

РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАУК  
ИНСТИТУТ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ТЕРРИТОРИЙ РАН  
ФИЛИАЛ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО  
ИНЖЕНЕРНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО УНИВЕРСИТЕТА В ГОРОДЕ ВОЛОГДЕ



**А.А. Шабунова, К.Н. Калашников, М.В. Морев,  
О.Н. Калачикова, Н.А. Кондакова**

# **ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ**

*Учебное пособие*

Вологда  
2014

УДК 614.2  
ББК 65.495  
346

Публикуется по решению  
Ученого совета ИСЭРТ РАН

**Здоровье и здравоохранение [Текст] : учебное пособие для вузов /**  
А.А. Шабунова, К.Н. Калашников, М.В. Морев, О.Н. Калачикова, Н.А. Кондакова;  
под ред. А.А. Шабуновой. – Вологда : ИСЭРТ РАН, 2014. – 154 с.

В учебном пособии рассмотрены теоретические и методологические вопросы исследования здоровья, дана комплексная оценка общественного здоровья в регионе на основании количественных и качественных параметров, определены факторы, оказывающие воздействие на здоровье, а также рассмотрен вопрос функционирования системы здравоохранения.

Учебное пособие предназначено для преподавателей высших учебных заведений, научных работников, магистрантов, аспирантов, студентов, специалистов органов управления здравоохранением.

*Рецензент*

кандидат философских наук, доцент

**Владимир Николаевич Асташов**

ISBN 978-5-93299-254-8

© Коллектив авторов, 2014  
© ИСЭРТ РАН, 2014

## **ПРЕДИСЛОВИЕ**

Сегодня, когда экономика нашей страны вынуждена развиваться в условиях непрерывной депопуляции и снижения качества человеческого потенциала, одним из важных вопросов становится сохранение здоровья населения, осознание его ценности, формирование ответственности государства и каждого человека в отдельности за своё здоровье и здоровье своих детей.

Важность и необходимость изучения здоровья обусловлена тем, что для эффективного и планомерного развития общества государству нужна достоверная информация о закономерностях развития народонаселения, особенностях демографических процессов в стране, заболеваемости населения в целом и отдельных групп, факторной обусловленности здоровья и способах его улучшения. Информация о состоянии здоровья населения позволяет планировать деятельность системы здравоохранения, оценивать эффективность её функционирования.

Общественное здоровье и здравоохранение как самостоятельная учебная дисциплина появилась сравнительно недавно, в конце XIX в. Её появление обусловлено рядом предпосылок и причин. Во-первых, влиянием различных институтов государства и общества на показатели здоровья населения, во-вторых, потребностью со стороны общества в научном объяснении природы и характера здоровья не только отдельно взятого человека, но и групп людей, населения в целом.

Сегодня экономика испытывает потребность в специалистах, разбирающихся в основах здравоохранения. Курс «Здоровье и здравоохранение», являющийся одним из важнейших в системе медицинского образования, изучается и в рамках дисциплин, связанных с региональной экономикой, государственным управлением (специальности: «экономика предприятий и организаций в сфере здравоохранения», «менеджмент в здравоохранении»).

Данное учебное пособие основано на опыте Института социально-экономического развития территорий РАН по комплексному исследованию состояния и динамики здоровья населения Вологодской области и страны в целом и системы здравоохранения в течение 1995 – 2012 гг.

Основная цель учебного пособия состоит в формировании у читателя теоретических знаний в области исследования здоровья и здравоохранения, а также умений и навыков оценки основных индикаторов.

В учебном пособии раскрываются следующие вопросы:

- ✦ теоретико-методологические подходы к проблеме сущности здоровья и его оценке;
- ✦ виды здоровья и оценка его состояния и динамики;
- ✦ основные детерминанты, оказывающие воздействие на здоровье;
- ✦ функционирование системы здравоохранения и её роль в укреплении здоровья населения.

При выполнении работы использовались отечественная и зарубежная научная, справочная литература, информация Всемирной организации здравоохранения, статистические данные, публикуемые Росстатом и Территориальным органом Федеральной службы государственной статистики по Вологодской области, данные Департамента здравоохранения Вологодской области и Медицинского информационно-аналитического центра Вологодской области, а также результаты специализированных социологических исследований, проведенных ИСЭРТ РАН в 1995 – 2012 гг. на территории Вологодской области.

Для лучшего восприятия и наглядности изложения материала пособие иллюстрировано таблицами, графиками, схемами. Приведена рекомендуемая литература по рассматриваемым темам, предложен перечень вопросов для самопроверки и обсуждения, что поможет читателям самостоятельно осваивать материал и проверять степень его понимания.

# ТЕМА 1

## СУЩНОСТЬ ЗДОРОВЬЯ И МЕТОДЫ ЕГО ИЗМЕРЕНИЯ

### 1.1. Понятие и сущность здоровья

*Ключевые понятия: здоровье, общественное здоровье, индивидуальное здоровье.*

Здоровье всегда считалось главной ценностью человека, основой гармоничного развития личности и выступало одним из важнейших факторов, определяющих статус цивилизации на временном векторе истории человечества. «Здоровье есть высочайшее богатство человека», – говорил знаменитый врач древности Гиппократ. Ф. Бекон отмечал, что «здоровье – это одно из основных благ, которым человек обладает от рождения»<sup>1</sup>. Здоровье, являясь важнейшей составляющей качества народонаселения и отдельного человека, во многом определяет демографическое и экономическое развитие как отдельных территорий, так и целых государств. Поэтому значение сохранения здоровья неуклонно возрастает по мере развития общества.

Идею качества человеческого потенциала как главную характеристику состояния народа в своё время сформулировал П. Сорокин, оценивая потери населения во время первой мировой войны и революции. Он отмечал, что, несмотря на гигантские количественные потери, главное – качественный урон. «Судьба любого общества зависит, прежде всего, от свойств его членов», – пишет исследователь<sup>2</sup>.

Уровень жизни человека определяется не только основными компонентами народного благосостояния, материального и духовного

---

<sup>1</sup> Философия здоровья / отв. ред. А.Т. Шаталов. – М.: ИФ РАН, 2001. – С. 24.

<sup>2</sup> Сорокин П. Современное состояние России // Новый мир. – 1992. – №4-5.

богатства, но и уровнем здоровья. Высокий уровень физической, психической и умственной дееспособности служит важнейшим залогом полноценной жизни человека<sup>3</sup>. Как справедливо отмечают большинство исследователей (Ю.П. Лисицын, О.П. Щепин, М.С. Бедный и др.), полнота и интенсивность многообразных жизнепроявлений человека находится в непосредственной зависимости от уровня здоровья, его качественных характеристик.

Бытовое понятие здоровья возникло во всех языках и у всех народов в связи с житейской необходимостью, в первую очередь, для обозначения (не для объяснения) феноменов окружающей действительности, таких как погода, рассвет, музыка и многое другое<sup>4</sup>. Можно сказать, что здоровье – это отсутствие заболевания. Именно так на бытовом уровне и понимают здоровье отдельного человека: сегодня ты не болен, следовательно, здоров. Известный врач Гален из Пергама еще во II веке писал, что здоровье – это то состояние, при котором мы не страдаем от боли и не ограничены в нашей жизнедеятельности<sup>5</sup>. Но отсутствие внешних симптомов болезни вовсе не является гарантией того, что в организме человека уже не идет или не начинается патологический процесс. Следует отметить, что определение понятия «здоровье» находится в центре внимания специалистов различных областей знания и до сегодняшнего дня остаётся предметом дискуссий. Поскольку это понятие имеет много аспектов и обусловлено многими факторами, то требует для своего решения комплексного подхода. Все четко представляют себе, что «здоровье – хорошо, а болезнь – плохо». Однако объяснить сущность здоровья сложнее, чем сущность болезни. Поэтому однозначного, приемлемого для всех определения понятия «здоровье» пока нет.

В настоящее время «максимально достижимый уровень здоровья» признаётся 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 воспринимается как прямая угроза национальной безопасности любого государства, как препятствие его социально-экономическому прогрессу.

---

<sup>3</sup> Полунина Н.В. Общественное здоровье и здравоохранение: учеб. для вузов – М.: Медицинское информ. агентство, 2010. – С. 110.

<sup>4</sup> Общественное здоровье и экономика / Б.Б. Прохоров, И.В. Горшкова, Д.И. Шмаков, Е.В. Тарасова; под ред. Б.Б. Прохорова. – М.: МАКС Пресс, 2007. – С. 203.

<sup>5</sup> Гален К. О назначении частей человеческого тела // <http://www.bibliotekar.ru/422/index.htm>

Здравоохранение граждан является одной из функций любого государства. Координацией деятельности государств и выявлением современных мировых тенденций занимается Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ).

В широком понимании здоровье человека не может сводиться лишь к констатации отсутствия болезней, недомогания, дискомфорта. Здоровье позволяет человеку вести полноценную, не стеснённую в своей свободе жизнь, в полном объёме выполнять свойственные человеку функции, в том числе трудовые, испытывать душевное, физическое и социальное благополучие.

Именно так, с широких медико-социальных позиций определяет здоровье ВОЗ, в преамбуле Устава которой здоровье трактуется как «состояние полного физического, духовного (психологического) и социального благополучия, а не только как отсутствие болезней и физических дефектов»<sup>6</sup>.

Учитывая сложность и многогранность понятия, необходимость различных подходов к его исследованию, следует признать правомерность наличия различных определений здоровья. Приведённое выше определение ВОЗ подвергается критике многими исследователями из-за трудности, вернее, невозможности количественной интерпретации. По мнению исследователя Б.Б. Прохорова, определение, содержащееся в Уставе ВОЗ, носит качественный характер и в силу этого не может быть признано исчерпывающим и четким<sup>7</sup>. Во-первых, оно является слишком общим, описывающим идеальную ситуацию, а во-вторых, в рамках этого определения здоровый человек рассматривается по существу как статичная система, а состояние его здоровья как установившееся, соответствующее заранее заданному уровню. Между тем, человек постоянно развивается, меняется, и эта динамика является обязательным условием физического и душевного здоровья. Но, несмотря на это, такая формулировка здоровья ВОЗ дала начало переходу к пониманию здоровья и болезни не только как медицинской проблемы, но и как общесоциальной.

Анализ сущностных характеристик здоровья позволяет выделить четыре основные концептуальные модели определения понятия здоровья: медицинскую, биомедицинскую, биосоциальную и ценностно-социальную.

---

<sup>6</sup> Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения / ВОЗ, 1946. – С. 1.

<sup>7</sup> Общественное здоровье и экономика / под ред. Б.Б. Прохорова. – М.: МАКС Пресс, 2007. – 292 с.

*Медицинская модель* предполагает такое определение здоровья, которое содержит лишь медицинские признаки и характеристики здоровья. В медицинской практике обычно диагноз «здоров» ставится в том случае, если после результатов исследования всеми доступными методами не обнаружено никаких отклонений от нормы. *Биомедицинская модель* рассматривает здоровье как отсутствие у человека органических нарушений и субъективных ощущений нездоровья. *Биосоциальная модель* в понятие «здоровье» включает биологические и социальные признаки. Эти признаки рассматриваются в единстве, но при этом приоритеты отдаются социальным признакам.

*Ценностно-социальная модель* признает здоровье базовой человеческой ценностью, необходимой предпосылкой для полноценной жизни, удовлетворения духовных и материальных потребностей индивида. Этой модели в наибольшей степени соответствует определение здоровья, сформулированное ВОЗ.

Большую часть XX в. доминировала медицинская модель здоровья, опирающаяся на индивидуальные особенности человека и лечение болезней. Сегодня же она вытесняется социальной моделью, согласно которой здоровье, являясь результатом целого ряда социально-экономических, культурных и внешнесредовых факторов, зависит от качества жилищных условий, наличия работы, социального окружения.

Здоровье служит предметом изучения многих наук. Обобщение теоретико-методологических подходов к изучению здоровья позволяет выделить несколько его уровней: *индивидуальное* здоровье – здоровье одного человека (представляющее микроуровень изучения), здоровье нескольких человек – *групповое* здоровье (мезоуровень) и *общественное* здоровье – здоровье населения страны или отдельных её территорий, а также крупных демографических групп населения (макроуровень; рис. 1.1).

По мнению экспертов ВОЗ, под здоровьем на индивидуальном уровне понимается отсутствие выявленных расстройств и заболеваний, а на популяционном – процесс снижения уровня смертности, заболеваемости и инвалидности и повышение ощущаемого уровня здоровья.

Индивидуальное здоровье отдельного человека – явление, в значительной степени, случайное. Оно может быть обусловлено преимущественно эндогенными факторами и зависит от множества случайных внешних процессов и явлений. Параметры индивидуального здоровья не могут служить основанием для принятия решений, направленных на оптимизацию условий жизни больших групп населения.



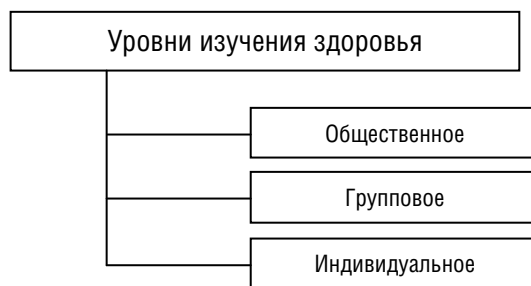


Рис. 1.1. Уровни изучения здоровья

Общественное (или популяционное) здоровье – основной признак, основное свойство человеческой общности, ее естественное состояние, отражающее индивидуальные приспособительные реакции каждого члена общности людей и способность всей общности в конкретных условиях наиболее эффективно осуществлять свои социальные и биологические функции. Общественное здоровье является основополагающим фактором формирования демографических процессов и составной частью общественного потенциала, имеющего экономическое выражение.

В различных социально-экономических, эколого-гигиенических, природных условиях параметры общественного здоровья могут существенно отличаться друг от друга. Это обстоятельство позволяет говорить о разном качестве общественного здоровья. Общественное здоровье характеризует также жизнеспособность всего общества как социального организма и его возможности непрерывного гармоничного роста и социально-экономического развития. Уровень общественного здоровья служит наиболее ярким и всеобъемлющим показателем условий жизни и одновременно зависит от них<sup>8</sup>. Общественное здоровье – это не только совокупность характеристик и признаков индивидуального здоровья, но и интеграция социально-экономических черт, делающих его жизненно необходимой частью того социального организма, каким является общество. По мнению ВОЗ, общественное здоровье следует рассматривать как ресурс национальной безопасности, средство, позволяющее людям жить благополучной, продуктивной и качественной жизнью. Общественное здоровье служит объектом исследования общественных, гуманитарных и экономических наук.

<sup>8</sup> Общественное здоровье и экономика: монография / под ред. Б.Б. Прохорова. – М: МАКС Пресс, 2007. – 292 с.

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<sup>9</sup>.

Ю.П. Лисицын, много лет отдавший изучению общественного здоровья, определяет его как 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 строя, и зависящее от условий общественной жизни<sup>10</sup>. Любая популяция, обладая определённым запасом здоровья, теряет его на каждом этапе развития поколений из-за травм, болезней, прерывания беременности, преждевременной смертности и т.д.

В определении, предложенном А.А. Шабуновой, под общественным здоровьем понимается свойство популяции, обеспечивающее её демографическое развитие, максимально возможную продолжительность жизни и трудовую активность большинства населения, формирующееся при комплексном воздействии биологических и социально-экономических факторов и условий общественной жизни<sup>11</sup>.

Н.В. Полунина определяет общественное здоровье как «такое качество общества, которое обеспечивает условия для активного, продуктивного образа жизни, не стеснённого заболеваниями, физическими и психическими расстройствами»<sup>12</sup>.

<sup>9</sup> Калинина Т.В. Качество жизни населения как важнейшая составляющая общественного здоровья // Медицина. – 2008. – №4. – С.7-9 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.belmapo.by/downloads/oziz/kachestvo\\_zhizni.doc](http://www.belmapo.by/downloads/oziz/kachestvo_zhizni.doc)

<sup>10</sup> Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С. 71.

<sup>11</sup> Шабунова А.А. Здоровье населения в России: состояние и динамика. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2010. – С. 66.

<sup>12</sup> Полунина Н.В. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник для вузов. – М.: Мед. информ. агентство, 2010. – С. 112

В рамках инструментального подхода общественное здоровье – это комплексный анализ закономерностей ведущих показателей, характеризующих здоровье населения в целом или отдельных однородных групп населения.

В качественном аспекте выделяют такие виды здоровья, как физическое, психическое, социальное, репродуктивное и здоровье детского населения, которые будут подробно рассмотрены далее.

## **1.2. Основные подходы к оценке здоровья**

Переходя к вопросу об измерении общественного здоровья, следует отметить, что, несмотря на важность оценки здоровья, до сих пор не существует единого общепризнанного его «измерителя». При оценке здоровья в науке чаще всего используют демографические показатели, показатели заболеваемости, инвалидности, физического развития и т.д. Эти данные служат основными индикаторами для государственного и регионального планирования в сфере охраны здоровья.

Подчеркнем, что каждый уровень изучения здоровья требует своих подходов, своего осмысления в оценке здоровья. Индивидуальное здоровье чаще всего оценивается по самочувствию человека, наличию или отсутствию заболеваний, физическому состоянию и развитию и другим признакам личных ощущений бытия. При оценке же группового здоровья абстрагируются от отдельного, конкретного человека и учитывают различные медико-статистические критерии и показатели. Общественное здоровье, являясь более высоким уровнем по отношению к групповому и тем более индивидуальному, включает в себя общепризнанные характеристики и оценки здоровья населения, необходимые для оперативной работы в области здравоохранения, определения эффективности его работы.

*Источники информации о здоровье.* Источники данных о здоровье населения содержат информацию о физическом развитии, данные демографической и медицинской статистики, результаты выборочных обследований, выявляющих субъективные мнения о состоянии здоровья. В целом все источники данных о здоровье можно разделить на две группы: *медицинские* и *немедицинские* (главным образом демографические и социологические).

К медицинским источникам можно отнести:

- *первичную медицинскую документацию* (источник информации о заболеваемости населения); официальные данные о заболеваемости

публикуются Федеральной службой государственной статистики в статистических сборниках «Здравоохранение в России», «Российский статистический ежегодник», «Регионы России»;

- *перепись населения и диспансеризация* как источники информации о состоянии здоровья населения.

К немедицинским источникам информации о здоровье населения можно отнести следующие:

- *демографические данные о смертности;*
- *социологические опросы населения по вопросам состояния здоровья;* среди ведущих проектов в данной сфере «Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения – РЭМЗ»<sup>13</sup>, начатый в 1992 г. и в настоящее время, наряду с данными Росстата, являющийся основным источником информации для анализа поведения семей, домохозяйств и индивидов;

- *другие источники:* а) один из важнейших, позволяющих осуществлять межстрановые сравнения состояния здоровья населения, – Европейская база данных ВОЗ «Здоровье для всех», включающая в себя демографические, медицинские, социально-экономические показатели по всем странам европейского региона; б) ежегодные статистические доклады «Мировая статистика здравоохранения»; в) ежегодные доклады «World Development Indicators», публикуемые Всемирным банком (World Bank).

*Методологические аспекты.* Методологические принципы и подходы к оценке и изучению здоровья весьма разнообразны и обусловлены сложностью и многогранностью понятия «здоровье». Сегодня существует масса показателей, стандартов и других характеристик для оценки здоровья населения.

В международной практике принято выделять два подхода к оценке здоровья: *объективный* и *субъективный* (рис. 1.2). Объективный подход – оценка здоровья внешним наблюдателем, экспертом с помощью специальных инструментов в рамках специализированных обследований (данные официальной статистики). Объективно состояние здоровья оценивается на основании анализа демографических показателей, таких как коэффициенты смертности по возрастам и причинам смерти, ожидаемая продолжительность жизни и др.; медицинской документации и показателей, например, заболеваемости острыми и хроническими болезнями, обращаемости в медицинские учреждения, сведений о проведённых профосмотрах и диспансеризациях и т.д.

---

<sup>13</sup> RLMS – The Russia Longitudinal Monitoring Survey.



Рис. 1.2. Подходы к оценке здоровья и соответствующие им показатели

Основным глобальным индикатором, характеризующим состояние здоровья населения и качество его жизни, отражающим успешность действий в области охраны и укрепления здоровья населения, традиционно считается ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) при рождении. Величина этого показателя не только определяет состояние здоровья населения, но и характеризует уровень социально-экономического развития страны в целом, степень медицинской грамотности населения, уровень и качество организации медицинской помощи населению<sup>14</sup>. Методика расчёта показателя универсальна и позволяет обеспечить его сопоставимость независимо от особенностей возрастной структуры сравниваемых групп населения, территорий и стран.

Ещё один из наиболее распространенных критериев оценки здоровья – статистика заболеваемости по данным об обращаемости за медицинской помощью. Однако он имеет некоторые недостатки: частота обращений зависит не только от состояния здоровья, но и от доступности медицинской помощи. Об этом еще в конце XIX века писали русские социологи-гигиенисты. Число обратившихся за помощью в связи с заболеванием из населенных пунктов, где имеется врач или фельдшер, значительно больше, чем в остальных. Другая проблема: по поводу каждого заболевания больной может обратиться к одному врачу несколько раз или к нескольким разным врачам в разных лечебных учреждениях.

<sup>14</sup> Бедный М.С. Семья – здоровье – общество. – М., 1986.

В процессе консультаций может меняться и установленный диагноз. Главное, чтобы заболевание было учтено ровно один раз и с наиболее вероятным диагнозом. Особенно это касается статистики распространённости хронических болезней, где важно регистрировать случаи впервые установленных диагнозов.

В то же время медицинская статистика даёт сведения скорее о случаях нездоровья человека, чем о его общем самочувствии, не учитывая тех граждан, которые не обращаются за медицинской помощью в государственные учреждения (частные и платные приёмы слабо подвержены статистическому учёту).

Тем не менее преимуществом статистических данных является то, что они позволяют знать ситуацию в стране, по отдельным регионам, в гендерном и возрастном срезе. Статистические данные позволяют также делать сравнения, выстраивать временные ряды, выявлять исторические и глобальные закономерности.

Субъективный подход – это оценка здоровья самим человеком, по его ощущениям. Он отражает физическое и психическое состояние индивидуума, выявленное на основании данных социологического исследования. С одной стороны, социологическая информация в контексте мониторинга здоровья может рассматриваться в качестве дополнительной к массиву медико-статистических данных, традиционно используемых в сфере здравоохранения. С другой стороны, эта информация уникальна, так как она отражает явления социальной реальности, которые имеют субъективную природу.

Изучение субъективных характеристик здоровья населения, полученных в ходе социологических обследований, всё чаще применяется отечественными и зарубежными учёными. Несмотря на некоторые ограничения метода самооценок, он признан достаточно надёжным и рекомендован ВОЗ для мониторинга здоровья и внутри отдельных стран, и для межстрановых сравнений. Поэтому использование социологической информации о состоянии здоровья населения вполне оправданно и полезно в качестве дополнительного инструмента для оценки общественного здоровья и результативности политики здравоохранения<sup>15</sup>.

---

<sup>15</sup> Шабунова А.А., Калашников К.Н., Калачикова О.Н. Общественное здоровье и здравоохранение территорий. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2010. – С. 22.

Мировой опыт свидетельствует, что уровень здоровья по самооценке (Self Rated Health) достаточно часто применяется в анализе и даёт результаты, сопоставимые с полученными из более объективных источников (медицинские обследования)<sup>16</sup>.

Существует множество подходов к определению уровня здоровья на основе ответов респондентов. Простейший – когда опрашиваемый сам относит себя к одной из групп здоровья, оценивая его по пятибалльной шкале: очень хорошее, хорошее, удовлетворительное, плохое, очень плохое. Примером комплексного социологического исследования является проект «Таганрог», осуществлённый под руководством Н.М. Римашевской Институтом социально-экономических проблем народонаселения РАН. Исследование раскрывает панораму изменения условий, уровня и качества жизни населения, а также включает глубокий анализ состояния здоровья населения России<sup>17</sup>.

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

Для получения интегральной оценки состояния здоровья населения применяются комплексные показатели (индексы), рассчитанные на основе различных наборов исходных показателей. Но, несмотря на достаточное разнообразие подходов к построению и широкое применение различных индексов, общепринятого оптимального интегрального показателя здоровья всё ещё нет.

---

<sup>16</sup> Martikainen P, Aromaa A, Heliövaara et al. 1999 Reliability of perceived health by sex and age. *Social Science and Medicine*, 48, 1117-1122.

<sup>17</sup> Женщина, мужчина, семья в России: последняя треть XX века. Проект «Таганрог» / под ред. Н.М. Римашевской. – М.: ИСЭПН, 2001. – С. 225.

Для отражения состояния здоровья на разном уровне обобщения используются разные показатели. При исследовании больших групп населения важное место занимает объективная статистическая информация, которая позволяет быстро охватить проблемную ситуацию. В то же время большую роль при изучении проблемы на микроуровне играет субъективная оценка<sup>18</sup>. Данные социологических опросов позволяют дополнить, конкретизировать статистические данные, отражая социальную реальность, которая имеет субъективную природу. В целом взгляд на проблему на каждом уровне детализации даёт возможность выявить закономерности и особенности, «невидимые» на других уровнях.

Состояние здоровья населения, оцениваемое показателями смертности и заболеваемости, даёт лишь относительное представление о складывающейся ситуации, характеризуя скорее нездоровье. В последнее время всё большее внимание уделяется возможности оценки запаса здоровья, которым обладает общество. Ведь индивидуальное, как, впрочем, и общественное, здоровье отражает способность человека или человеческой популяции адаптироваться к изменениям условий жизни, воздействующих на организм<sup>19</sup>.

Эпоха	ОПЖ	
	Муж.	Жен.
Палеолит	33,3	28,7
Неолит	20	20
Бронзовый и Железный век	35+	35+
Классическая Греция	28	28
Древний Рим	28	28
Доколумбовая Северная Америка	28-30	28-30
Средневековый исламский халифат	35+	35+
Средневековая Англия	30	30
Англия XVI–XVIII вв.	40+	40+
Начало XX в.	30-45	30-45
В наст. вр. в мире	67,2	67,2

Ввиду этого в конце XX века в западноевропейской социологии здоровья и здравоохранения был сделан акцент на изучении продолжительности здоровой жизни и её качества. Идея измерения потерь от плохого состояния здоровья появилась сравнительно недавно, она была предложена Б. Сандерсом в 1964 году<sup>20</sup>. Методология расчёта и название «Ожидаемая продолжительность здоровой жизни» (health life

<sup>18</sup> Проблемы сохранения человеческого потенциала: медико-демографические аспекты / А.И. Попугаев, Н.А. Короленко, К.А. Гулин, Н.А. Рыбакова, А.А. Шабунова, Г.В. Тихомирова. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2006. – С. 27.

<sup>19</sup> Римашевская Н.М. Человек и реформы: секреты выживания. – М.: РИЦ ИСЭПН, 2003. – С. 74.

<sup>20</sup> Sanders B. Measuring community health levels. American journal of public health, 1964, 54: 1063-1070.



expectancy, HALE) или «Ожидаемая продолжительность жизни без ограничений в дееспособности» (Disability Free Life Expectancy) были предложены Д. Салливаном в 1971 году<sup>21</sup>. По определению ВОЗ, это «показатель демографической статистики, характеризующий ожидаемую продолжительность здоровой жизни человека на том отрезке его жизненного пути, который согласно общепринятым нормам и представлениям, а также заключениям специалистов ассоциируется со здоровьем и благополучием или отсутствием каких-либо расстройств, болезней, инвалидности»<sup>22</sup>. Этот интегральный показатель применяют при определении общественных приоритетов здоровья, распределении ресурсов, успехов или неудач политики здравоохранения, оценке текущих потребностей и составлении планов и прогнозов на будущее.

Место	Страна	ОПЖ
1	Япония	82,6
7	Испания	80,9
16	Нидерланды	79,8
51	Гвиана	75,9
74	Венесуэла	73,7
112	Россия	70,3
152	Камбоджа	59,7
178	ЮАР	49,3
194	Свазиленд	39,6

Начиная с 60-х годов прошлого столетия интегральные показатели здоровья стали активно применяться при мониторинге здоровья населения в США, Японии и Европы. Показатели ожидаемой продолжительности здоровой жизни (ОПЗЖ) активно используются ВОЗ и его подразделениями в Европейском союзе для мониторинга ситуации в сфере здоровья. Исследований здоровья населения России с

применением показателей ОПЗЖ намного меньше, чем за рубежом, и они начали появляться только с конца 90-х годов XX века.

С начала XXI века ВОЗ включила показатель ожидаемой продолжительности жизни без инвалидности в систему показателей мониторинга деятельности систем здравоохранения и публикует его в своём ежегодном докладе «О состоянии здравоохранения в мире» по всем странам.

В России, как уже было отмечено ранее, исследования здоровья населения в качественном аспекте мало распространены. Оценка ОПЗЖ населения России в состоянии инвалидности была проведена Ю.Н. Комаровым, С.П. Ермаковым и А.Е. Ивановой в 1997 году<sup>23</sup>. Если рассматри-

<sup>21</sup> Sullivan D. A single index of mortality and morbidity. HSMHA health report, 1971, 86: 347-354.

<sup>22</sup> Robine J.M., Romieu I., Cambois E. Health expectancy indicators. Bull. World Health Organ, 1999; 77 (2): 181-185.

<sup>23</sup> Комаров Ю.Н., Ермаков С.П., Иванова А.Е. Продолжительность жизни населения России с учетом инвалидности: динамика, региональные аспекты, основные причины потерь. – М., 1997.

вать зарубежные публикации по России, то можно увидеть, что часть из них посвящена анализу ОПЗЖ в сравнительном контексте. Так, в статье М. Бобака показаны различия в ОПЗЖ между Россией и Швецией с применением индикаторов недееспособности и самооценки здоровья<sup>24</sup>.

В статье Е.М. Андреева и др. проведён расчёт продолжительности здоровой жизни населения России в сравнении со странами Западной и Восточной Европы на основании таблиц смертности и самооценок здоровья в 1995 году<sup>25</sup>.

Следовательно, к изучению здоровья приводит комплексное использование источников информации, с включением статистических и социологических данных. Интегрированный подход позволяет дать более глубокую оценку состоянию здоровья, оценить его в качественном аспекте и понять закономерности его формирования. Однако интегрирующий подход к изучению здоровья является сравнительно новым и недостаточно разработанным. Исследования и методики в рамках данного подхода мало распространены.

Отдельного внимания заслуживают методы, отражающие взаимосвязь общественного здоровья и социально-экономического развития общества, качества жизни населения. Их методологическая основа формируется в экономике, эконометрике, математике (корреляционный, регрессионный, кластерный анализ). Особую значимость с практической точки зрения приобретает исследование здоровья и условий его формирования в территориальном разрезе, в разрезе социальных групп.

Данные исследования нашли распространение как среди отечественных исследователей, так и зарубежных. Одно из таких исследований, посвященное определению экономических потерь, наносимых экономике вследствие утраты здоровья, выполнено в Институте прогнозирования народонаселения Б.Б. Прохоровым, Д.И. Шмаковым и др. Авторы провели расчёты экономического ущерба с учётом потерянных лет предстоящей жизни<sup>26</sup>.

К этой же группе исследований относятся расчёты экономического ущерба, наносимого утратой здоровья, проведённые Ю.П. Лисицыным<sup>27</sup>.

---

<sup>24</sup> Bobak M., Kristensen M., Marmot M. Life span and disability: a cross sectional comparison of Russian and Swedish community based data. *BMJ*, doi:10.1136/bmj.38202.667130.55 (published 17 September 2004).

<sup>25</sup> Андреев Е.М., Школьников В.М., МакКи М. Продолжительность здоровой жизни // *Вопросы статистики*. – 2002. – № 11. – С. 16-21.

<sup>26</sup> Шмаков Д.И. Разработка методики оценки потерь капитала здоровья // *Научные труды / Институт народнохозяйственного прогнозирования РАН*. – М.: МАКС-Пресс, 2004. – Т. 2. – С. 527-539.

<sup>27</sup> Лисицын Ю.П. Концепция «человеческого капитала»: медико-экономический аспект // *Экономика здравоохранения*. – 1998. – №29(26). – С. 5-9.

Ряд исследований Всемирной организации здравоохранения посвящен связи экономического развития и здоровья. В монографии «Экономические последствия неинфекционных заболеваний и травм в Российской Федерации» показано влияние плохого здоровья населения на экономику России и материальный достаток её жителей, дана оценка возможных макроэкономических выгод от снижения уровня взрослой смертности от хронических заболеваний и травм<sup>28</sup>.

Таким образом, в настоящее время существует большое количество методов как для оценки состояния здоровья, так и для выявления связи между здоровьем и характеристиками социально-экономического развития. Приоритет использования каждого из них определяется поставленными целями и задачами.



### Вопросы для самопроверки и обсуждения

1. Какова роль здоровья для человека? для государства?
2. Почему до настоящего времени не существует единого общепринятого определения здоровья?
3. Какие уровни изучения здоровья выделяют?
4. На основании каких показателей можно дать объективную оценку здоровья населения?
5. В чём заключается преимущество субъективной оценки здоровья? Когда её применяют?
6. Какие источники информации о здоровье населения вы знаете?



### Практические задания

1. В чем, по вашему мнению, заключается смысл понятия «общественное здоровье»?
2. В чем разница между объективным и субъективным подходами к оценке здоровья? Дайте полную характеристику каждого подхода.
3. На основе данных статистики вашего региона, используя следующие показатели: ОПЖ, общая заболеваемость, коэффициент смертности, коэффициент рождаемости, дайте оценку здоровья населения.

<sup>28</sup> Экономические последствия неинфекционных заболеваний и травм в Российской Федерации / Всемирная организация здравоохранения, 2008. – С. 15.



## Темы для рефератов

1. ВОЗ – история и основные направления деятельности.
2. Социология здоровья: методы исследования и достижения.
3. Медико-социологические методы исследования здоровья: преимущества и недостатки; примеры.



## Рекомендуемая литература

1. *Общественное здоровье и экономика / Б.Б. Прохоров, И.В. Горшкова, Д.И. Шмаков, Е.В. Тарасова; под ред. Б.Б. Прохорова. – М.: МАКС Пресс, 2007. – 292 с.*
2. *Шабунова А.А. Здоровье населения в России: состояние и динамика: монография. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2010. – 408 с.*
3. *Шабунова А.А., Калашников К.Н., Калачикова О.Н. Общественное здоровье и здравоохранение территории. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2010. – 284 с.*
4. *Щепин О.П., Медик В.А. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 592 с.*
5. *Сбережение народа / под ред. Н.М. Римашевской. – М.: Наука, 2007. – 326 с.*
6. *Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. – 2-е изд. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 512 с.*

## **ТЕМА 2**

### **ФИЗИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ**

*Ключевые понятия: физическое здоровье, ожидаемая продолжительность жизни, смертность, заболеваемость, инвалидность, индекс самооценки здоровья.*

Когда мы говорим о здоровье, то, как правило, имеем в виду физическое (биологическое) здоровье. Действительно, для большинства людей здоровье ассоциируется с физическим здоровьем, под которым понимается естественное состояние организма, обусловленное нормальным функционированием всех его органов и систем. Если человек может вести активный образ жизни и у него не болят жизненно важные органы, то он вполне может считать себя практически здоровым человеком. Характеристиками физического здоровья являются индивидуальные особенности анатомического строения тела, совершенное (по норме) физиологическое функционирование организма в различных условиях покоя, движения, окружающей среды, генетического наследия, уровень физического развития органов и систем организма. Физическое здоровье – это важный признак, определяющий в целом уровень здоровья населения. Оно изучается как на популяционном, так и на индивидуальном уровне, отдельно для детского и взрослого населения.

Уровень физического здоровья населения во многом говорит о социальном благополучии в обществе. Под влиянием длительного действия неблагоприятных факторов уровень физического здоровья снижается, и наоборот, улучшение условий, нормализация образа жизни способствуют повышению уровня физического здоровья населения.

*Основные показатели.* Физическое здоровье характеризуется следующими показателями:

1. Показатели смертности населения: абсолютное число умерших, общий, стандартизированный коэффициент смертности, потерянные годы потенциальной жизни.

2. Показатели детского здоровья: коэффициент младенческой смертности; заболеваемость новорожденных, общая заболеваемость детей в возрасте от 0 до 17 лет.

3. Показатели на основе таблиц моделей дожития: ожидаемая продолжительность жизни.

4. Показатели на основе таблиц (моделей) заболеваемости и инвалидности: ожидаемая продолжительность здоровой жизни, первичная заболеваемость, общая заболеваемость, частота первичной инвалидности по группам инвалидности, общая инвалидность и т.д.

Более детально основные статистические показатели физического здоровья и методика их расчёта представлены в приложении.

**Состояние и динамика физического здоровья.** За период с 1990 по 2010 г. численность населения России сократилась более чем на 6 млн. человек (4%). Анализ статистических данных свидетельствует о том, что депопуляция в стране происходит под двойным «давлением»: уникально низкой рождаемостью и катастрофически высокой смертностью. Более того, в большинстве развитых западноевропейских стран сохраняется устойчивый естественный прирост населения при близких к российским уровнях рождаемости (табл. 2.1).

Таблица 2.1. Демографическое развитие стран (2009 г.)

Страна	Численность населения		Рождаемость (на 1000 нас.)	Смертность (на 1000 нас.)	ОПЖ (лет)	ОПЗЖ (лет, 2007 г.)
	1990 г.	2010 г.				
<b>Россия</b>	<b>148,3</b>	<b>141,9</b>	<b>12,5</b>	<b>14,2</b>	<b>69</b>	<b>60</b>
Финляндия	5,0	5,4	11	9	80	72
Германия	79,4	81,8	8	10	80	73
Франция	56,7	64,7	13	9	81	73
Великобритания	57,2	62,0	13	9	80	72

\*По данным за 2010 г.  
Источники: Европейская база данных «Здоровье для всех» / ВОЗ // <http://www.euro.who.int/hfad>; World Development Indicators 2011 / The World Bank, 2011// <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>.

Состояние здоровья населения Вологодской области, судя по статистическим данным, хуже, чем в среднем по России. Показатель смертности в области в 2010 г., как и в предыдущие годы, был выше аналогичных показателей по Северо-Западному федеральному округу и России в целом на 13 и 18% соответственно (табл. 2.2). За последние два десятилетия уровень смертности в регионе вырос на 40%, тогда как в среднем по России – на 27%.

Таблица 2.2. **Общий коэффициент смертности** (на 1000 человек)

Территория	Год							2010 г. к 1990 г., в %
	1990	1995	2000	2005	2008	2009	2010	
Вологодская область	12,0	16,4	16,0	18,8	16,3	16,2	16,8	140,0
СЗФО	11,1	15,9	16,4	17,7	15,7	15,2	14,9	134,2
Российская Федерация	11,2	15,0	15,3	16,1	14,7	14,2	14,2	126,8

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

Для выявления факторов риска здоровью населения следует обратиться к данным о структуре его смертности. Показатели смертности значительно различаются по причинам смерти и возрастным категориям как между группами стран, так и между отдельными странами. Однако общей тенденцией развития современного общества является рост бремени смертности от неинфекционных и хронических заболеваний при снижении роли инфекционных заболеваний.

Статистические данные на 2009 г. свидетельствуют о том, что в развитых европейских странах показатели смертности от ведущих причин – заболеваний системы кровообращения, внешних причин и новообразований – были ниже средних по России в 2 – 3 раза. Высокая смертность населения от болезней системы кровообращения (сердечно-сосудистых заболеваний) является одной из главных составляющих российского кризиса смертности, который негативно сказывается на процессе депопуляции в стране.

Инфекционные и паразитарные заболевания служат причиной 16% смертей в мире, но лишь 2% – в Европейском регионе, хотя в некоторых странах восточной части этого региона показатель достигает 8%. И несмотря на снижение вклада инфекционных заболеваний в общую смертность, в России смертность от данной причины выше, чем в странах Европейского региона, более чем в два раза (табл. 2.3).

**Таблица 2.3. Стандартизированный коэффициент смертности по группам причин смерти в отдельных странах, 2009 г.**  
(число умерших на 100 тыс. человек)

Страна	Заболевания системы кровообращения	Новообразования	Внешние причины	Инфекционные и паразитарные болезни	От всех причин
Россия	683,0	182,1	147,2	22,5	1241,6
Соединённое Королевство	169,2	172,5	27,5	7,0	562,6
Финляндия	218,1	134,8	63,8	4,9	579,9
Германия	217,2	159,9	27,9	10,4	575,9
ЕС	227,6	170,5	37,1	8,8	611,7

Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех» / ВОЗ, 2012. – URL: [http://data.euro.who.int/hfad/shell\\_ru.html](http://data.euro.who.int/hfad/shell_ru.html)

Структура смертности населения в Вологодской области повторяет структуру в Российской Федерации, причём в регионе показатели смертности по основным причинам превышают среднероссийские. Неинфекционные заболевания на протяжении последних лет обуславливают более 80% смертей населения в Вологодской области. Ведущее место в структуре смертности в 2010 г., как и ранее, принадлежит болезням системы кровообращения (57,8%); смертность от онкологических заболеваний занимает второе место (12,7). За последние 10 лет в регионе наблюдается тенденция постепенного снижения смертности от несчастных случаев, отравлений и травм, однако они всё ещё вносят существенный вклад (12%) в преждевременную смертность населения (табл. 2.4).

