми)

Год	Причины смерти					
	Умершие в возрасте до 1 года от всех причин	Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	Врожденные аномалии развития, деформации	Болезни органов дыхания	Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	Несчастные случаи, отравления и травмы
1980	220,7	52,0	34,5	78,3	31,2	10,5
1990	174	80,1	37,0	24,7	13,4	7,1
1995	181,2	78,5	41,8	24,2	12,7	10,1
1996	173,7	75,3	41,1	22,0	12,1	9,4
1997	171,5	72,4	42,0	22,6	10,8	10,0
1998	164,9	69,9	40,5	20,5	10,4	9,9
1999	169,1	71,0	38,7	21,0	11,4	11,2
2000	153,3	67,7	35,5	16,5	9,2	9,7
2001	146,5	66,4	34,4	14,4	8,0	9,2
2002	133,1	61,6	31,3	12,2	6,7	8,2
2003	123,1	57,0	30,2	10,5	5,9	8,6
2004	115,7	51,9	28,0	9,6	5,4	8,0
2005	109,7	49,1	26,9	8,3	5,0	7,6
2006	102,2	47,3	24,5	7,8	4,1	6,7
2007	93,6	42,9	22,7	6,9	3,8	6,4

Источник: Российский статистический ежегодник. 2007, 2008: стат.сб. / Росстат. – М., 2007, 2008.

Таблица 2. **Ожидаемая продолжительность жизни населения в России и в странах ЕС (лет)**

Страны	1990 г.	1995 г.	2000 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.
Россия	69,28	64,67	65,43	65,37	66,67	67,51
Муж	63,79	58,3	59,15	58,98	60,47	61,39
Жен	74,42	71,71	72,36	72,4	73,27	73,9
Страны ЕС	75,18	76,1	77,5	78,7	79,02	79,09
Муж	71,61	72,53	74,17	75,54	75,89	75,97
Жен	78,68	79,6	80,72	81,69	82,05	82,13

Источники: ЕРБ ВОЗ, Европейская база данных ЗДВ, январь 2009 г.; Регионы России. Социально-экономические показатели. 2007: стат.сб. / Росстат. – М., 2007. – 991 с. (С. 84-85).

Таблица 3. **Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в федеральных округах (лет)**

Год	Россия	Федеральный округ						
		Центральный	Северо-Западный	Южный	Приволжский	Уральский	Сибирский	Дальневосточный
1998	67,02	67,25	67,19	67,79	67,55	67,08	65,70	65,19
2000	65,34	66,07	64,52	67,27	65,54	64,56	63,66	63,17
2002	64,82	65,05	64,14	67,04	65,32	64,94	63,47	63,49
2003	65,07	65,81	63,43	67,49	65,29	64,79	63,17	62,42
2005	65,30	66,29	64,02	68,06	65,26	65,22	62,75	62,24
2006	66,60	67,34	65,55	68,84	66,48	66,75	64,65	63,87
2007	67,51	68,11	66,99	69,70	67,20	67,64	65,74	64,87

Источники: Регионы России. Социально-экономические показатели. 2004: стат.сб. / Росстат. – М., 2004. – 966 с. (С. 68-69); Регионы России. Социально-экономические показатели. 2007: стат.сб. / Росстат. – М., 2008. – 991 с. (С. 84-85).

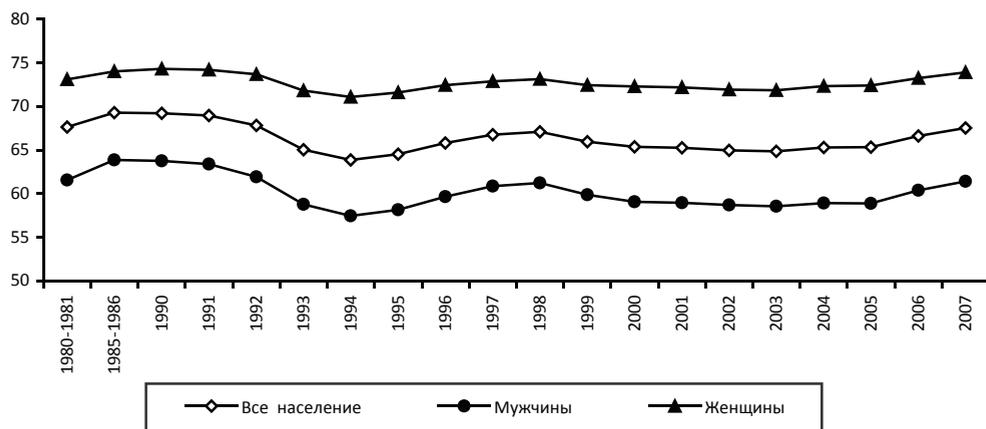


Рисунок 1. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (лет)

Источник: Демографический ежегодник России. 2008: стат.сб. / Росстат. – М., 2008. – 557 с. (С. 103).

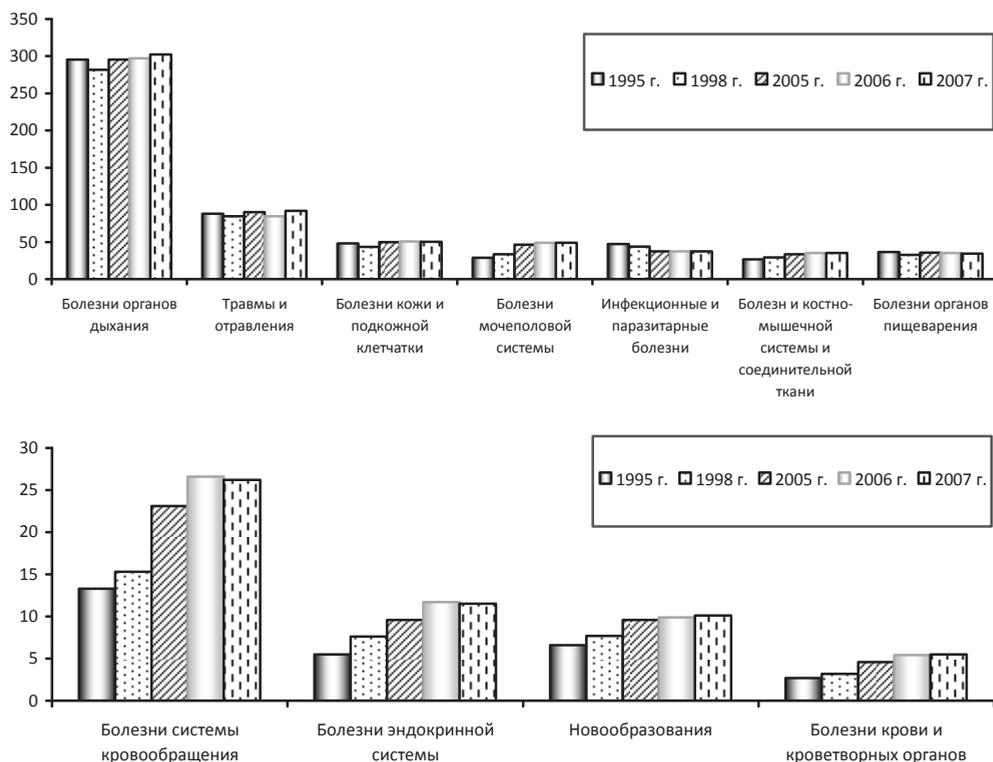


Рисунок 2. Заболеваемость населения на 1000 человек населения по основным классам болезней (зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни)

Источники: Регионы России. Социально-экономические показатели. 2004: стат. сб. / Росстат. – М., 2004. – 966 с. (С. 308); Регионы России. Социально-экономические показатели. 2007: стат. сб. / Росстат. – М., 2007. – 966 с. (С. 316).

Таблица 4. Заболеваемость на 1000 человек населения
(зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни)

Год	Россия	Центральный ФО		Северо- Западный ФО		Южный ФО		Приволжский ФО		Уральский ФО		Сибирский ФО		Дальне- восточный ФО	
	на 1000	на 1000	R	на 1000	R	на 1000	R	на 1000	R	на 1000	R	на 1000	R	на 1000	R
1992	615,6	603,2	2	628,2	3	525,3	1	635,1	4	651,7	6	644,6	5	673,0	7
1995	678,8	676,9	2	697,5	4	567,0	1	738,4	7	704,9	5	688,2	3	707,6	6
1998	670,4	677,4	4	696,0	6	561,0	1	734,8	7	689,3	5	639,4	2	653,6	3
1999	710,0	725,1	4	736,3	5	588,8	1	770,0	7	744,3	6	680,6	3	667,9	2
2000	735,7	734,6	4	754,2	5	618,9	1	790,5	7	785,5	6	729,8	3	713,4	2
2001	725,6	734,0	4	736,7	5	626,1	1	770,4	7	743,7	6	724,3	3	707,3	2
2002	747,0	747,5	4	744,8	3	666,1	1	784,5	7	758,7	5	764,5	6	734,5	2
2003	748,6	733,2	2	762,8	3	643,1	1	798,2	7	778,4	6	775,8	5	769,2	4
2004	744,9	720,9	2	749,9	3	651,8	1	799,6	7	774,1	5	776,6	6	758,6	4
2005	745,9	706,5	2	763,1	4	656,4	1	809,2	7	779,9	6	777,0	5	755,6	3
2006	763,9	718,3	2	805,5	4	655,5	1	837,3	7	802,5	6	801,5	5	765,0	3
2007	771,0	722,8	2	805,1	4	655,4	1	852,6	7	813,1	6	809,1	5	784,5	3

Источники: Регионы России. Социально-экономические показатели. 2004: стат. сб. / Росстат. – М., 2004. – 966 с. (С. 306-307); Регионы России. Социально-экономические показатели. 2004: стат. сб. / Росстат. – М., 2007. – 991 с. (С. 314-315).

Таблица 5. Количество ВИЧ-инфицированных в России

Год	Число инфицированных ВИЧ				Из них больных СПИДом			
	Всего	Детей	Из них умерло		Всего	Детей	Из них умерло	
			Всего	Детей			Всего	Детей
1994	887	265	364	132	420	180	297	118
1995	1 090	266	407	133	464	181	328	119
1996	2 603	272	503	136	515	184	366	122
1997	6 918	285	779	139	650	187	468	123
1998	10 889	300	1 044	141	729	188	528	124
1999	30 647	411	1 785	144	839	188	615	124
2000	89 808	618	3 452	148	1 002	191	741	126
2001	177 579	941	5 327	158	1 126	195	839	130
2002	227 502	1 077	6 164	160	1 199	196	891	131
2003	263 898	1 172	6 744	164	1 296	197	953	131
2004	296 045	1 558	7 230	168	1 369	199	990	132
2005	300 252	1 564	7 253	168	1 376	199	992	132
2006	373 718	2 545	16 791	206	3 352	226	2 556	147
2007	403 100	2 636	19 924	219	3 639	232	2 801	151
2008, июнь	433 827	2 830	27 341	275	4 655	244	3 722	168

Источник: Информационные бюллетени Федерального научно-методического Центра по профилактике и борьбе со СПИДом за 1994 – 2008 гг. – URL: <http://www.hivrusia.ru/stat/2008.shtml>

Таблица 6. Динамика численности населения (по состоянию на 1 января, тыс. чел.)

Территория	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	Снижение за 10 лет
Вологодская область	1 338,5	1 332,9	1 319	1 290	1 279	1 267	1 256	1 245	1 235	1 228	1 222,9	115,6
Российская Федерация	147 802	147 539	146 900	145 600	145 600	145 000	144 200	143 500	142 800	142 200	142 000	5 802,0

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

Таблица 7. Структура основных причин смерти населения Вологодской области за десять лет

Нозоформы	1998 г.		2003 г.		2008 г.	
	на 100 тыс. нас.	Ранг	на 100 тыс. нас.	Ранг	на 100 тыс. нас.	Ранг
Болезни системы кровообращения	868,9	1	1 094,2	1	939,3	1
Новообразования	201,6	2	222,4	3	215,9	2
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	184,5	3	298,4	2	196,5	3
Болезни органов пищеварения	31,7	5	96,5	4	89,1	4
Болезни органов дыхания	49,5	4	83,6	5	59,3	5
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	6,3	6	17,8	6	14,3	6

Источник: Статистический ежегодник Вологодской области. – Вологда, 2008.

Таблица 8. Структура заболеваемости населения региона*

Нозоформы	1998 г.		2004 г.		2008 г.	
	на 1000 нас.	Ранг	на 1000 нас.	Ранг	на 1000 нас.	Ранг
Болезни органов дыхания	347,1	1	369,5	1	374,6	1
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	86,7	2	84,3	2	90,4	2
Болезни кожи и подкожной клетчатки	46,9	3	54,2	3	51,6	3
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	44,3	4	41,3	4	43,4	4
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	33,0	5	34,3	6	41,4	5
Болезни мочеполовой системы	26,4	6	37,8	5	39,0	6

*Первые 6 мест.
Источник: Статистический ежегодник Вологодской области. – Вологда, 2008.

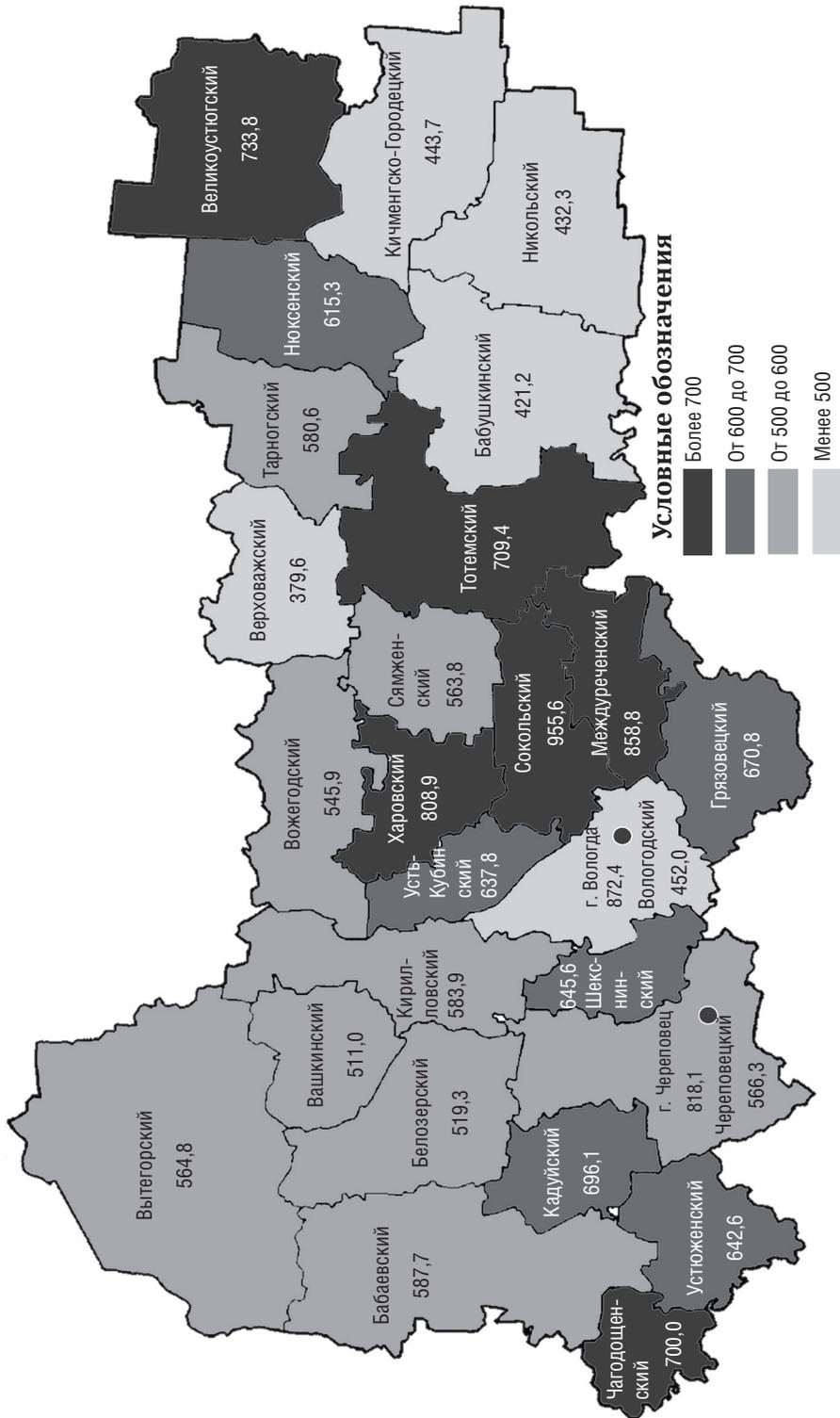


Рисунок 3. Заблеваемость населения Вологодской области в разрезе муниципальных образований в 1998 г. (на 1000 населения)

Таблица 9. **Численность лиц, впервые признанных инвалидами, в Вологодской области (на 10 тыс. взрослого населения)**

Показатели	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2008 г. к 1998 г., в %
Инвалидность взрослого населения	124,4	109,9	160,9	173,7	152,8	158,1	204,5	132,5	126,6	100,1	97,8	79
В т. ч. в связи: – со злокачественными новообразованиями	12,8	12,0	14,7	15,5	14,7	15,2	16,5	14,4	15,4	13,7	14,3	112
– по причине травм	7,7	6,5	8,2	8,2	8,1	9,2	9,3	7,5	7,6	6,6	6,5	84
– с болезнями системы кровообращения	57,4	51,6	91,8	100,5	89,4	88,7	126,3	73,8	64,2	48,2	46,3	81
Источники: Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 1999, 2001, 2003, 2005, 2007 г. – Вологда: ДЗО, 2000, 2002, 2004, 2006, 2007, 2008.												

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

Выше среднеобластного уровня	Показатель	Близко или равно среднеобластному уровню	Показатель	Ниже среднеобластного уровня	Показатель
Верховажский район	155,0	Устюженский район	103,4	Грязовецкий район	97,0
Междуреченский район	153,6	г. Вологда	102,2	Тотемский район	92,3
Харовский район	136,8	К.-Городецкий район	98,9	Череповецкий район	89,8
Усть-Кубинский район	136,1	Вологодский район	98,4	г. Череповец	80,1
Бабаевский район	131,6	Вытегорский район	97,6	Бабушкинский район	78,4
Сокольский район	127,8			Никольский район	74,3
Вожегодский район	126,6			Шекснинский район	57,3
Кирилловский район	122,5			Белозерский район	53,2
Сямженский район	122,4				
Кадуйский район	115,1				
Нюксенский район	115,1				
Вашкинский район	114,1				
Тарногский район	111,0				
Великоустюгский район	110,3				
Чагодощенский район	109,8				
В среднем по области – 97,8					
Полужирным курсивом выделены муниципальные образования, в которых произошло увеличение показателя инвалидности по сравнению с 1998 г.					

Таблица 11. **Ожидаемая продолжительность жизни населения Вологодской области (лет)**

Контингенты	Год										
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Все население	67	65	66	64	64	62	63	63	65	67	67
Мужчины	61	59	59	58	57	56	56	56	58	60	60
Женщины	73	72	73	72	72	71	72	72	73	74	74
Справочно, все население:											
Россия	67	69	65	65	65	65	65	65	67	68	68
Страны ЕС	76,8	77,0	77,5	77,8	77,8	77,9	78,3	78,3	79,02	79,09	н.д.
Источники: Статистический ежегодник Вологодской области. – Вологда, 2000; Статистический ежегодник Вологодской области. – Вологда, 2008; Демографический ежегодник России. – М., 2008; ЕРБ ВОЗ, Европейская база данных, март, 2009 г. – URL: http://www.euro .											