**Таблица 2.4. Смертность населения Вологодской области по основным классам причин смерти (на 100 000 чел. нас.)**

Показатели	Год							2010 г. к 1990 г., в %
	1990	1995	2000	2005	2008	2009	2010	
Всего умерших	1192,3	1617,4	1570,3	1884,7	1631,9	1623,6	1676,0	140,6
В том числе								
От болезней системы кровообращения	723,3	927,2	895,9	1042,3	939,3	934,3	968,8	133,9
От новообразований	196,0	208,5	205,7	202,9	215,9	213,9	212,8	108,6
От несчастных случаев, отравлений и травм	126,6	232,5	230,1	271,1	196,5	191,9	193,5	152,8
От других причин	146,4	249,2	238,6	368,4	280,2	283,5	300,9	205,5

Источник: Статистический ежегодник Вологодской области. 2010: стат. сборник / Вологдастат, 2011. – 402 с.



Обобщающую оценку уровня смертности населения дает анализ ожидаемой продолжительности жизни. В экономически развитых странах ОПЖ при рождении составляет 79-81 год (мужчины – 76-78 лет, женщины – 82-85 лет). В развивающихся странах – 61-65 лет (мужчины – 55-60 лет, женщины – 66-75 лет). В 2009 г. ОПЖ в России составила 69 лет, следовательно, Россия уступает по данному показателю странам ЕС почти на 11 лет.

За период с 1990 по 2009 г. в странах Европейского региона наблюдается рост продолжительности жизни на 6%, тогда как в России – снижение на 1%. В Вологодской области показатель ОПЖ снизился на 4%. Хотя в последние годы в регионе происходит постепенное увеличение продолжительности жизни населения, однако по данным за 2009 г. она ниже, чем в Северо-Западном федеральном округе и России в целом, на 1,4 и 0,9 года и составляет 67 лет (табл. 2.5).

**Таблица 2.5. Ожидаемая продолжительность жизни населения Вологодской области при рождении в сравнении с данными СЗФО, России, стран ЕС (число лет)**

Территория	Год						2009 г. к 1990 г., в %
	1990	1995	2000	2005	2008	2009	
<b>Вологодская область</b>	<b>70</b>	<b>64,26</b>	<b>65,85</b>	<b>63,11</b>	<b>66,9</b>	<b>67,3</b>	<b>96,1</b>
Муж.	63	57,64	59,51	56,05	60,4	60,7	
Жен.	75	72,06	73,18	71,66	74	74,4	
<b>СЗФО</b>	<b>70</b>	<b>63,66</b>	<b>64,52</b>	<b>64,02</b>	<b>67,4</b>	<b>68,2</b>	<b>97,4</b>
Муж.	64	57,21	58,16	57,37	61,2	62,2	
Жен.	74	70,86	71,57	71,44	73,8	74,3	
<b>Россия</b>	<b>69,28</b>	<b>64,67</b>	<b>65,43</b>	<b>65,37</b>	<b>67,9</b>	<b>68,7</b>	<b>99,2</b>
Муж.	63,79	58,3	59,15	58,98	61,8	62,8	
Жен.	74,42	71,71	72,36	72,4	74,2	74,7	
<b>Страны ЕС</b>	<b>75,18</b>	<b>76,1</b>	<b>77,5</b>	<b>78,66</b>	<b>79,43</b>	<b>79,8</b>	<b>106,1</b>
Муж.	71,61	72,53	74,17	75,54	76,34	76,8	
Жен.	78,68	79,6	80,72	81,69	82,43	82,7	

Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех» / ВОЗ. – 2012. – URL: //http://data.euro.who.int/hfad/b/shell\_ru.html

Гендерный разрыв в уровне ожидаемой продолжительности жизни населения региона, как и ранее, составляет 14 лет, что больше, чем в России и СЗФО, на 1 – 2 года (табл. 2.6). Превышение над уровнем стран ЕС по разнице в ОПЖ мужского и женского населения в 2009 г. составило 7,8 года.

Таблица 2.6. **Разница между женщинами и мужчинами в ожидаемой продолжительности жизни (число лет)**

Год	Вологодская область	СЗФО	Российская Федерация	ЕС
1990	12	10	10,63	7,07
1995	14,42	13,65	13,41	7,07
2000	13,67	13,41	13,21	6,55
2005	15,61	14,07	13,42	6,15
2006	14,82	13,44	12,8	6,16
2007	14,02	12,72	13,0	6,16
2008	14	12,6	12,4	6,09
2009	13,7	12,1	11,9	5,9

Анализ динамики продолжительности жизни населения Вологодской области в разрезе город/село показывает, что городское население живёт на 2 – 3 года дольше сельского. Крайне низкой остаётся продолжительность жизни сельских мужчин (58 лет). В то же время самая большая продолжительность жизни у женщин, проживающих в городах (75 лет).

Одной из важнейших характеристик общественного здоровья является заболеваемость населения. Согласно определению ВОЗ, заболевание – это любое объективное или субъективное отклонение от нормального физиологического состояния организма человека. Учёт заболеваемости ведётся всеми лечебно-профилактическими учреждениями. Как правило, сведения о заболеваниях поступают от врачей, поэтому достоверность информации о заболеваемости определяется уровнем развития служб здравоохранения, доступностью медицинской помощи, а также уровнем её качества.

За период с 1995 по 2010 г. уровень первичной заболеваемости в регионе вырос на 20% и составил 887 случаев на 1000 человек. При этом наблюдается многолетняя динамика превышения первичной заболеваемости относительно уровня Северо-Западного федерального округа и России в целом (рис. 2.1). Так, в 2010 г. показатель первичной заболеваемости населения области превысил среднероссийский на 14%, средний по Северо-Западному федеральному округу на 4%.

Структура заболеваемости в 2010 г. по сравнению с предыдущими годами существенно не изменилась (табл. 2.7). Ведущее место в ней занимают болезни органов дыхания (46%), травмы и отравления (11%), болезни нервной системы и органов чувств (11%). При этом уровень первичной заболеваемости по основным нозологическим группам значительно вырос.

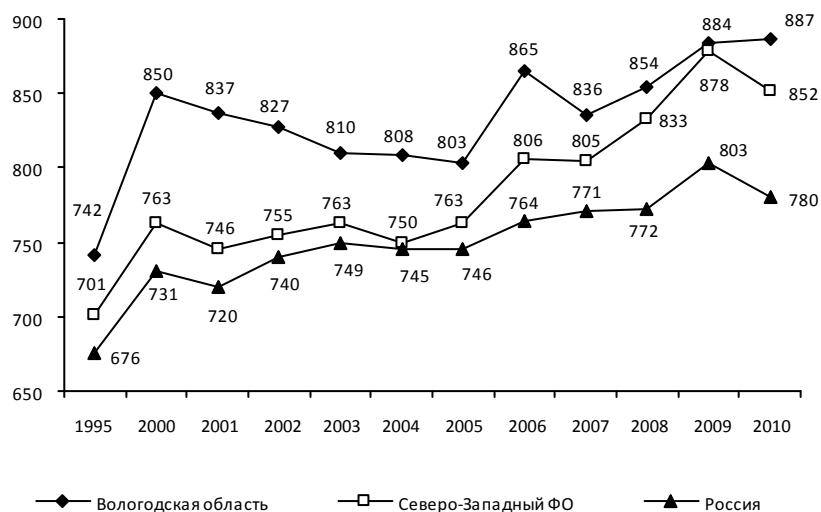


Рис. 2.1. Динамика первичной заболеваемости населения Вологодской области в сравнении с показателями СЗФО и России (на 1000 человек)

Источник: Регионы России. Социально-экономические показатели. 2011: стат. сб. / Росстат. - М., 2011. - 990 с.

Таблица 2.7. Заболеваемость населения Вологодской области по основным группам болезней\* (на 1000 чел. нас.)

Показатели	Год							2010 г. к 1990 г., в %
	1990	1995	2000	2005	2008	2009	2010	
Все болезни	611,7	737,6	850,0	796,6	854,4	883,8	887,1	145,0
В том числе по группам болезней								
1. Болезни органов дыхания	327,8	364,4	412,1	362	374,6	419	411,8	125,6
2. Травмы и отравления	12,3	19,8	84,4	86,2	90,4	91	95,1	773,2
3. Болезни нервной системы и органов чувств	45,2	58,4	87,7	82,6	91,0	94,4	94,5	209,1
4. Осложнения беременности, родов и послеродового периода	23,7	31,1	43,4	54,5	59,8	55,5	н.д.	-
5. Болезни кожи и подкожной клетчатки	31,7	48,4	49,4	54,1	51,6	46,1	53,5	168,8
6. Болезни костно-мышечной системы	21,5	27,8	33,0	32,8	41,4	40,8	40,3	187,4
* Первые 6 мест. Источники: Статистический ежегодник Вологодской области 1999: стат.сб. / Вологдастат. – Вологда, 2011. – 267 с.; Статистический ежегодник Вологодской области 2010: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2011. – 402 с.								

По данным за 2010 г. заболеваемость населения области в целом повторяет структуру заболеваемости населения Российской Федерации (табл. 2.8). Однако по большинству групп болезней заболеваемость в области значительно превышает среднероссийские показатели: заболеваемость болезнями органов дыхания – на 27%, болезнями глаза – на 29%, уха – на 22%, костно-мышечной системы – на 20%.

Таблица 2.8. **Заболеваемость населения Вологодской области по основным группам болезней в сравнении с данными по России за 2010 год**  
(на 1000 чел. нас.)

Класс болезней	Вологодская область	Россия	Отношение уровня заболеваемости в Вологодской области к среднероссийскому
<b>Все болезни</b>	<b>887,1</b>	<b>779,6</b>	<b>113,8</b>
Болезни органов дыхания	411,8	323,8	127,2
Травмы и отравления	95,1	91,6	103,8
Осложнения беременности, родов и послеродового периода*	61,1	76,9	80,1
Болезни кожи и подкожной клетчатки	53,5	48,2	111,0
Болезни глаза и его придаточного аппарата	42,7	33,0	129,4
Болезни костно-мышечной системы	40,3	33,5	120,3
Болезни мочеполовой системы	37,9	47,9	79,1
Инфекционные и паразитарные болезни	37,6	32,8	114,6
Болезни уха и сосцевидного отростка	33,1	27,1	122,1
Болезни системы кровообращения	27,9	26,1	106,9
Болезни органов пищеварения	27,3	33,4	81,7
Болезни нервной системы	17,7	16,4	107,9
Болезни эндокринной системы	10,9	10,2	106,9
Новообразования	9,5	10,8	88,0
Болезни крови и кроветворных органов	5,4	4,9	110,2
Врожденные аномалии	1,9	2,1	90,5

\* На 1000 женщин в возрасте 15 - 49 лет.  
Источники: Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2010 г. – Вологда: ДЗО, 2011; Здравоохранение в России: стат. сб. / Росстат. - М., 2011.

Рост числа хронических болезней представляет значительную проблему для здоровья населения и систем здравоохранения в развитых странах и странах с переходной экономикой. Являясь важной причиной преждевременной смертности и инвалидности, хронические заболевания серьезно влияют на число лет жизни, прожитых при хорошем состоянии здоровья. Современный образ жизни и поведения ведет к распространению таких состояний, как ожирение, повышенное артериальное давление и диабет. Эти факторы в сочетании со старением населения и методами лечения, которые позволяют выжить при острых состояниях, приводят к увеличению доли населения, живущего с хроническими заболеваниями.

Важнейшей характеристикой здоровья населения является инвалидность, т.е. заболеваемость со стойкой утратой трудоспособности вследствие значительного нарушения функций организма, вызванного хроническим заболеванием или травмой. На процесс формирования

инвалидности населения особенно влияют факторы внешнего воздействия, уровень общей заболеваемости, доступность качественной медицинской помощи населению<sup>29</sup>.

Общее число лиц, впервые признанных инвалидами, среди взрослого населения региона в 2009 г. снизилось по сравнению с 2000 г. на 64% и составило 10 333 человека. Доля лиц трудоспособного возраста в общей численности инвалидов в 2009 г. составила 47%, что в 1,5 раза больше, чем в 2000 г.

Что касается инвалидности в разрезе групп, то значительная доля приходится на инвалидов 1 и 2-й групп – соответственно 13 и 52% общего числа впервые признанных инвалидами и немногим более трети – на инвалидов 3-й группы. Это свидетельствует о тяжести хронической патологии, являющейся причиной инвалидизации.

Анализ структуры первичной инвалидности среди работающего населения региона указывает, что её причиной в 45% случаев выступают болезни системы кровообращения. Начиная с 90-х гг. XX в. в семь раз выросла доля лиц, впервые признанных инвалидами в связи с болезнями нервной системы, органов чувств и болезней системы кровообращения, в четыре – в связи со злокачественными новообразованиями (табл. 2.9).

Таблица 2.9. **Численность лиц, впервые признанных инвалидами по причинам инвалидности в Вологодской области**  
(на 10 тыс. работающего населения)

Показатель	Год						2010 г. к 2000 г., раз
	1990	1995	2000	2005	2008	2009	
Всего признано инвалидами	98	294	318	278	208	243	2,5
В том числе в связи:							
- со злокачественными новообразованиями	9	22	29	30	30	38	4,2
- болезнями нервной системы и органов чувств	3	14	14	18	15	21	7,0
- болезнями системы кровообращения	16	165	181	155	99	110	6,9
- по причине травм (всех локализаций)	6	23	16	16	14	15	2,5
Источник: Статистический ежегодник Вологодской области / Вологдастат. – Вологда, 2010, 1999.							

По данным мониторинга состояния здоровья жителей Вологодской области, доля тех, кто положительно характеризует свое здоровье, в 2011 г. составила 43%, при этом удельный вес отрицательных оценок был равен 16%.

<sup>29</sup> Практическая демография /под ред. Л.Л. Рыбаковского. – М.: ЦСП, 2005. – 280 с.

С 1999 г. Институт социально-экономического развития территорий РАН на основе социологических опросов дает оценку тенденций общественного здоровья, дополняет и расширяет анализ изменений, происходящих на микроуровне<sup>30</sup>. Метод самооценок здоровья (несмотря на некоторые ограничения) признан достаточно надежным и рекомендован ВОЗ для мониторинга здоровья как внутри отдельных стран, так и для межстрановых сравнений. Самооценка здоровья как интегральный показатель включает в себя оценку не только наличия или отсутствия симптомов заболевания, но и психологического благополучия в целом. Давая субъективную информацию, такая оценка отражает восприятие различных аспектов здоровья – физического, социального, психоэмоционального, то есть всего многообразия биомедицинских признаков и симптомов.

За последние 13 лет самооценка населением своего здоровья на территории области улучшилась. Доля жителей, оценивающих свое здоровье как «хорошее, довольно хорошее», возросла в 2011 г. почти в два раза по сравнению с 1999 г., а число тех, кто оценивает свое здоровье как «плохое, очень плохое», уменьшилось на 2 процентных пункта (рис. 2.2).

Для приведения качественной характеристики здоровья населения региона к количественному значению нами был построен индекс самооценки здоровья (ИСЗ) на основании субъективных оценок здоровья.

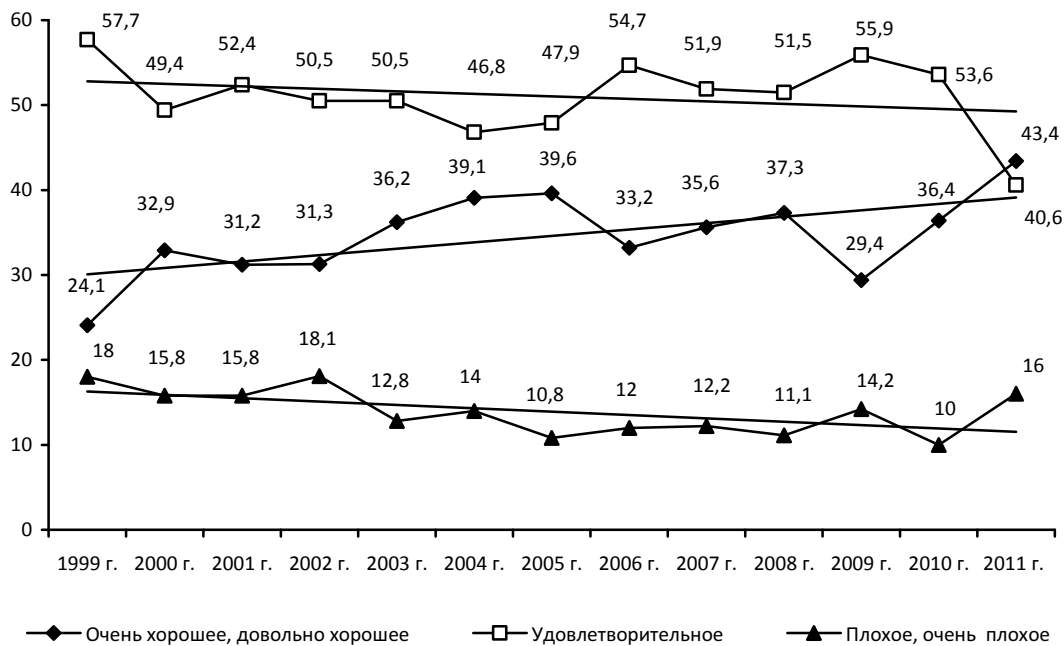
За индекс самооценки здоровья была принята субъективная оценка населением своего состояния с учетом среднего от суммы применяемых балльных оценок (1 – очень плохое, 2 – плохое, 3 – удовлетворительное, 4 – довольно хорошее, 5 – очень хорошее), умноженных на их долю в совокупности опрошенных:

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

где  $q_i$  – доля респондентов, выбравших ответ  $i$ .

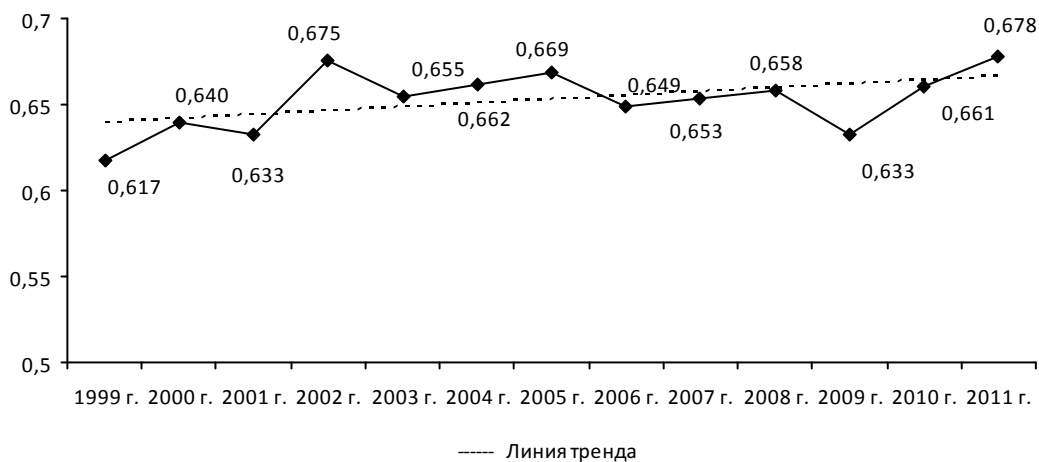
В полученной шкале колебания индексов здоровья составляют от 0,2 до 1,0. При интерпретации данных ИСЗ следует учитывать, что его значение до 0,6 соответствует низкой самооценке здоровья; 0,61–0,8 – средней; 0,81–1,0 – высокой.

<sup>30</sup> Опрос проводится на территории гг. Вологды, Череповца и восьми районов Вологодской области. 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), пропорций половозрастной структуры взрослого населения области. Ошибка выборки не превышает 3%. Техническая обработка информации произведена в программах SPSS и Excel.



**Рис. 2.2. Оценка состояния собственного здоровья жителями Вологодской области (в % от числа опрошенных)**

Расчёты показывают, что ИСЗ населения региона за период с 2009 по 2011 г. существенно вырос и составил 0,678, однако он остался на среднем уровне (рис. 2.3). Преодоление кризисных явлений вызвало подъём в социальных настроениях и, следовательно, улучшение самооценки здоровья.



**Рис. 2.3. Динамика индекса самооценки здоровья населения Вологодской области**

На улучшение здоровья жителей области в 2010 г. по сравнению с 2002–2005 гг. указывает рост на 8 процентных пунктов доли тех, кому «не было необходимости» пропускать рабочие дни по состоянию здоровья (рис. 2.4). Однако за 2010 – 2011 гг. удельный вес данной группы снизился на 7 процентных пунктов, что является негативным моментом.

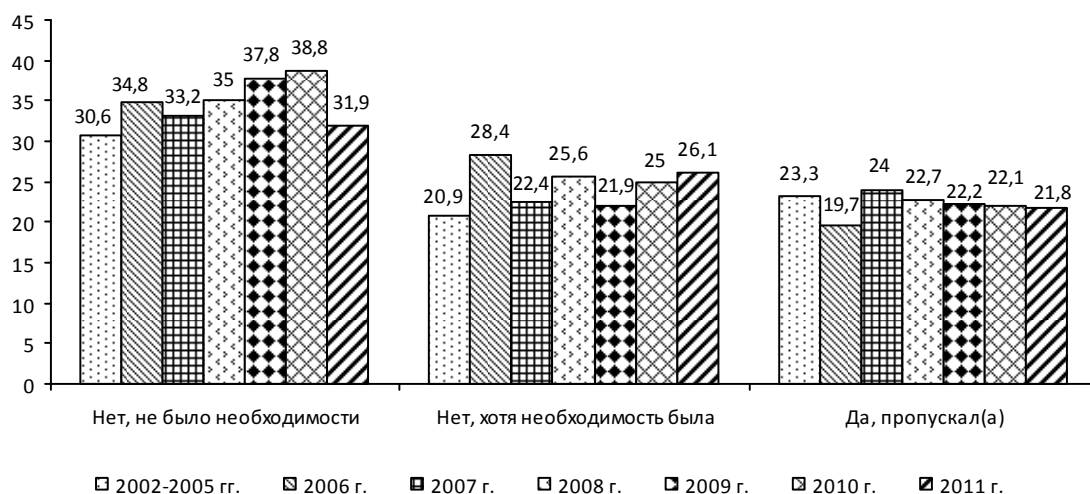


Рис. 2.4. Приходилось ли Вам в течение года пропускать рабочие дни по болезни? (в % от числа опрошенных)

Доля тех, кто пропускал рабочие дни, остаётся стабильной – 22%. Средняя продолжительность пребывания на больничном листе по области составила 17 дней. Каждый четвёртый житель региона в 2011 г. имел необходимость пропускать рабочие дни по болезни, однако не пропускал. Такая ситуация свидетельствует о низкой медицинской активности при ухудшении здоровья, что может способствовать возникновению и развитию хронических заболеваний. Возможными причинами отказа от листов временной нетрудоспособности могут быть их неоплата работодателем или отсутствие возможности добраться до ближайшего медицинского учреждения.

На наличие хронических заболеваний в 2011 г. указывало 24% населения области (в 2001 г. – 49%). Городское население чаще по сравнению с сельским отмечает у себя наличие хронических заболеваний (рис. 2.5). Как в городской, так и в сельской местности в период с 2001 по 2011 г. наблюдается снижение доли населения, имеющего хронические заболевания. С одной стороны, это может свидетельствовать об улучшении здоровья, с другой – о снижении медицинской активности людей (особенно в сельской местности).



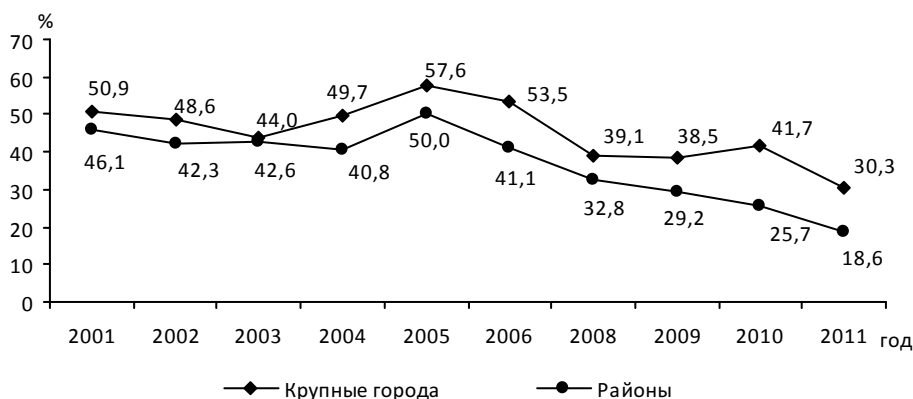


Рис. 2.5. Наличие длительно протекающих (хронических) заболеваний у населения области в территориальном разрезе (в % от числа опрошенных)

Жители крупных городов региона (Череповец, Вологда) в 1,6 раза чаще отмечают у себя наличие болезней органов пищеварения по сравнению с жителями районов (табл. 2.10). Болезни органов дыхания наиболее распространены в Череповце, что обусловлено его промышленной специализацией. Следует отметить, что распространённость заболеваний нервной системы в крупных городах также в два раза выше, чем в районах. Однако, поскольку население зачастую не знает о своих заболеваниях, эти данные очень условны. Тем не менее они более точны по сравнению со статистическими показателями заболеваемости, так как не ограничены уровнем посещаемости медицинских учреждений и вполне могут быть использованы для характеристики ситуации.

Таблица 2.10. Распределение ответов на вопрос: «Имеются ли у Вас длительно протекающие (хронические) заболевания или состояния?» (в % от числа опрошенных)

Варианты ответа	Вологда			Череповец			Районы		
	Год								
	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Да	37,9	45,9	29,5	39,1	37,4	31,0	29,2	25,7	18,6
Болезни системы кровообращения	19,4	34,2	22,1	23,5	31,5	28,1	31,8	32,5	38,3
Болезни органов пищеварения	14,9	19,3	30,8	11,4	17,5	33,9	10,3	7,6	19,9
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	11,2	26,7	24,0	16,8	30,1	10,7	16,6	12,2	19,1
Болезни органов дыхания	5,2	4,3	13,5	10,1	11,2	21,5	4,0	4,6	11,3
Болезни эндокринной системы, расстройства питания, обмена веществ	6,0	6,8	6,7	4,0	9,8	4,1	6,7	4,1	7,1
Болезни нервной системы	3,7	1,9	3,8	4,0	0	5,8	1,3	3,0	2,8
Другие	7,4	17,3	16,3	14,1	14,7	11,5	7,0	8,1	12,8

Источник: данные мониторинга здоровья населения Вологодской области, ИСЭРТ РАН.

Заключая, отметим, что в России, согласно статистическим данным, за благоприятный для неё период развития и реформирования здравоохранения наметились положительные изменения в демографической ситуации, в частности: рождаемость выросла с 8,7‰ в 2000 г. до 12,5‰ в 2010 г., смертность снизилась с 15,4 до 14,2‰ соответственно. Хотя ожидаемая продолжительность жизни увеличилась с 65,3 до 69 лет, но Россия по-прежнему значительно отстает от развитых стран как в целом по ОПЖ населения, так и по ОПЖ среди мужчин и женщин. При этом мужчины в среднем живут на 15, а женщины – на 8 лет меньше, чем в европейских государствах. Россия стоит в одном ряду с Азербайджаном – 68 лет, Боливией – 66, Гватемалой – 69 лет, опережая лишь африканские страны и ряд стран Азии. Значительный вклад в снижение ожидаемой продолжительности жизни вносит смертность населения в трудоспособном возрасте. Здоровье россиян за относительно благополучный период 1998 – 2008 гг. даже не стабилизировалось.

Во всех регионах России продолжался рост заболеваемости, которая за 2000–2010 гг. в целом увеличилась на 5% (с 1990 по 2010 г. – на 45%). Значительное повышение отмечено по классам болезней: травмы и отравления – 12% (773%), нервной системы и органов чувств – 7% (209%). Болезни социальной обусловленности остаются на опасно высоком уровне (туберкулез – 85,1 чел. на 100 тыс. населения), превышающем порог эпидемии (по нормативам ВОЗ – 50 чел. на 100 тыс.). О значительном ухудшении здоровья населения в России говорит высокий уровень инвалидности. В ее структуре преобладают болезни органов кровообращения – более 50% всех причин и злокачественные новообразования – с долей около 13%.

В период с 2000 по 2011 г. на фоне хорошего социально-психологического самочувствия населения произошло улучшение самооенок здоровья. Это подтверждает и положительная динамика индекса самооценки здоровья. В то же время здоровье населения даже в благоприятный период было не выше среднего уровня (ИСЗ = 0,633 – 0,678; при установленном интервале среднего уровня от 0,61 до 0,8).

В целом улучшение самооенок здоровья в благоприятный период социально-экономического развития страны и региона отражает состояние не только соматического (физического) здоровья, но и психологического самочувствия населения. За это время увеличилась численность людей, испытывающих преимущественно позитивные эмоции.



## Вопросы для самопроверки и обсуждения

1. Какой показатель наиболее удобен для проведения сравнений смертности в популяциях с разной возрастной структурой? Почему?
2. В чем сущность показателя «ожидаемая продолжительность жизни» (ОПЖ)?
3. Что является причиной депопуляции в России?
4. Назовите основные причины смертности населения в России, в Вологодской области.
5. Какие тенденции и особенности присущи физическому здоровью населения Вологодской области?
6. О чём говорит индекс самооценки здоровья? Как он рассчитывается?



## Практическое задание

Как вы считаете, в чем смысл фразы «Здоровье – мудрый гонорар...»?



## Темы для рефератов

1. Статистические показатели здоровья.
2. Глобальные проблемы здоровья человечества.
3. Механизмы формирования культуры здоровья.



## Рекомендуемая литература

1. Практическая демография / под ред. Л.Л. Рыбаковского. – М.: ЦСП, 2005. – 280 с.
2. Щепин О.П., Медик В.А. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 592 с.
3. Полунина Н.В. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник для вузов. – М.: Медицинское информ. агентство, 2010. – 544 с.
4. Лисицын Ю.П., Улумбекова Г.Э. Общественное здоровье и здравоохранение. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 244 с.

### ТЕМА 3

## ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

*Ключевые понятия: психическое здоровье, психическое заболевание, суицид, аутоагрессивное поведение, факторы психического здоровья.*

**Теоретико-методологические аспекты изучения психического здоровья.** Психическое благополучие, наряду с физическим и социальным, выступает неотъемлемой частью здоровья. Психическое здоровье является «интеллектуальным и нравственным потенциалом общества, важнейшей предпосылкой его стабильности, благополучия и прогресса»<sup>31</sup>. По данным Всемирной организации здравоохранения, психиатрические расстройства – одни из наиболее распространенных причин утраты качества жизни<sup>32</sup>.



*Сарториус Норман  
(1935) –  
видный ученый-психиатр  
(Швейцария)*

Термин «психическое здоровье» был введен в 1978 г. специалистом ВОЗ Н. Сарториусом. Он определил его:

- 1) как отсутствие выраженных психических расстройств;
- 2) определенный резерв сил человека, благодаря которому он может преодолеть неожиданные стрессы или затруднения, возникающие в исключительных обстоятельствах;

<sup>31</sup> Дмитриева Т.Б., Положий Б.С. Психическое здоровье россиян // Человек. – 2002. – №6.

<sup>32</sup> Масштаб неврологических и психиатрических проблем в последнем десятилетии 20 века и тенденции их будущего развития в свете статистическо-эпидемиологических данных ВОЗ // Журнал неврологии и психиатрии. – 1999. – Т. 99. – С. 46-47.

3) состояние равновесия между человеком и окружающим миром, гармония между ним и обществом.

В самом общем виде психическое здоровье можно определить как «совокупность установок, качеств и функциональных способностей, которые позволяют индивиду адаптироваться к среде»<sup>33</sup>.

Под *психическими заболеваниями* (психическими патологиями, психическими болезнями) понимаются болезни, обусловленные патологией головного мозга, проявляющиеся в виде расстройства *психической деятельности*<sup>34</sup>.

Категорию «психическое здоровье» можно рассматривать на двух уровнях – индивидуальном и общественном.

Индивидуальное психическое здоровье – это такое состояние психики индивида, которое характеризуется цельностью и согласованностью всех психических функций организма, обеспечивающих чувство субъективной психической комфортности, способность к целенаправленной осмысленной деятельности и оптимальному выполнению социальных функций, адекватных общечеловеческим ценностям и этнокультурным особенностям той группы, к которой принадлежит индивид<sup>35</sup>. Сущностными характеристиками индивидуального психического здоровья выступают:

1. Уникальность и неповторимость каждой конкретной личности, а также ее самоидентификация.
2. Способность к саморазвитию.
3. Способность человека адаптироваться к изменяющимся условиям внешней среды.

Понятие «общественное психическое здоровье», согласно определению ВОЗ, отражает уровень психического здоровья популяции, степень распространенности в ней *психических заболеваний, алкоголизма и наркомании, умственной отсталости, суицидов*<sup>36</sup>.

Общественное психическое здоровье является индикатором интеллектуального и нравственного состояния общества, его духовного потенциала<sup>37</sup>.

---

<sup>33</sup> Ласовская Н.Ф. Социальное здоровье населения и национальная безопасность общества // Электронное периодическое издание «Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки». – 2011. – №1. – URL: [http://www.online-science.ru/m/products/philosophy\\_science/gid47/pg1/](http://www.online-science.ru/m/products/philosophy_science/gid47/pg1/)

<sup>34</sup> Медицинская энциклопедия: в 10 т. [Электронный ресурс]. – М.: Новый Диск, 2003. – 2 электрон. опт. диска (CD-ROM).

<sup>35</sup> Дмитриева Т.Б., Положий Б.С. Психическое здоровье россиян // Человек. – 2002. – №6.

<sup>36</sup> Там же.

<sup>37</sup> Зозуля Т.В. Основы социальной и клинической психиатрии. – М.: Академия, 2001. – С. 9.

Представления о психическом здоровье изменялись вместе с развитием общества, науки и практики оказания помощи психически больным людям. Начиная с конца 1950-х годов в мире стали проводиться систематические исследования, которые внесли существенный вклад в современное понимание общественного психического здоровья:

1. Исследования связи между социальным положением и психическими заболеваниями выявили большую степень распространенности психических болезней среди городского населения по сравнению с сельским, а также среди малообеспеченных социальных слоев<sup>38</sup>.



Морено Якоб Леви  
(1892 – 1974) –  
социальный психолог  
и психиатр (США)

2. Исследования людей, длительное время пребывающих в клинике, показали, что к наиболее существенным последствиям длительной госпитализации относятся разрушение социальных связей больного и утрата социальных навыков<sup>39</sup>.

Одним из первых психиатров, призывавших работать с социальным окружением в целях профилактики психических заболеваний, был Я.Л. Морено<sup>40</sup>.

3. Психические нарушения ведут к «наклеиванию ярлыка» психически больного, а «ярлык» усугубляет болезнь за счет неадекватного отношения к больному и его заболеванию со стороны социального окружения<sup>41</sup>. Для характеристики последствий предвзятого отношения к психическим нарушениям исследователи применяют термин «стигматизация».

4. Ряд работ посвящен проблеме влияния повседневных жизненных стрессов на возникновение и течение психических заболеваний<sup>42</sup>. В первую очередь к ним относятся стрессы вследствие смерти близких людей, разлуки, развода.

5. Работы, направленные на изучение семейного воспитания, установили, что высокий уровень семейной критики и других негативных эмоций вдвое увеличивает количество рецидивов заболевания<sup>43</sup>,

<sup>38</sup> Hopelessness and risk of mortality and incidence of myocardial infarction and cancer / S.A. Everson, D.E. Goldberg, G.A. Caplan, J.T. Salonen // Psychosomatic Medicine. – 1996. – Vol. 58. – P. 113-121.

<sup>39</sup> Wing J. Institutionalism and schizophrenia. – Cambridge, 1970. – 214 p.

<sup>40</sup> Лейтц Г. Классическая психодрама Я.Л.Морено. Теория и практика. – М.: Прогресс, 1994. – 248 с.

<sup>41</sup> Scheff T.J. On being mentally ill. – London, 1999. – 72 p.

<sup>42</sup> Brown G.W., Birley J.L. Crises and life changes and the onset of schizophrenia // J. Health Soc. Behav. – Albany, 1968. – Vol.9. – №3. – P. 203-235.

<sup>43</sup> Ibid.

*Два идентичных опроса общественного мнения в Великобритании, проведенные с интервалом в 10 лет, выявили, что более 80% респондентов одобряют следующее утверждение: «Большинство людей чувствуют себя неловко в присутствии психически больных» (Nixley, 1993). Комментируя препятствия в лечении депрессии, Docherty (1997) отмечал, что пациентам стыдно признаваться в наличии у них симптомов этого расстройства. Семья и друзья подвергаются стигматизации по ассоциации (так называемая «стигма вежливости») (Goffman, 1963). В исследовании 156 родителей и супругов пациентов, впервые госпитализированных в психиатрическую больницу, половина опрошенных рассказали о том, что они стремились скрыть болезнь от окружающих (Phelan et al., 1998).*

конфликты родителей становятся причиной более 60% проявлений асоциального поведения и 37% – симптомов депрессии<sup>44</sup>.

Заброшенность ребенка в первые годы жизни может задерживать развитие коры головного мозга<sup>45</sup>.

Перечисленные выше исследования доказали, что на психическое здоровье влияют социальные и социально-экономические факторы. Эти взгляды были поддержаны отечественными психиатрами (И.Я. Гурович<sup>46</sup>, А.Б. Холмогорова<sup>47</sup>),

которые считали новые идеи важным шагом на пути решения проблемы психического здоровья человека.

**Способы измерения психического здоровья.** Измерение и оценка психического здоровья представляет отдельную проблему. На индивидуальном уровне такая оценка осуществляется работниками системы здравоохранения (психологами, психиатрами, психотерапевтами) при помощи специально разработанных методик (методика диагностики оперативной оценки самочувствия, активности и настроения, тест Люшера, тест-опросник Г. Айзенка и т.д.). Общественное психическое здоровье можно оценить по прямым и косвенным показателям. К первым относятся *заболеваемость* и *болезненность* психическими расстройствами, *смертность* от психических заболеваний.

Особенность психического здоровья состоит в том, что механизм его ухудшения зачастую имеет латентный (скрытый) характер и поэтому не всегда заметен окружающим людям, даже из числа ближайшего

<sup>44</sup> Reiss D., Hetherington E.M., Plomin R. Genetic questions for environmental studies – differential parenting and psychopathology in adolescence // Arch. Gen. Psychiatry. – 1995. – Vol. 52. – P. 925–936.

<sup>45</sup> Габбард Г. Нейробиологические аспекты психотерапии // Обзор современной психиатрии. – 2001. – № 2. – С.8–14.

<sup>46</sup> Гурович И.Я. Психическое здоровье населения и психиатрическая помощь в России // Материалы XIII съезда психиатров России, г. Москва, 10–13 октября 2000 г. – М., 2000. – 421с.; Гурович И.Я., Сторожакова Я.А. Социальная психиатрия и социальная работа в психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – Т. 8. – № 4. – С. 5–20.

<sup>47</sup> Холмогорова А.Б. Биопсихосоциальная модель как методологическая основа изучения психических расстройств // Социальная и клиническая психиатрия. – 2002. – Т. 12. – Вып. 3. – С. 97–104.

окружения индивида. При измерении психического здоровья следует учитывать, что за психиатрической помощью обращается лишь небольшая часть нуждающихся, поэтому официальная статистическая информация недостаточно полно отражает реальную ситуацию и нуждается в уточнении за счет сведений, полученных другими методами.

Первые проявления психического нездоровья носят не прямой (заболеваемость, болезненность), а косвенный характер, поэтому для оценки общественного психического здоровья в большей степени подходит комплекс показателей, к которым относятся:

- уровень самоубийств;
- уровень смертности от убийств;
- уровень смертности от случайных отравлений алкоголем;
- уровень преступности (и, в частности, уровень убийств);
- уровень заболеваемости алкоголизмом и алкогольными психозами;
- уровень заболеваемости наркоманией.

Перечисленные индикаторы фиксируются Федеральной службой государственной статистики и ее территориальными подразделениями. Кроме того, в ведомственных учреждениях (таких как психиатрическая больница, станция скорой помощи, органы УВД и т.д.), работающих непосредственно с населением, ведется архив дополнительной, более конкретной информации, которая также может использоваться для анализа общественного психического здоровья (например, количество суицидальных попыток и ситуационные обстоятельства их совершения, условия жизни и социальные характеристики людей, страдающих психическими расстройствами, сезонные характеристики суицидов и т.д.).

Среди косвенных показателей, характеризующих психическое здоровье населения, важнейшим является уровень самоубийств (суицидов). Суицидальное поведение – одна из форм *саморазрушающего (аутодеструктивного)* поведения. К нему относятся любые действия, над которыми у человека имеется волевой контроль, которые способствуют продвижению индивида в направлении более ранней физической смерти. Таким образом, саморазрушающее поведение включает в себя курение, злоупотребление алкоголем и наркотиками, сознательное несоблюдение правил дорожного движения и многое другое. Репрезентативность смертности от самоубийств как индикатора



общественного психического здоровья заключается в том, что суициды обуславливаются факторами самой различной направленности (социально-экономической, психологической, медицинской и т.д.).

Наряду с анализом официальных статистических данных одним из способов измерения уровня и основных тенденций психического здоровья является *мониторинг общественного мнения*.

Преимущество данного метода исследования состоит в том, что он позволяет отслеживать динамику изменений, происходящих в общественном психическом здоровье, до того момента, когда они приобретут характер патологии. Кроме того, мониторинг дает возможность определять конкретные социально-экономические и демографические характеристики лиц, испытывающих проблемы с психическим здоровьем, что способствует выявлению и преодолению факторов риска психических заболеваний.

Основная трудность применения мониторинга как метода исследования психического здоровья связана с организационными вопросами. Во-первых, необходимо соблюдение всех правил проведения социологического исследования (репрезентативность выборки, регулярность проведения опросов и т.д.).