Таблица 12. Средний балл оценки частоты болезни в зависимости от ее тяжести*

Тяжесть болезни	Год	Средний балл
Недомогания (головные боли, общая слабость, обострения хронических болезней, травм, ран и т.д.), быстро проходящие под воздействием массажа, лекарств или сами по себе, не снижающие в целом трудоспособности	2008	2,8
	2007	3,0
	2006	2,9
	2005	3,1
	2004	3,0
	2003	3,0
	2002	3,0
Недомогания, снижающие возможность нормально работать, однако не требующие больничного листа	2008	2,5
	2007	2,6
	2006	2,5
	2005	2,7
	2004	2,6
	2003	2,6
	2002	2,7
Болезни, приводящие к потере способности работать на производстве, учиться и т.д., но не лишающие возможности заниматься самообслуживанием, делать домашние дела, готовить пищу и т.д.	2008	1,8
	2007	1,8
	2006	2,0
	2005	2,0
	2004	2,0
	2003	2,0
	2002	2,0
Болезни, приковывающие к домашней постели, приводящие к полной потере способности ухода за собой, требуется обслуживание со стороны близких или других людей – сиделок и т. д., лечиться в стационаре	2008	1,3
	2007	1,3
	2006	1,5
	2005	1,5
	2004	1,5
	2003	1,4
	2002	1,5

* Средний балл рассчитан исходя из следующей шкалы: 1 – никогда, 2 – раз в год и реже, 3 – несколько раз в год, 4 – почти ежемесячно.
Источник: Данные мониторинга здоровья населения Вологодской области ИСЭРТ РАН.

Таблица 13. Распространенность убийств и чувство безопасности населения Вологодской области

Показатели	Год										
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Смертность от убийств в Вологодской области (умерших на 100 тыс. нас.)	21,2	26,2	26,1	33,1	24,7	25,1	21,4	22,9	22,9	16,6	14,2
Доля жителей области, чувствующих себя в безопасности на улице вечером (в % от числа опрошенных)	33,2	26,6	34,8	30,0	33,5	41,2	35,5	39,2	44,8	40,4	48,4
Справочно: смертность от убийств по РФ (умерших на 100 тыс. нас.)	22,9	26,2	28,2	29,6	30,7	29,1	27,3	24,9	20,2	18,0	17,0

Источники: Ежегодник Вологодской области. 1995 – 2007: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2007. – С. 363; Мониторинг общественного психического здоровья, 1999 – 2009.

Таблица 14. Распространенность факторов риска в группах населения Вологодской области с разным уровнем дохода (позиция «да, присутствует», в %)

Факторы риска 100%	Доходные группы			Индекс здоровья
	20% наименее обеспеченных	60% средне- обеспеченных	20% наиболее обеспеченных	
Факторы риска 1 группы	78,4	69,5	57,8	0,62
Из них: образование ниже среднего	46,8	42,0	31,7	0,61
некомфортность жилья	47,2	36,1	38,1	0,64
неудовлетворительное питание	28,0	20,8	5,5	0,55
Факторы риска 2 группы	95,4	93,0	88,1	0,63
Из них: курение	43,6	28,5	34,9	0,65
употребление алкогольных напитков	62,8	61,6	68,3	0,65
низкая физическая активность	60,1	55,3	51,4	0,63
отсутствие профилактики основных болезней	68,3	61,9	52,3	0,64
Факторы риска 3 группы	47,7	58,8	48,6	0,58
Из них: наличие хронических заболеваний	29,4	37,1	33,9	0,57
возраст	31,2	44,7	30,7	0,57

Приложение 6

Таблица 1. Структура заболеваемости детей 0 – 14 лет в Российской Федерации

Классы заболеваемости	Уровень заболеваемости на 100 тыс. детей		Ранг		2007 г. к 1998 г., в %
	1998 г.	2007 г.	1998 г.	2007 г.	
Болезни органов дыхания	77 916,5	105 580,1	1	1	136
Травмы, отравления и др. последствия воздействия внешних причин	8 463,7	10 239,1	4	2	121
Болезни кожи и подкожной клетчатки	6 930,7	9 564,4	5	3	138
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	9 647,1	9 006,5	3	4	93
Болезни органов пищеварения	6 081,9	8 581,8	6	5	141
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	2 553,2	3 877,0	7	6	152
Болезни нервной системы	9 894,8	3 810,1	2	7	39
Болезни мочеполовой системы	1 857,3	3 073,5	8	8	165
Болезни крови, кроветворных органов	957,4	1 983,3	10	9	207
Болезни эндокринной системы	1 323,3	1 866,0	9	10	141

Источники: Здравоохранение в России: стат. сб. / Росстат. – М., 1998, 2000; Основные показатели деятельности лечебно-профилактических учреждений области: стат. сб. – Вологда, 1999.

Таблица 2. Структура заболеваемости детей 0 – 14 лет в Вологодской области

Классы заболеваемости	Уровень заболеваемости на 100 тыс. детей		Ранг		2007 г. к 1998 г., в %
	1998 г.	2007 г.	1998 г.	2007 г.	
Болезни органов дыхания	95 947,2	137 581,6	1	1	143
Травмы, отравления и др. последствия воздействия внешних причин	9 142,9	14 191,1	4	2	155
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	9 653,2	12 735,3	3	3	132
Болезни кожи и подкожной клетчатки	7 037,8	10 400,0	5	4	148
Болезни органов пищеварения	5 128,7	7 661,5	6	5	149
Болезни нервной системы	13 868,6	5 378,9	2	6	39
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	2 947,2	4 288,0	7	7	145
Болезни крови, кроветворных органов	1 876,1	2 970,9	8	8	158
Болезни мочеполовой системы	1 390,6	2 347,5	10	9	169
Болезни эндокринной системы	1 849,0	2 162,9	9	10	117

Источники: Здравоохранение в России: стат. сб. / Росстат. – М., 1998, 2000; Основные показатели деятельности лечебно-профилактических учреждений области: стат. сб. – Вологда, 1999.

Таблица 3. Структура заболеваемости подростков 15 – 17 лет в Российской Федерации и Вологодской области в 2007 году

Классы заболеваемости	РФ*		ВО	
	Уровень заболеваемости на 100 тыс. детей	Ранг	Ранг	Уровень заболеваемости на 100 тыс. детей
Болезни органов дыхания	52 480,0	1	1	76 166,1
Травмы, отравления и некоторые др. последствия воздействия внешних причин	12 250,0	2	2	11 401,8
Болезни кожи и подкожной клетчатки	7 540,0	3	3	6 938,8
Болезни глаза и его придаточного аппарата	4 700,0	7	4	5 139,3
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	5 240,0	6	5	4 766,1
Болезни мочеполовой системы	5 480,0	5	6	4 575,1
Болезни органов пищеварения	6 010,0	4	7	4 408,6
Болезни уха и сосцевидного отростка	2 490,0	10	8	4 135,3
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	4 260,0	8	9	3 551,8
Болезни нервной системы	3 100,0	9	10	2 628,4

*По статистическим данным на конец 2006 года.

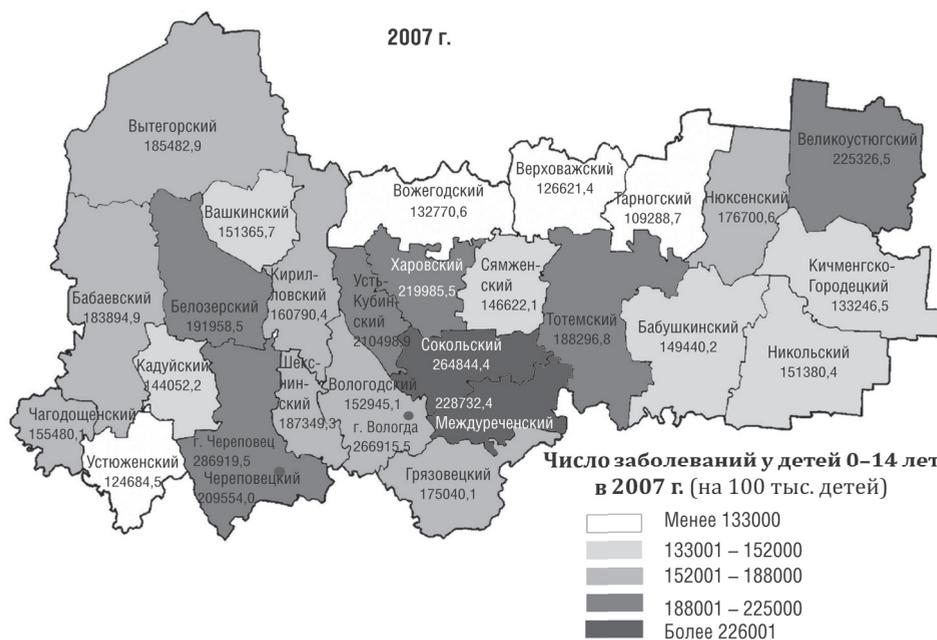
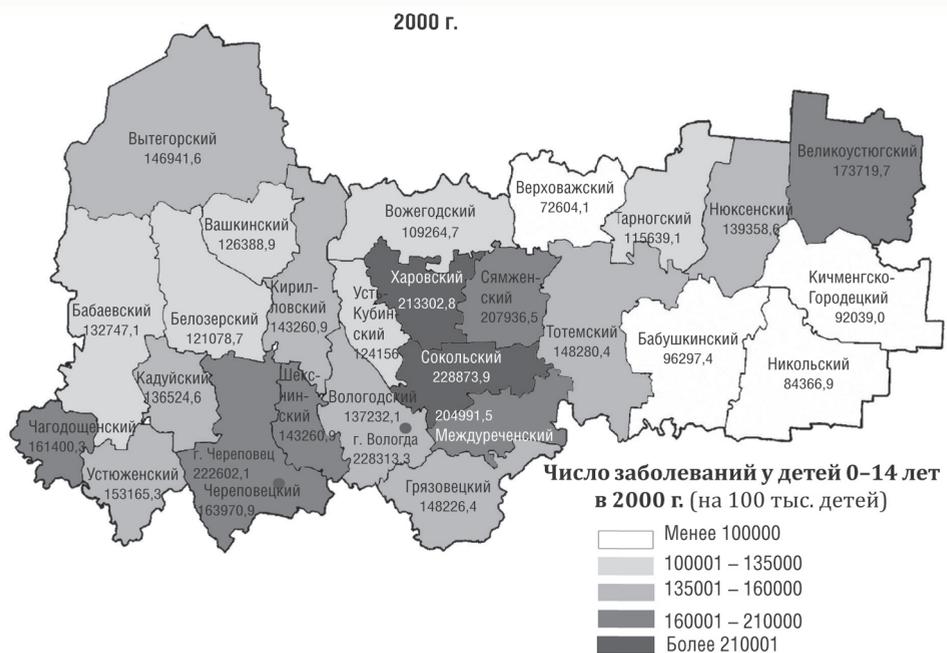
Источники: Здоровоохранение в России: стат. сб. / Росстат. – М., 1998, 2000; Основные показатели деятельности лечебно-профилактических учреждений области: стат. сб. – Вологда, 1999.

Таблица 4. Обеспеченность врачами-педиатрами (на 10 тыс. нас.) в Вологодской области, 2008 г.

Муниципальное образование	Показатель	Муниципальное образование	Показатель
Ниже среднеобластного показателя		Выше среднеобластного показателя	
Никольский	3,3	г. Вологда	23,6
Бабушкинский	3,4	г. Череповец	22,4
Сямженский	5,0	Междуреченский	20,7
Вожегодский	5,7	Великоустюгский	18,3
Тотемский	5,7	Сокольский	18,2
Бабаевский	6,6	Устюженский	17,2
Кичм.-Городецкий	6,6	Кадуйский	14,7
Белозерский	8,2	Чагодощенский	14,6
Нюксенский	8,3	Верховажский	14,3
Харовский	8,3	Кирилловский	11,9
Вологодский	9,2	Усть-Кубинский	11,6
Тарногский	9,5	Вашкинский	11,6
Шекснинский	9,5	Грязовецкий	11,2
Вытегорский	9,9		
Череповецкий	10,3		

Таблица 5. Динамика оценок доступности медицинских услуг за 1998 – 2009 гг. (средний балл по 10-балльной шкале, все когорты детей)

Показатель	Год				
	1998	2001	2004	2007	2009
Доступность лабораторно-диагностического обследования	7,2	7,5	6,6	6,9	6,6
Доступность своевременной помощи врача-педиатра	8,1	8,0	8,0	8,1	8,1
Доступность квалифицированной консультации врачей-специалистов	7,3	7,3	5,5	5,1	5,6
Доступность помощи врачей-специалистов	6,2	6,9	5,2	4,8	5,3
Доступность информации по вопросам ухода за ребенком в случаях заболевания	7,4	6,5	7,3	7,6	7,6



Заболееваемость детей 0 – 14 лет в Вологодской области в 2000 и 2007 гг. (число заболеваний с впервые установленным диагнозом на 100 тыс. детей)

Приложение 7

**Таблица 1. Оценка удовлетворенности доступностью и качеством
медицинского обслуживания жителей регионов СЗФО
(2008 г., в % от числа опрошенных)**

Регион	Доступность медицинского обслуживания		Качество медицинского обслуживания	
	Удовлетворены	Не удовлетворены	Удовлетворены	Не удовлетворены
Ленинградская обл.	54,2	19,9	49,3	18,3
г. Санкт-Петербург	52,3	17,5	46,7	18,8
Вологодская обл.	47,0	21,8	46,6	20,4
Псковская обл.	46,6	25,6	45,2	19,4
Республика Коми	36,4	30,2	35,8	23,8
Республика Карелия	34,8	29,2	33,9	24,5
Калининградская обл.	33,0	35,8	30,1	35,6
Новгородская обл.	32,2	32,2	33,1	29,1
Архангельская обл.	30,3	31,2	29,8	27,4
Мурманская обл.	29,5	37,7	26,4	35,6
Среднее по СЗФО	40,0	28,0	38,0	25,0

Источник: Данные мониторинга общественного мнения населения СЗФО.

**Таблица 2. Распределение ответов на вопрос: «Как Вы поступали при
необходимости госпитализации, если в больнице не оказывалось мест?»
(в % от числа подлежащих госпитализации, без учета затруднившихся
ответить)**

Поведение пациента	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Использовали «связи»	29,8	39,8	40,6
Упрашивали заведующего отделением или главного врача ЛПУ	28,7	33,2	29,2
Предлагали врачу определенную сумму денег	19,4	12,4	13,2
Обращались с жалобами или с заявлениями в вышестоящие органы	13,8	8,4	17,9
Обращались к специалисту, занимающемуся нетрадиционной медициной	8,2	6,2	5,7
Всего попадали в такую ситуацию	43,2	44,3	45,8

Источник: Данные мониторинга состояния физического здоровья населения Вологодской области.

**Таблица 3. Распределение ответов на вопрос: «Вы бы приобрели полис
добровольного медицинского страхования при двух- или трехкратном
увеличении доходов?» (в % от числа опрошенных)**

	Группы по уровню среднедушевого дохода	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Доля желающих приобрести полис ДМС	20% наименее обеспеченных	48,8	51,7	46,8	44,8
	60% среднеобеспеченных	61,5	57,9	46,2	50,0
	20% наиболее обеспеченных	61,7	72,3	59,2	70,0
	Всего	55,5	55,2	45,8	51,8
Доля не желающих приобрести полис ДМС	20% наименее обеспеченных	51,2	48,3	53,2	55,2
	60% среднеобеспеченных	38,5	42,1	53,8	50,0
	20% наиболее обеспеченных	38,3	27,7	40,8	30,0
	Всего	40,3	40,2	51,3	45,7

Источник: Данные мониторинга состояния физического здоровья населения Вологодской области.



Максимальный радиус обслуживания ЦРБ населения районов Вологодской области (км) в 2008 г.

Источник: Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2008 г. – Вологда, 2009.

Таблица 4. Количество коек по специализации в больницах Вологодской области

Специализация койки	1998 г.	2007 г.	Динамика, в %
Терапевтические	1 588	1 204	-24
Психоневрологические	1 790	1 403	-22
Хирургические	1 278	936	-27
Гинекологические	836	652	-22
Общие	577	274	-53
Туберкулезные	525	505	-4
Кардиологические	456	437	-4,2
Сестринского ухода	391	684	75
Офтальмологические	245	250	2
Онкологические	227	328	45
Дерматовенерологические	150	140	-7
Ортопедические	90	30	-67

Источник: Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 1997 и 2007 г. – Вологда, 2008.

Таблица 5. Подушевые затраты здравоохранения области за период с 2003 по 2006 г.

Муниципальное образование	2003 г.	Рейтинг	2004 г.	Рейтинг	2005 г.	Рейтинг	2006 г.	Рейтинг	Средний рейтинг
Междуреченский	2 491,58	6	3 502,97	5	4 216,63	3	3 707,42	3	4,3
г. Череповец	3 061,29	2	4 210,72	1	4 544,20	2	3 161,36	15	5
Вашкинский	2 491,21	7	3 858,30	3	4 040,02	7	3 531,97	5	5,5
Нюксенский	3 253,61	1	3 148,55	11	3 901,92	9	3 577,90	4	6,3
Кирилловский	2 648,01	3	3 262,01	8	4 008,02	8	3 195,79	13	8
Великоустюгский	2 308,91	8	3 169,09	9	4 799,71	1	3 169,94	14	8
Усть-Кубинский	2 559,80	4	3 518,82	4	2 146,51	27	4 412,12	2	9,3
Харовский	2 558,68	5	3 113,61	12	3 679,34	11	3 276,57	11	9,8
Шекснинский	1 865,74	20	2 789,86	17	4 203,87	4	4 522,85	1	10,5
Сямженский	2 098,61	11	3 479,71	6	2 871,01	23	3 480,62	6	11,5
Тарногский	1 929,92	17	3 044,08	13	4 041,32	6	3 280,18	10	11,5
Кичм.-Городецкий	2 097,52	12	2 814,96	16	3 683,36	10	3 268,90	12	12,5
г. Вологда	1 801,85	21	3 893,99	2	2 992,06	22	3 397,51	8	13,3
Сокольский	1 765,61	22	3 155,14	10	3 659,30	12	3 286,39	9	13,3
Бабушкинский	2 071,05	13	2 781,62	18	3 342,88	16	3 409,87	7	13,5
Вожегодский	2 123,37	10	3 004,86	14	3 069,71	20	3 141,22	16	15
Белозерский	2 202,43	9	2 699,91	20	3 629,68	13	3 092,68	18	15
Бабаевский	1 964,83	15	2 586,03	23	3 453,65	15	3 063,55	20	18,3
Устюженский	1 957,28	16	2 512,43	24	4 071,84	5	2 500,56	28	18,3
Тотемский	1 752,45	23	2 957,74	15	3 046,73	21	2 993,85	22	20,3
Верховажский	1 649,29	25	2 650,00	22	3 553,55	14	3 002,31	21	20,5
Чагодощенский	1 640,92	26	2 677,74	21	3 342,85	17	3 076,12	19	20,8
Вологодский	1 002,83	28	3 371,13	7	1 707,27	28	2 883,57	23	21,5
Кадуйский	1 890,21	19	2 158,22	27	3 172,27	18	2 876,19	24	22
Череповецкий	1 908,37	18	1 658,30	28	2 386,93	26	3 122,05	17	22,8
Никольский	1 976,51	14	2 333,93	26	2 643,28	25	2 622,23	26	22,8
Грязовецкий	1 430,86	27	2 777,55	19	2 772,68	24	2 680,31	25	23,8
Вытегорский	1 677,27	24	2 453,61	25	3 114,45	19	2 576,10	27	23,8
Всего в среднем	2 077,9		2 985,2		3 432		3 225,4		

Источник: Данные Департамента здравоохранения Вологодской области.