Во-вторых, когда речь идет об измерении психического здоровья, возникают сложности морально-этического характера, поэтому особые требования предъявляются к содержательной части мониторинга. Вопросы, которые позволяют оценить психическое здоровье, носят глубоко личностный характер и могут спровоцировать резкое негативное отношение респондента к анкетеру. В случае же когда обследуемый обладает повышенной чувствительностью или находится в сложной жизненной ситуации (о чем может не догадываться интервьюер), вопросы мониторинга могут вызвать вспышки агрессии, приступ депрессии или, в худшем случае, спровоцировать попытку суицида. В связи с этим мониторинг психического здоровья должен составляться под тщательным руководством дипломированного специалиста или человека, имеющего богатый опыт работы с соответствующей категорией населения.

В структуру мониторинга могут быть включены уже разработанные методики оценки психического состояния: например, Миннесотский многофакторный личностный опросник (тест ММПИ), методика

изучения социальной фрустрированности Л.И. Вассермана, методика экспресс-диагностики невроза К. Хека и Х. Хеса, методика измерения депрессивных состояний Зунге, госпитальная шкала тревоги и депрессии. Все эти методики не предназначены для точной диагностики психического заболевания, однако с их помощью можно вычислить степень предрасположенности респондента к каким-либо формам психической патологии, что существенно повышает надежность исследований.

Эмоциональное состояние людей, их поведение зависят от остроты социальных проблем и противоречий, удовлетворения социальных интересов, характеризующих деятельность человека<sup>48</sup>. Поэтому в современных условиях все более отчетливо выявляется зависимость психического здоровья от социальных факторов, условий его жизни. Для того чтобы оценить влияние социальных условий на психическое здоровье, пользуются индикатором «*социальное настроение*», отталкиваясь от той позиции, что преобладание негативных тенденций в настроении на протяжении длительного времени не может не сказываться отрицательно на психическом состоянии человека. Измерить социальное настроение можно при помощи специальных вопросов, включенных в мониторинг психического здоровья (например, «Как Вы оцениваете свое настроение в настоящее время?»).

**Современное состояние психического здоровья населения Российской Федерации.** В настоящее время сохранение и укрепление психического здоровья является актуальной проблемой не только в Российской Федерации, но и на мировом уровне. По мнению экспертов Всемирной организации здравоохранения, масштаб проблемы дает основания рассматривать психические болезни (включая алкоголизм и наркоманию) в качестве основной угрозы здоровью и продуктивности нации во всем мире<sup>49</sup>. Одно из самых распространенных психических заболеваний – *депрессия* в настоящее время занимает первое место в мире среди причин неявки на работу и второе – среди болезней, приводящих к потере трудоспособности. По прогнозам ВОЗ, к 2020 году она будет находиться на лидирующей позиции среди самых распространенных болезней, опередив онкологические и травматические заболевания.

<sup>48</sup> Гулин К.А. Духовное здоровье населения Вологодской области // Народонаселение. – 2000. – №4. – С. 117-124.

<sup>49</sup> Концепция «Вологодская область – Здоровье-21: долгосрочная политика охраны и укрепления здоровья населения Вологодской области». – Вологда, 2000. – С. 16.

*По данным ВОЗ, каждый 4-5 житель Земли страдает психическими расстройствами. К 2020 году депрессия выйдет на первое место по числу заболевших и на 2 место среди причин инвалидности и смертности людей во всем мире. Около 15% людей, страдающих хронической депрессией, заканчивают жизнь самоубийством, а каждый пятый в своей жизни так или иначе переносит депрессию, но к психиатрам не обращается. Специалисты отмечают, что предрасположенность к депрессии носит генетический характер и люди, которые имеют такую предрасположенность, рискуют заполучить это заболевание в 4 раза чаще, чем другие.*

В программе Всемирной организации здравоохранения «Здоровье – 21: политика достижения здоровья для всех в Европейском регионе» улучшение психического здоровья населения отмечено как одна из задач первостепенной важности. В частности, указывается, что «улучшение психического здоровья – особенно снижение числа самоубийств – требует самого пристального внимания к вопросам укрепления и охраны психиче-

ского здоровья на протяжении всей жизни, в частности, в находящихся в неблагоприятном социально-экономическом положении группах населения»<sup>50</sup>.

Статистика заболеваемости и смертности от психических расстройств в Российской Федерации имеет тенденцию снижения (рис. 3.1, 3.2). Это связано со стабилизацией экономической и политической жизни в стране после социально-экономических кризисов 1991 и 1998 гг. За период с 1990 по 2010 г. уровень заболеваемости психопатологиями снизился со 107 до 52 на 100 тыс. населения, смертность от психических расстройств уменьшилась с 6 до 4 случаев на 100 тыс. нас.

*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-HTT, отныне будет считаться главной причиной депрессии. Именно данный ген является причиной депрессий, возникающих у людей после развода, болезни близких или автомобильной катастрофы».*

Тем не менее ситуация в стране продолжает оставаться напряженной, о чем свидетельствуют исследования психического здоровья, регулярно проводимые на региональном уровне. По мнению экспертов, общее число лиц, страдающих психическими расстройствами (от самых тяжелых до едва заметных), может составлять 52 млн. человек, или треть населения страны<sup>51</sup>.

<sup>50</sup> Здоровье – 21: политика достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. – Копенгаген, 1998.

<sup>51</sup> Зозуля Т.В. Основы социальной и клинической психиатрии. – М.: Академия, 2001. – С. 18.

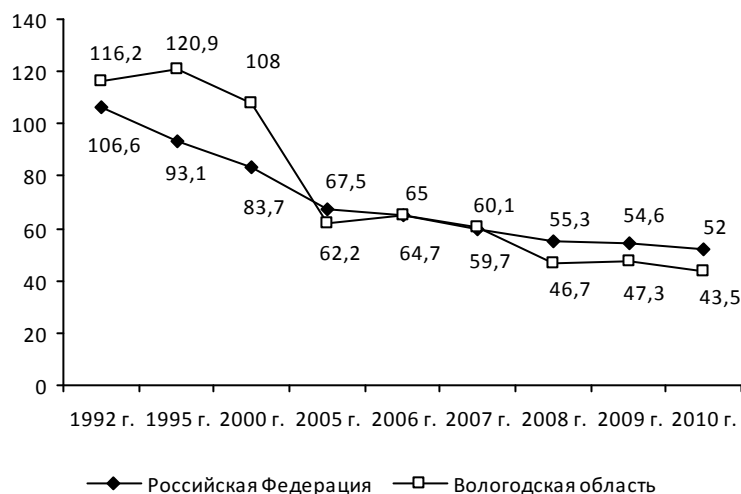


Рис. 3.1. **Заболеваемость психическими расстройствами и расстройствами поведения** (взято под наблюдение с диагнозом, установленным впервые, на 100 тыс. чел.)

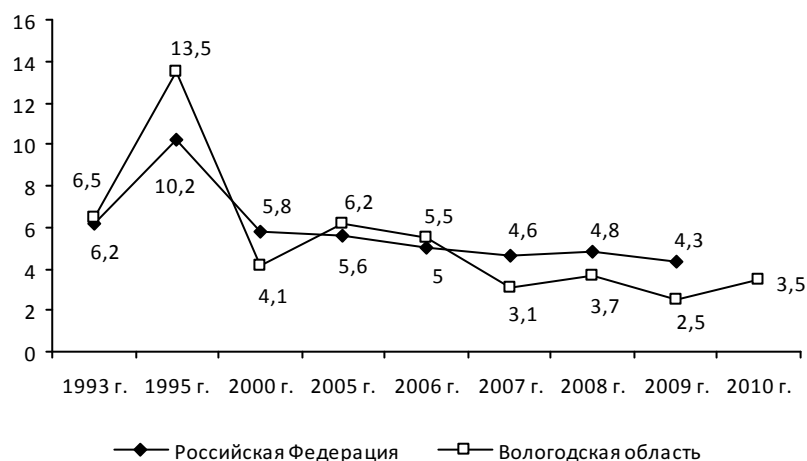


Рис. 3.2. **Смертность от психических расстройств** (число умерших на 100 тыс. чел.)

О негативном состоянии общественного психического здоровья российского населения свидетельствует также и тот факт, что страна на протяжении последних двадцати лет ежегодно становится одним из лидеров по уровню смертности от самоубийств (табл. 3.1). Оценивая актуальность данной проблемы в России, Всемирная организация здравоохранения признала её находящейся в состоянии вялотекущей чрезвычайной ситуации<sup>52</sup>.

<sup>52</sup> Национальная психолого-психиатрическая энциклопедия [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://vocabulary.ru/>

Таблица 3.1. Ранжирование стран-лидеров по уровню смертности от самоубийств (число умерших на 100 тыс. населения; объем выборки – 53 страны)

1990 г.	1995 г.	2000 г.	2005 г.	2009 г.
1. Венгрия (38,1)	1. Литва (47,9)	1. Литва (46,7)	1. Литва (37,0)	1. Литва (31,5)
2. Финляндия (29,1)	<b>2. Россия (41,6)</b>	<b>2. Россия (37,8)</b>	<b>2. Россия (29,8)</b>	2. Казахстан (24,5)
3. Словения (28,0)	3. Эстония (40,9)	3. Беларусь (34,2)	3. Беларусь (29,0)	<b>3. Россия (24,1)</b>
4. Эстония (27,6)	4. Латвия (40,7)	4. Казахстан (32,7)	4. Казахстан (26,8)	4. Венгрия (21,8)
5. Литва (27,2)	5. Казахстан (33,3)	5. Латвия (30,7)	5. Венгрия (23,2)	5. Латвия (20,7)

Источник: Европейская база данных ВОЗ «Здоровье для всех». – URL: [http://data.euro.who.int/hfad/shell\\_ru.html](http://data.euro.who.int/hfad/shell_ru.html)

Несмотря на позитивную тенденцию снижения, наблюдающуюся с начала 2000-х гг., среднероссийский показатель смертности от самоубийств с 1990 г. превышает *предельно критическое значение*, установленное Всемирной организацией здравоохранения (20 случаев на 100 тыс. населения; рис. 3.3).

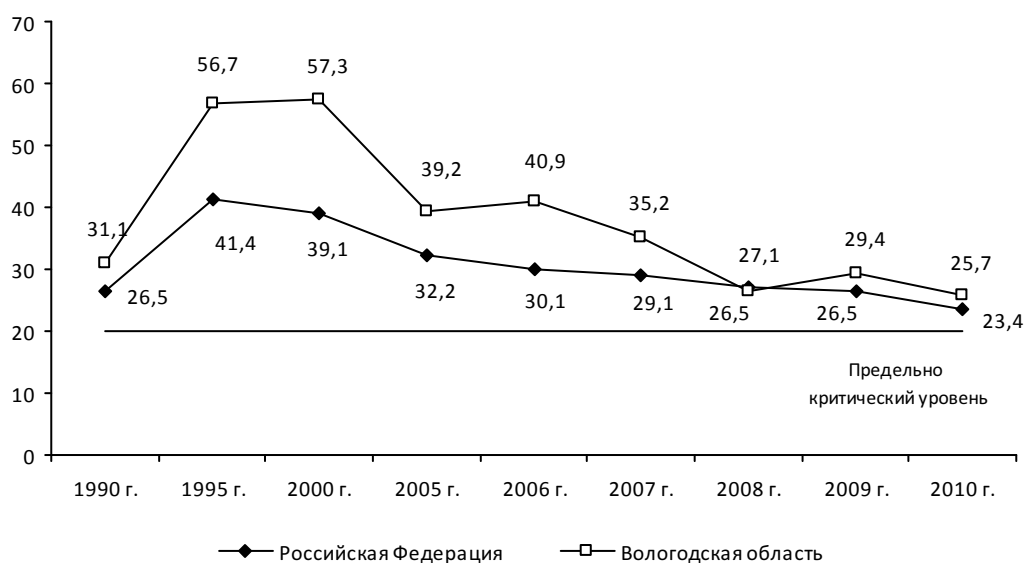


Рис. 3.3. Уровень смертности от самоубийств (число умерших на 100 тыс. нас.)

Для сравнения: в странах Европейского региона среднее число случаев самоубийств составляет 17,5 на 100 тыс. населения<sup>53</sup>. В Вологодской области уровень суицидов выше, чем в среднем по стране, на протяжении последних 20-ти лет.

<sup>53</sup> Гулин К.А., Фалалеева О.И., Ослопова Ю.Е. Проблемы психического здоровья населения. – Вологда: Вологодский научно-координационный центр ЦЭМИ РАН, 2003. – 71 с.

Заболеваемость алкоголизмом и алкогольными психозами, несмотря на постепенное снижение с 2005 г., остается более высокой, чем в 1992 г. (рис. 3.4). То же самое характерно для тенденции смертности населения от убийств и случайных отравлений алкоголем (рис. 3.5, 3.6).

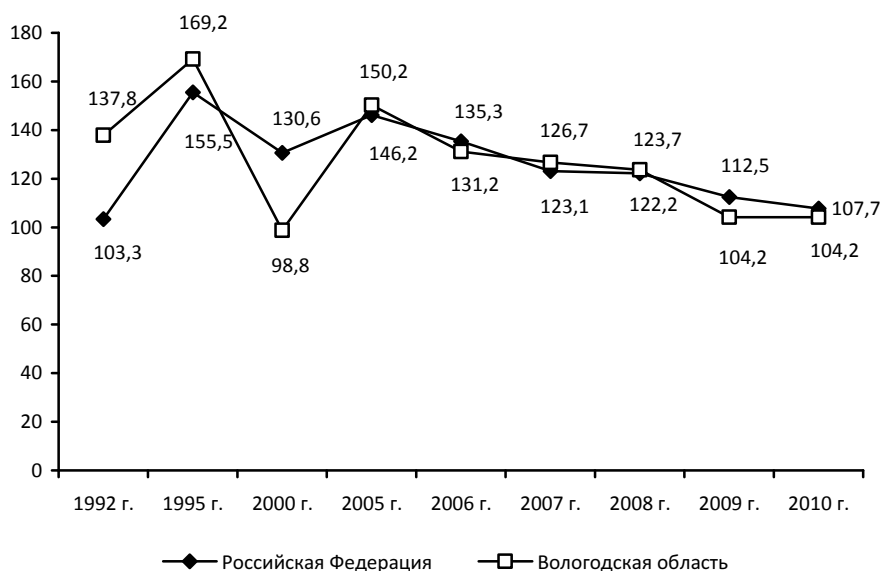


Рис. 3.4. **Заболеваемость алкоголизмом и алкогольными психозами** (взято под наблюдение с диагнозом, установленным впервые, на 100 тыс. чел.)

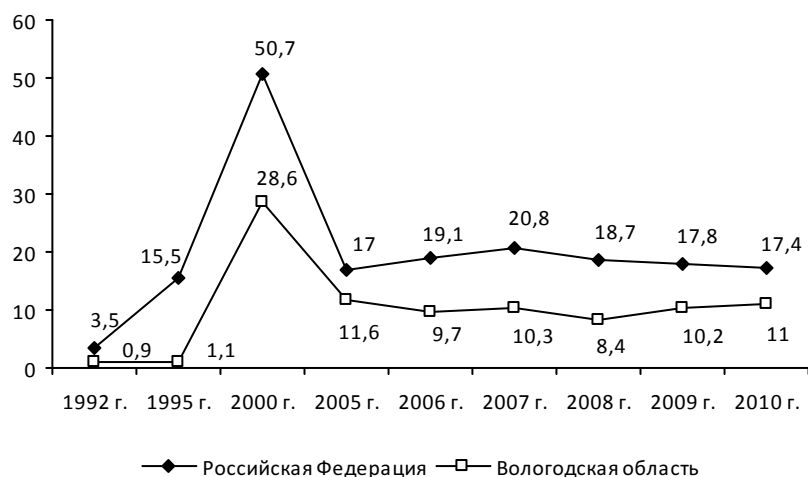


Рис. 3.5. **Заболеваемость наркоманией** (взято под наблюдение с диагнозом, установленным впервые, на 100 тыс. чел.)

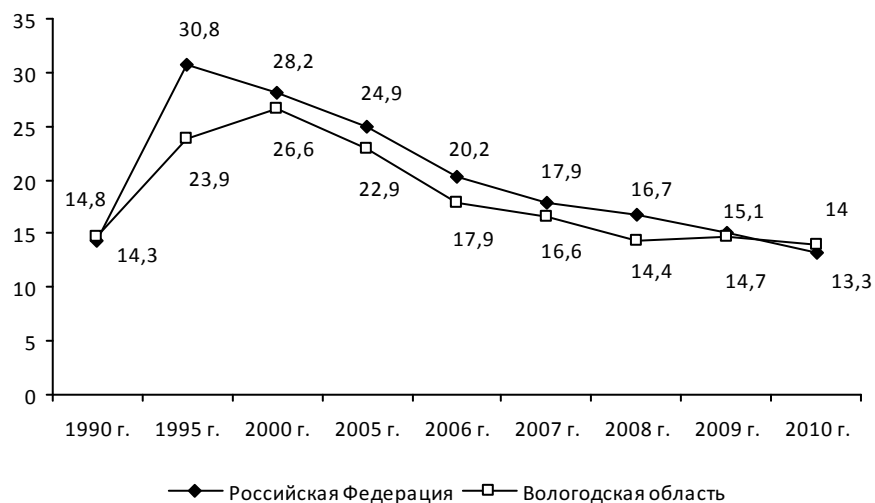


Рис. 3.6. Смертность от убийств (число умерших на 100 тыс. нас.)

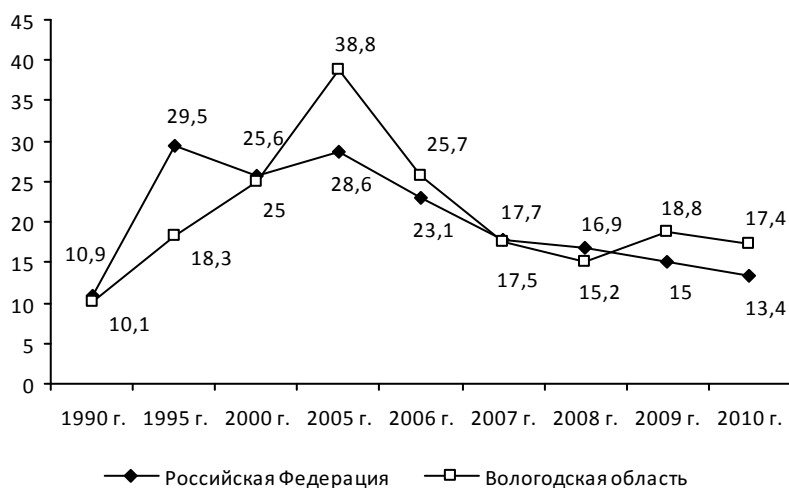


Рис. 3.7. Смертность от алкогольных отравлений (число умерших на 100 тыс. нас.)

Наиболее негативная ситуация наблюдается в отношении наркомании, уровень распространения которой (после резкого снижения в начале 2000-х гг.) остается стабильным уже около 10 лет (рис. 3.7).

Динамика социального настроения, по данным опросов, имеет тенденцию улучшения. За период с 2001 по 2011 г. число людей, позитивно характеризующих свое повседневное настроение, увеличилось на 18% (рис. 3.8).



Рис. 3.8. Динамика социального настроения на территории Вологодской области (в % от числа опрошенных)

За этот же период снизился уровень распространенности признаков неврозов (с 27 до 12%), тревоги (с 40 до 28%), депрессии (с 33 до 27%); рис. 3.9). Однако следует отметить, что с 2007 г. этот процесс протекает достаточно нестабильно. За 2006 – 2011 гг. доля людей, проявляющих симптомы психического нездоровья, практически не изменилась.



Рис. 3.9. Доля жителей, проявляющих симптомы тревоги, депрессии, невроза (в % от числа опрошенных)



Таким образом, анализ основных индикаторов свидетельствует о том, что психическое здоровье российского населения было подорвано в 1990-х гг., когда в стране имел место кризис социально-экономической, политической и культурной сфер. С 2000-х гг., по мере стабилизации ситуации, стали улучшаться и показатели психического здоровья. В настоящее время этот процесс не завершен: по многим показателям Россия отстает от развитых стран и все еще не достигла того уровня, который она имела в начале 1990-х гг.

**Факторы психического здоровья.** По мнению экспертов ВОЗ, основными причинами роста числа психических расстройств в современном мире являются возрастание плотности населения; урбанизация; разрушение природной среды; усложнение производственных и образовательных технологий; лавинообразно нарастающий информационный прессинг; рост числа чрезвычайных ситуаций; ухудшение физического, в том числе репродуктивного, здоровья; рост числа травм головного мозга и родовых травм; интенсивное постарение населения.

*Факторы*, влияющие на состояние психического здоровья, могут быть классифицированы следующим образом:

1. Мегафакторы (от греч. «megas» – большой): фазы солнечной активности, времена года, этнический состав населения и т.д.

2. Мезофакторы (от греч. «mesos» – средний, промежуточный): особенности социально-экономической ситуации в стране, уровень напряженности в обществе и др.

3. Микрофакторы (от греч. «mikros» – малый): особенности социальных контактов индивида, уровень благосостояния, место и условия проживания, характер профессиональной занятости и т.д.

Воздействие факторов психического здоровья носит комплексный характер, то есть в большинстве случаев какая-либо психическая патология или незначительное отклонение от нормы вызывается не одним фактором, а их совокупностью. Например, ухудшение социально-экономической ситуации в стране ведет к снижению денежных доходов населения. Это, в свою очередь, вызывает необходимость поиска дополнительных источников дохода, ухудшает качество питания, снижает возможности отдыха и т.д. Как следствие, у человека накапливается усталость, появляется раздражительность, ухудшаются взаимоотношения с окружающими, что в конечном счете может привести к нервному срыву в той или иной форме проявления (депрессия, вспышка агрессии, алкоголизм и др.).

Таким образом, в реальной жизни психологические и социальные факторы, определяющие поведение, неразделимы. Они всегда сочетаются друг с другом и присутствуют либо как фигура, либо как фон<sup>54</sup>.

Основными факторами психического здоровья являются следующие.



*Дюркгейм Эмиль*  
(1858 – 1917) –  
социолог и философ,  
создатель французской  
социологической школы  
(Франция)

*1. Пол.* По мнению Э. Дюркгейма, у мужчин в большей степени развит процесс социализации, они активнее участвуют в жизни общества и поэтому чаще испытывают негативные факторы его влияния. Кроме того, в силу особенностей своего мышления и видения мира мужчины действуют более радикально, поэтому, например, самоубийства среди них совершаются примерно в 5 – 7 раз чаще, чем среди женщин.

Вместе с тем женщины более социально контактны, чаще обращаются за помощью к специалистам по охране психического здоровья. Они чаще переживают по поводу жизненных проблем и склонны к проявлению симптомов депрессии, хотя эти переживания не всегда достигают уровня психической патологии. По данным мониторинга, уровень распространенности симптомов негативных психических состояний (тревоги, депрессии, невроза) у женщин и мужчин составляет соответственно 62 и 38%, доля испытывающих преимущественно негативные эмоции – 63 и 37%. Таким образом, среди женщин те или иные симптомы психического нездоровья могут возникать чаще, однако степень их проявления сильнее у мужчин.

*2. Возраст.* Примером влияния возрастного фактора на психическое здоровье могут послужить особенности мотивов суицидального поведения: в 12-летнем возрасте ими чаще всего становятся ссоры в семье, агрессивное, негативное отношение родителей к ребенку; в подростковом – конфликты со сверстниками и учителями; в юношеском – проблемы любовного характера; в зрелом – трудности в поиске работы, создании и обеспечении семьи; в пожилом – утрата социальных связей в связи с выходом на пенсию, а также стремительная потеря резервов физического здоровья.

<sup>54</sup> Шихирев П.Н. Современная социальная психология. – М., 1999. – 448 с.

Таким образом, воздействию факторов психического здоровья человек подвергается на протяжении всей своей жизни. При этом в различные возрастные периоды характер этих факторов меняется: снижается интенсивность одних причин, повышается актуальность других, что в сумме складывается в естественный процесс, заставляющий человека развиваться и самосовершенствоваться.

В зависимости от того, в каких возрастных группах наиболее часто возникают те или иные проявления психического нездоровья, исследователи определяют категории населения, входящие в группу повышенного риска. Например, по данным социологического мониторинга в Вологодской области, к ним относятся люди старше 55 лет. Среди них чаще всего встречаются лица, негативно характеризующие свое настроение (35%) и проявляющие признаки психопатологий (53%).

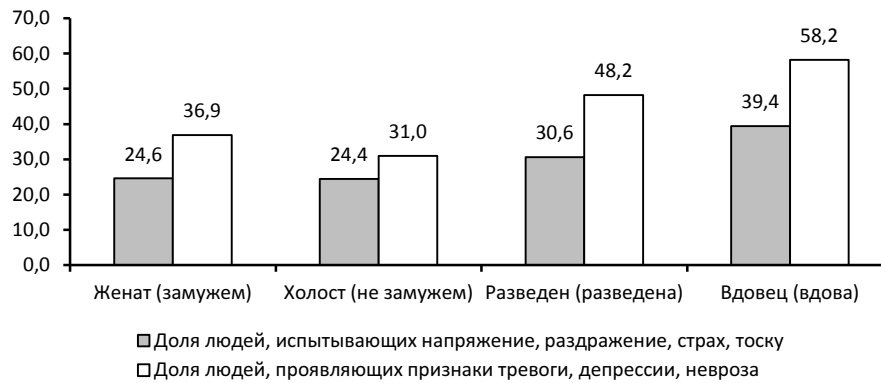
*3. Семейное положение.* Семья не всегда является гарантом психологического благополучия индивида, особенно если семейные взаимоотношения характеризуются повышенной конфликтностью. Вместе с тем одинокие люди ведут более замкнутый образ жизни и чаще подвержены депрессии (особенно когда одиночество вызвано разводом или смертью одного из супругов). Всемирная организация здравоохранения подчеркивает важную роль семьи как антисуицидального фактора<sup>55</sup>. В доказательство этой гипотезы можно привести данные социологического опроса: разведенные и вдовы жители Вологодской области характеризуются более негативными показателями психического здоровья по сравнению с семейными и холостыми (незамужними) людьми (рис. 3.10). Причем необходимо учитывать, что в состав последних входит определенная доля детей и подростков, живущих с родителями. Люди, неудовлетворенные своими отношениями с супругом (супругой), чаще проявляют симптомы психопатологий (61% против 35%) и негативные эмоции (52% против 21%).

*4. Уровень образования.* Люди с более высоким уровнем образования реже проявляют признаки психического нездоровья. Сущность низкого уровня образования как фактора психического здоровья состоит в том, что им чаще всего обладают люди малопrestижных профессий из менее культурной социальной среды. В таких жизненных условиях более распространены межличностные конфликты, которые

---

<sup>55</sup> Насилие и его влияние на здоровье: доклад о ситуации в мире / ВОЗ, Женева. – М.: Весь мир, 2003. – С. 201.

зачастую провоцируют нервный срыв или попытку суицида. Кроме того, социологические исследования показали, что люди с высоким уровнем образования в 2 раза чаще говорят о своей удовлетворенности жизнью, чем люди с низким уровнем образования<sup>56</sup>.



**Рис. 3.10. Характеристики психического здоровья жителей Вологодской области в зависимости от их семейного положения (в % от числа опрошенных)**

Судя по результатам исследования суицидальных попыток, 84% из них совершаются людьми со средним, неполным средним или начальным профессиональным образованием (для сравнения: среди людей с высшим или неполным высшим образованием их доля составляет 10%)<sup>57</sup>. Симптомы психических патологий, по данным социологического мониторинга, проявляют 67% людей с начальным или неполным средним образованием, 43% – со средним или средним специальным образованием, 39% – с незаконченным высшим и 25% – с высшим и послевузовским высшим образованием. Негативные эмоции испытывают 56% людей с начальным или неполным средним образованием против 21% имеющих высшее образование.

**5. Место проживания.** Уровень психического здоровья жителей сельской местности ниже, чем у горожан. На это влияют тяжелые материальные и бытовые условия проживания в сельской местности, отсутствие специалистов и служб психологической помощи, небольшое количество культурно-досуговых учреждений, высокая степень

<sup>56</sup> Исак О.В. Самоубийства в Молдове с позиций концепции Э. Дюркгейма // Социологические исследования. 2004. – №12. – С. 67.

<sup>57</sup> 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.

актуальности различных социальных проблем (алкоголизм, нищета, криминальное поведение и т.д.), общее состояние упадка традиционных ценностей и норм морали. Уровень суицидов на сельских территориях ежегодно выше, чем в городах (75 и 40 случаев на 100 тыс. населения соответственно). Симптомы психических расстройств проявляют 50% жителей сельских территорий и 36% – городских. Аналогичны показатели в отношении носителей негативных эмоций – 30 и 26% соответственно.

6. *Условия проживания.* Недостаточная благоустроенность жилого помещения (теснота, холод, сырость, шум, дефицит солнечного света и т.д.) способствует развитию самых разных, в том числе психических, заболеваний. Комфортность жилья имеет большое значение для восстановления работоспособности после трудового дня. С психологической точки зрения собственное жилье является для человека тем местом, где он может оградить себя и свою семью от негативных факторов окружающей социальной среды.

Важную роль условий проживания в формировании психического здоровья подтверждают следующие данные: среди людей, проявляющих симптомы психического нездоровья, каждый второй (51%) недоволен своими жилищно-бытовыми условиями, каждый четвертый (24%) проживает в неблагоустроенной, коммунальной квартире или общежитии.

7. *Уровень доходов.* Повышенным риском ухудшения психического здоровья обладают люди с низким уровнем благосостояния. В такой среде наблюдается менее развитый культурный потенциал, высокая степень криминогенности обстановки, тяжелые условия быта, ограниченная возможность пользования услугами досуговых учреждений, а также распространен алкоголизм и другие социальные проблемы. Кроме того, низкий уровень доходов вынуждает человека искать дополнительные источники заработка, что может происходить в ущерб психическому или физическому здоровью. Исследования, проведенные научным коллективом ИСЭРТ РАН, показали, например, что уровень смертности от убийств и самоубийств тесно связан с численностью населения, имеющего доходы ниже величины прожиточного минимума<sup>58</sup>. Тот факт, что низкий уровень благосостояния является фактором психического нездоровья, подтверждают и данные социологического мониторинга (табл. 3.2).

---

<sup>58</sup> Морев М.В. Оценка социально-экономического ущерба вследствие смертности населения от самоубийств. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2011. – С. 49.

**Таблица 3.2. Характеристики психического здоровья жителей  
Вологодской области в зависимости от уровня их материального положения  
(в % от числа опрошенных)**

Категории ответов	Социальное настроение		Признаки психопатологии	
	Прекрасное, нормальное, ровное состояние	Напряжение, раздражение, страх, тоска	Отсутствие признаков	Признаки тревоги, депрессии, невроза
<i>Децильные группы по уровню дохода</i>				
20% наименее обеспеченных	61,7	38,3	49,8	50,2
60% среднеобеспеченных	73,0	27,0	59,8	40,2
20% наиболее обеспеченных	78,4	21,6	71,5	28,5
<i>Покупательная способность доходов</i>				
Денег вполне достаточно, чтобы ни в чём себе не отказывать	85,1	14,9	76,0	24,0
Покупка большинства товаров длительного пользования (холодильник, телевизор) не вызывает у нас трудностей, однако покупка автомашины сейчас недоступна	85,4	14,6	81,8	18,2
Денег достаточно для приобретения необходимых продуктов и одежды, однако более крупные покупки приходится откладывать на потом	75,4	24,6	62,0	38,0
Денег хватает только на приобретение продуктов питания	63,9	36,1	49,5	50,5
Денег не хватает даже на приобретение продуктов питания, приходится влезать в долги	58,8	41,2	54,5	45,5
<i>Субъективная самооценка своего экономического положения (отношу себя к ...)</i>				
Богатым	81,8	18,2	63,6	36,4
Людям среднего достатка	83,0	17,0	70,8	29,2
Бедным	66,4	33,6	52,4	47,6
Нищим	55,9	44,1	41,9	58,1
Затрудняюсь ответить	70,7	29,3	65,2	34,8

8. *Социально-экономические условия в стране (регионе)*. Вследствие ухудшения социально-экономической обстановки у многих людей сохраняется общий негативный фон восприятия своей повседневной жизни, что накладывает отпечаток и на их психику<sup>59</sup>. Последствия социально-экономических кризисов носят комплексный характер, обостряя актуальность социальных проблем, отражаясь на стремительном росте заболеваемости и смертности населения, разрушая его доверие к самым важным социальным институтам (семья, религия, государство).

<sup>59</sup> Ослопова Ю.Е. Общественное психическое здоровье населения региона (на примере Вологодской области): дис. ... канд. экон. наук: 08.00.05. – Вологда, 2005. – С. 204.

Российская Федерация является примером страны, где ярко проявились воздействия социально-экономических кризисов на психическое здоровье населения. Как отмечал член президиума Российского общества психиатров 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»<sup>60</sup>.

Аналогичная ситуация характерна и для других причин смертности, связанных с психическим здоровьем. Так, после кризиса 1991 г. уровень смертности от внешних причин в стране резко увеличился (в 1991 г. – 142 случая на 100 тыс. нас., в 1992 г. – 173, в 1993 г. – 228, в 1994 г. – 251), однако в 1995 – 1998 гг. данный показатель снизился (с 251 до 187 случаев на 100 тыс. нас.). Аналогичная динамика смертности от внешних причин наблюдалась в период кризиса 1998 г.: резкое увеличение в 1999 г. (со 187 до 206 случаев на 100 тыс. нас.) и дальнейший рост показателя к 2002 г. (до 235 случаев на 100 тыс. нас.).

9. *Уровень безработицы.* Степень занятости, характер и удовлетворенность профессиональной деятельностью является важнейшей стороной жизни, во многом определяющей мировоззрение человека. Влияние работы на его психическое здоровье состоит в том, что она дает ему возможность быть материально независимым, обеспечивает определенный уровень социального контроля, способствует расширению круга знакомств и интересов. В то же время ежедневные и длительные занятия нелюбимым и к тому же сопряженным с нервными нагрузками делом негативно влияют на все стороны жизни человека, повышая тем самым степень риска психического нарушения. Поэтому, например, уровень суицидов существенно выше среди безработных, чем среди работающего населения (49% от числа совершивших попытку самоубийства



*Войцех  
Владимир Федорович  
(1941 – 2010) –  
известный российский  
психиатр*

<sup>60</sup> Седова Ю. Доктор, спасите меня от меня самого!: интервью с В.Ф. Войцехом [Электронный ресурс] // Научная среда. – 2001. – № 31-32. – 8 – 14 авг. – URL: [http://www.lgz.ru/archives/html\\_arch/lg31-322001/Tetrad/art8.htm](http://www.lgz.ru/archives/html_arch/lg31-322001/Tetrad/art8.htm)

не имеют постоянного места работы). Бедность и низкое социальное положение – оба эти следствия безработицы, по-видимому, часто повышают уровень суицидального поведения, особенно в том случае, если работа потеряна внезапно<sup>61</sup>. По данным мониторинга, среди тех, кто проявляет симптомы психических патологий, 54% не удовлетворены содержанием своей работы в целом, 50% – условиями профессиональной деятельности. Негативные эмоции отмечают у себя 50 и 41% соответственно.

Таким образом, факторы психического здоровья имеют комплексный характер. Факторы микроуровня (пол, возраст, условия проживания и т.д.) во многом зависят от стабильности экономической и политической ситуации в стране (мезоуровень). Исследования причин, влияющих на состояние психического здоровья, на сегодняшний день не завершены. Продолжает уточняться двойственное влияние семейного положения, разрабатываются теории генетической предрасположенности. Тем не менее общий круг социально-экономических и демографических характеристик людей, имеющих психическое заболевание, с течением времени значительно не меняется, что позволяет говорить о существовании определенных условий, влияющих на формирование психического здоровья.



### **Вопросы для самопроверки и обсуждения**

1. *Что такое психическое здоровье?*
2. *Что означает термин «общественное психическое здоровье»? Как вы его понимаете?*
3. *Назовите формы аутодеструктивного поведения.*
4. *Какие показатели служат индикаторами психического здоровья?*
5. *Что повлияло на тенденции психического здоровья в Российской Федерации?*
6. *Назовите факторы риска, влияющие на состояние психического здоровья.*
7. *Факторы какого уровня, на ваш взгляд, играют первостепенную роль в формировании психического здоровья?*
8. *Какие факторы, по вашему мнению, наиболее актуальны для российского общества в настоящее время?*

---

<sup>61</sup> Исак О.В. Самоубийства в Молдове с позиций концепции Э. Дюркгейма // Социологические исследования. – 2004. – №12. – С. 118.





### Практические задания

1. Проведите анализ общественного психического здоровья в любом из регионов Российской Федерации с использованием основных индикаторов, представленных в разделе.
2. Проведите сравнительный анализ двух регионов Российской Федерации по уровню распространенности факторов риска психического здоровья.



### Темы для рефератов

1. Региональные особенности психического здоровья населения субъектов Российской Федерации.
2. Суицидальное поведение как индикатор психического здоровья российского общества.
3. Факторы психического здоровья: методы изучения, уровень распространенности, оценка последствий.
4. Роль психического здоровья в формировании полноценной личности современного общества.
5. Психическое здоровье подрастающего поколения: анализ проблемы, поиск возможностей его сохранения и укрепления.



### Рекомендуемая литература

1. Бойко О.В. Охрана психического здоровья: учеб. пособие. – М.: Академия, 2004. – 268 с.
2. Гулин К.А., Фалалеева О.И., Ослопова Ю.Е. Проблемы психического здоровья населения. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2003. – 71 с.
3. Дмитриева Т.Б., Воложин А.И. Социальный стресс и психическое здоровье. – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. – 248 с.
4. Дюркгейм Э. Самоубийство: социологический этюд. – Москва: Директ-Медиа, 2007. – 744 с.
5. Шматова Ю.Е., Фалалеева О.И., Гулин К.А. Общественное психическое здоровье: тенденции и проблемы. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2006. – 186 с.

## ТЕМА 4

### РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ

*Ключевые понятия: здоровье, репродуктивное здоровье, заболеваемость репродуктивной сферы.*

**Понятие «репродуктивное здоровье» и его оценка.** Репродуктивное здоровье, являющееся частью общего здоровья, занимает центральное место в развитии человека. Отражая качество здоровья в детском и подростковом возрасте, поддерживая воспроизводство, оно создает основу для обеспечения здоровья по прошествии репродуктивных лет жизни как женщин, так и мужчин и определяет потенциал здоровья, передаваемый от поколения к поколению.

Репродуктивное здоровье – это важнейшая составляющая здоровья каждого конкретного человека, каждой семьи и общества в целом. 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. Понятие «репродуктивное здоровье» касается и женщин, и мужчин<sup>62</sup>. Репродуктивное здоровье как категория здоровья общественного является одним из основных критериев эффективности социальной и экономической политики государства, фактором национальной безопасности.

---

<sup>62</sup> Репродуктивное здоровье: роль ВОЗ в глобальной стратегии. Охрана здоровья матери и ребенка и планирование семьи: качество помощи // Материалы 48-й сессии ВОЗ. Серия технических докладов № 569. – Женева: ВОЗ, 1977. – С. 7.

Ухудшающееся состояние соматического здоровья населения и рост патологии органов репродуктивной системы в сочетании с демографическим кризисом<sup>63</sup> объясняют повышенное внимание многих исследователей к репродуктивному здоровью. В связи с социальной обусловленностью процессов репродукции в решение проблем репродуктивного здоровья вовлечено научное сообщество, в частности социологи<sup>64</sup>.

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. Среди них можно выделить три группы показателей:

1) демографические показатели той или иной территории (общие и специальные коэффициенты естественного движения населения, младенческая и перинатальная смертность, материнская смертность);

2) некоторые показатели, характеризующие состояние здоровья населения территории (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 частоте искусственных прерываний беременности.

---

<sup>63</sup> Здоровье матери и ребенка: информ.-аналит. матер. / под ред. Л.И. Матуш, Г.А. Шишко. – Мн: ЮНИПАК, 2002.

<sup>64</sup> Денисенко М.Б., Далла Зуанна Ж.-П. Сексуальное поведение российской молодежи // Социологические исследования. – 2001. – № 2. – С. 83-87; Денисов Б.П., Сакевич В.И. Динамика эпидемии ВИЧ/СПИД // Там же. – 2004. – № 1. – С. 75-85; Журавлева И.В. Поведенческие факторы здоровья подростков // II Всерос. социолог. конгр. «Российское общество и социология в XXI веке: социальные вызовы и альтернативы» (30.09 – 02.10.2003 г.): сб. тез. – М., 2003. – С. 51-52; Резер Т.М. Медико-социальные подходы к организации полового воспитания и сексуального образования // Социологические исследования. – 2003. – № 1. – С. 102-108; Резникова Т.П. Контрацептивное поведение молодежи // Там же. – 2003. – № 1. – С. 131-135; Русанова Н.Е. Репродуктивное здоровье как фактор демографического развития // Тез. докл. и выступл. на II Всерос. социолог. конгр. «Российское общество и социология в XXI веке: социальные вызовы и альтернативы» (30.09 – 02.10.2003 г.): сб. тез. – М., 2003. – С. 35-36; Степанова Г.Б. Репродуктивное здоровье и образ жизни студенческой молодежи // Там же. – С. 793-794; Лопатина Т.В. Самосохранительное поведение и здоровье подростков // Материалы III Всероссийского социологического конгресса «Социология и общество: проблемы и пути взаимодействия». – М.: Институт социологии РАН, Российское общество социологов, 2008; Русанова Н.Е. Медико-социальные проблемы суррогатного материнства // Там же.

Как считает ряд российских авторов<sup>65</sup>, в частности В.И. Кулаков, при комплексной оценке репродуктивного здоровья семьи необходимо учитывать наличие факторов риска формирования патологии репродуктивной системы, а именно: наследственного фактора, состояния экологии, стрессового воздействия, вредных привычек, характера питания, уровня санитарно-гигиенических знаний, соматической патологии.

Исходя из определения репродуктивного здоровья, данного ВОЗ, для оценки состояния репродуктивного здоровья населения нужно использовать показатели медицинской статистики, характеризующие способность людей к зачатию и рождению детей, возможность сексуальных отношений без угрозы заболеваний, передающихся половым путем, возможность планирования беременности, безопасность беременности и родов, выживание ребенка и благополучие матери, а также уровень здоровья половой сферы будущих родителей (табл. 4.1).



*Сурмач*  
Марина Юрьевна —  
кандидат мед. наук,  
доцент Гродненского  
государственного  
медицинского университета  
(Республика Беларусь)



*Кулаков*  
Владимир Иванович  
(1937 – 2007) —  
известный специалист  
в области акушерства  
и гинекологии

По мнению М.Ю. Сурмач, для получения полной оценки уровня репродуктивного здоровья населения необходимо комплексное исследование, основанное не только на статистических данных. Уровень распространенности факторов риска, осознание населением этих факторов, степень реализации самосохранительных установок могут быть оценены социологическим исследованием. Для получения данных медико-социального характера, исследователь должен быть знаком с основами социологии медицины. Обязательно соблюдение принципа репрезентативности выборки. Оптимальным методом получения социологического материала является анонимный анкетный опрос<sup>66</sup>.

<sup>65</sup> Руководство по охране репродуктивного здоровья / В.И. Кулаков, В.Н. Серов, Л.В. Адамян и др. – М.: Триада-Х, 2001. – 565 с.

<sup>66</sup> Сурмач М.Ю. Репродуктивное здоровье и репродуктивный потенциал: методология исследования и оценки // Медицинские новости. – 2007. – № 3. – С. 40–45.

Таблица 4.1. Структура оценки репродуктивного здоровья

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

С помощью анкетного опроса приобретают данные об уровне социально-гигиенической грамотности населения, источниках информации по вопросам репродукции, о доступности и применении контрацептивных средств, удовлетворенности медицинскими услугами (в том числе консультационными). Изучение общественного мнения позволяет дополнить статистические данные и представить качественную картину репродуктивного здоровья населения.

Состояние репродуктивного здоровья, его временные или необратимые нарушения определяют ограничение способности к деторождению (или ее отсутствие) и наряду с демографической структурой и репродуктивным поведением населения являются фактором, детерминирующим рождаемость.

**Оценка состояния репродуктивного здоровья населения Вологодской области.** В начале XXI века отмечается снижение потенциала репродуктивного здоровья будущих родителей. Заболеваемость населения болезнями мочеполовой сферы в Вологодской области увеличилась с 30 случаев на 1 тыс. чел. нас. в 2000 г. до 38 случаев в 2010 г., и лишь в 2008, 2010 гг. данный показатель был ниже, чем в предыдущем году (рис. 4.1).

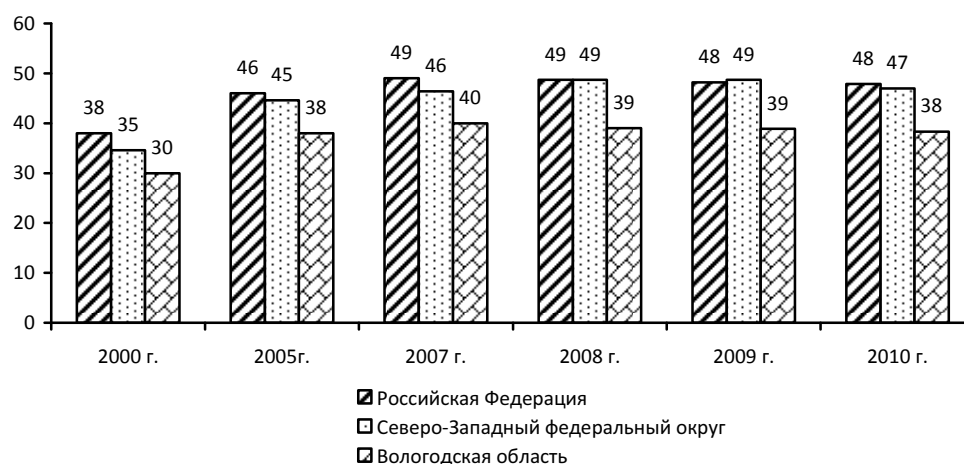


Рис. 4.1. Заболеваемость болезнями мочеполовой сферы (на 1 тыс. чел.)

Источник: Регионы России. Социально-экономические показатели: стат. сб. / Росстат. – URL: [www.gks.ru](http://www.gks.ru)

Причем рост заболеваемости, отмечаемый и по многим нозологическим формам болезней репродуктивной сферы, характерен как для женщин, так и для мужчин. Это увеличивает риск бесплодия, осложнений беременности и родов. В период с 2000 по 2010 г. заболеваемость женским бесплодием существенно возросла: на 18% в Вологодской области, на 42% по Российской Федерации в целом. Показатель мужского бесплодия в регионе в 2009 г. в 8 раз превысил уровень 2000 г., однако он на два порядка ниже, чем у женщин (табл. 4.2). Рост первичной заболеваемости отчасти вызван повышением уровня диагностирования заболеваний в связи с реализацией программ вспомогательных репродуктивных технологий.

*По оценкам специалистов, в России от 8 до 20% семейных пар испытывают трудности с зачатием. Примерно 80% случаев бесплодия обусловлены поведенческими причинами, в первую очередь рискованным сексуальным поведением.*

Таблица 4.2. **Заболеваемость населения Вологодской области болезнями репродуктивной сферы (на 100 тыс. человек)**

Заболевание	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2010 к 2000, %
Мужское бесплодие	0,3	1,0	1,2	1,2	1,1	2,5	н.д.	833,3
Болезни предстательной железы	234,8	270,6	334,6	315,6	352,5	336,3	346,2	147,4
Женское бесплодие	72,2	57,7	88,3	91,8	98,0	122,6	71,0	98,3
Сальпингит, оофорит	335,1	407,4	468,7	481,0	272,2	275,1	335,0	100,0
Эндометриоз	54,3	76,5	122,7	67,6	91,6	82,0	88,7	163,4
Эрозия и эктропион шейки матки	545,9	527,1	664,0	702,4	687,5	689,4	н.д.	126,3
Расстройства менструации	1441,1	1765,4	2152,5	2146,7	1549,6	1529,5	692,5	48,1

Источник: Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2002, 2010 гг. – Вологда: Департамент здравоохранения Вологодской области, 2003, 2011.

По оценкам ВОЗ, в 45% случаев бесплодных браков<sup>67</sup> «виновным» является мужчина, в 40% случаев – женщина и 15% причин бесплодия приходится на несовместимость супругов, иммунологическую форму бесплодия и другие причины. В то же время, как показывают приведенные в таблице данные, мужское бесплодие регистрируется в десятки раз реже, чем женское. Такое несоответствие может свидетельствовать о проблеме недостаточного охвата мужчин специалистами-androлогами и о «перекладывании» части диагнозов на женщин. Следовательно, можно предполагать, что реальный уровень бесплодия у мужчин выше того, который фиксируется статистикой.

Рискованное сексуальное поведение и, как результат, незапланированная беременность, инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), существенно повышают вероятность бесплодия, особенно вторичного.

Непостоянные, случайные сексуальные контакты имеет 15% населения репродуктивного возраста, из них лишь 44% респондентов заявили, что всегда используют презерватив, 5% – вообще не пользуются контрацептивными средствами<sup>68</sup>, находясь под угрозой инфицирования. Уровень общей заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем, снизился с 13 211 случаев в 2000 г. до 7 207 в 2007 г. Однако в области еще крайне часто диагностируется одна из наиболее распространенных инфекций – гонорея (рис. 4.2).

<sup>67</sup> Бесплодной считается пара, если беременность не наступает спустя 12 месяцев регулярной половой жизни без предохранения. У 30% здоровых супружеских пар беременность наступает в первые 3 месяца совместной жизни, еще у 60% – в течение последующих 7, у оставшихся 10% – через 11-12 месяцев после начала половой жизни.

<sup>68</sup> Мониторинг репродуктивного здоровья и поведения населения, ИСЭРТ РАН, 2011 г., n = 1374.

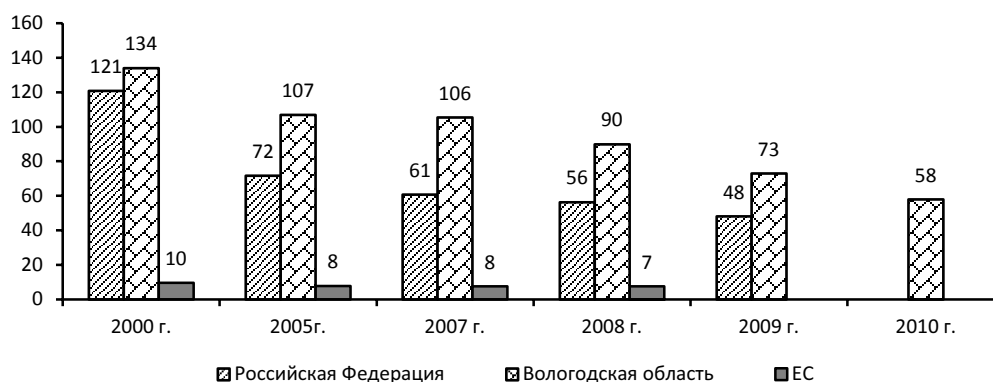


Рис. 4.2. **Заболеваемость гонорей (на 100 тыс. чел.)**

Примечание. За 2009 и 2010 гг. нет данных по РФ и ЕС.

Источники: Российский статистический ежегодник. – URL: <http://www.gks.ru>; Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2002, 2004, 2006, 2008, 2010 гг. – Вологда: Департамент здравоохранения Вологодской области, 2003, 2005, 2007, 2009, 2011.

Уровень заболеваемости населения данной болезнью по-прежнему более чем в 10 раз выше уровня, фиксируемого в странах Евросоюза.

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

Важным индикатором репродуктивного здоровья является характер протекания беременности и родоразрешения. В свою очередь, репродуктивное здоровье влияет на течение беременности и на ее исход.

За период с 2003 по 2010 г. заболеваемость беременных женщин увеличилась. Наиболее часто встречается анемия, второе место занимают болезни мочеполовой системы, третье – отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства (табл. 4.3).

Распространенность осложнений беременности и родов в регионе увеличилась с 43 случаев на 1 тыс. женщин фертильного возраста в 2000 г. до 57 в 2009 г. В среднем по России увеличение еще более значительное: с 53 случаев в 2000 г. до 77 в 2010 г. (рис. 4.3).



Таблица 4.3. Структура заболеваемости беременных женщин в 2003, 2010 гг., в %

Заболевания	2003 г.		2010 г.		2010 г. к 2003 г., %	
	РФ	ВО	РФ	ВО*	РФ	ВО
Анемия	42	36	35	31	82	73
Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства	22	15	18	11	96	87
Болезни мочеполовой системы	20	23	19	20	74	100
Болезни системы кровообращения	14	7	10	7	113	100
Венозные осложнения	4	2	5	2	82	200
Другие болезни	-	11	-	22	-	200

\* 2008 г.  
Источники: Женщины и мужчины Вологодской области. Цифры и факты: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2008; Российский статистический ежегодник – 2008 г. / Росстат; оперативные данные Росстата. – URL: www.gks.ru.

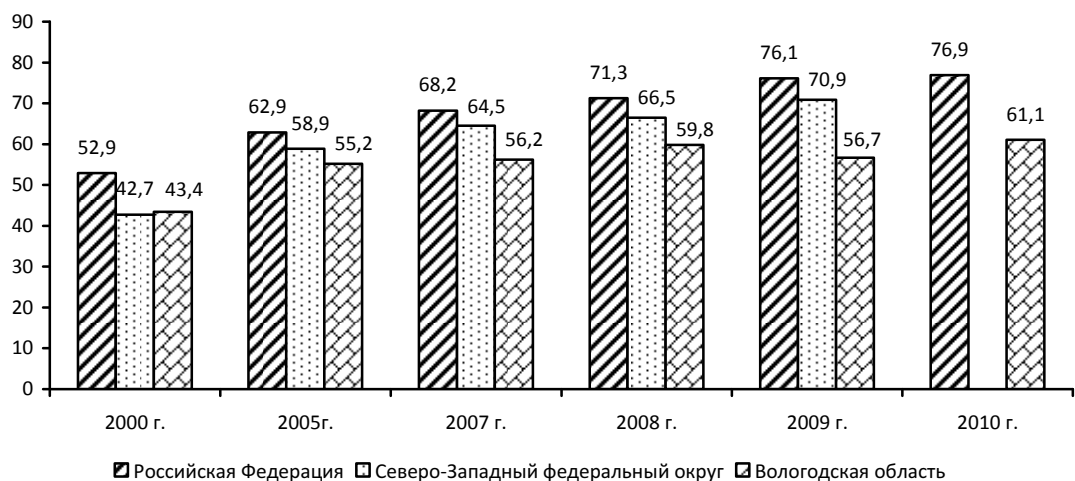


Рис. 4.3. Осложнения беременности и родов, заболеваемость на 1 тыс. женщин репродуктивного возраста (15 – 49 лет)

Примечание. Данных за 2010 г. по СЗФО на момент подготовки материала не представлено в статистических сборниках.

Источники: Регионы России. Социально-экономические показатели: стат. сб. / Росстат. – URL: www.gks.ru; Основные результаты деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2010 г. / Вологдастат, 2011. – 128 с.

Рост заболеваемости беременных и осложнений беременности и родов свидетельствует о важности планирования семьи, распространения ответственного родительства. Около 80% женщин в Вологодской области указали, что посещают гинеколога не реже 1 раза в год<sup>69</sup>, что является весьма хорошей посещаемостью. При этом более

<sup>69</sup> Мониторинг репродуктивного здоровья женщин, ИСЭРТ РАН, 2009 г. n = 1600.

трети женщин, по данным мониторинга условий формирования здорового поколения<sup>70</sup>, не задумывались о возможных противопоказаниях к зачатию, беременность наступила спонтанно, без подготовки. Данные факты, с учетом высокой общей заболеваемости населения, свидетельствуют о необходимости активизации профилактической работы гинекологической службы по подготовке женщин к беременности.

Результатом осложненного анамнеза беременных становятся преждевременные роды, рождение недоношенных, больных детей, материнская и младенческая смертность, мертворождаемость. Преждевременными родами<sup>71</sup> заканчивается примерно 4% беременностей в регионе, что несколько выше общероссийского уровня (табл. 4.4). Значительное улучшение показателя в районах области может быть частично обусловлено расширением практики заблаговременной госпитализации женщин с отклонениями в течении беременности в медучреждения крупных городов.

Таблица 4.4. **Преждевременные роды**  
(в % от числа закончивших беременность)

Территория	2000 г.	2010 г.	2010 г. к 2000 г., %
г. Череповец	2,9	3,5	120,7
г. Вологда	4,1	5,0	122,0
Муниципальные районы	7,0	3,4	48,6
Область	3,8	3,9	102,6
<i>Справочно:</i> Российская Федерация	4	3,7	92,5

Источники: Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 1999, 2001, 2003, 2005, 2007, 2010 гг. – Вологда: ДЗО, 2000, 2002, 2004, 2006, 2008, 2011; рассчитано по: Российский статистический ежегодник –2009 г. / Росстат. – URL: [www.gks.ru](http://www.gks.ru); оперативные данные Росстата за 2010 г. – URL: [www.gks.ru](http://www.gks.ru)

Частота рождения недоношенных детей в России в среднем за рассматриваемый период составляла 6% новорожденных, в Вологодской области – 5,5%. В то же время наблюдалась тенденция снижения показателя недоношенности, причем в регионе темпы снижения были выше среднероссийских в связи с более высоким базовым уровнем (табл. 4.5).

<sup>70</sup> Мониторинг изучения условий формирования здорового поколения, ИСЭРТ РАН, 1995 – 2010, n = 800.

<sup>71</sup> В России преждевременными родами называют роды, наступившие на сроке от 28 до 37 недель беременности. При этом недоношенными принято считать детей, родившихся с массой тела от 1000 до 2500 г, при росте от 35 до 45 см и с признаками общей незрелости организма (Медицинская энциклопедия. – URL: <http://www.med74.ru>).

Таблица 4.5. **Родилось недоношенными** (в % от числа родившихся живыми)

Территория	2000 г.	2010 г.	2010 г. к 2000 г., %
г. Череповец	7,6	4,4	57,9
г. Вологда	7,3	5,7	78,1
Муниципальные районы	5,3	3,9	73,6
Область	6,6	5,2	78,8
<i>Справочно:</i> Российская Федерация	5,9	5,7	96,6

Источники: Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 1999, 2001, 2003, 2005, 2007 гг. – Вологда: ДЗО, 2000, 2002, 2004, 2006, 2008; рассчитано по: Российский статистический ежегодник – 2009 г. / Росстат. – URL: [www.gks.ru](http://www.gks.ru); оперативные данные Росстата за 2010 г. – URL: [www.gks.ru](http://www.gks.ru)

Параллельно улучшается здоровье новорожденных детей: в 2000 г. доля детей, родившихся больными или заболевших, в регионе составляла 39,9%; в 2007 г. – 32,5%, что меньше, чем по России (рис. 4.4). Однако, даже при положительной динамике, значение данного показателя весьма высокое.



Рис. 4.4. **Здоровье новорожденных детей: родились больными или заболели** (в % от числа родившихся живыми)

Источники: Оперативные данные Росстата. – URL: [gks.ru](http://gks.ru); данные оргметодкабинета педиатрической службы Департамента здравоохранения Вологодской области.

То, что положительная тенденция в этом аспекте существует, косвенно подтверждается снижением вероятности для ребенка умереть до наступления 5-летнего возраста (с 19 на 1 тыс. живорожденных в 2000 г. до 13 – в 2006 г.). Но по сравнению со странами ЕС, в которых аналогичный показатель изменялся от 7,1 до 5,7 на 1 тыс. живорожденных

соответственно<sup>72</sup>, в Российской Федерации он более чем в 2 раза выше. Материнская смертность и в России, и в регионе, несмотря на снижение числа умерших, продолжает превышать уровень стран ЕС (рис. 4.5).

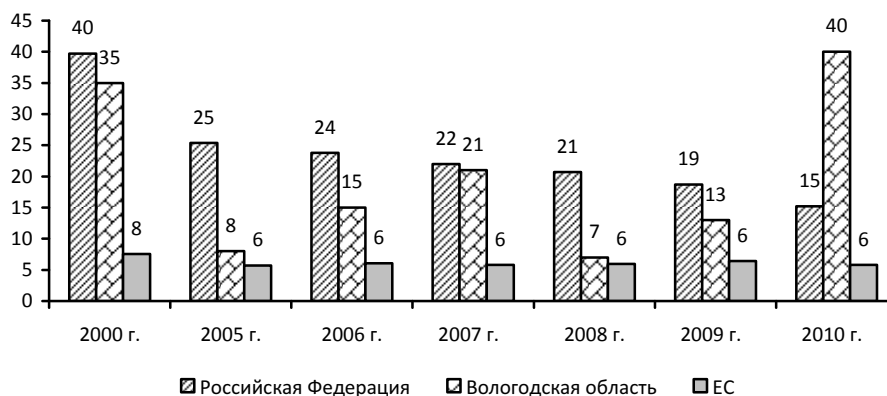


Рис. 4.5. **Материнская смертность** (число умерших на 100 тыс. живорожденных)

Источники: Европейская база данных ЗДВ (HFA-DB), ЕРБ ВОЗ. – URL: <http://data.euro.who.int/hfad/index.php?lang=ru>; Женщины и мужчины Вологодской области. Цифры и факты: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2008.

Таким образом, наиболее благоприятными являются показатели, характеризующие, в первую очередь, работу службы родовспоможения, обеспечившей снижение младенческой и материнской смертности, числа рождений недоношенных детей, некоторое улучшение здоровья новорожденных.

Возможность планирования беременности также имеет положительные аспекты: уменьшается число аборт, повышается использование контрацептивных средств. Снижается заболеваемость болезнями, передающимися половым путем, что повышает возможность безопасных сексуальных отношений.

Одним из факторов, обусловивших позитивные изменения, является деятельность органов государственной власти: в Вологодской области осуществляется ряд системных мероприятий, направленных на оптимизацию предоставления и качества всех видов услуг в сфере материнства и детства в рамках национального проекта «Здоровье», Стратегии развития здравоохранения Вологодской области до 2020 г., целевой программы «Здоровый ребенок», международного проекта «Мать и дитя». Данная деятельность основывается на Законе области «Об охране семьи,

<sup>72</sup> ЕС – 5,7 на 1 тыс. живорожденных. (Европейская база данных ЗДВ (HFA-DB), ЕРБ ВОЗ. – URL: <http://data.euro.who.int/hfad/index.php?lang=ru>, 2009 г.).

материнства, отцовства и детства в Вологодской области»<sup>73</sup> (аналогичный документ принят лишь в 13 субъектах РФ).

Вместе с тем сохраняются негативные тенденции, выражающиеся в росте заболеваемости мочеполовой системы, гинекологической заболеваемости, бесплодия, заболеваемости беременных женщин, что говорит о низком уровне потенциала здоровья населения в целом, о недостаточной степени приверженности людей здоровому образу жизни и ответственности за здоровье будущих детей.

Несмотря на положительные тенденции, Российская Федерация (и Вологодская область в частности) продолжает значительно уступать странам Европейского региона по всем характеристикам репродуктивного здоровья.

Потенциал репродуктивного здоровья родителей, культура и грамотность репродуктивного поведения, влияя на возможность зачатия, течение беременности и родов, здоровье матери и ребенка, во многом обуславливают качество воспроизводства населения. Это определяет необходимость и значимость репродуктивного здоровья и требует систематической работы по формированию культуры репродуктивного поведения, своевременному выявлению проблем и их решению.



### Вопросы для самопроверки и обсуждения

1. Дайте определение понятия «репродуктивное здоровье».
2. Перечислите основные показатели, характеризующие репродуктивное здоровье населения.
3. Перечислите основные источники, из которых может быть получена информация о репродуктивном здоровье населения. Объясните, почему при изучении репродуктивного поведения населения необходимо применение социологических методов.
4. Каковы основные тенденции изменения репродуктивного здоровья населения России? Как они могут повлиять на демографическое и социально-экономическое развитие страны?
5. В чем основные причины ухудшения репродуктивного здоровья населения? Как, по вашему мнению, их можно решить?

<sup>73</sup> Закон Вологодской области «Об охране семьи, материнства, отцовства и детства в Вологодской области» от 29.12.2003 № 982-03 (ред. от 16.07.2005): принят постановлением ЗС Вологодской области от 26.12.2003 №802.



### Практическое задание

Охарактеризуйте изменение основных показателей репродуктивного здоровья населения региона, в котором вы проживаете, или любого региона Российской Федерации (область, республика, край) в период с 2000 по 2010 г.

Источники:

1. Регионы России. Социально-экономические показатели: стат. сб. / Росстат. – URL: [gks.ru](http://gks.ru)
2. Мужчины и женщины. Цифры и факты: стат. сб. / Росстат. – URL: [gks.ru](http://gks.ru)
3. Дети в России. 2009 / ЮНИСЕФ, Росстат. – М., 2009.
4. Здоровоохранение России: стат. сб. / Росстат. – URL: [gks.ru](http://gks.ru)
5. Оперативные данные Росстата. – URL: [gks.ru](http://gks.ru)



### Темы рефератов

1. Поведенческие факторы репродуктивного здоровья.
2. Репродуктивное здоровье как фактор рождаемости.
3. Роль системы здравоохранения в сохранении репродуктивного здоровья.



### Рекомендуемая литература

1. Медик В.А., Юрьев В.К. Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению: в 3 т. – М.: Медицина, 2003.
2. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник для студентов мед. вузов / под ред. В.А. Миняева, Н.И. Вишнякова. – 3-е изд., испр. – М.: МЕДпресс-информ, 2004.
3. Руководство по охране репродуктивного здоровья / В.И. Кулаков, В.Н. Серов, Л.В. Адамян и др. – М.: Триада-Х, 2001.
4. Шабунова А.А., Калашников К.Н., Калачикова О.Н. Общественное здоровье и здравоохранение территорий: монография. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2010. – 286 с.

## ТЕМА 5

### ЗДОРОВЬЕ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

*Ключевые понятия: здоровье детей и подростков, группа здоровья, заболеваемость, индекс здоровья.*

**Понятие «здоровье детей» и его оценка.** Здоровье детей и подростков в любом обществе является актуальнейшей проблемой. Дети – это наши инвестиции в общество будущего. От их здоровья и от того, каким образом мы обеспечиваем их рост и развитие, будет зависеть уровень благосостояния и стабильности в стране<sup>74</sup>.

Изучение здоровья детей, динамики и механизмов его формирования необходимо для разработки профилактических мероприятий, лечения и реабилитации, а также для выявления возможности воздействовать на основные факторы риска.

Понятие здоровья ребенка (детей), несмотря на его широкое использование в повседневном обиходе и в официальных документах и нормативно-правовых актах, не имеет общепринятого научно обоснованного определения.

*В 1998 г. в России по решению Президиума РАМН был создан Научный центр здоровья детей (НЦЗД РАМН). По его инициативе осуществлены такие значимые мероприятия в детском здравоохранении, как реформа организации медицинской помощи подросткам (передача их в педиатрическую службу), включение в федеральную целевую программу «Дети России» подпрограммы «Здоровый ребенок», проведение парламентских слушаний «Национальная стратегия охраны здоровья детей в России».*

<sup>74</sup> Новые возможности профилактической медицины в решении проблем здоровья детей и подростков. Комплексная программа научных исследований «Профилактика наиболее распространенных болезней детей и подростков на 2005 – 2009 гг.» / А.А. Баранов, В.Р. Кучма [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 176 с.



Лапин Юрий  
Ерминингельдович  
(1945) –  
доктор мед. наук,  
зав. лабораторией  
правовых проблем  
охраны здоровья детей  
НЦЗД РАМН

Ю.Е. Лапин рассматривает здоровье ребенка как индивидуальное физическое, психическое, умственное, культурное, духовное, нравственное и социальное развитие, не ограниченное экзогенными или/и эндогенными (генетическими) условиями и факторами<sup>75</sup>.

В данном определении автор показывает отличительные особенности сущности детского здоровья в его взаимодействии с понятием «развитие», фиксирующим единство изменчивости и устойчивости. При этом речь идет не об изменчивости вообще, которая свойственна всякому движению, а об изменении, связанном с возникновением новых структур, их усложнением (онтогенез)<sup>76</sup>.

Для анализа здоровья детского населения широко используются данные профилактических осмотров, диспансерного наблюдения, углубленных осмотров и др. Профилактический медицинский осмотр является основным методом, позволяющим получить характеристики, на основании которых дается комплексная оценка состояния здоровья детей.

Система комплексной оценки состояния здоровья детей основывается на таких 4-х базовых критериях, как:

- наличие или отсутствие функциональных нарушений и/или хронических заболеваний (с учетом клинического варианта и фазы течения патологического процесса);
- уровень функционального состояния основных систем организма;
- степень сопротивляемости организма неблагоприятным внешним воздействиям;
- уровень достигнутого развития и степень его гармоничности.

Результатом комплексной оценки состояния здоровья каждого ребенка или подростка является отнесение их к одной из групп здоровья с обязательным учетом всех перечисленных критериев. В зависимости от состояния здоровья дети могут быть отнесены к следующим группам (табл. 5.1).

<sup>75</sup> Лапин Ю.Е. Научные основы государственной политики в области охраны здоровья детей. – М., 2009.

<sup>76</sup> Там же.



Таблица 5.1

№ группы	Группа здоровья	Описание
1	Первая группа здоровья	Здоровые, с нормальным развитием и нормальным уровнем функций.
2	Вторая группа здоровья	Здоровые, но имеющие функциональные и некоторые морфологические отклонения, а также сниженную сопротивляемость к острым и хроническим заболеваниям.
2 А	Вторая группа здоровья для детей до 3-х лет*	Здоровые дети с минимальной степенью риска формирования патологических состояний, имеющие факторы риска только в анамнезе. К этим факторам относят: экстрагенитальные заболевания матери, профессиональные вредности, острые заболевания и оперативные вмешательства во время беременности, возраст матери к моменту рождения ребенка моложе 18 лет и старше 30 лет и др. Дети 2 А группы ближе по уровню состояния здоровья к детям I группы.
2 Б	Вторая группа здоровья для детей до 3-х лет	Здоровые дети с факторами риска, которые могут в дальнейшем повлиять на рост, развитие и формирование здоровья ребенка, в частности, появление хронических заболеваний. К этим факторам можно отнести: рождение от многоплодной беременности, недоношенность, переносимость, большая масса тела при рождении – более 4 кг, незрелость, внутриутробное инфицирование. К группе 2 Б также нужно отнести детей, перенесших асфиксию, родовую травму, гемолитическую болезнь, острые тяжелые заболевания в раннем неонатальном периоде. Дети группы здоровья 2 Б по уровню состояния здоровья ближе к детям 3 группы здоровья.
3	Третья группа здоровья	Дети, больные хроническими заболеваниями в состоянии компенсации, с сохраненными функциональными возможностями организма.
4	Четвертая группа здоровья	Дети, больные хроническими заболеваниями в состоянии субкомпенсации, со сниженными функциональными возможностями.
5	Пятая группа здоровья	Дети, больные хроническими заболеваниями в состоянии декомпенсации, со значительно сниженными функциональными возможностями организма.
<p>* Согласно Инструкции по отнесению детей в группы здоровья (приказ МЗ СССР № 60 от 19.01.1983 года) вторая группа здоровья у детей до трехлетнего возраста делится на группы 2 А и 2 Б.  Источник: Об утверждении инструкции по проведению профилактических осмотров детей дошкольного и школьного возрастов на основе медико-экономических нормативов: приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности РФ от 14.03.1995 г. № 60.</p>		

Существует множество методов измерения здоровья, большинство из которых основывается на критериях, отражающих состояние не собственно здоровья населения, а его «нездоровья» (заболеваемость, смертность, инвалидизация). Для оценки здоровья детского населения на региональном и страновом уровне используются такие показатели, как заболеваемость новорожденных детей, заболеваемость детей 0 – 14 лет и подростков 15 – 17 лет, младенческая смертность, детская инвалидность.

**Оценка состояния здоровья детского населения Вологодской области.** Динамика коэффициента младенческой смертности в России, Вологодской области и Европейском союзе представлена в таблице 5.2. В Вологодской области младенческая смертность снизилась с 18 случаев на 1000 родившихся живыми в 1995 г. до 7,4 случая в 2010 г. Этот показатель соответствует предельно допустимому значению, установленному Европейским Бюро ВОЗ: 10 детей на 1000 родившихся живыми. И хотя за последние годы в динамике младенческой смертности в России наблюдаются позитивные изменения, ситуацию нельзя считать удовлетворительной, поскольку этот показатель остается почти в 2 раза выше, чем в экономически развитых странах Европы.

Таблица 5.2. **Динамика коэффициента младенческой смертности в России, Вологодской области и Европейском союзе**  
(число случаев на 1000 родившихся живыми)

Территория	Год					
	1995	2000	2005	2008	2009	2010
Россия	18,1	15,3	11,0	8,5	8,1	7,5
Вологодская область	17,4	15,8	11,6	7,7	7,8	7,4
Европейский союз	7,5	5,9	5,2	4,4	4,3	н.д.

Источники: Демографический ежегодник России. 2001, 2009, 2010: стат. сб. / Росстат. – М., 2001, 2009, 2010; Здоровье для всех: Европейская база данных ВОЗ. – URL: <http://data.euro.who.int/hfad/b/>

При изучении заболеваемости детей по обращаемости в лечебные учреждения в основном используются показатели первичной и общей заболеваемости. Данные показатели для детского населения могут рассчитываться по следующим возрастным группам: новорожденные дети, дети в возрасте от 0 до 14 лет, подростки в возрасте от 15 до 17 лет; а также по классам заболеваний и нозологическим группам.

Для расчета первичной заболеваемости детского населения используется такая же формула, как и для заболеваемости взрослого населения. Стоит отметить, что уровень заболеваемости детей значительно выше, чем у взрослых.

Для более легкого зрительного восприятия показателей возможно построение статистических графиков. С их помощью можно проследить участки возрастания, убывания и стабильности показателей. Самым распространенным типом графического изображения является диаграмма.

На рисунке 5.1 с помощью линейной диаграммы показана динамика заболеваемости новорожденных детей в России и Вологодской области за период с 1995 по 2010 г. Рост уровня заболеваемости новорожденных в России был отмечен в 1995 – 2005 гг. В Вологодской области такая негативная тенденция наблюдалась с 1995 по 2001 г., а с 2002 г. стало происходить уменьшение числа детей, которые рождаются больными или заболевают в ближайшее после рождения время. Так, в 2010 г. уровень заболеваемости новорожденных детей составил 29,3% от числа детей, родившихся живыми.

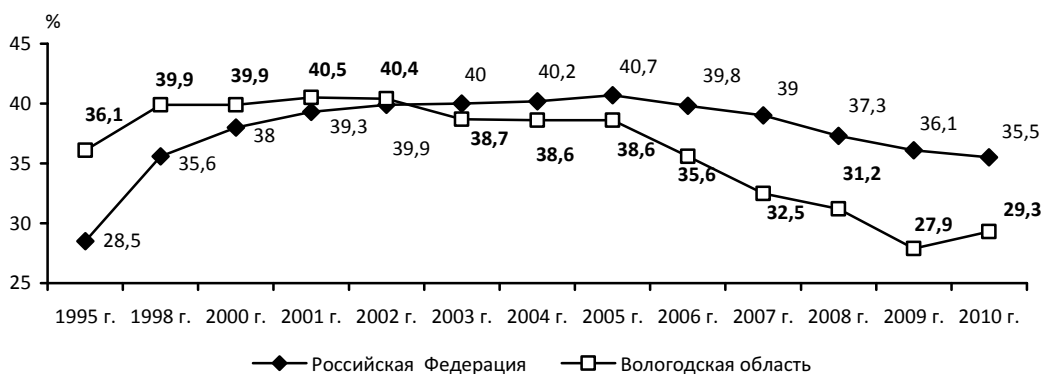


Рис. 5.1. **Заболеваемость новорожденных детей**  
(в % от числа родившихся живыми)

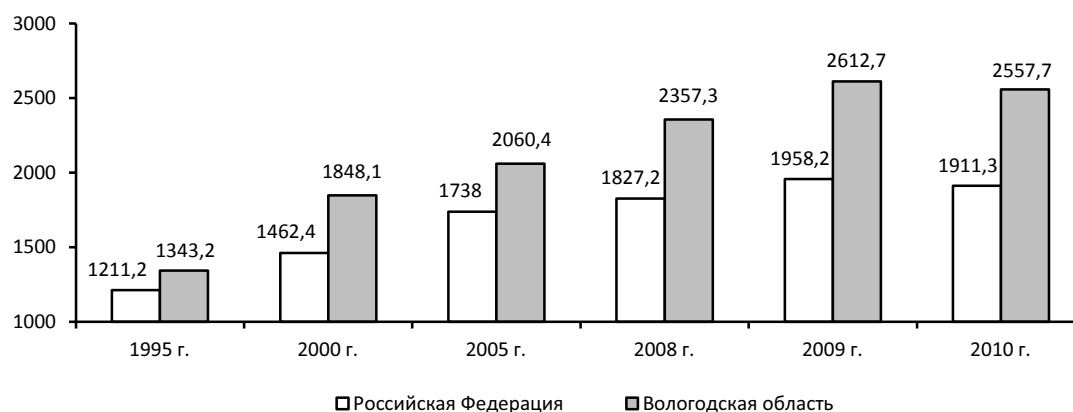
Источники: Российский статистический ежегодник. 2010.: стат. сб. / Росстат. – М., 2010.; Статистический ежегодник Вологодской области: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2010.

Анализ заболеваемости детей (в возрасте от 0 до 14 лет) Вологодской области выявил, что за 1995 – 2010 гг. их общая заболеваемость выросла на 90%. Такая же тенденция прослеживается и в России, где рост показателей составил 58% (рис. 5.2).

В России общая заболеваемость подростков за 1995 – 2010 гг. увеличилась на 93%, в то время как в Вологодской области – на 72% (рис. 5.3), при том что в среднем за год рост достигал 3%. За 2010 год первичная заболеваемость детей в регионе выросла на 2%.

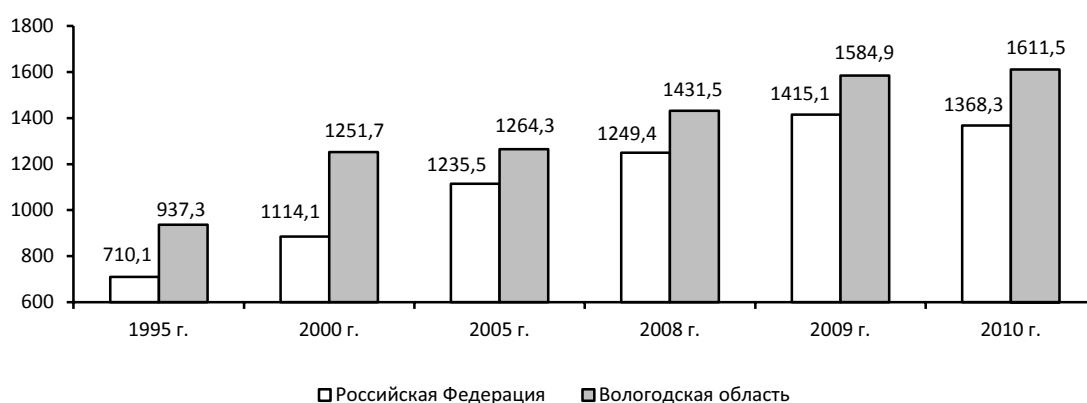
Увеличение количества детей, имеющих различные заболевания, является результатом двух процессов: ухудшения здоровья и улучшения выявления болезней на более ранних стадиях.

Для анализа заболеваемости важно знать её структуру по отдельным болезням. При изучении структуры статистической совокупности удобно использовать секторные круговые диаграммы. Структура заболеваемости детей представлена на рисунке 5.4.



**Рис. 5.2. Первичная заболеваемость детей в возрасте от 0 до 14 лет (число случаев на 1000 населения соответствующего возраста)**

Источники: Российский статистический ежегодник. 2010: стат. сб. / Росстат. – М., 2001 – 2010.; Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 1999 – 2011 гг.: стат. сб. – Вологда: Департамент здравоохранения Вологодской области, ГУЗ ДЗ ВО «МИАЦ», 1999 – 2011; Заболеваемость населения России в 2010 году. – Ч. V: стат. сб. / Росздрав. – М., 2011. – С. 4.



**Рис. 5.3. Заболеваемость подростков в возрасте от 15 до 17 лет (на 1000 населения соответствующего возраста)**

Источники: Здравоохранение в России. 2011: стат. сб. / Росстат. – М., 2011. – 365 с.; Молодежь в России. 2010: стат. сб. / ЮНИСЕФ; Росстат. – М.: Статистика России, 2010. – 166 с.; Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2009 год: стат. сб. – Вологда: Департамент здравоохранения Вологодской области, ГУЗ ДЗ ВО «МИАЦ», 2000 – 2010.

В структуре заболеваемости детей (в возрасте от 0 до 14 лет) в Вологодской области в 2010 г. первые места занимали (в порядке убывания): болезни органов дыхания (64%); травмы, отравления и другие последствия внешних причин (6%); инфекционные и паразитарные болезни и болезни органов пищеварения (5%) и др.



**Рис. 5.4. Структура заболеваемости детей в возрасте от 0 до 14 лет в Вологодской области в 2010 г.**

Источник: Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 1999, 2011 гг.: стат. сб. – Вологда: Департамент здравоохранения Вологодской области, ГУЗ ДЗ ВО «МИАЦ», 1999, 2011.

Важным индикатором состояния здоровья детей является число детей-инвалидов. Инвалидом (от лат. *invalidus* – слабый, немощный) принято считать человека, который имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость социальной защиты<sup>77</sup>.

Показатель первичной инвалидности характеризуется распространенностью среди детей в возрасте от 0 до 17 лет случаев инвалидности, установленных впервые в данном году.

В Вологодской области, как и в целом по стране, с 2002 г. отмечается снижение показателя детской инвалидности. В 2010 г. его значение в регионе составляло 1858 случаев на 100 тыс. населения соответствующего возраста, по стране в целом – 1907 (рис. 5.5).

В структуре детских заболеваний в 2009 г., приводящих к инвалидности, на первом месте были психические расстройства (24%), на втором – болезни нервной системы (22%), на третьем месте – врожденные аномалии (22%)<sup>78</sup>.

<sup>77</sup> Медик В.А., Токмачев М.С. Статистика здоровья населения и здравоохранения: учеб. пособие. – М.: Финансы и статистика, 2009. – С. 174.

<sup>78</sup> Государственный доклад о состоянии здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения в Вологодской области в 2009 году / под ред. к.м.н. А.А. Колинко. – Вологда, 2010.