Таблица 6. **Обеспеченность населения койками дневного пребывания**
(на 10 тыс. чел.)

Муниципальное образование	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	Рейтинговый балл
<i>Усть-Кубинский</i>	–	9,5	18,2	20,5	20,7	1
<i>Междуреченский</i>	19	19	20	20,2	20,6	2
<i>Чагодощенский</i>	–	9,3	16,4	16,7	20,3	3
<i>г. Вологда</i>	11,4	16,8	19,1	18,4	19,9	4
<i>г. Череповец</i>	14,4	14,1	16	18	19,7	5
Тотемский	–	3,6	8,4	12,3	17	6
Белозерский	–	4,7	8,1	14,1	16,7	7
Нюксенский	–	7,7	12,9	16,4	16,5	8
Великоустюгский	2,9	9,4	12,4	13,8	16	9
Шекснинский	9,4	6,3	11,2	14,1	15,6	10
Бабаевский	7,8	7,8	9,4	11,6	13	11
Сокольский	–	1,7	5,3	9	12,7	12
Череповецкий	–	2,4	3,5	5,5	11,8	13
Вашкинский	–	3,8	7,1	10,2	10,4	14
Кичменгско-Городецкий	–	4,2	6,9	9,2	10,3	15
Тарногский	–	6,4	9,9	10	10,2	17
Никольский	–	3,6	5	10,1	10,2	17
Кадуйский	–	5,4	5,5	8,3	8,3	19
Устюженский	–	2,4	4,7	7,2	7,3	18
Кирилловский	–	–	3,8	4,9	6,6	20
Вытегорский	–	–	–	2,6	6,6	20
Грязовецкий	–	1,2	2,5	5	6,3	21
Сямженский	–	–	5,8	5,8	5,9	22
Вожегодский	4,9	–	5,3	10,8	5,5	23

Источник: Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2007 г. – Вологда, 2007.

Таблица 7. **Финансовые показатели здравоохранения и ранжирование регионов СЗФО в 2006 г.**

Субъект Федерации	Размер государственного финансирования территориальных программ госгарантий (тыс. руб. на чел.)	Рейтинг по СЗФО	Уровень финансовой обеспеченности госгарантий, в %	Рейтинг по СЗФО	Доля средств ОМС в государственном финансировании здравоохранения, в %	Рейтинг по СЗФО
РФ	5,2	–	81	–	37,62	–
Архангельская обл.	4,6	6	84	5	31	8
Вологодская обл.	3,1	9	77	9	49	1
Калининградская обл.	5,6	2	72	11	41	3
Ленинградская обл.	4,9	5	86	4	35	7
Мурманская обл.	5,4	3	97	2	38	4
Ненецкий автономный округ	25,3	1	100,4	1	28	9
Новгородская обл.	3,2	8	78	8	43	2
Псковская обл.	3,9	7	88	3	36	6
Р. Карелия	5	4	72,3	10	22,82	10
Р. Коми	5	4	82,19	6	36,75	5

Источник: Здравоохранение в регионах РФ. – URL: http://www.healthreform.ru/stat_data/fin_regions.html.

Методика расчета индексов:

1. Индекс социально-гигиенической информированности рассчитан делением среднего балла оценки осведомленности на максимальный балл (в данном случае на 5), таким образом, лучшая информированность оценивается значением, ближайшим к единице.

2. Индекс рациональности поведения рассчитан по частоте использования контрацептивных средств (средний балл / максимальный балл, в данном случае – 4).

Индексы рассчитывались для каждого респондента по представленным вариантам ответов, затем выводилось среднее значение.

Таблица 8. Влияние курящих членов семьи на приобщение к курению детей
(дети в возрасте 13 лет, в % от числа опрошенных, когорта 1995 г. детей)

Курит в семье	Пробовал ли курить ребенок?	
	Да	Нет
Мать		
Да	31,8	68,2
Нет	5,6	94,4
Отец		
Да	59,1	40,9
Нет	45,6	54,4
Дедушка		
Да	18,2	81,8
Нет	16,7	83,3
Бабушка		
Да	18,2	81,8
Нет	2,2	97,8
Сестра, брат		
Да	4,5	95,5
Нет	5,6	94,4

Таблица 9. Социально-гигиеническая информированность рассчитана по вопросу: «Оцените по 5-балльной шкале степень Вашей информированности по перечисленным проблемам (1 балл – плохо информирован, 5 баллов – очень хорошо информирован) в ПО SPSS»

Информация	Плохо информирован		Очень хорошо информирован		
	1	2	3	4	5
1. О путях заражения ВИЧ/СПИДом	1	2	3	4	5
2. О первых признаках венерических заболеваний	1	2	3	4	5
3. О средствах предохранения от инфекций, передающихся половым путем (ИППП)	1	2	3	4	5
4. О средствах предохранения от нежелательной беременности	1	2	3	4	5
5. О последствиях аборта	1	2	3	4	5
6. О родах	1	2	3	4	5

Таблица 10. Рациональность репродуктивного поведения рассчитана по вопросу: «Укажите, пожалуйста, пользуетесь ли Вы (Ваш партнер/партнерша) средствами контрацепции и как часто Вы их применяете?»

Средство	Частота применения			
	Вообще не пользуюсь	Иногда	Очень часто	Всегда
1. Презервативы	1	2	3	4
2. Прерванный половой акт	1	2	3	4
3. Таблетки (гормональные средства)	1	2	3	4
4. «Безопасные дни»	1	2	3	4
5. ВМС (внутриматочную спираль)	1	2	3	4
6. Спермицидные средства (пена, крем, гель)	1	2	3	4
Другое (укажите)	1	2	3	4

Приложение 8

Стандартизированные коэффициенты социально-экономического развития муниципальных районов Вологодской области (2008 г.)

	З/пл	УрБезр	Инвестиции в основной капитал, тыс. руб.	Пром.	С/х	Бюдж	ОбеспВр	РознТорг	ПлУсл	ЖилОб	Интегральный
<i>Уровень выше среднего</i>											
Чагодощенский	0,831	0,106	1,000	1,000	0,023	0,300	0,384	1,000	0,779	0,720	2,478
Кадуйский	1,000	0,232	0,117	0,529	0,010	1,000	0,286	0,364	0,905	1,000	2,333
Великоустюгский	0,635	0,319	0,170	0,016	0,013	0,367	1,000	0,543	1,000	0,535	2,144
<i>Средний уровень</i>											
Череповецкий	0,782	0,522	0,008	0,014	0,495	0,550	0,216	0,376	0,920	0,626	2,123
Шекснинский	0,816	1,000	0,171	0,275	0,209	0,331	0,302	0,229	0,512	0,430	2,068
Вологодский	0,773	0,270	0,176	0,002	1,000	0,179	0,203	0,228	0,973	0,422	2,056
Бабаевский	0,925	0,423	0,000	0,000	0,013	0,342	0,702	0,420	0,432	0,828	2,021
Кирилловский	0,707	0,146	0,004	0,001	0,046	0,255	0,354	0,648	0,705	0,805	1,916
Тотемский	0,787	0,522	0,022	0,005	0,059	0,268	0,354	0,627	0,406	0,576	1,904
Усть-Кубинский	0,602	0,423	0,401	0,001	0,112	0,205	0,264	0,244	0,316	0,941	1,873
Сокольский	0,646	0,232	0,006	0,140	0,017	0,323	0,662	0,254	0,582	0,629	1,868
<i>Низкий уровень</i>											
Харовский	0,564	0,138	0,007	0,010	0,016	0,119	0,384	0,571	0,521	0,878	1,791
Вытегорский	0,731	0,117	0,647	0,003	0,002	0,087	0,254	0,526	0,272	0,481	1,766
Грязовецкий	0,741	0,123	0,015	0,012	0,194	0,307	0,194	0,568	0,376	0,583	1,765
Нюксенский	0,956	0,585	0,008	0,000	0,021	0,206	0,223	0,192	0,224	0,687	1,761
Бабушкинский	0,465	0,585	0,000	0,000	0,035	0,189	0,216	0,568	0,144	0,832	1,742
Устюженский	0,560	0,130	0,001	0,003	0,104	0,086	0,424	0,201	0,413	0,895	1,679
Вожегодский	0,533	0,123	0,443	0,000	0,026	0,146	0,272	0,268	0,270	0,722	1,674
Тарногский	0,476	0,522	0,002	0,000	0,063	0,161	0,406	0,252	0,065	0,819	1,663
Сямженский	0,745	0,176	0,003	0,000	0,027	0,186	0,321	0,365	0,127	0,803	1,659
Белозерский	0,608	0,155	0,006	0,009	0,013	0,251	0,338	0,247	0,269	0,775	1,634
Вашкинский	0,476	0,111	0,010	0,001	0,017	0,184	0,702	0,290	0,147	0,724	1,632
Междуреченский	0,539	0,176	0,007	0,001	0,090	0,126	0,243	0,458	0,209	0,753	1,613
Кичм.-Городецкий	0,459	0,423	0,000	0,000	0,034	0,125	0,346	0,540	0,046	0,525	1,580
Никольский	0,478	0,468	0,000	0,000	0,038	0,125	0,107	0,462	0,166	0,588	1,560
Верховажский	0,559	0,216	0,009	0,001	0,076	0,131	0,147	0,353	0,049	0,599	1,463

Примечание. Используемые обозначения: З/пл – среднемесячная начисленная заработная плата, руб.; УрБезр – уровень зарегистрированной безработицы, %; Пром – объем промышленной продукции в расчете на 1 жителя, тыс. руб.; С/х – объем сельскохозяйственной продукции в расчете на 1 жителя, тыс. руб.; Бюдж – бюджетная обеспеченность 1 жителя (собственные доходы бюджета района в расчете на 1 жителя), руб.; ОбеспВр – обеспеченность населения врачами (количество врачей на 10000 жителей), ед.; РознТорг – объем розничной торговли в расчете на 1 жителя, тыс. руб.; ПлУсл – объем платных услуг в расчете на 1 жителя, тыс. руб.; ЖилОб – жилищная обеспеченность (площадь жилищ в расчете на 1 жителя), кв. м.