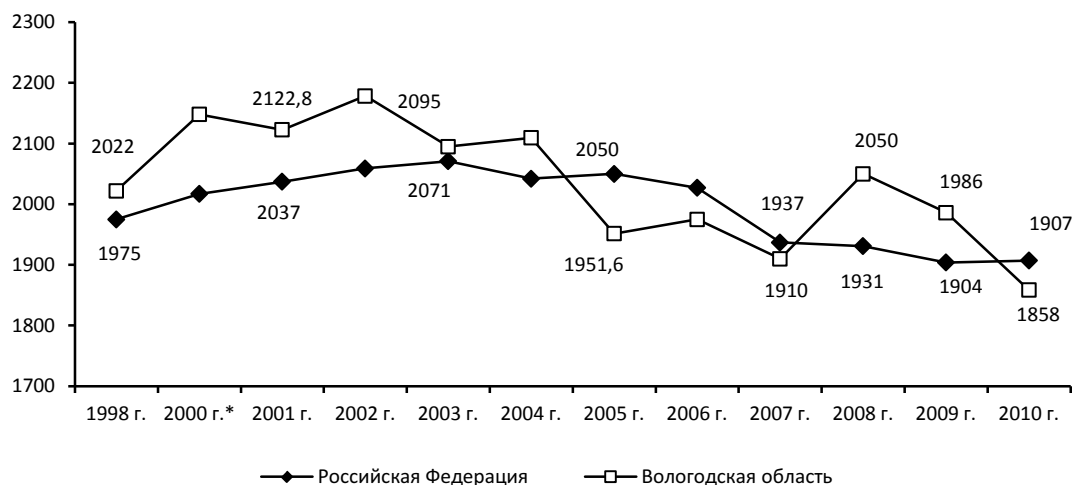


Рис. 5.5. Численность детей-инвалидов в возрасте от 0 до 17 лет (на 100 тыс. населения соответствующего возраста)

\* В возрасте 0 –15 лет.

Источники: Здравоохранение в России: стат. сб. / Росстат. – М., 1998, 2000, 2011; Данные оргметодкабинета Вологодской областной детской больницы.

С одной стороны, описание здоровья детской популяции в основном базируется на негативных показателях (заболеваемость, инвалидность, смертность), то есть в конечном счете здоровье определяется через «нездоровье». С другой стороны, официальная статистика не отражает полной картины состояния здоровья. Поэтому кроме данных, основанных на медицинской и социально-демографической статистике, важным является также использование оценок состояния индивидуального здоровья, полученных в результате социологических исследований.

Социологические исследования дают возможность увидеть детское здоровье и нездоровье на качественно ином уровне, позволяющем более подробно обсуждать проблему. Примером такого исследования может служить медико-социологический мониторинг «Изучение условий формирования здорового поколения», который проводится с 1995 г. Институтом социально-экономического развития территорий РАН при методологическом руководстве Института социально-экономических проблем народонаселения РАН (ИСЭПН РАН), в частности Н.М. Римащевской, и поддержке Департамента здравоохранения Вологодской области. Основная идея мониторинга заключалась в том, чтобы в режиме реального времени увидеть тенденции формирования здоровья и развития детей.



*Римашевская  
Наталья Михайловна  
(1932) – советник РАН,  
член-корреспондент РАН,  
почетный директор  
ИСЭПН РАН*

Этот мониторинг является лонгитюдным (длительным) и предполагает определение состояния здоровья детей в динамике, начиная с периода новорожденности. Полученная информация дает возможность управлять здоровьем детского населения на основе выявления неблагоприятных и благоприятных факторов, влияющих на состояние здоровья в определенных возрастных периодах.

На сегодняшний день в процессе мониторинга задействованы четыре когорты семей, в которых родились дети в периоды с 15 по 30 мая 1995 г., с 1 по 25 марта 1998, 2001 и 2004 гг. в городах Вологде, Череповце, районных центрах Кириллове, Великом Устюге, поселке городского типа Вожега. С периодичностью раз в год опрашивается около 350 семей.

Результаты мониторинга подтверждают статистические данные, свидетельствующие об ухудшении здоровья детей начиная с рождения. За период с 1995 по 2004 г. произошло сокращение доли новорожденных детей с 1 группой здоровья (рис. 5.6). Значительное сокращение удельного веса детей с группой здоровья 2А (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 в когорте 1998 г.р.

Отдельного внимания заслуживают показатели здоровья четырехлетних детей. С этого возраста, согласно методике<sup>79</sup>, не выделяется группа здоровья 2А.

*В 2010 году в России среди детей, обучавшихся в школах, имели: первую группу здоровья (здоровые) – 21%, вторую группу здоровья (здоровые с некоторыми функциональными отклонениями) – 59, третью группу здоровья (имеющие хронические заболевания) – 18, четвертую и пятую группы здоровья (инвалидизирующие заболевания) – 2% детей (Государственный доклад о положении детей в Российской Федерации в 2010 году. – М., 2010).*

<sup>79</sup> Об утверждении инструкции по проведению профилактических осмотров детей дошкольного и школьного возрастов на основе медико-экономических нормативов: приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности РФ от 14.03.1995 г. № 60.

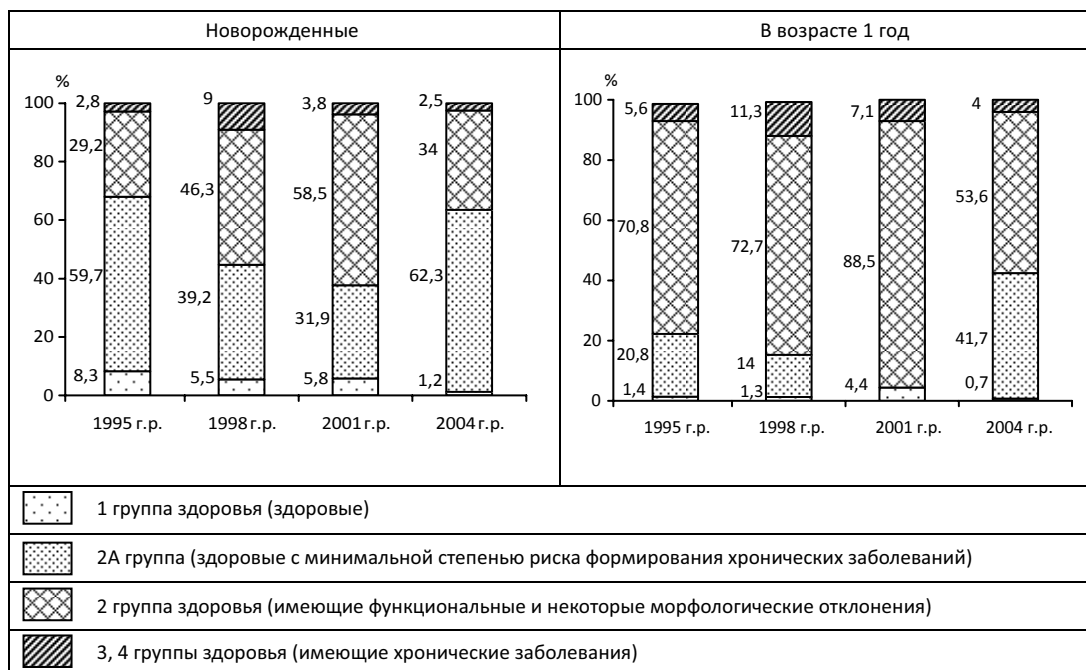


Рис. 5.6. **Здоровье новорожденных и детей в возрасте 1 год**  
(в % от числа опрошенных)

Кроме того, 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 с 4 до 7 лет происходит снижение потенциала здоровья детей (рис. 5.7), особенно в году, предшествующем поступлению в школу (в период с 6 до 7 лет доля детей с хроническими заболеваниями возросла с 18 до 26% в когорте 1995 г.р.; с 18 до 23% – 1998 г.р.; с 20 до 24% – 2001 г.р.; с 18 до 21% – в когорте 2004 г.р.). Это является неблагоприятным фактором, так как обучение в школе увеличивает физическую и психоэмоциональную нагрузки на детский организм. Увеличение нагрузок может привести к дальнейшему ослаблению здоровья, что непременно скажется на успеваемости и адаптации детей к новым социальным условиям.



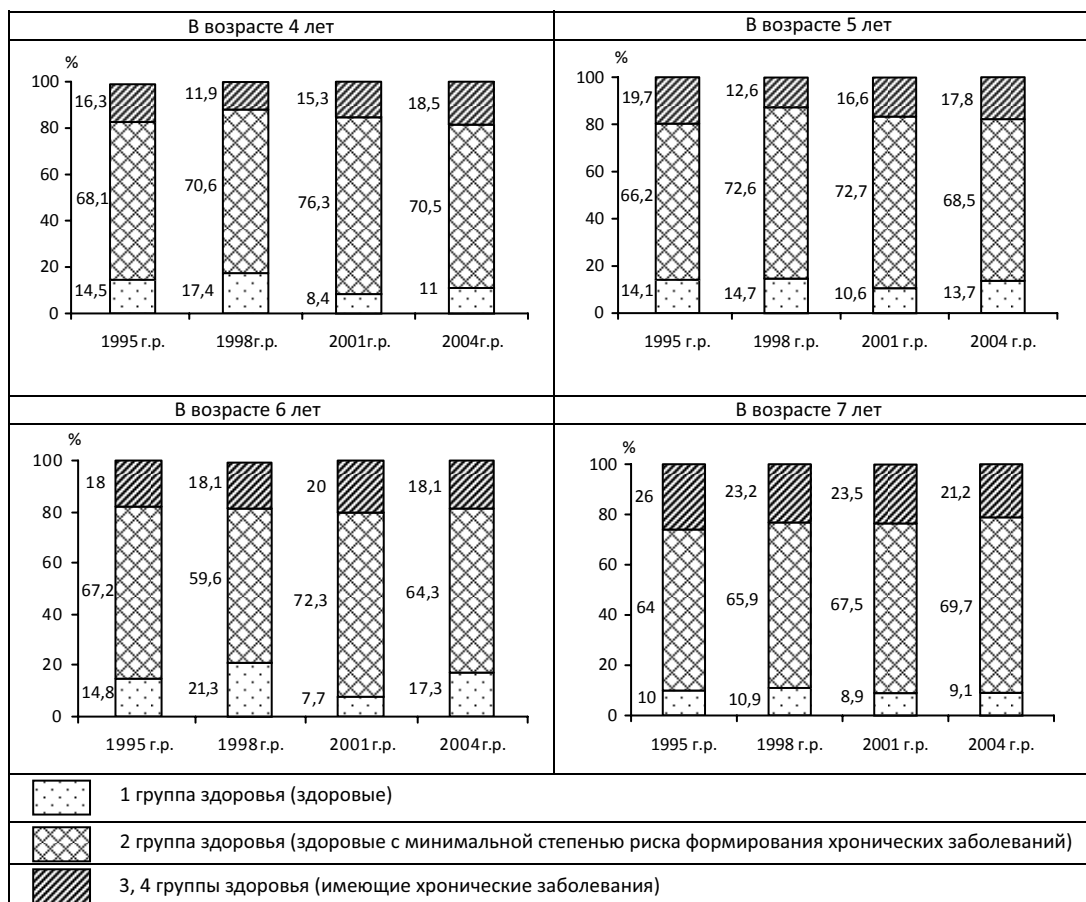
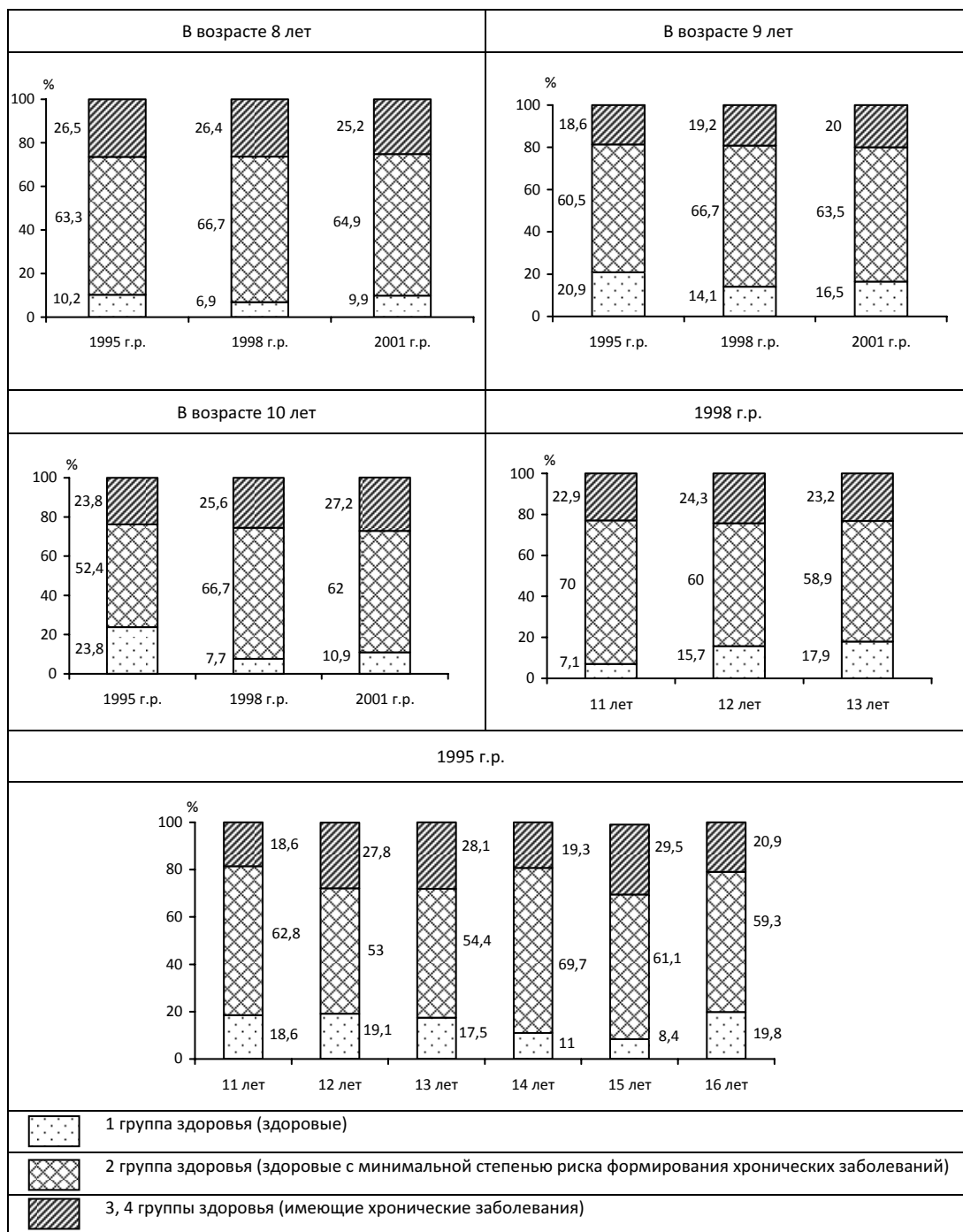


Рис. 5.7. Здоровье детей в возрасте от 4 до 7 лет  
(в % от числа опрошенных)

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.

При переходе ребенка из начальной школы в среднюю (9 – 10 лет) увеличилась группа детей, имеющих хронические заболевания: среди детей 1995 г.р. – на 5%, 1998 г.р. – на 6%, среди детей 2001 г.р. – на 7%. Очевидно, что в связи с возрастающей на этом этапе обучения нагрузкой и необходимостью адаптации к изменившимся условиям у школьников обостряются «забытые» ранее болезни и формируются новые (рис. 5.8).



**Рис.5.8. Здоровье детей в возрасте от 8 до 16 лет  
(в % от числа опрошенных)**

На основе сведений о кратности заболеваний обследуемых детей можно рассчитать индекс здоровья детей в различных возрастах. Традиционно данный показатель вычисляется по формуле<sup>80</sup>:

$$\text{Индекс здоровья} = \frac{\text{Число детей, ни разу не болевших за определенный временной интервал}}{\text{Число обследуемых детей в когорте}} \times 100$$

Проведенный анализ показал, что индекс здоровья выше в первый год жизни детей, далее он снижается и нарастает к 8 годам (табл. 5.3). Обращает на себя внимание и то, что у детей 1995 г.р. более крепкое здоровье, чем в последующих когортах. В 2011 г. заметно снижение индекса здоровья у детей 2001 и 2004 г.р. В целом индекс здоровья детей не опустился ниже установленного предела<sup>81</sup> 15%.

Таблица 5.3. **Индекс здоровья детей** (в % от числа опрошенных)

Возраст детей	Величина индекса здоровья			
	Дети 1995 г.р.	Дети 1998 г.р.	Дети 2001 г.р.	Дети 2004 г.р.
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	19,7
7 лет	18,0	16,0	18,7	<b>17,2</b>
8 лет	26,5	29,9	24,3	–
9 лет	26,8	21,5	29,8	–
10 лет	20,0	29,9	<b>19,8</b>	–
11 лет	33,9	32,9	–	–
12 лет	38,4	22,9	–	–
13 лет	36,9	<b>27,6</b>	–	–
14 лет	35,8	–	–	–
15 лет	38,7	–	–	–
16 лет	<b>53,1</b>	–	–	–

Одним из показателей уровня здоровья является физическое развитие. Оно отражает процессы роста и развития организма на отдельных этапах онтогенеза (индивидуального развития). Различные условия

<sup>80</sup> Методические рекомендации по комплексной оценке состояния здоровья детей и подростков при массовых врачебных осмотрах. № 08-14/4 от 27.04.82. – М., 1982. – 30 с.

<sup>81</sup> Контроль медицинской работы в ДОУ // Портал информационной поддержки руководителей образовательных учреждений. – Режим доступа: <http://menobr.ru/material/default.aspx?control=15&id=9670&catalogid=1031>

жизни в разных климатогеографических зонах, в городах и сельской местности также могут влиять на различия в уровне физического здоровья населения.

Сравнивая отдельные физические показатели детей (рост и вес) в территориальном аспекте, отметим отсутствие особых различий в весоростовых характеристиках детей, проживающих в городах и районах (рис. 5.9).

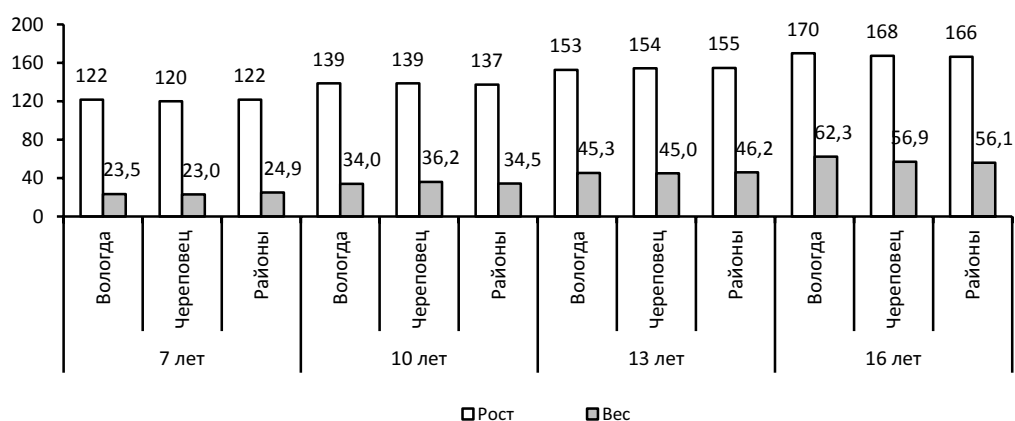


Рис. 5.9. Весоростовая гистограмма детей в территориальном разрезе, 2011 г. (в % от числа опрошенных)

В проведенном исследовании физическое развитие педиатры оценивали 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.

Наибольшая доля детей с нормальным физическим развитием отмечается в 13 лет (81%; табл. 5.4). В возрасте 10 лет наблюдается самый высокий показатель избытка массы тела (16%).

Таблица 5.4. Физическое развитие детей по оценкам педиатров (в % от числа опрошенных)

Показатель физического развития	7 лет	10 лет	13 лет	16 лет
Нормальное, соответствующее возрасту	76,5	75	81,1	80,0
Дефицит массы тела 1, 2 степени	14,7	9,1	11,3	8,7
Избыток массы тела 1, 2 степени	8,8	15,9	7,5	11,3

Источник: данные мониторинга условий формирования здорового поколения, ИСЭРТ РАН, 2011 г.

Мониторинговое исследование помогает понять основные причины изменений в здоровье детского населения, предоставляя возможность выявить факторы, оказывающие неблагоприятное воздействие на формирование здоровья детей.

В определенной степени процессы формирования здоровья детей объективно отражают социально-экономические проблемы общества, семьи и системы здравоохранения. Обеспечение приоритета интересов детей является одним из условий устойчивого развития как Вологодской области, так и России в целом. Значительный вклад в решение многих проблем детства внесли национальный проект «Здоровье», действующий с 2006 г., «Стратегия развития здравоохранения Вологодской области на период до 2020 г.», принятая постановлением Правительства области от 29.10.2008 г. №2573, Программа модернизации здравоохранения Вологодской области<sup>82</sup> на 2011–2012 гг. Однако здоровье детей продолжает ухудшаться, о чём свидетельствуют и данные статистики, и результаты многолетних научных исследований.



### Вопросы для самопроверки и обсуждения

1. Дайте определение понятия «здоровье детей».
2. Перечислите группы здоровья детей и подростков. Дайте характеристику состояния здоровья ребенка, соответствующую каждой группе.
3. Кого принято считать инвалидами?
4. Как рассчитывается индекс здоровья?
5. Каковы основные тенденции состояния здоровья детей и подростков? Какие проводятся мероприятия в пользу поддержки детей на региональном и государственном уровне?



### Практическая работа

Используя доступные статистические данные, проведите анализ основных показателей здоровья детского населения любого региона России за период с 2000 по 2010 г. Сделайте выводы.

---

<sup>82</sup> О Программе модернизации здравоохранения Вологодской области на 2011 – 2012 годы: постановление Правительства Вологодской области от 04.03.2011 №183.



## Темы докладов и рефератов

1. Роль образа жизни в сохранении здоровья детского населения.
2. Социально-экономические факторы, влияющие на здоровье детей.
3. Здоровье детского населения и система здравоохранения.



## Рекомендуемая литература

1. *Здоровье детей России (состояние и проблемы) / под ред. акад. РАМН, проф. А.А. Баранова. – М., 1999. – 273 с.*
2. *Новые возможности профилактической медицины в решении проблем здоровья детей и подростков. Комплексная программа научных исследований «Профилактика наиболее распространенных болезней детей и подростков на 2005 – 2009 гг.» / А.А. Баранов, В.Р. Кучма, В.А. Тутельян, Б.Т. Величковский. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 176 с.*
3. *Журавлева И.В. Здоровье подростков: социологический анализ. – М.: Издательство Института социологии РАН, 2002. – 240 с.*
4. *Медик В.А., Токмачев М.С. Статистика здоровья населения и здравоохранения: учеб. пособие. – М.: Финансы и статистика, 2009. – 368 с.*
5. *Фраймович В.Б., Носырева О.М. Управление здоровьем подрастающего поколения // Экономические и социальные перемены. – 2007. – №37.*
6. *Шабунова А.А., Калашников К.Н., Калачикова О.Н. Общественное здоровье и здравоохранение территорий: монография. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2010. – 286 с.*

## ТЕМА 6

### ОСНОВНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ЗДОРОВЬЯ

*Ключевые понятия: фактор риска, образ жизни, здоровый образ жизни, самосохранительное поведение, социально-экономические условия.*

Проблемы выявления состояния общественного здоровья, его формирования и сохранения неотделимы друг от друга. Здоровье населения, являясь сложной и многогранной категорией, формируется под воздействием целого комплекса разнообразных по своему характеру, направленности и силе факторов, которые взаимодействуют друг с другом, меняются во времени. Одни из них оказывают благотворное влияние на здоровье, другие способствуют возникновению заболеваний.

Множество факторов и различная степень их воздействия на здоровье определяют сложность их выявления и интерпретации. Тем не менее детерминанты здоровья исследуются многими учёными.

Известно, что состояние здоровья обусловлено не только и не столько собственно системой здравоохранения, но и в значительной степени условиями жизни, их динамикой. Огромное значение имеет самосохранительное поведение населения – отношение людей к своему здоровью и здоровью своих близких. Ещё Гиппократ подчёркивал, что какова деятельность человека, его привычки, условия жизни, таково и здоровье.

*По словам Гиппократа, какова деятельность человека, его привычки, условия жизни, таково и здоровье.*

По мере развития общества условия проживания человека постепенно меняются, появляются новые возможности для сохранения и улучшения здоровья и в то же время риски для него. Риск

для здоровья – это возможность возникновения вредных эффектов для здоровья данного человека или группы людей при наличии какой-либо опасности.

Условия, обстоятельства, конкретные причины, которые повышают вероятность возникновения различных нарушений здоровья, в частности развития заболеваний, называются факторами риска. Понимание последствий их воздействия для здоровья имеет крайне важное значение в планировании и разработке профилактических мер. Однако анализ факторов риска сопряжен со многими проблемами из-за трудностей нахождения и интерпретации объективных данных об этих факторах и их причинных связях с болезнями и инвалидностью.

Все факторы риска для здоровья населения можно разделить на эндогенные и экзогенные (рис. 6.1). Факторы обеих групп, в свою очередь, подразделяются на управляемые и неуправляемые. Эндогенные (внутренние) факторы сравнительно тяжело поддаются воздействию и управлению по сравнению с экзогенными (внешние по отношению к организму воздействия). Группа экзогенных управляемых факторов является самой важной с точки зрения влияния на здоровье, так как включает в себя образ и уровень жизни населения, медицинское обслуживание, то есть те важные характеристики, которые формируют качество жизни населения и сравнительно легко поддаются внешнему воздействию.

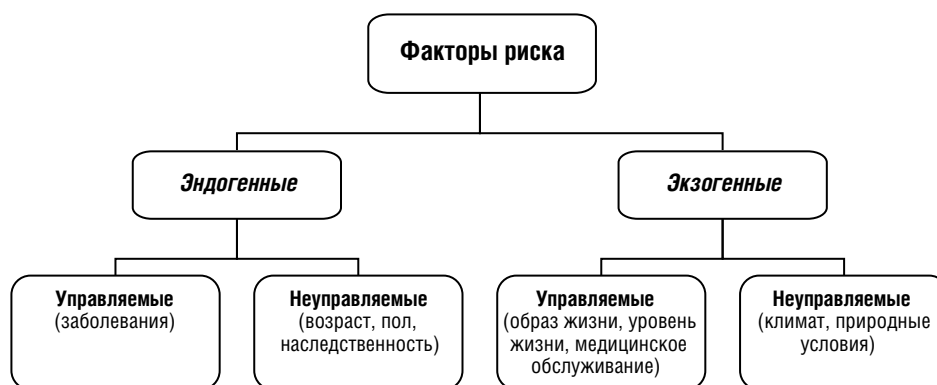


Рис. 6.1. Факторы риска в формировании здоровья человека

Источник: [http://av-medical.com/publ/factory\\_vlijajushhie\\_na\\_zdorove/1-1-0-19](http://av-medical.com/publ/factory_vlijajushhie_na_zdorove/1-1-0-19)

В то же время одни факторы риска для здоровья проще оценить, чем другие. Воздействие биологических факторов риска, таких как возраст, индекс массы тела, можно измерить, допустив относительно



небольшую ошибку, и можно связать с болезнями, которые последуют в каждом конкретном случае. Однако гораздо сложнее точно измерить воздействие факторов риска, связанных с питанием, окружающей средой и поведением. Отсутствие точных оценок в отношении этих факторов риска осложняет установление связей между их воздействием и заболеваемостью.

Имеется большое количество различных классификаций факторов и групп факторов, воздействующих на здоровье. ВОЗ выделяет следующие группы факторов, детерминирующих здоровье населения: условия и образ жизни; состояние окружающей среды; генетические факторы; система здравоохранения. При этом удельный вес каждой группы различен (табл. 6.1). Приведённая таблица показывает, что уровень здоровья во многом (на 50%) зависит от социально-экономических факторов и образа жизни населения, экологические условия и наследственность дают вклад по 20%, а на роль здравоохранения приходится лишь 10%.

**Таблица 6.1. Группировка факторов риска, оказывающих воздействие на здоровье населения**

Группы факторов	Удельный вес, %	Составляющие
1. Образ жизни и социально-экономические условия	49 – 53	Курение; несбалансированное неправильное питание; чрезмерное употребление алкоголя; вредные условия труда; стрессовые ситуации; гиподинамия; плохие материально-бытовые условия; употребление наркотиков; злоупотребление лекарствами; непрочность семей, одиночество; низкие образовательный и культурный уровни; чрезмерная урбанизация.
2. Генетика, биология человека	18 – 22	Предрасположенность к наследственным болезням.
3. Качество внешней среды, природные условия	17 – 20	Загрязнение воздуха, воды и почвы; загрязнение жилища и продуктов питания; вредные производственные условия; резкая смена погоды; повышенные уровни радиационных, гелиокосмических, магнитных и других излучений.
4. Здравоохранение	8 – 10	Неэффективность профилактических мероприятий; низкое качество медицинской помощи и ее запаздывание.

Источник: Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. – 2-е изд. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 512 с.

Таким образом, здоровье населения формируется и поддерживается совокупностью условий повседневной жизни, при этом экономические факторы и образ жизни играют доминирующую роль. В течение всей жизни человек находится под постоянным воздействием

целого спектра факторов окружающей среды – от экологических до социальных. Все они непосредственно влияют на его жизнедеятельность, здоровье и в конечном счете на продолжительность жизни.

Рассмотрим воздействие различных групп факторов на здоровье населения.

**Уровень благосостояния.** Данный фактор связан с возможностями человека создавать материальную базу своего благополучия. Высокие доходы не являются автоматически залогом лучшего здоровья, но они позволяют обеспечить определенный набор материальных благ, способствующих сохранению и укреплению потенциала здоровья. Величина доходов отражает возможности в обеспечении базовых компонентов человеческого развития (здоровье и образование), а также в тех сферах жизни, которые непосредственно с ним не связаны. В то же время огромный разрыв между богатыми и бедными продолжает оставаться одной из важнейших проблем современной России. Низкая заработная плата, высокий уровень безработицы негативно отражаются на социальном самочувствии населения и на его здоровье. Низкий уровень доходов вынуждает искать дополнительные источники заработка, что может происходить в ущерб психическому или физическому здоровью. Важную роль играет структура расходов населения, а именно доля расходов на питание. Данные статистики свидетельствуют о том, что население России тратит на питание непомерно много. В 2010 г. доля расходов на покупку продуктов питания в структуре потребительских расходов домашних хозяйств россиян составила 33%, тогда как в развитых странах эта доля не превышает 15 – 20%. В таких условиях населению России сложно находить возможности для вложения средств в собственное здоровье (расходы на лекарства, медицинские услуги, занятия спортом).

Согласно данным мониторинга здоровья, в Вологодской области доля населения с низким уровнем покупательной способности доходов (те, кому денег хватает только на продукты питания, и те, кому приходится влезать в долги) снизилась в 2010 г. на 5% по сравнению с 2009 г., тем не менее покупательная способность доходов у трети жителей региона продолжает оставаться невысокой. Удельный вес населения с высокой покупательной способностью доходов составил 9% (табл. 6.2).

Люди с высоким уровнем покупательной способности доходов (первые две группы) высоко оценивают свое здоровье, а лица с низким уровнем покупательной способности доходов (третья, четвертая, пятая группы) чаще оценивают свое здоровье как «удовлетворительное», «плохое и очень плохое» и имеют более низкий индекс самооценки здоровья (ИСЗ).

Таблица 6.2. **Взаимосвязь между доходами и здоровьем населения**  
(в % от числа опрошенных)\*

№ доходной группы	Оценка доходов населением		2002 – 2006 гг.	2007	2008	2009	2010
1.	Денег вполне достаточно, чтобы ни в чем себе не отказывать	%	2,2	1,2	1,4	1,7	1,1
		ИСЗ	0,774	0,754	0,790	0,656	0,759
2.	Покупка большинства товаров длительного пользования не вызывает трудностей, однако покупка автомашины сейчас недоступна	%	8,3	9,6	8,3	7,3	7,5
		ИСЗ	0,716	0,719	0,706	0,699	0,757
3.	Денег хватает только на приобретение необходимых продуктов питания и одежды, однако более крупные покупки приходится откладывать на «потом»	%	45,0	52,7	54,0	52,2	57,0
		ИСЗ	0,683	0,672	0,669	0,650	0,690
4.	Денег хватает только на приобретение продуктов питания	%	36,6	31,1	31,1	32,3	29,2
		ИСЗ	0,619	0,619	0,639	0,606	0,638
5.	Денег не хватает даже на приобретение продуктов питания, приходится «влезать в долги»	%	6,7	3,7	4,3	5,2	3,7
		ИСЗ	0,584	0,568	0,556	0,567	0,670

\* Вопрос задается с 2001 г.

Для оценки влияния поведенческих факторов на здоровье населения можно использовать анализ, проводимый с помощью логистической регрессии<sup>83</sup>. Получаемый при этом коэффициент шансов (OR) позволяет оценивать степень влияния того или иного социально-экономического фактора на состояние здоровья населения.

Данные регрессионного анализа, проведенного научным коллективом ИСЭРТ РАН на материалах мониторинга в Вологодской области, показали, что население, которое по уровню дохода относит себя к категории «бедные», в 1,6 раза чаще имеет риск формирования хронических заболеваний по сравнению с высокодоходными категориями (табл. 6.3).

Исследования показали также тесную корреляцию уровня смертности от убийств и самоубийств с численностью населения, имеющего доходы ниже величины прожиточного минимума<sup>84</sup>. Тот факт, что низкий уровень благосостояния является фактором психического нездоровья, подтверждают и данные социологического мониторинга (табл. 6.4).

<sup>83</sup> Логистическая регрессия позволяет предсказывать наличие или отсутствие исследуемой характеристики (например, плохое здоровье) у индивида, если известен набор его характеристик. В качестве независимой переменной в модели логистической регрессии выступает дихотомическая переменная, принимающая значение «один», если индивид имеет плохое здоровье, и значение «ноль» в противном случае. Показатель является значимым, если уровень значимости  $p < 0,05$ . CI – 95% доверительный интервал.

<sup>84</sup> Морев М.В. Оценка социально-экономического ущерба вследствие смертности населения от самоубийств. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2011. – С. 49.

**Таблица 6.3. Риск ухудшения общего состояния здоровья и возникновения хронических заболеваний в зависимости от категории по уровню дохода**

Категория по уровню дохода	Наличие хронических заболеваний		
	OR	CL	$p^*$
Богатые	1,00		
Люди среднего достатка	0,80	(0,52-1,23)	0,30
Бедные	1,58	(1,02-2,44)	0,04

\* Показатель является значимым, если уровень значимости  $p < 0,05$ .  
OR – коэффициент шансов; CL – доверительный интервал;  $p$  – уровень значимости.

**Таблица 6.4. Характеристики психического здоровья жителей Вологодской области в зависимости от уровня их материального положения (в % от числа опрошенных)**

Категории ответов	Социальное настроение		Признаки психопатологии	
	Прекрасное, нормальное, ровное состояние	Напряжение, раздражение, страх, тоска	Отсутствие признаков	Признаки тревоги, депрессии, невроза
<i>Децильные группы по уровню дохода</i>				
20% наименее обеспеченных	61,7	38,3	49,8	50,2
60% среднеобеспеченных	73,0	27,0	59,8	40,2
20% наиболее обеспеченных	78,4	21,6	71,5	28,5
<i>Покупательная способность доходов</i>				
Денег вполне достаточно, чтобы ни в чём себе не отказывать	85,1	14,9	76,0	24,0
Покупка большинства товаров длительного пользования (холодильник, телевизор) не вызывает у нас трудностей, однако покупка автомашины сейчас недоступна	85,4	14,6	81,8	18,2
Денег достаточно для приобретения необходимых продуктов и одежды, однако более крупные покупки приходится откладывать на потом	75,4	24,6	62,0	38,0
Денег хватает только на приобретение продуктов питания	63,9	36,1	49,5	50,5
Денег не хватает даже на приобретение продуктов питания, приходится влезать в долги	58,8	41,2	54,5	45,5
<i>Субъективная самооценка своего экономического положения (отношу себя к ...)</i>				
Богатым	81,8	18,2	63,6	36,4
Людям среднего достатка	83,0	17,0	70,8	29,2
Бедным	66,4	33,6	52,4	47,6
Нищим	55,9	44,1	41,9	58,1
Затрудняюсь ответить	70,7	29,3	65,2	34,8

**Жилищные условия.** С доходом граждан напрямую связана возможность улучшения жилищных условий, которые оказывают непосредственное воздействие на здоровье. За последние десять лет обеспеченность населения России жильём выросла с 19,2 в 2000 г. лишь до

22,6 квадратного метра на одного жителя в 2010 г. В то же время средняя обеспеченность жильём в странах Европы составляет 40 – 60 квадратных метров на человека. Но дело не только в обеспеченности жильём. Важное значение имеет его состояние и комфортность.

Острыми для нашей страны остаются такие проблемы, как сильный износ жилищного фонда и большой объём ветхого жилья. По данным на 2010 г. 1/5 всех жилых площадей не оборудована водопроводом, канализацией, треть – не обеспечена газом и горячим водоснабжением.

Следует отметить, что влияние жилищных условий на здоровье неоднозначно. Неблагоприятные параметры жилья (повышенный уровень шума, влажности, слабая освещенность помещения, плохое отопление и др.) в одних случаях оказывают прямое физическое воздействие на функциональные системы организма, вызывая патологические изменения. В других случаях это влияние опосредуется иными факторами, прежде всего нервно-эмоциональными. Последнее происходит, когда человек длительное время испытывает дискомфорт, нервное перенапряжение, в результате чего у него возникает психосоматическое заболевание или пограничное состояние, рассматриваемое как предболезнь. Неблагоприятные жилищные условия, в которых находятся молодые семьи с детьми, являются одним из главных факторов, определяющих состояние здоровья ребенка<sup>85</sup>.

Дискомфорт от проживания в некачественных жилищных условиях испытывала в 2010 г. почти половина (47%) жителей области (из них 43% составляют те, кто отмечает необходимость капитального ремонта, 49% – недостаток жилой площади, 15% – низкую температуру в квартире), что меньше, чем в 2002 г., на 6 процентных пунктов (табл. 6.5).

Таблица 6.5. **Есть ли у Вас недостатки в жилищных условиях?**  
(в % от числа опрошенных)

Вариант ответа	Год								
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Да	53,0	45,8	47,2	51,4	45,8	39,9	44,1	36,5	46,9
Нет	46,1	52,7	50,4	46,9	53,0	58,9	54,4	61,1	52,3

Подчеркнем, что лица, жилищные условия которых хорошие, имеют более высокий ИСЗ по сравнению с теми, чьи жилищные условия являются плохими (табл. 6.6).

<sup>85</sup> Римашевская Н.М. Здоровье человека – здоровье нации [Электронный ресурс] // Экономические стратегии. – 2006. – № 2. – С. 42-46. – URL: [http://www.inesnet.ru/magazine/mag\\_archive/free/2006\\_02/rimashevskaya.htm](http://www.inesnet.ru/magazine/mag_archive/free/2006_02/rimashevskaya.htm)

Таблица 6.6. **Взаимосвязь между степенью комфортности жилищных условий и здоровьем населения Вологодской области**  
(2010 г.; в % от числа опрошенных, без учёта затруднившихся ответить)

Жилищные условия	Индекс самооценки здоровья
Очень хорошие, довольно хорошие	0,729
Удовлетворительные	0,653
Плохие, очень плохие	0,628

Судя по данным регрессионного анализа, у респондентов, характеризующих свои жилищные условия как плохие и очень плохие, риск ухудшения здоровья в 1,7 раза больше, чем у тех, кто дает противоположные оценки (табл. 6.7). При ухудшении качества жилищных условий возрастает также риск возникновения хронических заболеваний.

Таблица 6.7. **Риск ухудшения общего состояния здоровья и возникновения хронических заболеваний в зависимости от жилищных условий**

Жилищные условия	Самооценка здоровья («плохое» или «очень плохое»)			Наличие хронических заболеваний		
	OR	CL	$p^*$	OR	CL	$p^*$
Очень хорошие	1,00			1,00		
Удовлетворительные	1,05	(0,74-1,50)	0,79	1,23	(0,96-1,57)	0,09
Плохие	1,65	(1,05-2,59)	0,03	1,46	(1,05-2,02)	0,02

\* Показатель является значимым, если уровень значимости  $p < 0,05$ .  
OR – коэффициент шансов; CL – доверительный интервал;  $p$  – уровень значимости.

С психологической точки зрения собственное жилье для человека является тем местом, где он может оградить себя и свою семью от негативных факторов окружающей социальной среды. Именно релаксирующая, восстановительная функция жилища, с одной стороны, делает его наиболее уязвимым, а с другой – повышает его роль в формировании психического здоровья.

Этот факт подтверждают следующие данные: среди людей, проявляющих симптомы психического нездоровья, каждый второй (51%) недоволен своими жилищно-бытовыми условиями, каждый четвертый (24%) – тем, что проживает в неблагоустроенной, коммунальной квартире или общежитии.

Негативное влияние условий проживания с течением времени накапливается. Таким образом, состояние здоровья детей, длительно проживающих в неблагоприятных жилищных условиях, с возрастом ухудшается. В группе детей из семей с хорошими жилищными условиями здоровых больше, а отклонения в состоянии здоровья чаще встречаются у тех, чьи жилищные условия плохие (табл. 6.8).

Таблица 6.8. **Влияние жилищных условий на здоровье детей**  
(в % от опрошенных)

Оценка жилищных условий	Дети 2004 г.р.		Дети 2001 г.р.		Дети 1998 г.р.		Дети 1995 г.р.	
	R1	R2	R1	R2	R1	R2	R1	R2
Хорошие	44,4	28,6	22,2	28,2	40,0	18,8	26,7	27,7
Удовлетворительные	55,6	61,5	77,8	51,8	50,0	60,4	73,3	63,1
Плохие	0,0	9,9	0,0	16,0	10,0	20,8	0,0	9,2

Здесь и далее – R 1 – группа с наименьшим риском ухудшения здоровья.  
R 2 – дети, имеющие различные отклонения в состоянии здоровья, хронические заболевания.  
Источник: данные мониторинга условий формирования здорового поколения, ИСЭРТ РАН, 2011.

**Образ жизни и самосохранительное поведение.** Образ жизни определяется как «устойчивый, сложившийся в конкретных общественно-экономических условиях способ жизнедеятельности человека». Он включает основную деятельность человека, куда входят трудовая деятельность, социальная, психоинтеллектуальная, двигательная активность, общение и бытовые взаимоотношения. Образ жизни – это своего рода система взглядов, которая складывается у человека в процессе жизни под влиянием различных факторов, на проблему здоровья не как на некую абстракцию, а как на конкретное выражение возможностей человека в достижении любой поставленной цели.

Под *здоровым образом жизни (ЗОЖ)* следует понимать активную деятельность людей, направленную, в первую очередь, на сохранение и улучшение здоровья. Формирование ЗОЖ является главным рычагом первичной профилактики в укреплении здоровья населения через изменение стиля и уклада жизни, его оздоровление с использованием гигиенических знаний в борьбе с вредными привычками, гиподинамией и преодолении неблагоприятных сторон, связанных с жизненными ситуациями.

В последние десятилетия в вопросах сохранения здоровья и увеличения продолжительности жизни стали уделять внимание «*самосохранительному поведению*», как понятию более широкому и всеобъемлющему, нежели только здоровый образ жизни. Самосохранительное поведение – это сложноструктурированная система установок, мотивов, действий человека, направленная на его самосохранение и опосредованная качеством его жизни. В её основе лежит осознанное стремление к здоровому образу жизни и обеспечению длительной продолжительности своей жизни в биологическом, психологическом и социальном

измерениях<sup>86</sup>. С точки зрения И.Б. Назаровой самосохранительное поведение – это не только своевременное обращение за квалифицированной помощью, но и определенный стиль жизни, предполагающий активные занятия физкультурой, отказ от курения и алкоголя, регулярные профилактические наблюдения<sup>87</sup>.

Усложнение общественной жизни, изменение ее ритма, резкое возрастание межличностных контактов оказывают непосредственное влияние на человека. Продолжительное действие таких факторов риска для здоровья, как стресс, гиподинамия, неправильное питание, нарушение сна, злоупотребление алкоголем, загрязнённая окружающая среда, формирует состояние предболезни. При неответственном отношении человека к собственному здоровью, несоблюдении мер профилактики предболезнь переходит в болезнь и принимает хроническую форму<sup>88</sup>.

Рассмотрим связь различных составляющих самосохранительного поведения. Важнейшую роль в сохранении и укреплении здоровья человека играет *питание*. Связь между здоровьем и питанием проявляется отчётливее, чем связь с другими факторами, так как не требуется временной лаг.

Основная часть населения региона (55 – 98%) на протяжении исследуемого периода (с 1995 – 2005 гг. по 2010 г.) оценивает качество своего питания как нормальное (рис. 6.2).

За этот отрезок времени доля тех, кто имеет нормальное питание, выросла на 13 процентных пунктов. И напротив, снизилась доля тех, чье питание неудовлетворительное (11% в 2010 г. против 18% в 2006 г. и 26% в период 1999 – 2005 гг.). Однако по-прежнему лишь каждый десятый житель области считает своё питание полноценным.

Качество питания оказывает значительное влияние на здоровье населения региона: те, кто оценивает свое питание как «полноценное», имеют более высокий индекс самооценки здоровья по сравнению с теми, кто дает неудовлетворительные оценки (табл. 6.9).

---

<sup>86</sup> Шушунова Т.Н. Опыт пилотажного социологического исследования в изучении самосохранительного поведения // Взаимодействие устойчивости и инновационности в развитии белорусского общества: сб. науч. тр. / Нац. акад. наук Беларуси, Ин-т социологии. – Минск: Белорус. наука, 2009. – С. 419-424.

<sup>87</sup> Назарова И.Б. Здоровье занятого населения: моногр. / Гос. ун-т – Высшая школа экономики. – М.: МАКС Пресс, 2007. – 526 с.

<sup>88</sup> Доклад о состоянии здравоохранения в мире «Первичная медико-санитарная помощь: сегодня актуальнее, чем когда-либо» / ВОЗ, 2009.



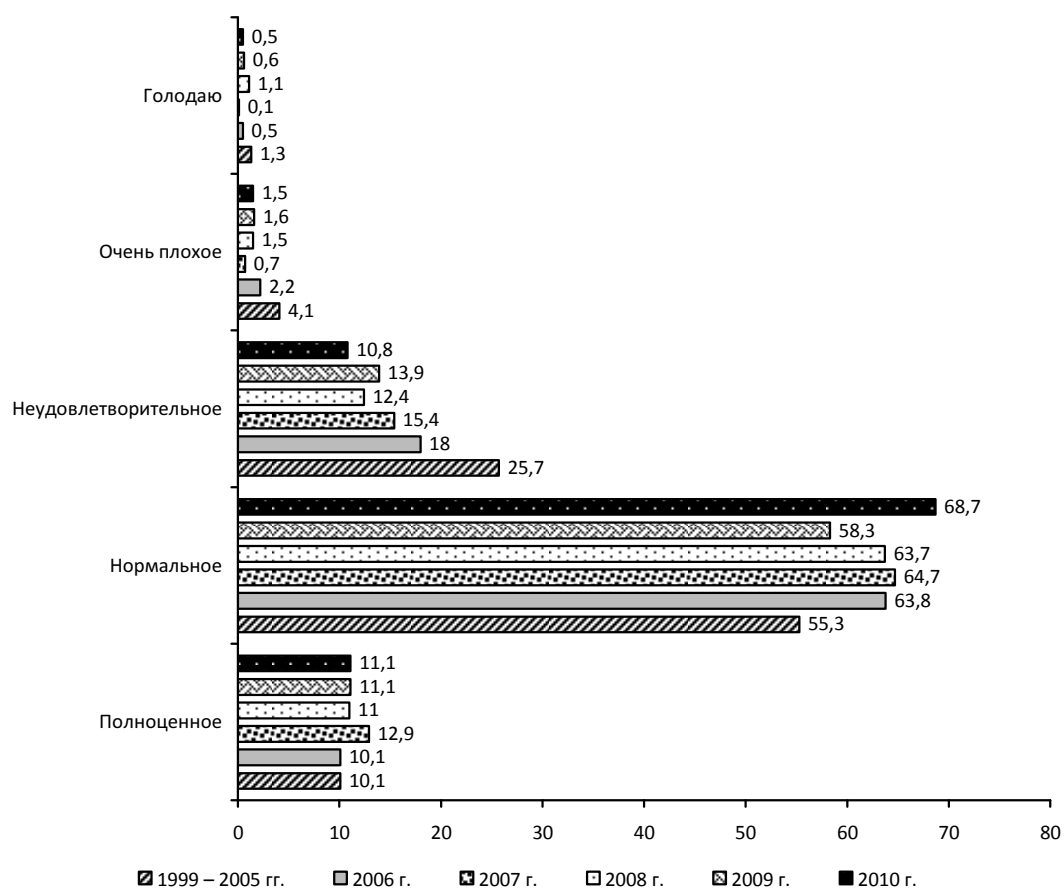


Рис. 6.2. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Как Вы оцениваете свое питание?» (в % от числа опрошенных)

Таблица 6.9. Влияние качества питания на здоровье населения Вологодской области

Качество питания	Величина индекса самооценки здоровья								
	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Полноценное	0,788	0,791	0,779	0,749	0,717	0,730	0,734	0,693	0,766
Нормальное	0,642	0,656	0,660	0,678	0,661	0,653	0,666	0,646	0,683
Неудовлетворительное	0,566	0,586	0,599	0,596	0,629	0,597	0,603	0,563	0,600
Очень плохое	0,514	0,540	0,587	0,588	0,590	0,600	0,591	0,492	0,613

Связь качества питания и наличия хронических заболеваний прослеживается при применении логистической регрессии. Так, при неудовлетворительных оценках питания риск возникновения хронического заболевания возрастает более чем в два раза (табл. 6.10).

Таблица 6.10. Риск возникновения хронических заболеваний и ухудшения общего состояния здоровья в зависимости от качества питания

Оценка питания	Наличие хронических заболеваний		
	OR	CL	$p^*$
Полноценное	1,00		
Неудовлетворительное	1,58	(1,03-2,41)	0,03
Очень плохое	2,24	(1,06-4,68)	0,04

\* Показатель является значимым, если уровень значимости  $p < 0,05$ .  
OR – коэффициент шансов; CL – доверительный интервал;  $p$  – уровень значимости.

Для полноценного функционирования организма ребенка важна организация правильного питания. Обеспеченность ребенка необходимыми продуктами питания во многом зависит от социального положения семьи, ее материальных возможностей. Чем больше возможностей у семьи для удовлетворения базовых потребностей, тем больше внимания уделяется качеству питания детей. Хорошую оценку обеспеченности ребенка продуктами питания в среднем дал 41% семей с детьми, удовлетворительную – более половины (52%; табл. 6.11).

Все дети с «плохой и очень плохой» обеспеченностью продуктами питания имеют различные отклонения в состоянии здоровья.

Таблица 6.11. Влияние обеспеченности продуктами питания на здоровье детей в 2011 г.

Обеспеченность продуктами питания	Группа здоровья ребенка							
	Дети 1995 г.р.		Дети 1998 г.р.		Дети 2001 г.р.		Дети 2004 г.р.	
	R1	R2	R1	R2	R1	R2	R1	R2
Хорошая	24,3	75,7	17,6	82,4	15,4	84,6	13,6	86,4
Удовлетворительная	24,3	75,7	18,2	81,8	6,3	93,8	6,0	94,0
Плохая, очень плохая	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0	100,0

R1 – группа с наименьшим риском ухудшения здоровья.  
R2 – дети, имеющие различные отклонения в состоянии здоровья, хронические заболевания.

Отсутствие оздоровительной *физической активности* или её низкий уровень оказывают существенное влияние на здоровье населения. Малоподвижный образ жизни повышает риск развития многих хронических болезней, в том числе сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета и некоторых видов злокачественных новообразований.

Болезни не только причиняют страдания людям, но и наносят значительный финансовый ущерб обществу. В то же время регулярные физические упражнения способствуют хорошему самочувствию и защищают от депрессии<sup>89</sup>.

Удельный вес жителей региона, занимающихся спортом, в 2010 г. остался на прежнем уровне и составил лишь 11%. Городское население в большей мере занимается спортом и посещает культурно-массовые мероприятия, тогда как сельское – чаще указывает на недостаток свободного времени для такого времяпрепровождения. В целом 48% населения области оценивает затраты времени на двигательную активность как достаточные.

Характерно, что даже среди жителей области молодого возраста большинство предпочитает пассивные формы досуга (табл. 6.12). По данным исследования, проведенного в 2010 г., в свободное время 45% молодежи сидит дома перед телевизором или компьютером, 39% – просто гуляет по улицам. За период с 2002 по 2010 г. доля молодёжи, увлекающейся спортом, увеличилась лишь на 3 процентных пункта и составила 23%.

Таблица 6.12. **Физическая активность молодежи в возрасте от 18 до 30 лет**  
(в % от числа опрошенных, без учета затруднившихся ответить)

Форма проведения свободного времени	Год								
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Сидит дома	43,3	40,5	36,2	43,1	48,7	44,8	61,9	45,0	45,3
Гуляет на свежем воздухе	32,5	37,9	36,4	36,9	36,1	43,0	42,2	37,5	38,5
Занимаюсь спортом, посещаю спортивный клуб, спортзал, фитнес-центр	20,4	17,1	12,9	18,0	14,3	10,8	22,4	18,3	22,7
Посещаю культурно-массовые мероприятия	15,7	18,1	18,7	20,9	20,4	23,3	22,4	17,5	22,0

Занятия физической культурой и спортом имеют прямую и очень тесную взаимосвязь со здоровьем человека. Те, кто регулярно занимается спортом, имеют более высокий индекс самооценки здоровья, а также реже болеют хроническими заболеваниями по сравнению с теми, кто не занимается спортом (табл. 6.13).

<sup>89</sup> Содействие физически активному образу жизни в городских условиях / Всемирная организация здравоохранения, 2006 .

**Таблица 6.13. Взаимосвязь здоровья населения и частоты занятий физической культурой и спортом (в % от числа опрошенных, 2010 г.)**

Как часто Вы занимаетесь физической культурой и спортом?	Индекс самооценки здоровья	Имеются ли у Вас длительно протекающие (хронические) заболевания или состояния?	
		Да	Нет
Ежедневно	0,641	32,4	67,6
2-3 раза в неделю	0,633	27,6	72,4
Несколько раз в месяц	0,648	29,5	70,5
Примерно раз в месяц	0,648	19,4	80,6
Примерно раз в год	0,624	27,3	72,7
Сейчас не занимаюсь	0,600	34,9	65,1
Никогда не занимался (ась)	0,570	40,5	59,5

Согласно данным регрессионного анализа, хронические заболевания чаще возникают у тех, кто игнорирует активный образ жизни и занятия спортом (табл. 6.14).

**Таблица 6.14. Риск возникновения хронических заболеваний в зависимости от частоты занятия спортом**

Частота занятия спортом	Наличие хронических заболеваний		
	OR	CL	$p^*$
Ежедневно	1,00		
Сейчас не занимаюсь	1,26	(1,01-1,57)	0,04
Никогда не занимаюсь	1,60	(1,25-2,05)	0,002

\* Показатель является значимым, если уровень значимости  $p < 0,05$ .  
OR – коэффициент шансов; CL – доверительный интервал;  $p$  – уровень значимости.

Табакокурение и чрезмерное потребление алкоголя входят сегодня, по оценкам экспертов, в число четырёх основных факторов риска для здоровья россиян, наряду с высоким артериальным давлением и высоким уровнем холестерина. Вклад этих четырёх факторов в структуру общей смертности составляет 87,5%, а в количестве лет жизни с утратой трудоспособности – 58,5%. При этом на первом месте по влиянию на количество лет жизни с утратой трудоспособности (16,5%) стоит злоупотребление алкоголем<sup>90</sup>.

Согласно оценкам экспертов ВОЗ, в мире насчитывается около 1,1 млрд. курильщиков, что составляет 1/3 населения мира в возрасте 15 лет и старше. Каждые 6 секунд от заболеваний, связанных с курением табака, в мире умирает 1 человек, или 5 млн. курильщиков за год<sup>91</sup>.

<sup>90</sup> Варламова С.Н., Седова Н.Н. Здоровый образ жизни – шаг вперёд, два назад // Социологические исследования. – 2010. – №4. – С. 75-87.

<sup>91</sup> Волкотруб Л.П. Табакокурение как фактор канцерогенного риска // Здравоохранение в Российской Федерации. – 2010. – №2. – С. 11-15

Доля ежедневно курящих составляет в России 37% населения в возрасте от 15 лет (по данным за 2008 г.), тем самым превышая уровень европейских стран (табл. 6.15).

Таблица 6.15. Доля ежедневно курящих в возрасте от 15 лет, в странах Европейского региона ВОЗ (в % от числа опрошенных, 2008 г.)

Страна	Всего	Мужчины	Женщины
Россия	37,0	59,0	25,0
Беларусь	27,5	52,3	9,2
Италия	22,4	28,9	16,4
Норвегия	21,0	21,0	21,0
Финляндия	20,4	24,0	17,6
Швеция	13,8	12,8	14,9

Источники: Европейская база данных «Здоровье для всех» ВОЗ. – URL: <http://www.euro.who.int/hfad/b>; Статистика и социология. Справедливая жизнь в России // [http://www.ruslife.ru/patrol/Folder\\_3220/4068.smx](http://www.ruslife.ru/patrol/Folder_3220/4068.smx)

В 2010 г. удельный вес курящего населения в Вологодской области существенно не изменился и составил примерно треть общего количества жителей в возрасте от 18 лет (рис. 6.3). При этом 28% курильщиков имеют стаж курения 10 – 20 лет, а 23% – более 20 лет.

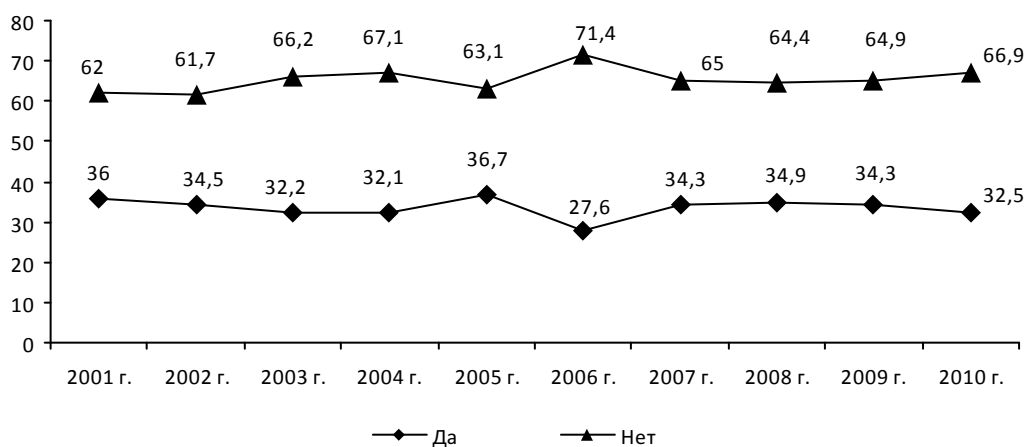


Рис. 6.3. Курите ли Вы в настоящее время? \* (в % от числа опрошенных)

\* Вопрос задается с 2001 г.

Связь курения и состояния здоровья проявляется наиболее отчетливо по сравнению с другими факторами, о чём свидетельствуют данные регрессионного анализа, обладающие высоким уровнем значимости. Так, курящее население имеет в два раза больший риск получить плохое здоровье и хронические заболевания (табл. 6.16).

Таблица 6.16. **Риск возникновения хронических заболеваний и ухудшения общего состояния здоровья в зависимости от курения**

Курение	Самооценка здоровья («плохое» или «очень плохое»)			Наличие хронических заболеваний		
	OR	CL	$p^*$	OR	CL	$p^*$
Не курят	1,00			1,00		
Курят	2,20	(1,44-3,38)	0,0003	1,85	(1,45-2,36)	0,0001

\* Показатель является значимым, если уровень значимости  $p < 0,05$ .  
OR – коэффициент шансов; CL – доверительный интервал;  $p$  – уровень значимости.

Курение матерей способствует развитию у детей функциональных отклонений. Особенно неблагоприятным является курение матери во время беременности. Это влияет на вес будущего ребенка – у курящих матерей чаще рождаются маловесные дети<sup>92</sup>. Так, анализ данных мониторинга показал, что средний вес новорожденных детей у матерей, не куривших до беременности, на 300 г больше, чем у куривших. А средний вес ребенка у матери, курившей во время беременности, меньше на 350 г, чем у некурившей.

Наличие вредных привычек у ближайшего окружения детей также является фактором риска для их здоровья и формирования саморазрушительного образа жизни. Для детей очень важно, курят родители или нет. В семьях, где курил хотя бы один из членов семьи, дети 12 лет пробовали курить в 4 раза чаще, чем при некурящих родственниках. К 16 годам количество детей, пробовавших курить, увеличилось почти в 3 раза (табл. 6.17).

Таблица 6.17. **Влияние курящих членов семьи на вероятность пробы курения ребенком (в % от числа опрошенных, дети 1995 г.р.)**

Курит ли кто-либо из членов семьи?	Пробовал ли ребенок курить?					
	12 лет		15 лет		16 лет	
	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет
Да	17,4	82,6	34,0	66,0	48,7	51,3
Нет	4,5	95,5	20,0	80,0	33,3	66,7

Источник: данные мониторинга условий формирования здорового поколения, ИСЭРТ РАН 2007, 2010, 2011 гг.

Уже в возрасте 10 лет доля курящих детей составляет в среднем 4%, что крайне отрицательно скажется на состоянии здоровья в последующем. Полученные данные подтверждаются и другими исследованиями:

<sup>92</sup> Шабунова А.А. Здоровье населения в России: состояние и динамика. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2010. – С. 217.

российские 11-летние школьники – «лидеры» в Европейском регионе по числу курящих, по крайней мере, 1 раз в неделю: 4% девочек и 5% мальчиков<sup>93</sup>.

Проведенный анализ показывает, что количество здоровых детей больше в тех семьях, в которых нет практики употребления табака (табл. 6.18).

Таблица 6.18. Влияние курения членов семьи на группу здоровья ребенка (в % от числа опрошенных)

Курит ли кто-нибудь в Вашей семье?	Когорта 1995 г.		Когорта 1998 г.		Когорта 2001 г.	
	R1	R2	R1	R2	R1	R2
Да	5,7	94,3	14,3	85,7	15,4	84,6
Нет	13,2	86,8	26,7	73,3	23,8	76,2

Источник: данные мониторинга условий формирования здорового поколения, ИСЭРТ РАН, 2011 г.  
R1 – группа с наименьшим риском ухудшения здоровья.  
R2 – дети, имеющие различные отклонения в состоянии здоровья, хронические заболевания.

Важнейшим деструктивным фактором демографического, социального и экономического развития служит алкоголизация общества.

Как показывают исследования, тяжелые алкогольные проблемы являются главной причиной катастрофически высокого уровня смертности россиян.

В 2010 г. по сравнению с 2009 г. доля населения, потребляющего алкогольную продукцию, увеличилась на 3 п.п. и составила 68% (рис. 6.4). Тенденция увеличения доли населения, потребляющего алкогольную продукцию, наблюдается с 2002 г.

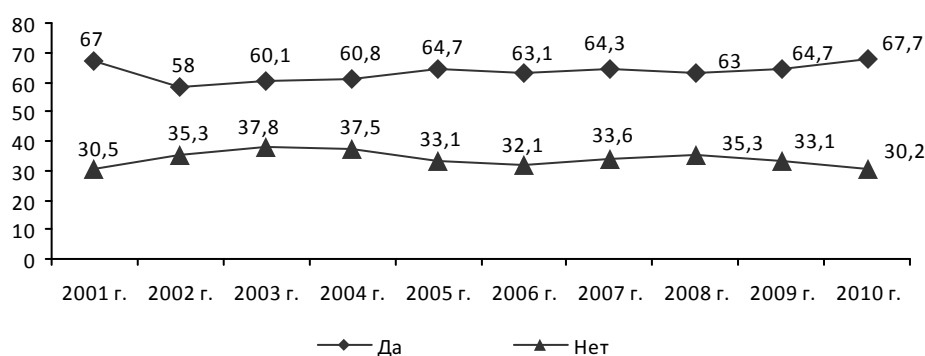


Рис. 6.4. Распределение ответов на вопрос: «Употребляете ли Вы алкогольные напитки?» (в % от числа опрошенных)

<sup>93</sup> Школы здоровья в России / В.Р. Кучма, Л.М. Сухарева, И.К. Рапопорт [и др.]. – М.: Научный центр здоровья детей РАМН, 2009. – 128 с.

Связь здоровья с потреблением алкогольной продукции, как и с курением, проявляется очень тесно, о чём свидетельствует высокий уровень значимости при регрессионном анализе, результаты которого показали, что население, потребляющее алкоголь, в два раза чаще даёт своему здоровью негативные характеристики и имеет хронические заболевания (табл. 6.19).

**Таблица 6.19. Риск ухудшения общего состояния здоровья и возникновения хронических заболеваний в зависимости от употребления алкогольных напитков**

Употребление алкогольных напитков	Самооценка здоровья («плохое» или «очень плохое»)			Наличие хронических заболеваний		
	OR	CL	$p^*$	OR	CL	$p^*$
Нет	1,00			1,00		
Да	2,09	(1,47-2,95)	0,0001	1,66	(1,32-2,09)	0,0001

\* Показатель является значимым, если уровень значимости  $p < 0,05$ .  
OR – коэффициент шансов; CL – доверительный интервал;  $p$  – уровень значимости.

Причём наибольшее влияние на состояние здоровья населения оказывает частота употребления крепких алкогольных напитков (табл. 6.20).

Те, кто ежедневно употребляет крепкий алкоголь, в четыре раза чаще подвергаются риску ухудшения здоровья по сравнению с употребляющими алкоголь до 3-х раз в месяц.

**Таблица 6.20. Риск ухудшения общего состояния здоровья в зависимости от частоты употребления крепких алкогольных напитков**

Частота употребления крепких алкогольных напитков	Самооценка здоровья («плохое» или «очень плохое»)		
	OR	CL	$p^*$
До 3-х раз в месяц	1,00		
Ежедневно	4,42	(1,18-16,6)	0,03
По выходным	0,34	(0,13-0,9)	0,03
По праздникам	0,73	(0,40-1,34)	0,3

\* Показатель является значимым, если уровень значимости  $p < 0,05$ .  
OR – коэффициент шансов; CL – доверительный интервал;  $p$  – уровень значимости.

Исследование показало, что если в семье присутствует практика употребления алкоголя, то в возрасте 12 лет его пробуют 13% детей и в возрасте 16 лет – 70%, что в 2 раза больше, чем в семьях, где такой практики нет (табл. 6.21). То есть вредные привычки родителей оказывают существенное влияние на здоровье их детей. Согласно российским



исследованиям, по уровню употребления алкоголя 11-летними школьниками Россия уступает только Украине. 7% девочек и 10% мальчиков употребляют алкоголь, по крайней мере, 1 раз в неделю<sup>94</sup>.

Таблица 6.21. **Влияние употребления алкоголя членами семьи на вероятность пробы употребления алкоголя ребенком**  
(в % от числа опрошенных; дети 1995 г.р.)

Выпивает ли кто-либо из семьи?	Пробовал ли ребенок алкоголь?					
	12 лет		15 лет		16 лет	
	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет
Да	12,5	87,5	48,1	51,9	69,6	30,4
Нет	6,5	93,5	22,6	77,4	35,8	64,2

Источник: данные мониторинга условий формирования здорового поколения, ИСЭРТ РАН, 2007, 2010 – 2011 гг.

Таким образом, мы можем констатировать достаточно невысокий уровень заботы населения о соблюдении здорового образа жизни. У значительной доли населения отсутствует ответственность за поддержание собственного здоровья, не сформирована мотивация к здоровому образу жизни. Это выражается в низком уровне самосохранительного поведения, отсутствии навыков и привычки профилактики заболеваний. Приверженность населения вредным привычкам остаётся на высоком уровне (курит 33% населения региона, употребляет алкогольную продукцию 68%). Особую опасность вызывает проблема омоложения категории пьющих и курящих людей.

**Условия труда.** В течение жизни треть общего времени человек тратит на участие в трудовой деятельности. Поэтому важно, чтобы под влиянием условий труда не наступило ухудшения в состоянии здоровья. Вполне закономерным является то, что основная часть трудоспособного населения теряет здоровье в процессе трудовой деятельности<sup>95</sup>.

По данным за 2010 г. более трети жителей области (36%) имели сидячую работу, трудовая деятельность 44% населения лишь в некоторой мере связана с физическими нагрузками (табл. 6.22).

Что касается нефизической составляющей, то трудовая деятельность населения региона, по данным опроса, в большей степени связана с умственным напряжением (42%) и психоэмоциональными нагрузками (39%).

<sup>94</sup> Там же.

<sup>95</sup> Римашевская Н.М. Здоровье человека – здоровье нации // Экономические стратегии. – 2006. – №2.

Таблица 6.22. **Распределение ответов жителей региона на вопрос: «Какова Ваша физическая активность на работе?»** (в % от числа опрошенных)

Варианты ответа	Год				
	2006	2007	2008	2009	2010
У меня в основном сидячая работа	31,6	33,3	30,6	34,0	35,5
Хожу на работе довольно много	29,3	23,7	24,9	23,0	23,3
Приходится выполнять небольшую физическую работу	20,6	24,6	28,4	22,5	20,4
Занимаюсь тяжелой физической работой	8,0	9,1	9,3	10,0	9,9

Четверть населения имеет работу, характеризующуюся монотонностью. Негативным является то, что трудовая деятельность 31% населения связана со стрессами – одним из главных факторов риска для здоровья. При этом наиболее уязвимы представители т.н. «среднего слоя» – люди, преуспевающие на работе, но теряющие при этом здоровье. Стрессы, нервная обстановка на работе служат причиной ухудшения здоровья. Социальные условия, информационные и интеллектуальные перегрузки вызывают психическую усталость, эмоциональные стрессы. В то же время стрессы негативно влияют и на здоровье людей, оказавшихся вне сферы трудовой деятельности.

Стресс может стать причиной невротических, сердечно-сосудистых, эндокринных и других заболеваний, количество которых в последнее время непрерывно возрастает. Все большее распространение среди городских жителей получает социально-психологическая напряженность, связанная со снижением социальной, экономической и экологической безопасности.

Если говорить о степени взаимосвязанности характера выполняемой работы и здоровья населения, то можно отметить следующее. Те, кто в трудовой деятельности сталкивается с психоэмоциональными нагрузками и стрессами, несколько реже оценивают своё здоровье как хорошее и чаще имеют хронические заболевания по сравнению с теми, кто выполняет спокойную работу (табл. 6.23).

Стоит подчеркнуть, что важную роль играет не столько наличие данных факторов, сколько частота их повторения. При частых психоэмоциональных нагрузках и стрессовых ситуациях возрастает вероятность ухудшения показателей здоровья. Монотонный труд также оказывает негативное воздействие на здоровье: индекс самооценки здоровья занятых монотонным трудом ниже, чем у тех, кто имеет какую-либо смену деятельности в течение дня (0,679 и 0,720 соответственно).

Таблица 6.23. **Взаимосвязь характера трудовой деятельности и здоровья населения (2010 г., в % от числа опрошенных)**

Ваша работа характеризуется	Индекс самооценки здоровья	Имеются ли у Вас длительно протекающие (хронические) заболевания или состояния?	
		Да	Нет
<i>Умственным напряжением</i>			
Да	0,716	26,4	73,6
Нет	0,698	28,8	71,2
<i>Психоэмоциональной нагрузкой</i>			
Да	0,704	28,9	71,1
Нет	0,710	25,5	74,5
<i>Стрессами</i>			
Да	0,704	28,8	71,2
Нет	0,713	25,8	74,2
<i>Монотонным трудом</i>			
Да	0,679	31,3	68,8
Нет	0,720	28,0	72,0

**Экологические условия.** На здоровье населения влияют не только жилищные условия, но и экологические. Воздействие окружающей среды на здоровье продолжает оставаться предметом общей, все более возрастающей обеспокоенности. Особенно это касается таких вопросов, как доступ к безопасной питьевой воде и средствам санитарии, загрязнение воздуха. В современном мире свыше 92% городских жителей дышат загрязненным воздухом. Более трех миллионов детей в возрасте до пяти лет ежегодно умирает от причин и условий, связанных с окружающей средой<sup>96</sup>.

В 2010 г. 64% россиян отмечают ухудшение экологической ситуации в стране за последние годы, 23% – не наблюдают никаких изменений, 3% – считают, что экологическая обстановка в России улучшилась. 73% россиян беспокоит экологическая обстановка в их регионе<sup>97</sup>.

В Вологодской области, по данным на 2010 г., половина населения давала удовлетворительные оценки экологических условий в месте своего проживания. Население сельской местности по сравнению с городскими жителями примерно в два раза чаще оценивало экологические условия как хорошие. Особо выделяется г. Череповец, экологические

<sup>96</sup> Окружающая среда и здоровье детей и матерей: Информационный бюллетень ВОЗ. – №284. – URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs284/ru/index.html>

<sup>97</sup> ФОМ: 64% россиян отметили ухудшение экологической ситуации / Информационное агентство Regnum. – Режим доступа: <http://www.regnum.ru/news/ecology/1323574.html>

условия в котором плохими считает значительная доля населения (39%), что больше в 3 раза, чем в районах, и в 1,8 раза, чем по области в целом (рис. 6.5).

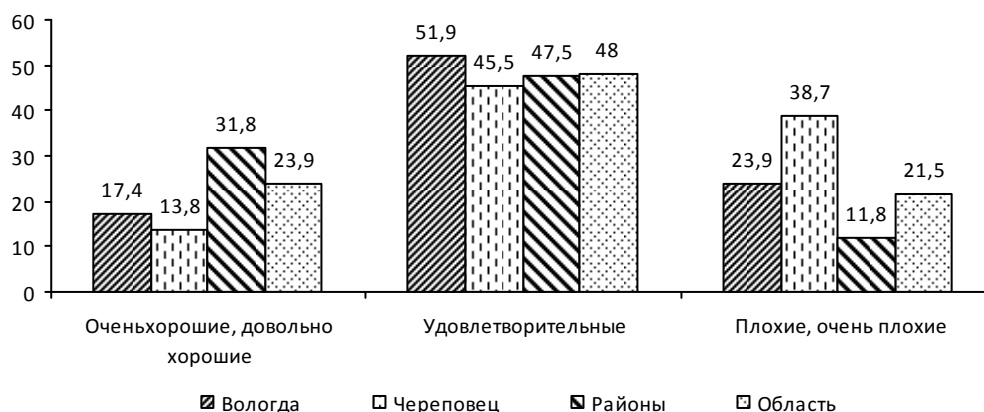


Рис. 6.5. **Оцените, пожалуйста, экологические условия в месте Вашего проживания\*** (в % от числа опрошенных)

\* Вопрос задаётся с 2010 г.

Жители региона, характеризующие экологические условия в месте своего проживания как благоприятные, имеют высокий индекс самооценки здоровья (табл. 6.24). В свою очередь, население, проживающее в неблагоприятных экологических условиях, чаще говорит о своём здоровье в негативных тонах и имеет низкий ИСЗ.

Таблица 6.24. **Взаимосвязь между здоровьем населения и экологическими условиями в месте проживания** (в % от числа опрошенных, без учёта затруднившихся ответить; 2010 г.)

Экологические условия в месте проживания	Индекс самооценки здоровья
Очень хорошие, довольно хорошие	0,747
Удовлетворительные	0,674
Плохие, очень плохие	0,634

Данные регрессионного анализа подтверждают, что для тех участников исследования, которые охарактеризовали экологические условия в месте проживания как «плохие» и «очень плохие», увеличивается риск возникновения проблем со здоровьем (OR=1,7 и 2,8 соответственно, при высоком уровне статистической значимости). При увеличении экологической нагрузки также возрастает степень риска развития хронических заболеваний (табл. 6.25).

Таблица 6.25. **Риск ухудшения общего состояния здоровья и возникновения хронических заболеваний в зависимости от экологических условий в месте проживания**

Экологические условия в месте проживания	Самооценка здоровья («плохое» или «очень плохое»)			Наличие хронических заболеваний		
	OR	CL	$p^*$	OR	CL	$p^*$
Очень хорошие	1,00			1,00		
Плохие	1,71	(0,17-2,48)	0,005	1,80	(1,36-2,36)	0,001
Очень плохие	2,82	(1,47-5,4)	0,002	1,67	(0,96-2,89)	0,07

\* Показатель является значимым, если уровень значимости  $p < 0,05$ .  
OR – коэффициент шансов; CL – доверительный интервал;  $p$  – уровень значимости.

На воздействие экологических загрязнителей особенно чутко реагирует здоровье детей. Наибольший удельный вес детей, имеющих функциональные отклонения в состоянии здоровья, хронические заболевания, зафиксирован в группе проживающих в плохих и удовлетворительных экологических условиях. Дети, постоянно живущие в загрязненных микрорайонах, болеют чаще (табл. 6.26).

Таблица 6.26. **Взаимосвязь экологических условий и здоровья детей** (в % от числа опрошенных, без учета затруднившихся ответить)

Экологические условия	Когорта 2004 г.р.		Когорта 2001 г.р.		Когорта 1998 г.р.		Когорта 1995 г.р.	
	R1	R2	R1	R2	R1	R2	R1	R2
Хорошие	22,2	10,0	11,1	9,6	10,0	6,5	6,7	7,8
Удовлетворительные	77,8	60,0	77,8	55,4	70,0	67,4	80,0	65,6
Плохие, очень плохие	0,0	30,0	11,1	34,9	20,0	26,1	13,3	26,6

R 1 – группа с наименьшим риском ухудшения здоровья.  
R 2 – дети, имеющие различные отклонения в состоянии здоровья, хронические заболевания.  
Источник: данные мониторинга условий формирования здорового поколения, ИСЭРТ РАН, 2011.

Подводя итог, следует отметить, что на здоровье населения оказывает одновременное воздействие целый комплекс различных факторов, причём одни могут усиливать или, напротив, снижать негативное воздействие других. Наиболее значимым фактором воздействия на здоровье населения является уровень его благосостояния. Факторы образа жизни могут снижать отрицательное влияние объективных условий, однако не способны их полностью устранить. Самоохранительное поведение позитивно воздействует на самочувствие, но образ жизни населения области характеризуется низкой физической активностью и пристрастием к вредным привычкам, что не способствует формированию благоприятной почвы для укрепления здоровья.

Сохранение и укрепление здоровья должно быть одним из приоритетных направлений как региональной, так и федеральной политики. Вместе с тем каждый человек должен осознавать ценность своего здоровья и заботиться о нём, отказавшись от вредных привычек и занимаясь в целом оздоровлением своего образа жизни. Материальными предпосылками для укрепления здоровья являются создание условий для правильного питания, санитарный контроль за чистотой окружающей среды, запрещение курения в общественных местах, улучшение психологического климата в семье и на производстве и другие способы ограничения факторов риска.



### Вопросы для самопроверки и обсуждения

1. Назовите основные группы факторов риска, оказывающих влияние на здоровье населения.
2. Какие факторы играют первостепенную роль в формировании здоровья населения?
3. Что такое самосохранительное поведение? Как, на ваш взгляд, соотносятся понятия «здоровый образ жизни» и «самосохранительное поведение»?
4. Какова роль экологических условий в формировании здоровья населения?
5. В чем заключаются основные причины ухудшения здоровья населения? Какие, на ваш взгляд, необходимо проводить мероприятия по укреплению здоровья населения?



### Практические задания

1. Составьте таблицу факторов риска в формировании здоровья (эндогенные и экзогенные) и приведите примеры к каждому фактору.
2. Подготовьте эссе на тему «Что для меня является здоровым образом жизни».



### Темы для рефератов

1. Механизмы влияния неблагоприятных факторов на здоровье человека.
2. Влияние алкоголя на здоровье подростков.
3. Влияние природного радиоактивного фона на здоровье человека.



## Рекомендуемая литература

1. Назарова И.Б. *Здоровье занятого населения / Гос. ун-т. – Высшая школа экономики.* – М.: МАКС Пресс, 2007. – 26 с.
2. *Сбережение народа / под ред. Н.М. Римашевской.* – М.: Наука, 2007. – 326 с.
3. Варламова С.Н., Седова Н.Н. *Здоровый образ жизни – шаг вперёд, два назад // Социологические исследования.* – 2010. – №4. – С. 75-87.
4. Прохоров Б.Б. *Социальная стратификация общества и здоровье населения // Проблемы прогнозирования.* – 2009. – №3. – С. 112.
5. Прохоров Б.Б., Горшкова И.В., Тарасова Е.В. *Условия жизни населения и общественное здоровье // Проблемы прогнозирования.* – 2003. – №5. – С. 127.

## ТЕМА 7

### СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: СТРУКТУРА И ФИНАНСИРОВАНИЕ

*Ключевые слова: здравоохранение, медицинские услуги, финансирование, ресурсы.*

**Структурные особенности российского здравоохранения.** Социальная сфера традиционно объединяет образование, здравоохранение, культуру, а также такие отрасли, как жилищное хозяйство, физическая культура и спорт, социальное обслуживание и социальное обеспечение, социальное страхование, пенсионное обеспечение, – словом, всё то, что составляет основу бытия и нормальной жизнедеятельности людей, обеспечивает качество жизни. Особое место в этом ряду занимает здравоохранение, поскольку от своевременного и качественного оказания медицинских услуг, ради чего во многом и создана система здравоохранения, зависит жизнь человека и его успех в достижении индивидуальных и общественных целей.

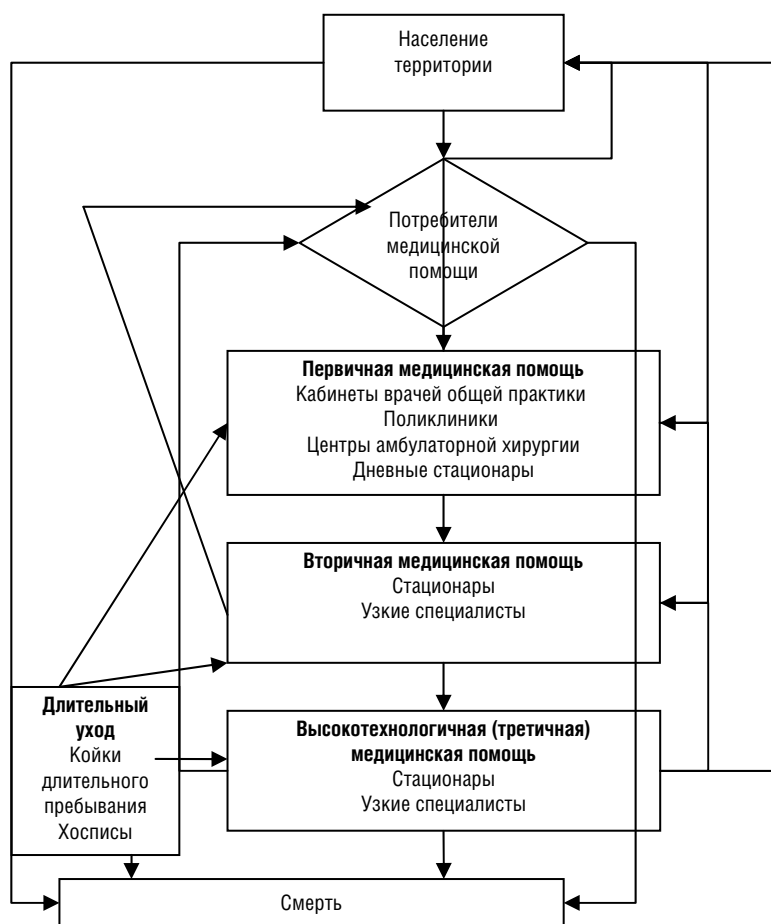
Система здравоохранения – это комплекс взаимосвязанных медицинских структур, взаимодействующих друг с другом на основе принципов разделения функций и функциональной преемственности в целях оказания населению медицинской помощи с максимальной экономической и медицинской эффективностью.