АВТОРЫ 1 ЧАСТИ 3 ТОМА НАУЧНЫХ ТРУДОВ



ИЛЬИН

Владимир Александрович –
директор ИСЭРТ РАН, д.э.н.,
профессор, заслуженный деятель
науки РФ



ГУЛИН

Константин Анатольевич –
зам. директора ИСЭРТ РАН, к.и.н.,
доцент



ШАБУНОВА

Александра Анатольевна –
зав. отделом ИСЭРТ РАН, к.э.н.,
доцент



МОРЕВ

Михаил Владимирович –
н.с. ИСЭРТ РАН, к.э.н.



КОЛИНЬКО
Александр Андреевич –
начальник Департамента
здравоохранения
Вологодской области, к.м.н.



ДУГАНОВ
Михаил Давидович –
зам. начальника Департамента
здравоохранения
Вологодской области,
начальник планово-
экономического управления, к.м.н.

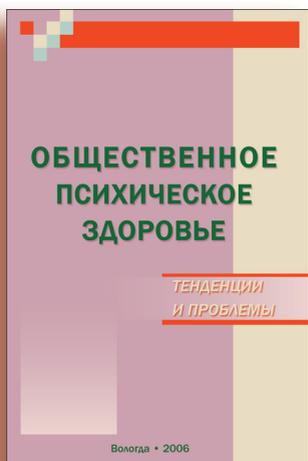


ПЕТУХОВ
Роман Валентинович –
зам. директора
ГУЗ Вологодской области
«Медицинский информационно-
аналитический центр», к.м.н.



МАКЕЕВ
Анатолий Николаевич –
начальник отдела
Территориального фонда
обязательного медицинского
страхования Вологодской области

Аннотированный перечень книг, выпущенных в ИСЭРТ РАН по проблемам социального развития территорий



Шматова, Ю.Е. Общественное психическое здоровье: тенденции и проблемы [Текст] / Ю.Е. Шматова, О.И. Фалалеева, К.А. Гулин. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2006.– 186с.

В книге рассмотрены теоретические подходы к изучению общественного психического здоровья, представлен разработанный на их основе методологический и методический аппарат исследования.

Монография содержит результаты измерения уровня психического здоровья населения Вологодской области, анализа социально-экономического ущерба от деструктивных явлений в данной сфере (психические и поведенческие расстройства, самоубийства, алкоголизм, наркомания и др.), оценки

существующей в стране и регионе системы охраны психического здоровья и ее соответствия потребностям населения.

Предложены приоритетные направления и конкретные меры совершенствования межведомственной политики охраны, стабилизации и укрепления психического здоровья населения в регионе.

Книга предназначена руководителям и специалистам государственных и муниципальных органов управления, работникам сферы здравоохранения, широкому кругу ученых, преподавателям вузов, аспирантам, студентам, а также всем интересующимся проблемами охраны и укрепления здоровья населения.



Проблемы сохранения человеческого потенциала: медико-демографические аспекты [Текст] / А.И. Попугаев, Н.А. Короленко, К.А. Гулин, Н.А. Рыбакова, А.А. Шабунова, Г.В. Тихомирова. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2006. – 157 с.

В книге рассматриваются методологические и методические вопросы, связанные с медико-демографическими аспектами исследований проблемы сохранения и развития человеческого потенциала. Характеризуются факторы, формирующие в современной России общественное здоровье (материальное положение населения, питание, поведенческие факторы риска, физическая активность, доступность и качество медицинской помощи). Обосновываются

приоритетные направления охраны, стабилизации и укрепления общественного здоровья в Вологодской области.

Книга предназначена руководителям и специалистам государственных и муниципальных органов управления, работникам сферы здравоохранения, широкому кругу ученых, преподавателям вузов, аспирантам, студентам, а также всем интересующимся проблемами охраны и укрепления здоровья населения.



Леонидова, Г.В. Региональный научно-образовательный центр [Текст] / Г.В. Леонидова; под ред. М.Ф. Сычева. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2007. – 99 с.

В книге освещается опыт создания и организации работы регионального научно-образовательного центра при Вологодском научно-координационном центре ЦЭМИ РАН.

Показано, что в структуре научно-образовательного центра существенно расширяются возможности для индивидуализации образования, создаются предпосылки для проявления творческих способностей молодежи, развития интеллектуального потенциала для науки, образования и бизнеса региона.

Предназначена научным работникам, специалистам в области молодежной политики, преподавателям высшей школы, аспирантам, студентам, а также широкому кругу читателей, интересующихся проблемами образования и науки.



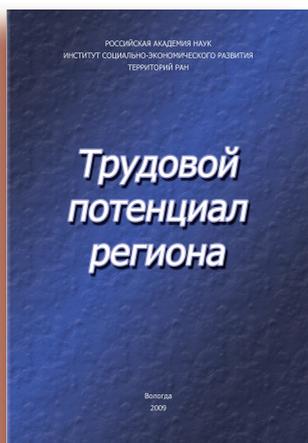
Леонидова, Г.В. Научно-образовательный центр: системный подход к работе с талантливой молодежью [Текст] / Г.В. Леонидова, А.В. Куликова, М.В. Кукушина. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2008. – 60 с.

Именно талантливые люди могут обеспечить качественный прорыв в развитии нашей страны. Поэтому так важна в современной обстановке комплексная поддержка талантливой молодежи – от младшего возраста до вступления во взрослую жизнь.

В книге освещены теоретические основы решения данной проблемы. Показана деятельность государственных органов в этом направлении. Особый

акцент сделан на представлении опыта работы с талантливой молодежью в региональном Научно-образовательном центре экономики и информационных технологий при Вологодском НКЦ ЦЭМИ РАН. Авторы более подробно рассматривают ту часть работы НОЦ, которая проводится со школьниками. Материалы о работе со студентами и аспирантами готовятся к публикации.

Издание предназначается специалистам в области молодежной политики, научным работникам, преподавателям образовательных учреждений, а также всем читателям, интересующимся проблемами интеграции образования и науки в сфере подготовки кадров.

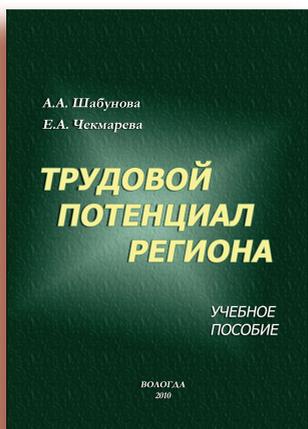


Гулин, К.А. Трудовой потенциал региона [Текст] / К.А. Гулин, А.А. Шабунова, Е.А. Чекмарева. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2009. – 84 с.

В работе описаны теоретико-методологические основы и результаты исследования трудового потенциала Вологодской области, проанализирована количественная и качественная сторона трудового потенциала региона, рассмотрены возможности управления трудовыми ресурсами и трудовым потенциалом на региональном уровне, описаны результаты измерения частных и интегральных индексов качества трудового потенциала, дан анализ их динамики и соответствия требованиям рабочих мест, проведена оценка взаимосвязей качества трудового потенциала с результативностью трудовой деятельности.

Книга предназначена научным работникам, преподавателям, аспирантам, а также всем интересующимся проблемами измерения и развития трудового потенциала региона.

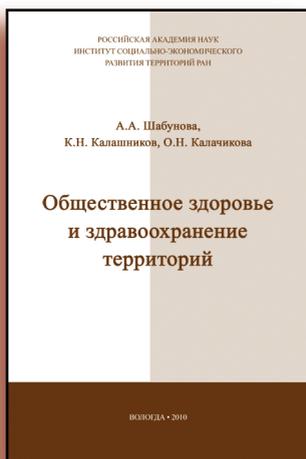
Книга предназначена научным работникам, преподавателям, аспирантам, а также всем интересующимся проблемами измерения и развития трудового потенциала региона.



Шабунова, А.А. Трудовой потенциал региона [Текст]: учеб. пособие для вузов / А.А. Шабунова, Е.А. Чекмарева. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2010. – 107 с.

В учебном пособии подробно рассмотрены теоретические и методологические вопросы исследования трудового потенциала на региональном уровне, состояние количественных и качественных параметров регионального трудового потенциала, степень его соответствия современным требованиям рабочих мест, раскрыты проблемы и возможности государственного управления трудовым потенциалом.

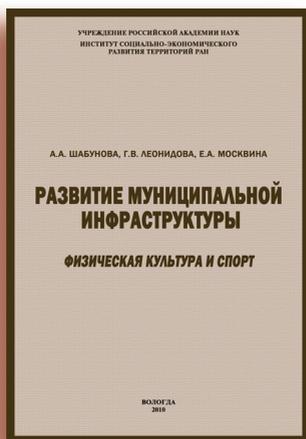
Для студентов, магистрантов, аспирантов и преподавателей экономических вузов, а также научных и управленческих работников, руководителей предприятий и организаций.



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

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

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



Шабунова, А.А. Развитие муниципальной инфраструктуры: физическая культура и спорт [Текст] / А.А. Шабунова, Г.В. Леонидова, Е.А. Москвина. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2010. – 107 с.

В книге представлены результаты исследования уровня обеспеченности населения г. Вологды физкультурно-спортивными объектами и степени вовлечённости вологжан в занятия физической культурой и спортом. Рассматриваются нормативно-правовая база обеспеченности объектами физкультуры и спорта, материально-технические, организационные, кадровые особенности и особенности финансирования указанной сферы. Определена численность населения, систематически занимающегося физкультурой и спортом, дана оценка удовлет-

воренности городского населения качеством предоставляемых физкультурно-оздоровительных услуг.