При этом разделение функций между медицинскими структурами и уровнями медицинской помощи предполагает их рациональное пропорциональное соотношение, которое должно складываться с преобладанием первичного медицинского обслуживания (участковые терапевты



и врачи общей практики), осуществляемого на основе принципов широкой доступности для населения и его всеобщего охвата<sup>98</sup>.

Под преемственностью понимается ступенчатость процесса оказания медицинской помощи, последовательность движения пациентов – от первичной медицинской помощи, оказываемой в амбулаторно-поликлинических условиях и не требующей пребывания в круглосуточном стационаре, к вторичной медицинской помощи в стационарах и, наконец, к третичной специализированной помощи с использованием высокотехнологичного оборудования, как правило, в специализированных центрах (рис. 7.1).



**Рис. 7.1. Упрощённая схема рекомендуемой организационной структуры медицинской помощи в системе здравоохранения**  
(составлено по George R. Palmer, Stephanie D. Short)

<sup>98</sup> Первичная медико-санитарная помощь сегодня актуальнее, чем когда-либо: Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008 г. – Женева: ВОЗ, 2008. – 152 с.

Не углубляясь в анализ различий в организации здравоохранения в странах мира, остановимся на особенностях архитектуры российской модели здравоохранения и рассмотрим их в контексте мирового опыта.

Проблемы структурной организации здравоохранения типичны для всех регионов РФ и во многом обусловлены институциональными особенностями созданной во второй половине 1960-х гг. системы материальных фондов с ориентацией на стационарное звено. Данная ситуация характеризуется негативными явлениями: предложение дорогостоящей и малоэффективной в сложившихся условиях финансирования медицинской помощи препятствует внедрению первичной медицинской помощи с её ранней диагностикой, всеобщим охватом и большей медико-экономической эффективностью.

Базовые показатели здравоохранения РФ (количество больниц, коек круглосуточного пребывания, койко-дней в относительном выражении, длительность госпитализации) значительно выше, чем в развитых странах. Однако если по уровню общей госпитализации Россия близка к развитым европейским странам (таким, как Германия и Норвегия), то продолжительность лечения в стационарных условиях, превышающая таковую как в развитых странах, так и в трансформационных экономиках, свидетельствует скорее о низкой эффективности медицинской помощи, чем о её более широком предоставлении гражданам (табл. 7.1).

Таблица 7.1. Показатели стационарной помощи в ряде стран мира

Регион	Число поступивших в стационары на 100 человек населения			Средняя продолжительность пребывания в стационаре (все виды стационаров), дн.		
	2000 г.	2005 г.	2007 г.	2000 г.	2005 г.	2007 г.
Швеция	15,87	15,60	15,63	6,8	6,3	6,2
Норвегия	16,77	19,46	18,82	7,8	7,6	7,0
Германия	23,50	22,60	22,64 (2006 г.)	11,4	10,2	10,1 (2006 г.)
Беларусь	29,26	28,10	28,52	13,9	11,8	11,4
Украина	19,41	21,61	21,94 (2006 г.)	14,9	13,5	13,3 (2006 г.)
<b>Российская Федерация</b>	<b>21,95</b>	<b>22,20</b>	<b>23,67</b> (2006 г.)	<b>15,5</b>	<b>13,8</b>	<b>13,6</b> (2006 г.)
<b>Вологодская область</b>	<b>24,40</b>	<b>25,80</b>	<b>22,20</b> (2009 г.)	<b>15,0</b>	<b>14,0</b>	<b>13,2</b> (2009 г.)
ЕС	18,93	20,81	20,52	9,6	8,03	7,6
СНГ	19,01	19,82	20,78	14,8	13,0	12,6

В России, как и во многих странах Восточной Европы и постсоветского пространства, система здравоохранения обладает обширной сетью специализированных (психиатрических, туберкулезных, онкологических, дерматологических, венерологических, глазных и др.) больниц государственного, регионального и окружного уровней. Кроме того, по мнению С.В. Шишкина, важным отличием российской системы здравоохранения от зарубежных является организационное выделение медицинской помощи детям, которая предоставляется в специальных детских больницах<sup>99</sup>.



*Шишкин  
Сергей Владимирович  
(1962) –  
д.э.н., профессор,  
науч. рук. Института  
экономики  
здравоохранения  
НИУ ВШЭ*

Материальная база современного российского здравоохранения была сформирована преимущественно во второй половине XX в. В тот период здравоохранение понималось как отрасль «непроизводственной сферы», потребляющей часть дохода, производимого реальным сектором экономики, но не вносящей вклада в объём национального продукта, что заложило основу остаточного принципа финансирования медицинских служб и вместе с тем определило затратный способ расходования лимита ресурсов. Подход к здравоохранению как к непроизводящей отрасли обусловил неиспользование принципов экономической целесообразности и эффективности в данной сфере. Финансирование отрасли основывалось на показателях ресурсного обеспечения и осуществлялось по сметному принципу, а её развитие носило экстенсивный характер: строились новые стационарные мощности, расширялся контингент медицинского персонала (на фоне дефицита финансирования). Ориентация на формальные ориентиры препятствовала достижению истинных целей здравоохранения – сохранению здоровья и снижению смертности населения<sup>100</sup>.

В постсоветский период в России и других республиках бывшего СССР произошли такие деструктивные процессы, как закрытие больниц, сокращение числа больничных коек и т.д. (рис. 7.2).

В постсоветский период в России и других республиках бывшего СССР произошли такие деструктивные процессы, как закрытие больниц, сокращение числа больничных коек и т.д. (рис. 7.2).

<sup>99</sup> Шишкин С.В. Экономика социальной сферы. – М.: ГУ ВШЭ, 2003. – 365 с.

<sup>100</sup> Шейман И.М. Экономика здравоохранения. – М.: ГУ-ВШЭ. – 211 с.

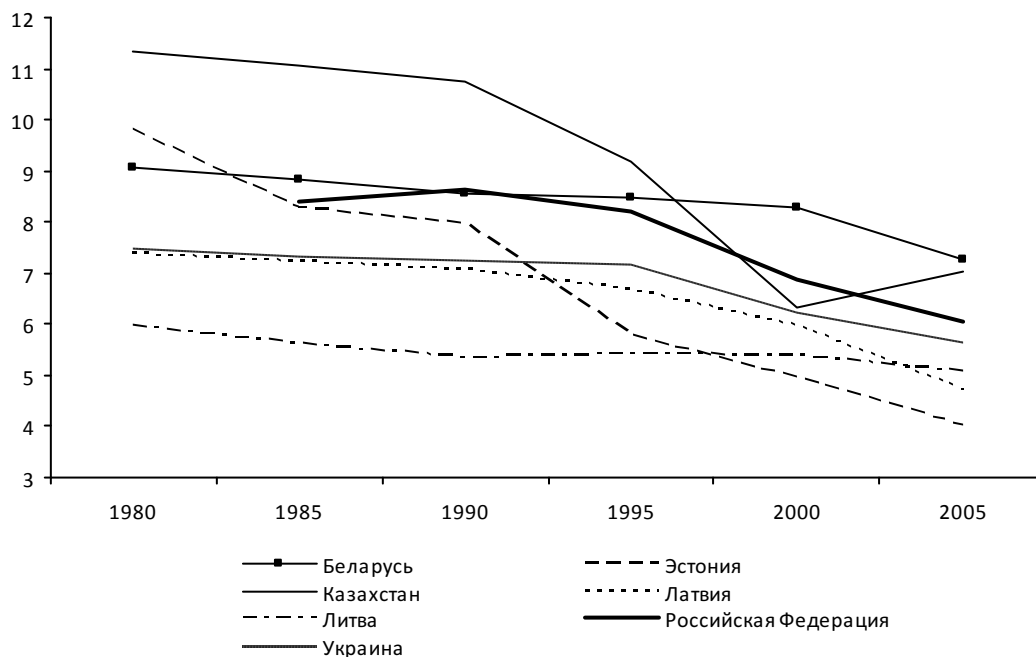


Рис. 7.2. Количество больниц на 100 000 чел. населения в некоторых бывших советских республиках до и после распада СССР

Как указывает в своих работах Дж. Хили, причиной тому послужили не принятые правительствами этих стран целенаправленные решения<sup>101</sup>, как это было в 1960 – 1970 гг. в Европе, США и Канаде, а обстоятельства непреодолимой силы – трансформационные процессы и, в случае Грузии и Таджикистана, военные потрясения<sup>102</sup>.

Сократился также приём больных (число госпитализаций в расчёте на 100 человек населения в странах бывшего СССР снизилось с 23 в 1985 г. до 15,4 в 1998 г.), однако сроки стационарного лечения больных были (в советский период и первое десятилетие постсоветского периода) и всё ещё остаются (2000-е годы) значительно более продолжительными, чем в других странах Европы.



Хили Джудит – профессор, Школа тихоокеанских и азиатских исследований, Национальный университет (Австралия)

<sup>101</sup> Ситуацию в Киргизии, где закрытие больниц было предусмотрено национальными планами здравоохранения и поддержано президентскими декретами, следует рассматривать как исключение.

<sup>102</sup> Hospitals in a changing Europe / edited by Martin McKee and Judith Healy. – Open University Press, 2002. Buckingham, Philadelphia. – P. 320.

Сокращение численности стационарных медицинских учреждений в России продолжилось и в 2000-е гг., хотя экономическая ситуация в этот период была более благополучной. В 2000 – 2008 гг. закрылось много больниц практически во всех регионах (табл. 7.2).

Таблица 7.2. **Обеспеченность больничными койками в регионах СЗФО**  
(человек на 10 000 населения)

Территория	Год			
	2000	2005	2008	2009
Российская Федерация	115,0	111,3	98,6	96,8
СЗФО	110,4	108,6	97,7	97,2
Республика Карелия	115,9	117,1	104,5	101,2
Республика Коми	111	112,8	111	111
Архангельская область	116,9	121,6	105,5	102,4
<b>Вологодская область</b>	<b>116,7</b>	<b>116,8</b>	<b>108,1</b>	<b>96,8</b>
Калининградская область	114,3	104,6	81,7	79,9
Ленинградская область	99,2	91	78,6	78,1
Мурманская область	107,7	112,5	105,8	127,4
Новгородская область	134	128,3	100,7	98,7
Псковская область	124,6	132,5	104,6	100,7
г. Санкт-Петербург	103,2	100,4	96,2	96,4

Исключением стали Калужская область, Кабардино-Балкарская Республика и г. Москва, в которых имело место незначительное увеличение количества больничных учреждений – на 7, 7 и 12% соответственно, а также Республика Адыгея и Еврейская автономная область, в которых данный показатель не изменился. Наиболее масштабное закрытие больниц произошло в Чукотском автономном округе (к 2008 г. число больниц сократилось на 97%), Республике Саха (Якутия) (82%), Республике Башкортостан (61%), Воронежской (60%) и Вологодской (59%) областях.

Данные тенденции сложно однозначно оценить: с одной стороны, необходимость реструктуризации здравоохранения объективно существует, с другой стороны, её реализация сопровождается повышением социальной напряжённости. В связи с тем что базовые гарантии государства в предоставлении гражданам бесплатной медицинской помощи не выполнялись даже в условиях гипертрофированного стационарного звена, его сокращение лишь усугубило проблему, поскольку эффективных компенсаторных мер на региональном уровне не было принято, а качественные характеристики медицинской помощи и её модернизация не были достигнуты.

Признавая необходимость реструктуризации здравоохранения, подчеркнём опасность применения в этом процессе подходов программно-целевого планирования вне контекста общей здравоохранительной политики и потребность в принятии продуманных решений по сохранению доступности медицинской помощи для населения, в частности более широкому использованию стационарозамещающих технологий и улучшению материально-технического оснащения медицинских учреждений.

Для эффективного функционирования системы здравоохранения требуются такие медицинские работники, которые могут обеспечить охрану здоровья населения, профилактику и лечение заболеваний, реабилитацию больных на высоком профессиональном уровне, с соблюдением этических норм и при максимальном снижении финансовых затрат. Определение потребности в профессиональных кадрах различного профиля выступает важным аспектом планирования здравоохранения и основополагающим фактором оценки не только состояния здоровья населения, но и необходимых затрат на здравоохранение.

По показателям обеспеченности населения врачами Россия опережает постиндустриальные страны мира, что во многом является «наследством» советской эпохи, когда упор был сделан на валовые показатели – количество больниц, коек, врачей (рис. 7.3).

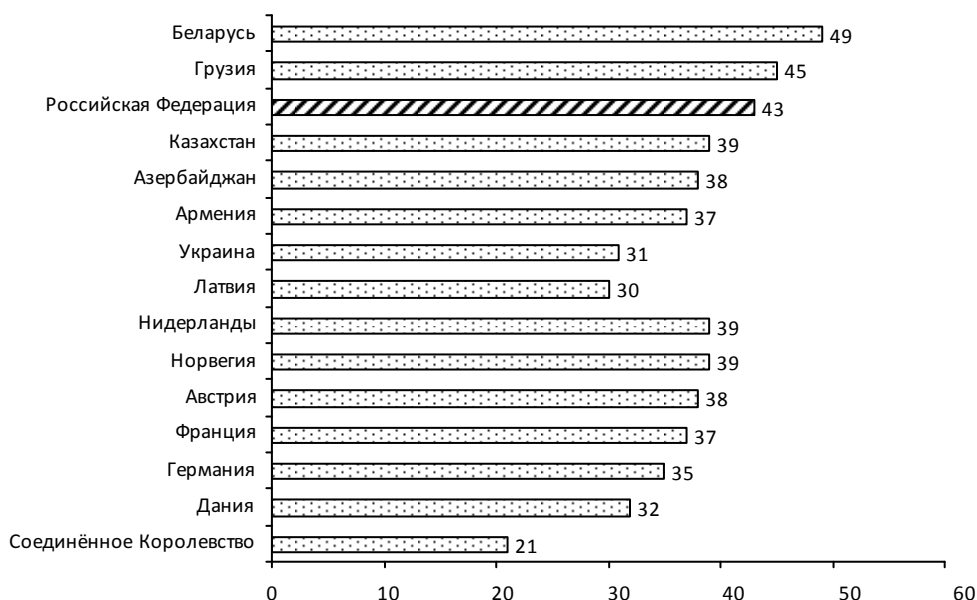


Рис. 7.3. Обеспеченность врачами на 10 000 населения в 2000 – 2009 гг. (оценка ВОЗ)

Таблица 7.3. **Обеспеченность населения врачами** (чел. на 10000 населения)

Территория	2000 г.	2005 г.	2008 г.	2009 г.
Российская Федерация	46,8	48,8	49,6	50,1
СЗФО	50,6	54,6	56,4	57,9
Республика Карелия	46,7	48,9	48,9	49,1
Республика Коми	38,3	44	45,7	46,5
Архангельская область	47,8	52,8	54,2	54,4
Вологодская область	34,1	35,3	36,1	35,5
Калининградская область	36,3	35,5	35,4	34,8
Ленинградская область	30,9	31,4	35,5	36,4
Мурманская область	44,8	48,7	48	54,6
Новгородская область	36,6	39,2	41,9	41,2
Псковская область	34,5	34,5	32,6	33,2

Уровень квалификации, профессиональной мотивации медицинских работников при этом остаётся «за кадром» исследования, поэтому сложно сказать, даёт ли существенное преимущество количественный перевес в достижении качественных показателей здравоохранения, улучшении здоровья граждан.

Сравнение обеспеченности населения врачами в разрезе регионов России обнаруживает заметный разброс между территориями в кадровом обеспечении медицинских учреждений. Так, в 2009 г. обеспеченность врачами населения Вологодской, Калининградской и Ленинградской областей составила 35 на 10000 нас. (в Архангельской и Мурманской – свыше 50; табл. 7.3).

**Финансирование здравоохранения в России.** Если структура здравоохранения как системы – это своего рода скелет, то ресурсы, прежде всего финансовые, – кровь системы. От количества имеющихся средств и эффективности их реализации в значительной степени зависит выполнение первоочередной задачи здравоохранения – сохранение и поддержание здоровья населения территорий.

Размеры государственных ассигнований на нужды здравоохранения и уровень заработной платы медицинских работников в стране остаются недостаточными. Сравнение с другими странами по доле расходов на здравоохранение в структуре ВВП ставит Россию в один ряд с переходными экономиками (например, в странах СНГ эти расходы составляют в среднем 5,3% ВВП), при этом она существенно уступает странам – членам ЕС, в которых квота на нужды здравоохранения составляет 8 – 10% от ВВП (рис. 7.4).

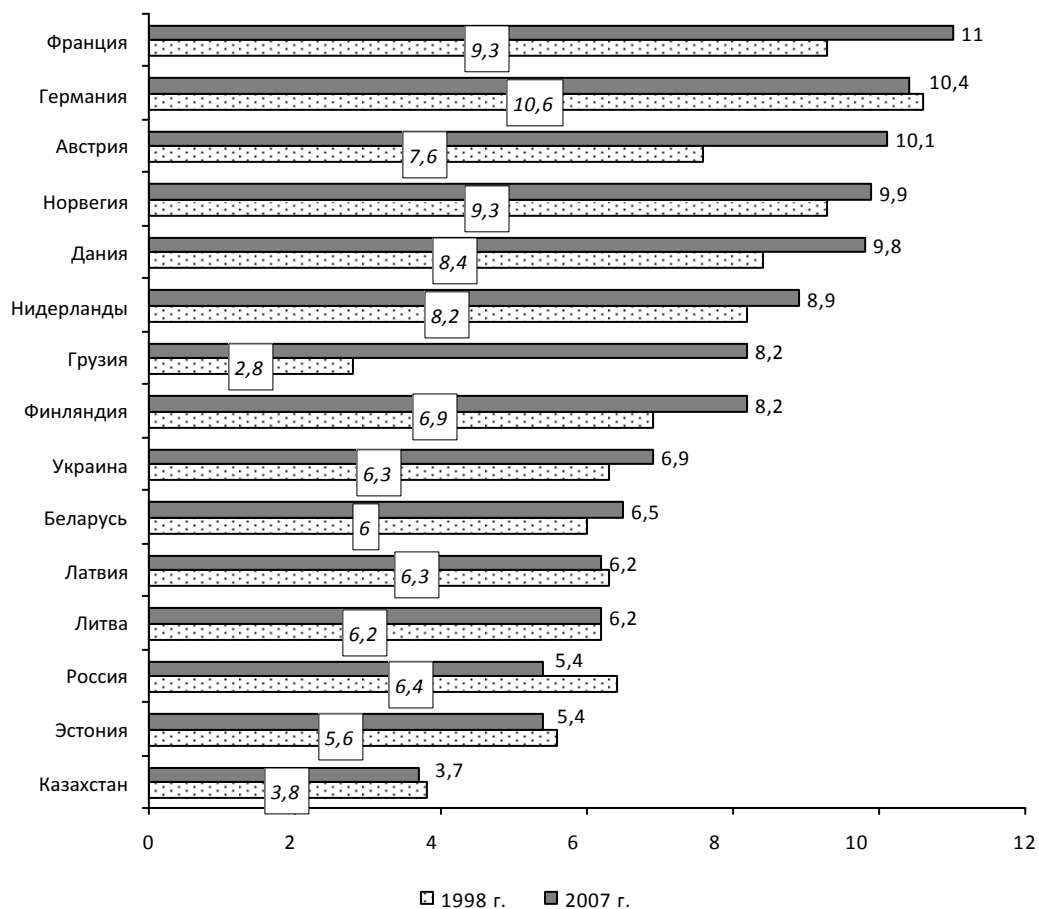


Рис. 7.4. Общие затраты на здравоохранение в ряде стран мира в 1998 и 2007 гг., % от ВВП (оценка ВОЗ)

Базовый норматив общественных расходов на здравоохранение, сравнение с которым стоит признать методически корректным, – это рекомендованные ВОЗ 5% от ВВП страны (включая и частные платежи населения). Затраты на здравоохранение в Российской Федерации составляют около 6% ВВП, то есть формально удовлетворяют установленному базовому нормативу. Всё же относительно этого вопроса нет единогласия среди экспертов, в частности, по причине разнообразия применяемых к оценкам подходов. По мнению одних экспертов, существующих средств недостаточно даже для обеспечения минимального государственного стандарта; другие утверждают, что обязательный минимум достигнут и эти средства необходимо более эффективно осваивать. Однако о том, что российское здравоохранение испытывает недостаток средств, свидетельствует невыполнение в большинстве субъектов РФ программ государственных гарантий по оказанию гражданам



бесплатной медицинской помощи. В 2005 г. уровень финансовой обеспеченности территориальных программ госгарантий (отношение размеров финансирования программ к рассчитанной величине их стоимости) достигал 100% и более только в семи субъектах РФ (Сахалинская, Ярославская области, Ненецкий автономный округ, Свердловская, Липецкая области, Ханты-Мансийский и Ямало-Ненецкий автономные округа)<sup>103</sup>.

Несмотря на то что доля бюджетных расходов на здравоохранение в двухтысячные годы увеличилась почти в два раза, в 2010 г. она составила лишь 4% (табл. 7.4).

Таблица 7.4. **Общие расходы бюджета РФ на здравоохранение и физическую культуру (в % от ВВП)**

Показатель	Год										
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
% от ВВП	2,2	2,0	2,3	2,2	2,8	2,7	3,5	3,8	3,3	3,5	4,0

Увеличение расходов было во многом обусловлено реализацией национального проекта «Здоровье», ориентированного на усиление социальной направленности бюджетной политики. В итоге государственный бюджет 2006 г. был назван бюджетом развития, а вложения в сферу образования и здравоохранения были определены во всех бюджетных документах как одно из важнейших направлений госрасходов и бюджетные расходы на здравоохранение и физическую культуру выросли до 3,5%. Несмотря на критику со стороны экспертного сообщества в отношении содержания и режима проведения мероприятий в рамках нацпроекта «Здоровье», он, по сути, стал одним из политических шагов в сфере признания прав человека на достойную жизнь как первоочередной ценности. Однако финансирование данного нацпроекта составляет 5% от всего массива финансового обеспечения отрасли, остальные 95% расходуются преимущественно нецелевым образом. Более того, даже на уровне субъектов РФ при освоении средств национального проекта допускаются серьезные нарушения: так, в 2008 г. в Вологодской области, по данным Территориального фонда Обязательного медицинского страхования (ТФОМС), в общей структуре нецелевых затрат на долю национального проекта «Здоровье» пришлось более 60%.

<sup>103</sup> Реализация реформы здравоохранения в субъектах РФ. База данных. – URL: <http://www.healthreform.ru/> (дата обращения 24.01.2011).

На фоне децентрализации системы управления и существенных различий в масштабах налогооблагаемой базы сложилась широкая дифференциация субъектов РФ по уровню финансирования здравоохранения. В первых пяти наиболее обеспеченных регионах (Ханты-Мансийский, Ненецкий, Эвенкийский автономные округа, Москва и Сахалинская область) финансовая обеспеченность территориальных программ госгарантий (с учетом коэффициентов удорожания условной единицы бюджетной услуги) в 2006 году была более чем в семь раз выше таковой в пяти наименее обеспеченных регионах (республики Северного Кавказа и Ставропольский край). Среди регионов Северо-Западного федерального округа этот показатель был наибольшим в Мурманской области – 97% (соответственно дефицит составил 3%), тогда как в других регионах имелись примеры полного выполнения и перевыполнения программ госгарантий (в Сахалинской области – 120%; Ярославской области – 110%; в Ненецком автономном округе, Липецкой и Свердловской областях – 100% при среднем по всем субъектам РФ – 81%; рис. 7.5).

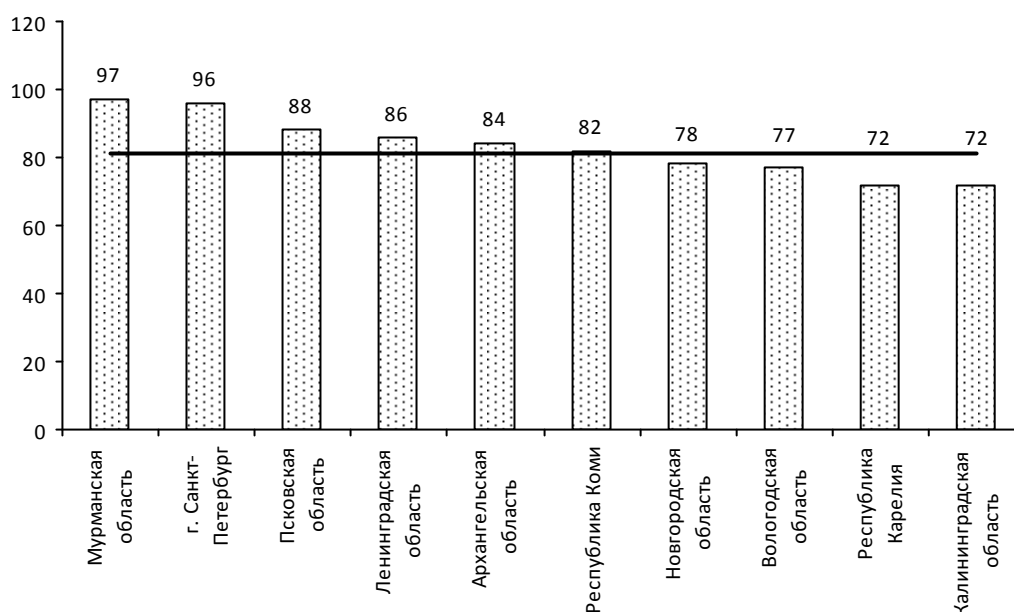
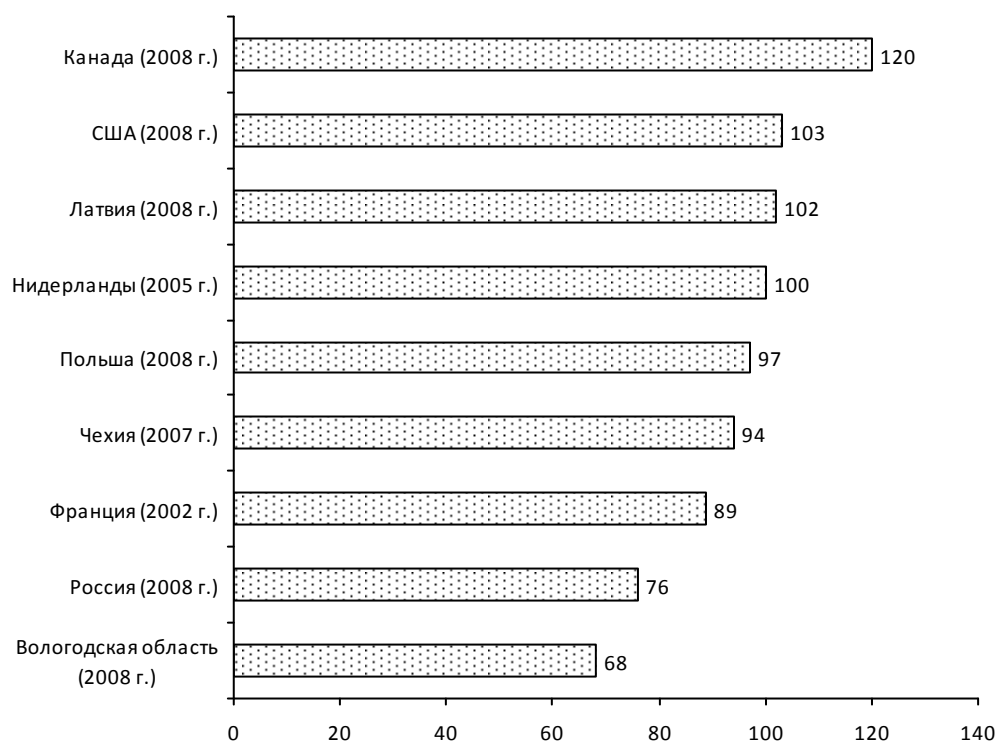


Рис. 7.5. Уровень финансовой обеспеченности территориальных программ государственных гарантий в регионах СЗФО на фоне общефедерального уровня (2006 г.)

Другим важным показателем финансирования здравоохранения является размер оплаты труда врачей и медицинских сестер. Доход медицинских работников несущественно уступает доходам населения в целом по всем видам экономической деятельности в развитых странах мира, кроме Канады и США, где данный показатель выше (рис. 7.6). Ситуация в России характеризуется значительно большим, чем в развитых и ряде постсоциалистических экономик, отставанием здравоохранения от прочих отраслей по уровню оплаты труда работников. Хотя в течение десяти лет устойчивого экономического роста в стране и происходило увеличение денежных доходов работников, занятых в сфере здравоохранения, размер их заработка до сих пор остается значительно ниже аналогичного показателя в других отраслях (в 2008 г. отношение средней заработной платы в сфере здравоохранения к средней по экономике составляло 76% против 68% в 1998 г.).



**Рис. 7.6. Отношение средней заработной платы в сфере здравоохранения и предоставления социальных услуг к средней по экономике в целом в некоторых странах мира, РФ и Вологодской области, в %**

Источник: Рассчитано по данным LABORSTA Internet. – URL: <http://laborsta.ilo.org/STP/guest>.

Таким образом, реформы, проходившие в России в конце XX в., не привели к существенным положительным результатам в деле повышения экономической эффективности отрасли. По мнению Е.Ш. Гонтмахера, состояние российской системы здравоохранения на сегодняшний день характеризуется как системный кризис, а формула неэффективности отрасли сводится к затратному способу расходования ограниченного количества ресурсов.

После принятия в 1990-х гг. закона о местном самоуправлении и произошедшей децентрализации государственной системы управления здравоохранением регионы России начали проводить собственную, независимую политику совершенствования организации отрасли. Федеральным фондом ОМС были разработаны и предложены для использования «Методические рекомендации по выбору способа и организации оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования граждан» (Приказ Минздрава РФ № 147, 1993 г.). Рекомендованные подходы не отменяли смету расходов, а лишь предлагали использовать новые методы оплаты медицинской помощи как дополнительные. Поэтому местные органы власти реформировали систему здравоохранения, руководствуясь скорее собственными предпочтениями и интересами, чем рекомендациями центральных властей, не всегда ориентируясь на объективную целесообразность или не имея для этого объективных возможностей. В результате этого между регионами РФ сформировались заметные различия в организации общественного финансирования и управления здравоохранением, в региональных системах здравоохранения появилось множество схем распределения финансовых средств. Так, в 2006 г. оплата амбулаторной помощи в системе ОМС 88% субъектов РФ проводилась исходя из количества посещений, 36% – из количества законченных случаев лечения, в 25% регионов использовался способ оплаты за отдельные услуги, в 8% – смета расходов, только в 3% субъектов применялся метод оплаты медицинских услуг по балльной шкале<sup>104</sup>. Перечисленные методы оплаты медицинской помощи отличаются чрезвычайной затратностью и не удовлетворяют принципам экономической эффективности и социальной справедливости, что будет показано далее на примере Вологодской области. Тот факт, что в ряде субъектов РФ продолжает существовать принцип оплаты медицинских услуг по смете расходов, сам по себе противоречит концепции страховой медицины.

---

<sup>104</sup> Merson M.H., Black R.E., Mills A. International public health: diseases, programs, systems and policies. – P. 320.

Между тем мировой и российский опыт, накопленный в сфере финансирования здравоохранения, предлагает передовые методы оплаты медицинской помощи, в частности капитацию, чаще называемую в экономической практике подушевым финансированием. Его суть состоит в предварительном согласовании объёмов медицинской помощи и средств на её оплату между поставщиком и финансирующей стороной (в роли которой могут выступать как страховые медицинские организации – СМО, так и территориальные фонды обязательного медицинского страхования – ТФ ОМС), что стимулирует медицинские учреждения к более рациональному использованию имеющихся в их распоряжении ресурсов, основанному на планировании и ориентации на малозатратные формы оказания медицинской помощи, а также способствует развитию профилактической деятельности. Согласно подушевому принципу (на одного прикрепившегося) медицинская помощь оплачивалась в 2006 г. лишь в 14% субъектов РФ.

На сегодняшний день в российских регионах, существенно различающихся по показателям и степени развития управленческих и финансовых механизмов здравоохранения, применяется весь спектр методов оплаты медицинской помощи, включая как прогрессивные, так и нежелательные для использования, что свидетельствует, с одной стороны, о различном понимании региональными органами управления значения эффективных механизмов финансирования, а с другой стороны, о широких возможностях региональных властей в сфере реформирования организационно-экономических механизмов здравоохранения.

**Анализ структуры расходов на здравоохранение региона (Costs-structure).** Структура затрат на здравоохранение в разрезе основных видов медицинской помощи складывается с преобладанием расходов на стационарное звено (54%); четверть финансовых средств территориальной Программы госгарантий расходуется на амбулаторно-поликлиническую помощь; на оказание медицинской помощи в условиях дневного стационара тратится только 2% финансовых средств здравоохранения (рис. 7.7).

Таким образом, несмотря на реструктуризацию стационарного звена, приоритетной в финансовом обеспечении остаётся медицинская помощь, оказываемая в стационарах круглосуточного пребывания.



Рис. 7.7. Структура расходов в Вологодской области финансовых средств территориальной Программы госгарантий в 2010 г.

Источник: рассчитано по данным Территориального фонда обязательного медицинского страхования Вологодской области.

Одной из ключевых структурных проблем регионального здравоохранения остаётся её **невалидность** (ориентированность на валовые системные показатели, а не на потребности населения), в качестве важнейших предпосылок которой выступает использование неэффективных механизмов оплаты медицинских услуг, а результатом являются диспропорции в структуре медицинской помощи и неотзывчивость здравоохранения на потребности населения. Показатель невалидности – устойчивая диспропорция в профиле «охват – стоимость» медицинской помощи, описанная в 1970-х гг. М. Мерсоном как дилемма Ганы<sup>105</sup>.



Мерсон Майкл – доктор медицины, профессор (США)

На оплату амбулаторно-поликлинической помощи, оказываемой подавляющей части (97%) пациентов, обращающихся в ЛПУ Вологодской области, направляется четверть всех финансовых средств, тогда как стационарная помощь, охватывающая не более 3 – 5% пациентов, получает около 80% ассигнований (рис. 7.8).

<sup>105</sup> Merson M.H., Black R.E., Mills A. International public health: diseases, programs, systems, and policies. – 2005. – P. 320.

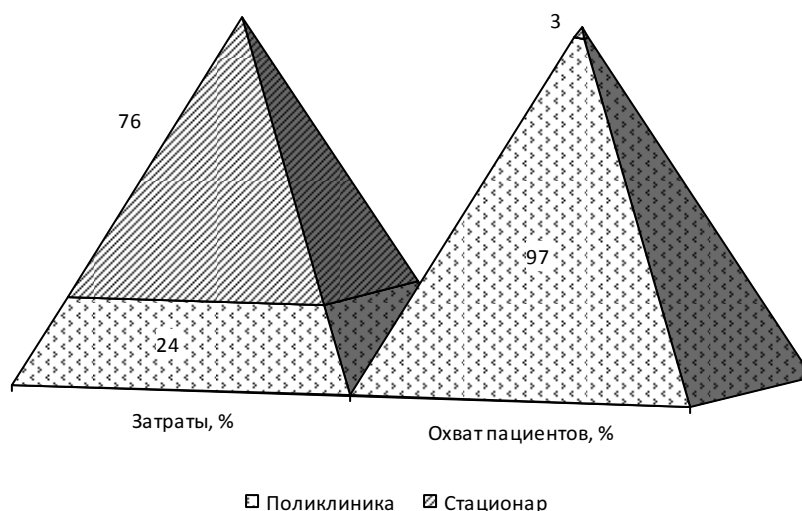


Рис. 7.8. «Феномен Ганы» Мерсона в здравоохранении Вологодской области

Источник: рассчитано по данным ГУЗ МИАЦ Вологодской области.

Анализ расходов в разрезе основных классов болезней показывает, какова реальная «экономическая картина» заболеваемости населения и чем обусловлены основные потребности здравоохранения в ресурсах. Так, в 2009 г. на одного жителя Вологодской области приходилось более 850 руб. общественных затрат на оказание психиатрической медицинской помощи (то есть это самый затратный класс заболеваний), более 700 руб. – на профилактику и лечение инфекционных заболеваний; затем, по мере убывания подушевых расходов, следовали затраты на услуги по беременности и родам, на лечение заболеваний органов дыхания, кровообращения, пищеварения (табл. 7.5).

Таблица 7.5. Затраты на здравоохранения в разрезе классов МКБ-10, 2009 г.

Класс МКБ-10	Численность населения	Итоговые затраты в рублях	Затраты на 1 жителя в рублях
<b>Психические расстройства и расстройства поведения</b>	<b>1 222 900</b>	<b>1 061 760 812</b>	<b>868,23</b>
<b>Некоторые инфекционные и паразитарные болезни</b>	<b>1 222 900</b>	<b>884 492 154</b>	<b>723,27</b>
<b>Беременность, роды и послеродовой период</b>	<b>1 222 900</b>	<b>749 672 149</b>	<b>613,03</b>
<b>Болезни органов дыхания</b>	<b>1 222 900</b>	<b>740 816 933</b>	<b>605,79</b>
<b>Болезни системы кровообращения</b>	<b>1 222 900</b>	<b>738 135 679</b>	<b>603,59</b>
Болезни органов пищеварения	1 222 900	452 703 344	370,19
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	1 222 900	391 977 911	320,53

Окончание табл. 7.5

Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	1 222 900	361 826 449	295,88
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	1 222 900	355 699 063	290,87
Факторы, влияющие на состояние здоровья населения	1 222 900	309 874 091	253,39
Новообразования	1 222 900	254 336 837	207,98
Болезни мочеполовой системы	1 222 900	229 094 142	187,34
Болезни нервной системы	1 222 900	216 617 685	177,13
Болезни кожи и подкожной клетчатки	1 222 900	104 626 999	85,56
Болезни глаза и его придаточного аппарата	1 222 900	101 150 548	82,71
Болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ	1 222 900	85 896 763	70,24
Врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения	1 222 900	46 713 305	38,2
Симптомы, отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях	1 222 900	44 834 746	36,66
Болезни крови, кроветворных органов, нарушения, вовлекающие иммунный механизм	1 222 900	42 488 813	34,74
Болезни уха и сосцевидного отростка	1 222 900	33 965 225	27,77
Внешние причины заболеваемости и смертности	1 222 900	3 456 446	2,83
Итого/Среднее	1 222 900	7 210 140 094	5 895,93 / 280,76

В среднем за семилетний период (с 2003 по 2009 г.) заметно нивелируется разница в показателе расходов между отдельными классами, однако лидирующее положение группы «психические расстройства и расстройства поведения» при этом усреднении сохраняется (табл. 7.6).

Таблица 7.6. **Подушевые расходы на оказание медицинской помощи населению Вологодской области по классам МКБ-10**  
(руб. на 1 жителя, в ценах 2009 г.)

Показатель	2004 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	Среднее за 2004 – 2009 гг.
Психические расстройства и расстройства поведения	1027	174	304	868	872	649
Болезни системы кровообращения	738	494,00	28	604	853,36	543,47
Болезни органов дыхания	293	601	58	606	934,76	498,55
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	316	360	237	723	767,57	480,71
Беременность, роды и послеродовой период	45	445	195	613	773,03	414,21
Болезни органов пищеварения	241	473	52	370	531,6	333,52
Другие	1415	2637	508	2112	2691	1872,60

Источник: рассчитано по данным ГУЗ МИАЦ Вологодской области.

Структура расходов на здравоохранение в разрезе конкретных причин заболеваемости в среднем за шестилетний период (с 2004 по 2009 г.) складывается в следующем соотношении составляющих:



14% – психические расстройства и расстройства поведения; 11% – болезни системы кровообращения; 10% – болезни органов дыхания; 9% – некоторые инфекционные и паразитарные болезни; 9% – беременность, роды и послеродовой период; 7% – болезни органов пищеварения.

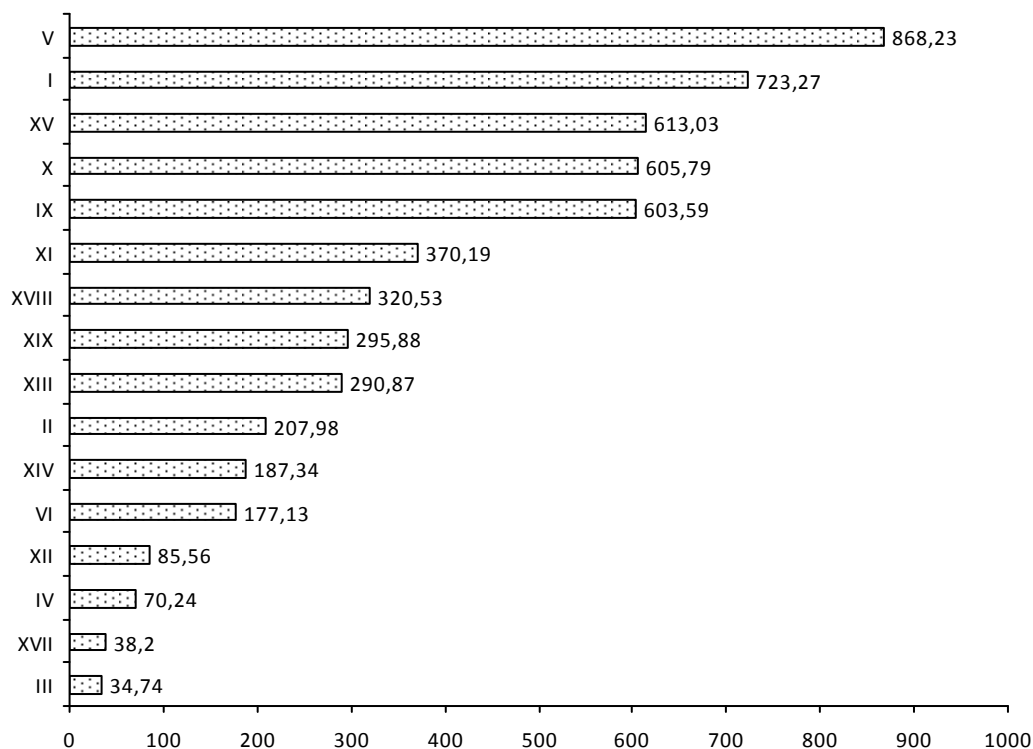
Структура прямых затрат на здравоохранение за этот период несколько изменилась (табл. 7.7). Если в 2004 г. доминирующая причина затрат составляла 25% их общего объёма, то в 2009 г. – существенно меньше – 12%; в то же время на 6% выросли расходы на лечение болезней органов дыхания, на 9% – затраты на оказание акушерской и перинатальной помощи.