Результаты исследования могут быть использованы в качестве дополнительной информации для принятия решений в области политики физкультуры и спорта в городе и регионе, в том числе для анализа промежуточных результатов реализации долгосрочной целевой программы «Развитие физической культуры и спорта в Вологодской области в 2009 – 2010 гг.», а также полезны всем, кто интересуется вопросами социального развития городов и регионов.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Ильин В.А. Предисловие к изданию	5
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕГИОНА	
<i>Стародубов В.И. К читателям</i>	10
<i>Предисловие</i>	12
Глава 1. Основные этапы реформирования здравоохранения в конце 20 – начале 21 века	21
1.1. Опыт реформирования отечественной системы здравоохранения на основе нового хозяйственного механизма	21
1.2. Особенности внедрения бюджетно-страховой системы здравоохранения.....	34
1.3. Основные направления и перспективы реформирования отрасли здравоохранения в рамках бюджетирования, ориентированного на результат	57
Глава 2. Стратегическое управление как основа повышения эффективности здравоохранения	70
2.1. Основные понятия и особенности построения системы индикативного планирования на региональном уровне	70
2.2. Опыт организации мониторинга системы здравоохранения.....	81
2.3. Некоторые результаты мониторинга здравоохранения Вологодской области	99
Глава 3. Применение финансового макроанализа оценки эффективности деятельности системы здравоохранения	108
3.1. Методики оценки эффективности расходов на здравоохранение на региональном и муниципальном уровнях	108
3.2. Методика «затраты – результативность» для оценки эффективности расходов на здравоохранение	118
3.3. Методика анализа потерь потенциальной жизни вследствие преждевременной смертности	131
3.4. Анализ «затраты – результативность».....	140
3.5. Использование оценки эффективности расходов на здравоохранение в бюджетном процессе.....	147
<i>Заключение</i>	155
<i>Приложения</i>	159
<i>Литература и Интернет-ресурсы</i>	192

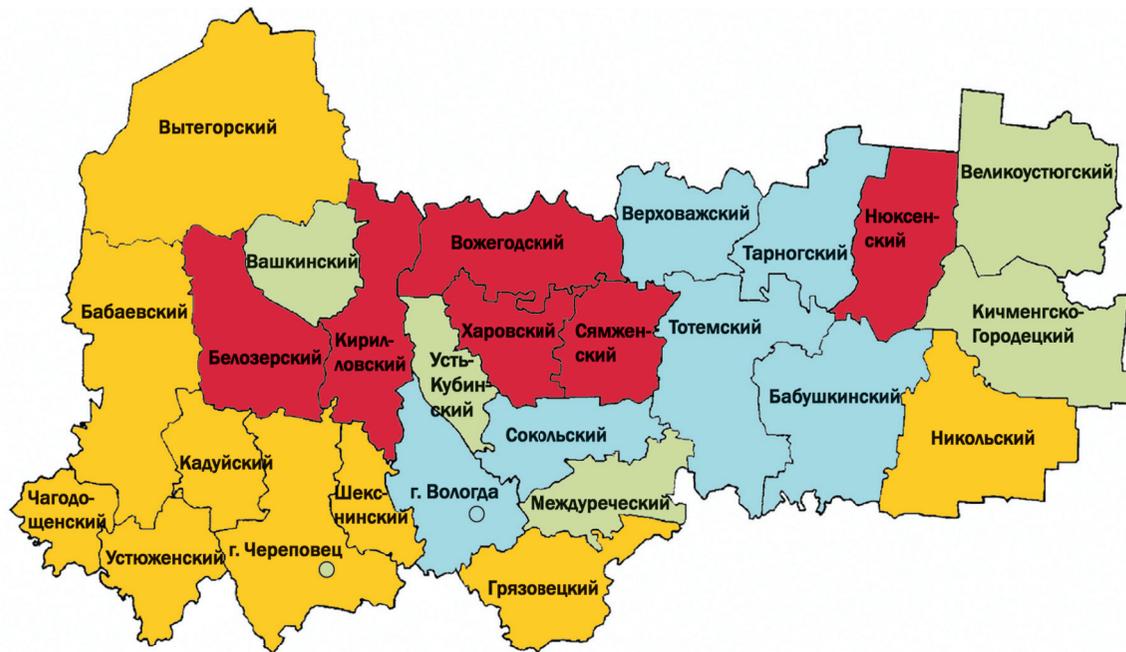
СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ И ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

<i>Введение</i>	196
Глава 1. Теоретико-методологические основы исследования	199
1.1. Развитие научных и общественных представлений о суициде	199
1.2. Исторические предпосылки актуальности проблемы суицидального поведения в Российской Федерации	210
1.3. Методологические подходы к исследованию суицидального поведения	232
Глава 2. Сравнительный анализ проблемы суицидального поведения в России и Вологодской области	242
2.1. Современное состояние проблемы суицидального поведения	242
2.2. Комплексный анализ факторов суицидального риска на территории Вологодской области	250
2.3. Влияние суицидальных тенденций на социально- экономическое развитие региона	288
Глава 3. Организационные основы региональной политики в области снижения суицидальной активности населения	298
3.1. Основные направления профилактики суицидального поведения населения	298
3.2. Разработка региональной концепции профилактики суицидального поведения	318
<i>Заключение</i>	329
<i>Литература</i>	334
<i>Приложения</i>	344

ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ В РОССИИ: СОСТОЯНИЕ И ДИНАМИКА

<i>От автора</i>	356
<i>Введение</i>	357
Глава 1. Концептуальные основы исследования здоровья	360
1.1. Понятие, сущность, тенденции общественного и индивидуального здоровья	360
1.2. Общественное здоровье и социально- экономическое развитие	379
1.3. Методологические подходы к изучению здоровья.....	399

Глава 2. Здоровье населения: тенденции и факторы	423
2.1. Изменение общественного здоровья населения России	423
2.2. Региональные особенности общественного и индивидуального здоровья	440
2.3. Факторы, детерминирующие здоровье населения	463
Глава 3. Репродуктивное здоровье и репродуктивный потенциал	496
3.1. Репродуктивный потенциал населения: понятие, структура, состояние	496
3.2. Репродуктивное здоровье населения	516
3.3. Репродуктивное поведение населения как фактор репродуктивного потенциала	534
Глава 4. Здоровье детей – основа качества человеческого потенциала	556
4.1. Состояние и тенденции здоровья детского населения	556
4.2. Факторы, определяющие здоровье детей в младенчестве и раннем детстве	573
4.3. Формирование здоровья детей в дошкольном и школьном возрасте: анализ и оценка факторов	592
Глава 5. Организационно-экономические основы оптимизации здоровья	612
5.1. Оценка взаимосвязи организации здравоохранения и общественного здоровья	612
5.2. Социально-экономические факторы доступности медицинской помощи для населения	635
5.3. Вклад отдельных компонентов образа жизни в здоровье населения	656
<i>Заключение</i>	676
<i>Список использованных источников</i>	693
<i>Приложения</i>	714
Авторы 1 части 3 тома научных трудов	774
Аннотированный перечень книг, выпущенных в ИСЭРТ РАН по проблемам социального развития территорий	776



		Высокие затраты				Низкие затраты			
Социальные потери (ППЖ)	Высокие	Нюксенский район	19,55	Вожегодский район	13,38	Устюженский район	12,73	Череповецкий район	10,05
		Харовский район	15,71	Белозерский район	11,92	Кадуysкий район	12,17	Грязовецкий район	9,24
		Кирилловский район	15,20	Сямженский район	11,63	Шекснинский район	11,25	Вытегорский район	8,84
	Низкие	Вашкинский район	18,32	Усть-Кубинский район	20,74	Вологодский район	8,40	Верховажский район	13,08
		Междуреченский р-н	18,80	Великоустюгский р-н	21,50	Сокольский район	12,10	Бабушкинский район	13,90
		Кичм.-Городецкий р-н	19,01	г. Череповец	23,55	Тотемский район	12,56	Тарногский район	14,67
				г. Вологда	12,72				

Рисунок 3.3. Ранжирование муниципальных образований Вологодской области по результатам финансового макроанализа за 2004 г. (индекс)



		Высокие затраты				Низкие затраты			
Социальные потери (ППЖ)	Высокие	Кирилловский район	20,03	Белоозерский район	15,29	Устюженский район	16,28	Вытегорский район	8,93
		Тарногский район	19,22	Вожегодский район	12,65	Череповецкий район	15,90	Чагодощенский район	6,13
		Харовский район	18,28	Бабаевский район	9,57				
		Вашкинский район	17,81						
	Низкие	Кадуйский район	22,55	Нюксенский район	29,79	Грязовецкий район	13,43	Тотемский район	21,10
		Усть-Кубинский район	25,30	Бабушкинский район	52,56	Вологодский район	13,61	Великоустюгский р-н	24,79
		Шекснинский район	25,75	Междуреченский р-н	53,26	Никольский район	19,96	Кичм.-Городецкий р-н	26,40
		г. Череповец	29,42			Сокольский район	20,73	Верховажский район	27,01
						Сямженский район	21,03	г. Вологда	30,06

Рисунок 3.5. Ранжирование муниципальных образований Вологодской области по результатам макроанализа в классе болезней системы кровообращения за 2004 г. за 2004 г. (индекс)



Социальные потери (ПГПЖ)		Высокие затраты				Низкие затраты			
		Муниципальное образование	Индекс						
Высокие	Высокие	Великоустюгский р-н	11,76	г. Вологда	8,71	Верховажский район	14,98	Череповецкий район	5,52
	Низкие	Устюженский район	12,72	Сокольский район	5,48	Устюженский район	10,73	Шекнинский район	5,21
Низкие	Низкие	Кадуцкий район	6,87	г. Череповец	4,82	Грязовецкий район	6,87	г. Череповец	4,82
		Кичм.-Городецкий р-н	28,72	Нюксенский район	42,41	Вологодский район	10,06	Вытегорский район	28,25
		Кирилловский район	29,27	Междуреченский р-н	71,07	Бабаевский район	16,62	Тарногский район	28,68
		Усть-Кубинский район	30,97	Бабушкинский район	82,48	Харовский район	21,08	Вожегодский район	73,21
		Никольский район	34,17	Сямженский район	114,23	Тотемский район	12,56		
		Кадуцкий район	35,21	Вашкинский район	141,12				
		Белозерский район	40,32						

Рисунок 3.6. Ранжирование муниципальных образований Вологодской области по результатам макроанализа в классе болезней органов пищеварения за 2004 г. (индекс)

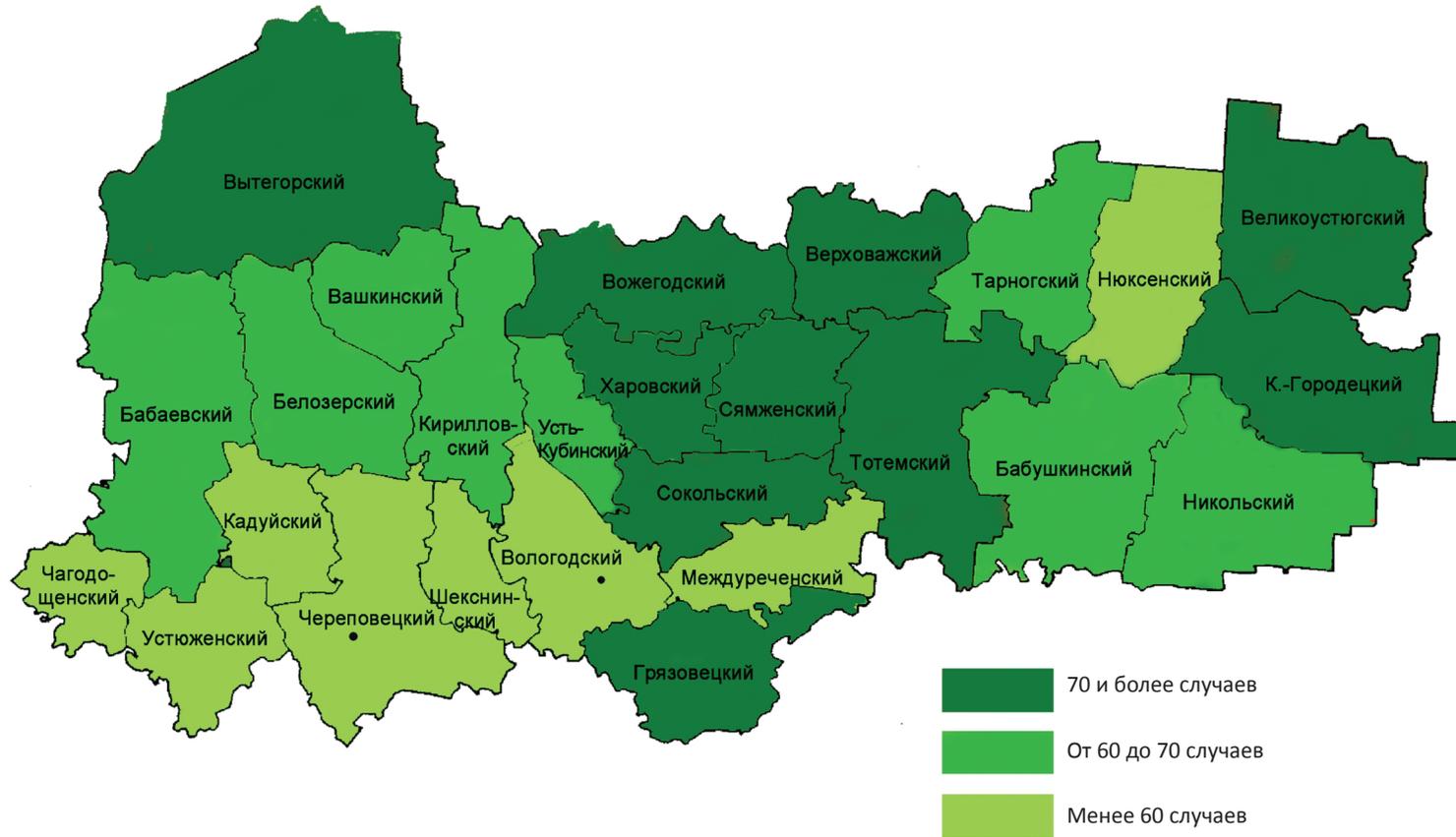


Рисунок 16. Смертность населения Вологодской области от самоубийств за 1999 – 2007 гг. (территориальный разрез; умерших на 100 тыс. населения)

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

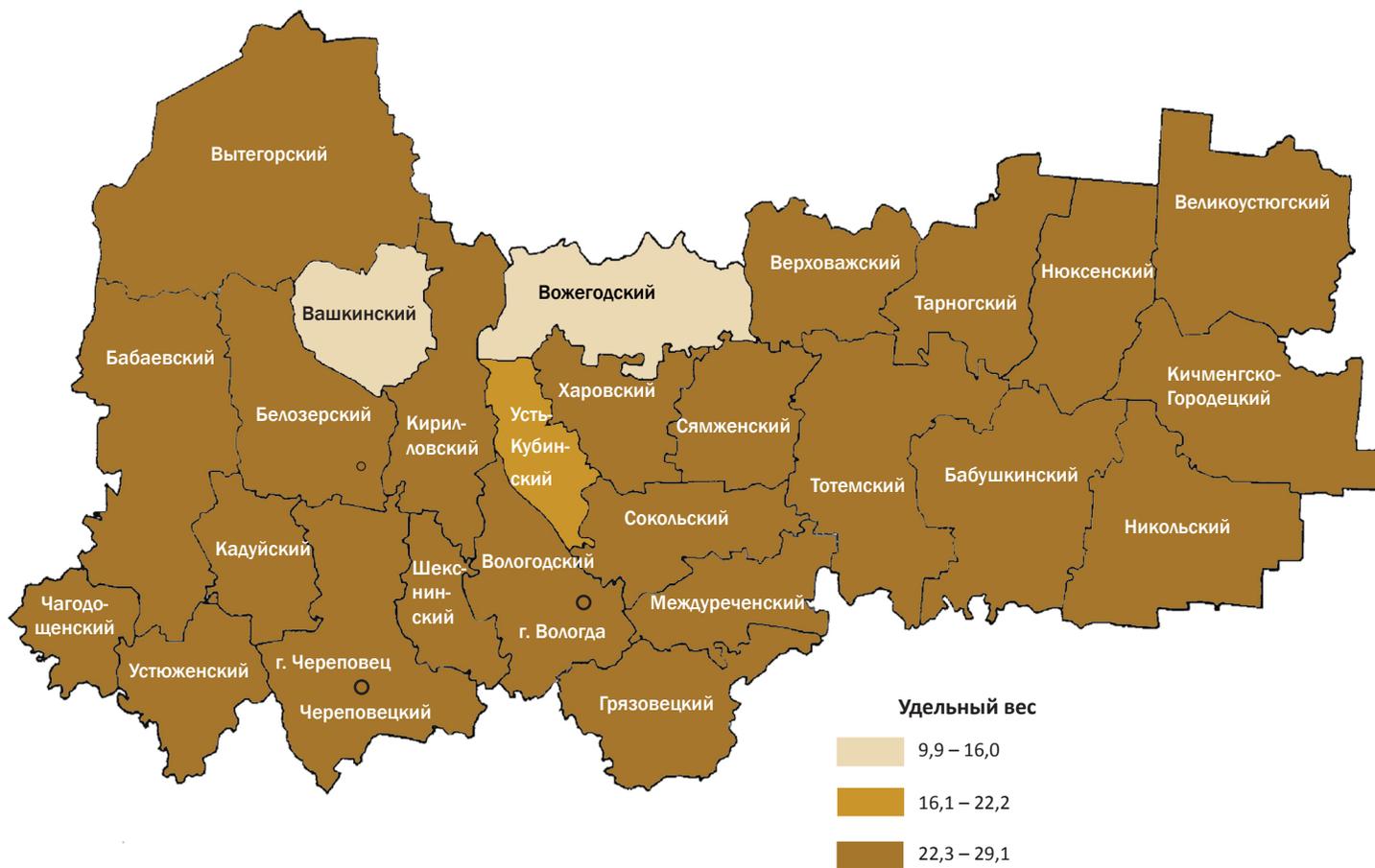


Рисунок 3.4. Группировка районов Вологодской области по удельному весу женщин репродуктивного возраста в 2008 г., в %



Рисунок 3.5. Группировка районов Вологодской области по изменению доли женщин репродуктивного возраста, 2002 – 2008 гг.

ИНСТИТУТ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО
РАЗВИТИЯ ТЕРРИТОРИЙ РАН

Научное издание

**ТЕНДЕНЦИИ И ПРОБЛЕМЫ
РАЗВИТИЯ РЕГИОНА**

Научные труды

В 4 томах

ТОМ 3 (ЧАСТЬ I)

**СОЦИАЛЬНЫЙ ИМПЕРАТИВ
РЕГИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ**

Редакционная подготовка

Л.Н. Воронина

Оригинал-макет

А.А. Воробьева

Подписано в печать 14.01.2011.

Формат бумаги 70x108 1/16.

Усл. печ. л. 68,6. Тираж 120 экз. Заказ № 2.

160014, г. Вологда, ул. Горького, 56а, ИСЭРТ РАН,

Тел. 54-43-85, e-mail: common@vssc.ac.ru

ISBN 978-5-93299-163-3



ISBN 978-5-93299-166-4