Таблица 7.7. Затраты на здравоохранение по классам системы МКБ-10, в %

Класс МКБ-10	В 2004 г.	В 2009 г.
Психические расстройства и расстройства поведения	25	12
Болезни системы кровообращения	18	11
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	8	10
Болезни органов дыхания	7	13
Болезни органов пищеварения	6	7
Беременность, роды и послеродовой период	1	10
Другие	35	37

Вместе с тем анализ расходов на оказание медицинской помощи в разрезе классов заболеваний и проблем, связанных со здоровьем, позволяет утверждать, что лечение и профилактика травм и отравлений, заболеваний кожи и новообразований сопряжены не со столь значительными затратами в рамках государственных фондов, какие следовало бы ожидать в связи с высокой смертностью от этих причин. Так, в 2009 г. в расчёте на каждого жителя области приходилось около 300 руб. затрат, прямо или косвенно связанных с лечением и профилактикой травм и отравлений, 210 руб. затрат на лечение новообразований и только 90 руб. – на лечение дерматологических патологий (рис. 7.9).

**Процесс финансирования здравоохранения региона (Costs-process).** Анализ процесса финансирования затрагивает такие характеристики, как особенности механизмов финансирования и методов оплаты услуг провайдера, пропорция различных источников поступления средств и т.д.



**Рис. 7.9. Затраты на оказание медицинской помощи в подушевом выражении, по классам заболеваний (руб. на 1 жителя, 2009 г.)**

Примечание. Нумерация по кодам системы МКБ-10 по убыванию затрат:

V – Психические расстройства и расстройства поведения; I – Некоторые инфекционные и паразитарные болезни; XV – Беременность, роды и послеродовой период; X – Болезни органов дыхания; IX – Болезни системы кровообращения; XI – Болезни органов пищеварения; XVIII – Симптомы, отклонения от нормы, выявленные при клинич. и лаб. исследованиях; XIX – Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин; XIII – Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани; II – Новообразования; XIV – Болезни мочеполовой системы; VI – Болезни нервной системы; XII – Болезни кожи и подкожной клетчатки; IV – Болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ; XVII – Врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения; III – Болезни крови, кроветворных органов, нарушения, вовлекающие иммунный механизм.

Источник: рассчитано по данным Департамента здравоохранения Вологодской области.

В число главных особенностей финансирования здравоохранения Вологодской области входит его многоканальность: финансовые средства направляются на нужды здравоохранения из ряда источников, среди которых наибольшее значение имеют бюджетная (бюджетные поступления различных уровней) и страховая (средства обязательного медицинского страхования) составляющие, поэтому в целом система финансирования здравоохранения называется бюджетно-страховой. Так, в 2009 г. доли бюджетной и страховой частей в структуре расходов здравоохранения региона составляли соответственно 57 и 43% (рис. 7.10).

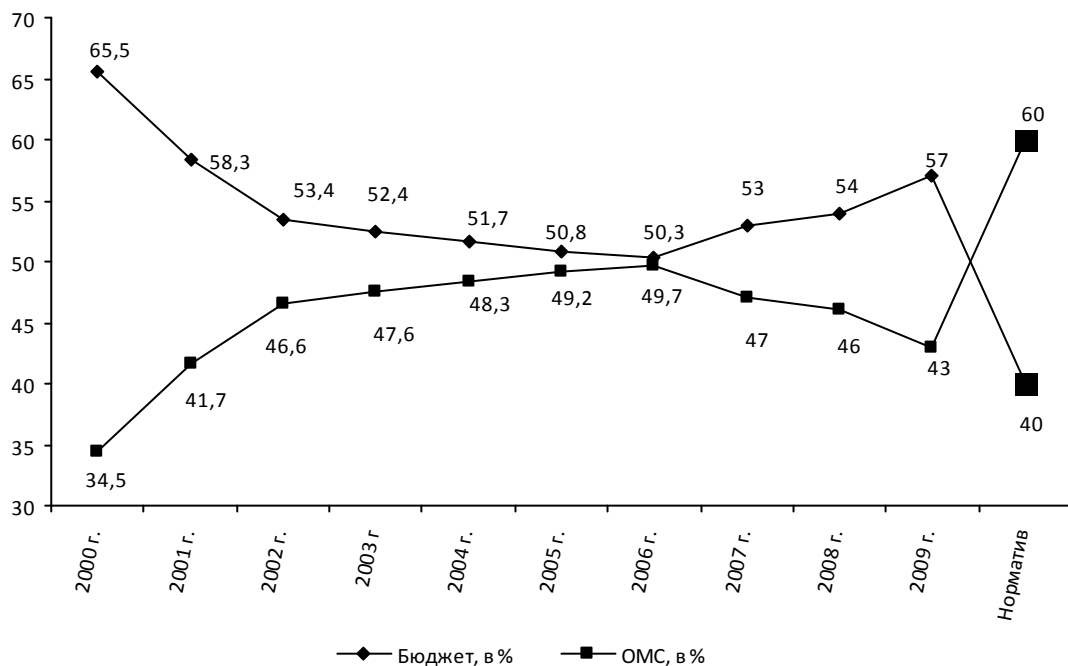


Рис. 7.10. Динамика соотношения бюджетной и страховой составляющих в финансировании Программы госгарантий здравоохранения Вологодской области (% от общей структуры финансирования)

Однако данные каналы финансирования не сообщаются друг с другом – в них действуют разные схемы сбора и распределения финансов, что оборачивается низким уровнем прозрачности и эффективности управления расходами.

Увеличение доли средств ОМС в структуре финансирования Программы госгарантий здравоохранения в Вологодской области с 2000 г. приняло устойчивый характер, но целевое значение показателя, предусмотренное в среднем для всех пилотных регионов (60%), пока не достигнуто.

В то же время ряд специалистов по экономике социальной сферы отмечает важность сохранения существенной бюджетной составляющей в структуре общественных расходов здравоохранения в целях реализации базовых социальных гарантий государства перед гражданами, поскольку сложившиеся на сегодняшний день страховые институты функционируют недостаточно эффективно, хотя стратегические цели реформирования здравоохранения ориентированы на построение преимущественно страховой модели.

Другой актуальной проблемой финансирования здравоохранения, характерной и для Вологодской области, является высокий уровень коммерциализации медицинских служб. В области зафиксирован почти наибольший в СЗФО объём медицинских услуг на душу населения – 2409 руб., показатель выше (2998 руб.) имеет только Санкт-Петербург (рис. 7.11).

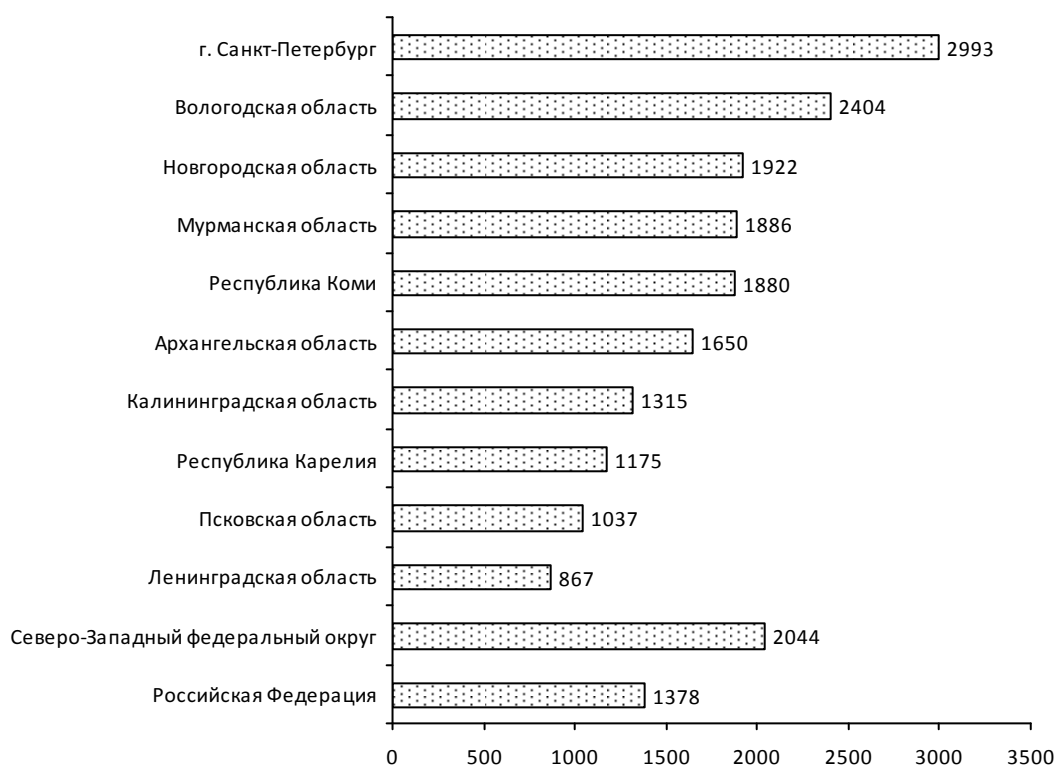


Рис. 7.11. **Объём платных услуг населению по РФ и регионам СЗФО в 2008 г.**  
(руб. на 1 жителя)

Данные социологических опросов дополняют сведения официальной статистики об объёме потребления платных услуг. Согласно исследованиям, около 70% населения время от времени платит за лечение из собственных средств, причём 23% населения оплачивает медицинские услуги ежемесячно (табл. 7.8).

Это говорит, во-первых, о малой доступности частных клиник для населения по причине низкого платёжеспособного спроса, а во-вторых, о распространённости взимания платежей в муниципальных учреждениях здравоохранения, хотя они должны оказывать населению бесплатные медицинские услуги.

Таблица 7.8. **Удельный вес населения, оплачивающего медицинские услуги**  
(в % от числа опрошенных)

Варианты ответа	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Всего	70,8	77,3	72,9	65,8	74,0	71,7	70,8
Ежемесячно	18,0	22,1	20,2	17,2	20,3	17,1	22,9
Один раз в три месяца	14,7	16,1	17,4	17,1	18,6	20,9	16,5
Один раз в полгода	14,9	18,2	17,3	15,1	19,7	19,2	17,6
Один раз в год	15,0	12,6	16,9	16,4	16,5	14,5	13,8
Реже одного раза в год	8,2	8,3	1,1	–	–	–	–
Не расходовали, потому что не болели	29,2	22,7	27,1	33,3	24,9	27,4	26,9

Источник: данные мониторинга состояния физического здоровья населения Вологодской области, ИСЭРТ РАН.

Таблица 7.9. **Распространенность расходов на медицинские услуги**  
(в % от числа опрошенных)

Вид затрат	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Приобретение лекарств для амбулаторного лечения	61,1	60,8	63,1	62,3	67,5
Оплата лечебных процедур	10,3	11,2	13,9	11,8	15,1
Разовая оплата всего лечения	12,0	11,3	8,0	7,2	8,5
Приобретение лекарств для лечения в стационаре	11,2	10,4	9,9	8,6	5,0
Оплата операций	3,1	2,5	2,8	0,9	1,5
Уход за больным в палате	2,1	3,8	1,2	0,4	0,6
Нахождение в платном отделении стационара	–	–	1,1	1,0	0,5

Источник: данные мониторинга состояния физического здоровья населения Вологодской области, ИСЭРТ РАН.

Наиболее распространены оплата амбулаторного лечения и лечебных процедур. Удельный вес населения, пользующегося данными услугами на возмездной основе, увеличился на 15 и 30% соответственно (табл. 7.9). В то же время плата за лекарства в стационаре с 2006 по 2010 г. сократилась в 2 раза.

В связи с платностью медицинских услуг люди нередко отказываются от их получения (табл. 7.10). Наиболее частыми являются отказы от стоматологической помощи, протезирования зубов, диагностических обследований, амбулаторного лечения.

Одной из главных социальных проблем региональной системы здравоохранения является **территориальное неравенство** граждан в возможности получения бесплатной медицинской помощи. В 2003 г. диапазон значений показателя подушевых общественных расходов на здравоохранение в муниципальных образованиях Вологодской области достигал 3,3 раза, в 2009 г. – 2,8 раза.

Таблица 7.10. Отказ населения Вологодской области от медицинских услуг по причине их платности (в % от числа опрошенных)\*

Вид медицинской помощи	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Лечение и удаление зубов	35,6	41,9	47,4	49,1	30,2	30,2	41,1
Протезирование зубов	25,9	30,8	33,8	35,8	19,2	20,5	23,6
Диагностическое обследование	21,4	26,7	27,2	32,8	17,4	16,5	19,3
Амбулаторное лечение	16,4	20,8	21,8	21,7	13,1	12,7	11,5
Другие виды услуг	24,5	29,5	29,4	20,9	13,3	16,3	44,1

\* Сумма отказов превышает 100%, т.к. респонденты могли выбирать более одного варианта ответов.

Источник: данные мониторинга состояния физического здоровья населения Вологодской области, ИСЭРТ РАН.

Стоимость медицинской помощи также варьируется в широком интервале. Например, в 2009 г. разница в стоимости одного посещения поликлиники между наибольшим (346 руб.) и наименьшим (147 руб.) значениями составила 2,4 раза; разница в стоимости одного дня пребывания в стационаре – 2,3 раза (1980 и 858 руб. на 1 жителя) (рис. 7.12).

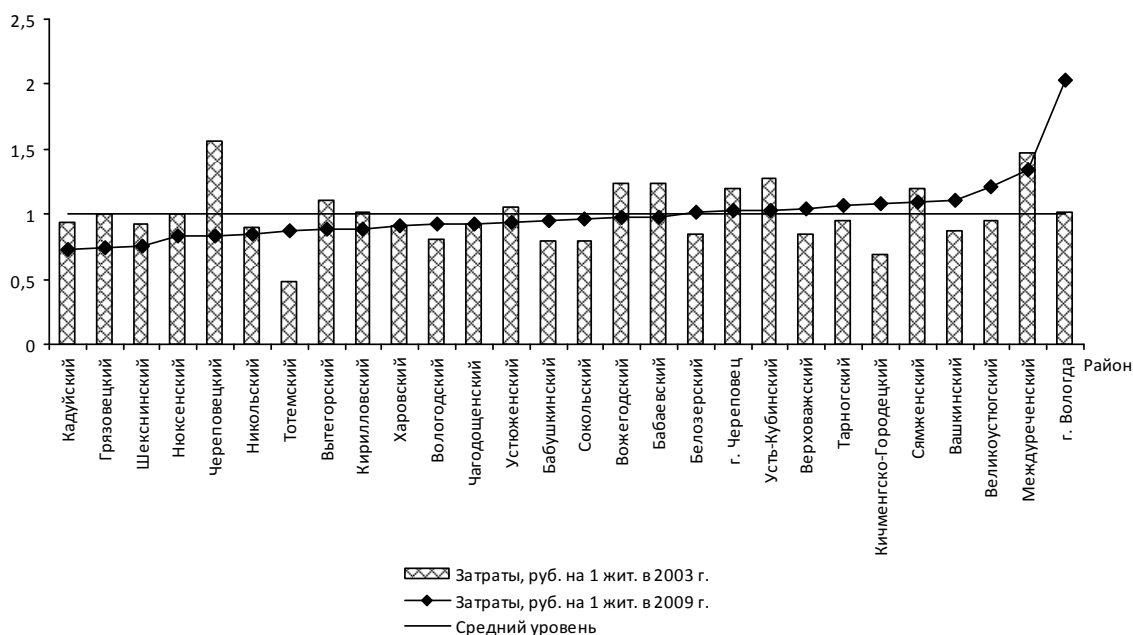


Рис. 7.12. Затраты на здравоохранение в разрезе муниципальных образований Вологодской области в 2003 и 2009 гг. (коэффициенты отклонения подушевых затрат в муниципальном образовании от среднеобластного показателя)

Несмотря на то, что по масштабам оказания медицинской помощи муниципальные районы области отличаются друг от друга незначительно (в 2007 г. на одного жителя районов и городов приходилось

от шести до девяти посещений врача «первичного контакта» и от трёх до пяти койко-дней стационарного лечения), стоимость медицинской помощи, оказываемой в расположенных на их территории ЛПУ, колеблется в широком интервале значений – от 93 до 291 руб. за одно посещение поликлиники и от 160 до 770 руб. за один день пребывания в стационаре. Это служит иллюстрацией неравенства в уровне материальной оснащённости медицинских учреждений, сложившегося в здравоохранении региона.

Основные причины дифференциации муниципальных районов по уровню затрат на здравоохранение заключаются в следующем.

1. Неоднородность материально-технического оснащения ЛПУ (в г. Череповце, Сокольском и Великоустюгском районах, где функционируют массивные сети медицинских учреждений, причём преимущественно стационарного направления, количественные и качественные характеристики материально-технической базы существенно выше, чем в других муниципалитетах области).

2. Объём бюджетного финансирования муниципалитетов выводится нормативно, исходя из фактически произведённых затрат на здравоохранение в предыдущий период, а не опирается на характеристики половозрастного состава населения. Поэтому величины поправочных коэффициентов, используемых для оценки расходов по муниципальным образованиям Вологодской области, различаются более чем в два раза – от 0,7 в Вологодском и Грязовецком районах до 1,5 в Устюженском.

При этом уровень фактических затрат зависит по большей части от количественных характеристик действующих в пределах муниципальных районов сетей ЛПУ (в том числе от численности их штатов) и от таких факторов, как стоимость коммунальных услуг, оснащённость медицинских кабинетов оборудованием, возможности местных бюджетов. В г. Череповце и Сокольском, Великоустюгском, Кичменгско-Городецком районах наблюдаются самые высокие в области показатели расходов на стационарную помощь при сравнительно незначительных затратах на амбулаторно-поликлиническом этапе лечения. В Череповце расположены больницы, в которых проходят лечение и жители Череповецкого района, поэтому значительная часть посещений первичного звена осуществляется в районных поликлиниках (та же ситуация характерна и для г. Вологды и Вологодского района).

3. Коэффициенты половозрастных затрат, используемые Территориальным фондом обязательного медицинского страхования при планировании расходов в рамках территориальной Программы госгарантий, требуют пересмотра, поскольку не отражают объективной демографической ситуации в регионе в целом и в отдельных муниципальных районах.

Широкий диапазон значений показателей затрат на здравоохранение в муниципальных образованиях области позволяет говорить о заметных различиях между ними в финансовом обеспечении здравоохранения и о социальном неравенстве, представляющем нарушение конституционных прав граждан РФ на равноправие в получении бесплатной медицинской помощи в учреждениях здравоохранения. Более того, сложившаяся дифференциация территорий по масштабам финансирования здравоохранения не соответствует реальным различиям между ними в потребностях населения в медицинской помощи.

Для оценки уровня развития финансовых и управленческих механизмов в региональном здравоохранении используют метод построения обобщающей типологии регионов по степени развитости финансовых механизмов в здравоохранении, разработанный экспертами Центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения и Независимого института социальной политики. Суть метода состоит в проведении интегральной балльной оценки уровня организации ОМС в региональных системах здравоохранения (оцениваются методы финансирования медицинской помощи, уровень развития системы стандартизации и др.)<sup>106</sup>.

Согласно результатам оценки, выполненной специалистами названных институтов в 2004 – 2006 гг., уровень развития механизмов финансирования здравоохранения в Вологодской области ниже среднего в сравнительном общефедеральном контексте<sup>107</sup>. Основные проблемы финансирования здравоохранения области, по мнению экспертов, – это дефицит средств Программы госгарантий по оказанию бесплатной

---

<sup>106</sup> Реализация реформы здравоохранения в субъектах РФ. База данных. – URL: <http://www.healthreform.ru/> (дата обращения 24.01.2011).

<sup>107</sup> Исследование Центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения и Независимого института социальной политики по оценке уровня развития механизмов управления и финансирования здравоохранения в регионах России проводилось в 2004, 2005 и 2006 гг. на основе опросов руководителей органов управления здравоохранением большинства субъектов РФ.



медицинской помощи населению и отсутствие развитой системы стандартов оказания медицинской помощи. В то же время отмечаются такие позитивные моменты, как рост доли страховых средств в общей структуре финансирования здравоохранения, активная деятельность страховых медицинских организаций (а не Территориального фонда ОМС) в качестве страховщиков граждан.

Анализ структуры финансирования системы здравоохранения в регионе позволил заключить, что ограниченный объём её финансовых ресурсов (не более 3% от ВРП) расходуется недостаточно эффективно, т.к. пока широко используются затратные механизмы финансирования и не полностью учитываются объективные потребности населения в медицинской помощи. Это обуславливает необходимость совершенствования механизмов финансирования региональной системы здравоохранения и её реформирования путём внедрения эффективных методов освоения финансовых средств и с большей опорой на ожидания граждан, что, в свою очередь, обеспечит целевое расходование бюджетных и страховых средств (а также позволит рассматривать их как собственно инвестиции в человеческий капитал) и посредством более полного удовлетворения потребностей населения региона в медицинских услугах будет способствовать воспроизводству трудового потенциала.



### **Вопросы для самопроверки и обсуждения**

1. *Что следует понимать под системной организацией здравоохранения?*
2. *Какие структурные особенности характерны для российского здравоохранения?*
3. *Назовите ключевые проблемы финансирования российского здравоохранения. Опишите их на примере вашего региона.*



### **Практическое задание**

*Используя статистические материалы и нормативно-правовые документы, покажите ключевые проблемы здравоохранения в вашем регионе. Сравните уровень развития здравоохранения в вашей области (крае, республике) с положением дел в соседних регионах, а также проведите анализ в сравнении с общероссийской ситуацией.*



### Темы для рефератов

1. Особенности экономических отношений в здравоохранении.
2. Организация здравоохранения в России: проблемы и перспективы реформирования.
3. Теория и практика рыночных отношений в здравоохранении.



### Рекомендуемая литература

1. Реформа больниц в новой Европе: пер. с англ. / Ж. Фигерас, М. Макки, Э. Моссиалос [и др.]. – М.: Весь мир, 2002. – 320 с.
2. Фраймович В.Б. Менеджмент в малых и средних предприятиях социальной сферы. – СПб: КОПИ-Р, 2005.
3. Шейман И.М. Экономика здравоохранения. – М.: ГУ-ВШЭ, 2003. – 211 с.
4. Шишкин С.В. Экономика социальной сферы. – М.: ГУ-ВШЭ, 2003. – 365 с.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Подводя итог, следует ещё раз отметить, что общественное здоровье и здравоохранение как самостоятельная наука и предмет преподавания изучает основные показатели здоровья населения в целом и отдельных групп, условия и факторы, влияющие на формирование здоровья населения, а также принципы организации медицинской помощи и функционирование системы здравоохранения.

Здоровье населения является сложной социально-экономической категорией, которая имеет тесную связь с социально-экономическим и демографическим развитием любой территории. По уровню изучения здоровье делится на индивидуальное, групповое и общественное. Для более детального изучения его принято подразделять на качественные составляющие: физическое, психическое, социальное, репродуктивное и здоровье детского населения. Сложность и многогранность понятия обуславливают применение различных подходов к его оценке, разнообразие показателей, его характеризующих.

Анализ здоровья населения с использованием статистических и социологических данных позволяет говорить о следующих проблемах в сфере общественного здоровья: снижении численности населения, высоком уровне смертности, росте заболеваемости (особенно среди детского населения), ухудшении характеристик репродуктивного здоровья, высокой распространённости среди населения факторов риска для здоровья, низком уровне самосохранительного поведения.

Исследование общественного здоровья должно проводиться при подробном рассмотрении всего многообразия его количественных и качественных проявлений и, разумеется, с учетом особенностей конкретной территории.

## **ПРИЛОЖЕНИЕ**

## Показатели здоровья и смертности населения

Показатель	Методика расчёта показателя
<i>1. Показатели смертности населения</i>	
1.1. Абсолютное число умерших	Количество людей, умерших в данной популяции в данной возрастной группе за определённый период (обычно за год).
1.2. Общий коэффициент смертности	<p>Отношение числа умерших от данной причины в течение определённого промежутка времени (как правило, года) в изучаемой популяции к численности данной популяции:</p> $CDR = (D/P) \times 100\ 000,$ <p>где CDR – общий коэффициент смертности,  D – число умерших (от англ. death – смерть),  P – численность изучаемой популяции (от англ. population – популяция).  Обычно общий коэффициент смертности рассчитывается на 100 000 населения.</p>
<p>Преимуществом общего коэффициента смертности является простота расчёта и доступность необходимой информации. Недостатком является то, что он не учитывает возрастной структуры населения. Дело в том, что уровень смертности сильнее всего зависит от возраста людей и после 20 лет растёт по мере их старения в геометрической прогрессии. По этой причине общий коэффициент смертности неудобен при сравнении смертности в популяциях с различной возрастной структурой населения.</p>	
1.3. Повозрастные коэффициенты смертности	<p>Рассчитываются отдельно для каждой возрастной группы (обычно пятилетней):</p> $M_i = D_i / P_i,$ <p>где <math>M_i</math> – коэффициент смертности (от англ. mortality – смертность) в возрастной группе <math>i</math>,  <math>D_i</math> – число умерших в возрастной группе <math>i</math>,  <math>P_i</math> – численность возрастной группы <math>i</math> в популяции.</p>
<p>Повозрастные коэффициенты смертности можно с успехом использовать при анализе смертности в различных возрастных группах и сравнивать повозрастные коэффициенты смертности в различных популяциях. Однако большое количество таких коэффициентов (Росстат обычно использует 22 возрастные группы) делает анализ смертности очень громоздким и неудобным. Поэтому более желательным было бы использование одного агрегированного показателя смертности, который учитывал бы возрастную структуру населения. Таким показателем является стандартизованный по возрасту коэффициент смертности.</p>	
1.4. Стандартизованный коэффициент смертности	<p>За стандарт могут приниматься различные возрастные структуры населения, в том числе разработанные ВОЗ европейский (обобщённая возрастная структура ряда европейских стран) и всемирный стандарты.</p> <p>Когда повозрастные коэффициенты смертности в изучаемой популяции применяются к стандартной популяции, мы получаем коэффициент смертности, стандартизованный с помощью прямого метода:</p> $ADR = \sum_i (P_{si} M_{ui} / P_s),$ <p>где ADR – стандартизованный коэффициент смертности,  <math>P_{si}</math> – численность возрастной группы <math>i</math> в стандартной популяции,  <math>P_s</math> – общая численность стандартной популяции,  <math>M_{ui}</math> – коэффициент смертности в возрастной группе <math>i</math> изучаемой популяции.</p>

Продолжение приложения

<p>1.5. Потерянные годы потенциальной жизни (potential years of life lost, PYLL)</p>	<p>Этот показатель рассчитывает число лет, недожитых популяцией до некоторого нормативного возраста, обычно равного 70 или 65 годам. Предполагается, что каждый индивидум имеет 70 лет «продуктивной» жизни и поэтому смерть в возрасте <math>a</math> приводит к потере 70-а лет жизни при <math>a &lt; 70</math>. При использовании 5-ти или 10-летних возрастных интервалов предполагается, что все смерти происходят в середине интервала.</p> <p>В качестве первого шага рассчитываются так называемые недожитые годы:</p> $a_i = T - x_i$ <p>где <math>T</math> – верхний предельный возраст, до которого рассчитывается недожитие (обычно 70 или 65 лет),  <math>x</math> – середина соответствующего возрастного интервала.</p> <p>Потерянные годы потенциальной жизни рассчитываются как сумма произведений числа умерших на недожитые годы в каждой возрастной группе:</p> $PYLL = \sum D_i \times a_i$ <p>Коэффициент потерянных лет потенциальной жизни рассчитывается соответственно:</p> $Rate_{PYLL} = PYLL / P_u$ <p>где <math>P_u</math> – численность изучаемого населения в возрасте от 1 до <math>T</math>.</p>
<p><i>2. Показатели детской смертности</i></p>	
<p>2.1. Коэффициент младенческой смертности</p>	<p>Для расчёта коэффициентов младенческой смертности применяют несколько методов. Наиболее распространённым является отношение числа детей, умерших в данном году в возрасте до 1 года, к числу родившихся живыми в том же календарном году, выраженному в промилле (‰):</p> $\frac{\text{Число смертей в возрасте до года} \times 1000}{\text{Число живорождённых}}$
<p><i>3. Показатели на основе модели таблиц дожития (смертности)*</i></p>	
<p>3.1. Ожидаемая продолжительность предстоящей жизни (ОПЖ)</p>	<p>Показатель таблиц смертности, означающий среднее число лет, которое предстоит прожить дожившему до возраста <math>x</math> лет, при условии, что на протяжении предстоящей ему жизни сохранится повозрастная смертность данного календарного периода:</p> $e_x = T_x / l_x$ <p>где <math>\omega</math> – начало последнего возрастного интервала,  <math>x = 0, 1, \dots, \omega</math>,  <math>T_x</math> – для каждого возрастного интервала суммарное время жизни для всех членов когорты в возрасте <math>x</math> и старше,  <math>l_x</math> – число доживших до возраста <math>x</math> в таблице смертности</p>
<p>Показатель ожидаемой продолжительности предстоящей жизни в агрегированном виде характеризует, с одной стороны, сам уровень смертности, с другой – даёт возможность адекватного сопоставления уровня смертности между любыми территориями. Ожидаемая продолжительность жизни рассматривается в качестве одного из базовых индикаторов социально-экономического благополучия населения.</p>	
<p><i>4. Показатели на основе таблиц (моделей) заболеваемости и инвалидности</i></p>	
<p>4.1. Первичная заболеваемость (incidence)</p>	<p>Показатель, определяющий совокупность заболеваний, впервые зарегистрированных за календарный год среди населения, проживающего на конкретной территории, исчисляется количеством заболеваний на 1000 жителей; рассчитывается как отношение числа вновь возникших заболеваний (заболеваний с впервые установленным диагнозом) к средней численности населения, умноженное на 1000 (00).</p>
<p>4.2. Общая заболеваемость (болезненность)</p>	<p>Показатель, определяющий распространённость зарегистрированных заболеваний, как вновь возникших, так и ранее существовавших, по поводу которых были обращения в календарном году.</p>

Продолжение приложения

4.3. Частота первичной инвалидности по группам инвалидности	При статистическом изучении инвалидности определяются следующие показатели: Частота первичной инвалидности по группам инвалидности = Общее число лиц (лиц трудоспособного возраста) за год, впервые признанных инвалидами × 10 000 / Общая численность лиц (лиц трудоспособного возраста) административной территории.
4.4. Общая (накопленная) инвалидность	Общая (накопленная) инвалидность = Число лиц, получающих пенсии и пособия по инвалидности (контингенты инвалидов) × 10 000 / Общая численность рабочих и служащих административной территории (или отрасли промышленности). Показатели рассчитываются по отдельным половозрастным группам, причинам, группам и категориям инвалидности**.
4.5. Возрастные показатели заболеваемости, госпитализации, инвалидности	При исследовании общей заболеваемости принято рассчитывать отдельно показатели для детей (0-14 лет), подростков (15-17 лет) и взрослых (18 лет и старше). При исследовании заболеваемости в отношении видов патологии, учитываемых особо, принята более детальная возрастная дифференциация, специфичная для каждого вида патологии. Так, при исследовании инфекций, передаваемых половым путём (ИППП), акцент делается на группах подростков и молодёжи, при исследовании онкологических заболеваний – на пожилых возрастах, туберкулёза – на трудоспособном периоде жизни. Аналогичным образом, индивидуальная возрастная шкала для расчёта возрастных показателей принята при анализе инвалидности и госпитализации. Кроме того, дифференциация традиционных показателей касается расчёта показателей для отдельных причин, будь то заболеваемость, инвалидность или госпитализации. Для выделения классов причин и отдельных заболеваний или состояний, для которых рассчитываются показатели, служит Международная классификация заболеваний, травм и причин смерти.
4.6. Показатель DALY – годы жизни с поправкой на здоровье (disability-adjusted life year)	Показатель DALY получают путём суммирования двух компонент – потерянных лет жизни (YLL) и лет, прожитых в состоянии инвалидности (YLD). Формула расчёта YLL: $YLL = \sum D_x \cdot e_x,$ где $D_x$ – число умерших в возрасте $x$ , $e_x$ – ожидаемая продолжительность жизни в возрасте $x$ (обычно берётся из модельных таблиц смертности).
	Таким образом, для расчёта YLL необходимо иметь данные о по возрастных числах умерших за изучаемый период и подходящие модельные таблицы смертности. YLD рассчитывают по следующей формуле: $YLD = \sum n_x \cdot i_x \cdot L_x \cdot D,$ где $n$ – это численность населения в возрасте $x$ , $i$ – заболеваемость данной болезнью в возрасте $x$ , $L$ – среднее время пребывания в группе $x$ , $D$ – уровень инвалидности.

## Окончание приложения

<p>Всё большее число европейских стран и США одной из основных задач политики в области здравоохранения ставят увеличение числа лет здоровой жизни, откорректированных с учётом здоровья населения, и начинают использовать в качестве целевого показатель ожидаемой продолжительности здоровой жизни – ОПЗЖ (HALE).</p> <p>Этот сравнительно новый структурный показатель позволяет оценить, в какой степени ожидаемая продолжительность жизни сопровождается повышением уровня здоровья, сколько в среднем лет предстоит прожить человеку в состоянии хорошего здоровья и какую часть своей жизни люди живут с недостаточно хорошим здоровьем, обусловленным социальными детерминантами жизнедеятельности общества. Данный показатель основан на ОПЖ при рождении, но включает корректировку на период плохого здоровья. Для его разработки были использованы математические модели, описывающие не только смертность населения от отдельных причин, но и качество его жизни, которое количественно может выражаться либо показателями самооценки здоровья, либо объективными показателями распространённости заболеваний или инвалидизации. Используемый в качестве меры здоровья показатель в виде среднего ожидаемого числа лет здоровой жизни в конкретных возрастах для различных групп населения, включающий в себя информацию о смертности, заболеваемости и потере трудоспособности (инвалидность), является естественным сводным показателем здоровья населения и начинает применяться в качестве целевого, поскольку более конкретно описывает эффективность системы здравоохранения в различных странах***.</p> <p>По определению ВОЗ, ОПЗЖ – это «показатель демографической статистики, характеризующий ожидаемую продолжительность здоровой жизни человека на том отрезке его жизненного пути, который, согласно общепринятым нормам и представлениям, а также заключениям специалистов, ассоциируется со здоровьем и благополучием или с отсутствием каких-либо расстройств, болезней, инвалидности».</p>	
<p>4.7. Показатель ожидаемой продолжительности здоровой жизни – ОПЗЖ (HALE, Healthy life expectancy)</p>	<p>Расчёт ОПЗЖ производится на основе данных демографической статистики о смертности и данных выборочных обследований о доле лиц, испытывающих определенные ограничения в своей повседневной жизни из-за определенных проблем с физическим или психическим здоровьем, заболеванием или инвалидностью (по самооценке). В расчёте HALE, проведенном ВОЗ, были учтены сведения о распространённости 135 заболеваний или видов несчастных случаев и о смертности от них. Для расчета были привлечены сведения из исследования 2000 Global Burden of Disease (Глобальное бремя болезней), которое ставило целью оценить распространённость упомянутых 135 заболеваний по регионам и странам. Эти 135 болезней были разбиты на 5 групп, для каждой группы был разработан свой метод расчета потери лет здоровой жизни, связанной с этой болезнью или видом несчастных случаев****.</p>
<p>* Таблица смертности содержит важную информацию, которую невозможно получить из других источников. Значения таблицы смертности не зависят от возрастной структуры сравниваемых популяций, поэтому они выступают в качестве инструмента для проведения международных сравнений и исторических сопоставлений смертности в изучаемой популяции. Таблица смертности не является свободной от недостатков, и её показатели зависят от точности оценок по возрастной численности населения, точности указания возраста и полноты регистрации смерти. Проблема точности указания возраста особенно остра в старших возрастных группах, где возможна соответствующая аккумуляция значений вокруг круглых цифр.</p> <p>** Экономическое управление здравоохранением: учебник / Л.Ю. Трушкина, Р.А. Теплицершев [и др.] – Изд. 5-е, перераб. и доп. – Ростов н/Д: Феникс, 2007. – 501 с.</p> <p>*** Андрушина Е.В. Современные мониторинговые оценки динамики здоровья населения // 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. – С. 79-84.</p> <p>**** Развитие человеческих способностей. – URL: <a href="http://www.humandev.org.ua/glava8/glava8z8.html">http://www.humandev.org.ua/glava8/glava8z8.html</a></p>	



## ГЛОССАРИЙ

**Алкоголизм** – это неумеренное потребление спиртных напитков, оказывающее пагубное влияние на здоровье, быт, трудоспособность населения, благосостояние и нравственные устои общества.

**Анамнез** – результат опроса больного со сведениями о его прежней жизни, ходе болезни, самочувствии и прочем, записанный на память.

**Аутоагрессия** – любое насильственное действие, направленное против собственной личности.

**Бесплодие** – неспособность человека или брачной пары воспроизводить потомство, обусловленная или неспособностью мужчины/женщины к зачатию (стерильность), или неспособностью женщины выносить и родить живого ребенка.

**Болезнь** – общее или частичное ограничение жизнедеятельности организма, обусловленное срывом адаптогенных механизмов под воздействием эндогенных и экзогенных факторов и характеризующееся стеснением свободы деятельности (ВОЗ).

**Возрастной коэффициент рождаемости** – соотношение годового числа родившихся у матерей возраста ( $X$ ) к численности всех женщин этого возраста.

**Воспроизводство населения** – непрерывный процесс естественной смены поколений за счет рождений и смертей. В зависимости от соотношения уровней рождаемости и смертности воспроизводство населения может быть расширенным (численность последующих поколений увеличивается по сравнению с предыдущими), стационарным (при постоянстве численности следующих друг за другом поколений) или суженным (численность последующих поколений уменьшается по сравнению с предыдущими).

**Группа риска** – часть населения с наличием различных факторов, повышающих вероятность возникновения заболеваний и других проблем, связанных со здоровьем.

**Группы здоровья** – часть населения, выделенная в зависимости от наличия (или отсутствия) и степени тяжести заболеваний, физических дефектов.

**Диагноз** – медицинское заключение о состоянии здоровья пациента.

**Диагностика** – составная часть медицинской помощи, направленная на выявление заболевания путем проведения обследования человека.

**Доступность медицинской помощи** – реальная возможность получения населением необходимой медицинской помощи вне зависимости от социального статуса, уровня благосостояния и места проживания.

**Заболевание** – любое объективное или субъективное отклонение от нормального физиологического состояния организма человека (определение ВОЗ).

**Заболевания социально значимые** – заболевания, обусловленные преимущественно социально-экономическими условиями, приносящие ущерб обществу и требующие социальной защиты человека.

**Заболеваемость первичная** – показатель, определяющий совокупность заболеваний, впервые зарегистрированных за календарный год среди населения, проживающего на конкретной территории; исчисляется количеством заболеваний на 1000 жителей.

**Заболеваемость общая (болезненность)** – показатель, характеризующий общее число случаев заболеваний, выявленных (зарегистрированных) в течение года. При этом учитываются все случаи заболеваний, которые установлены как впервые, так и при повторном (в том числе многократном) обращении по поводу данного заболевания.

**Здравоохранение** – система государственных, общественных и медицинских мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья людей, профилактику и лечение заболеваний.

**Здоровье** – состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов (определение ВОЗ).

**Здоровый образ жизни (ЗОЖ)** – категория общего понятия «образ жизни», включающая благоприятные условия жизнедеятельности человека, уровень его культуры и гигиенических навыков, которые позволяют сохранять и укреплять здоровье, предупреждать развитие его нарушений и поддерживать оптимальное качество жизни.

**Инвалид** – человек, который имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты.

**Инвалидность** – социальная недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функции организма, приводящим к ограничению жизнедеятельности и требующим социальной защиты.

**Инвалидность общая (контингент инвалидов)** – показатель, соответствующий отношению суммарного числа инвалидов, зарегистрированных впервые и выявленных в предыдущие годы, к средней численности населения.

**Инвалидность первичная** – показатель, соответствующий отношению числа инвалидов, впервые зарегистрированных за данный период времени, к средней численности населения.

**Индекс Пирла** – мера вероятности зачатия в течение определенного интервала времени (например, года) при наличии определенных условий (например, без применения контрацепции или при применении какого-либо ее метода и т. д.). Обычно используется для измерения уровня т. н. «контрацептивных осечек» при предположении, что индекс Пирла, равный 0, означает 100%-ную эффективность контрацепции.

**Индекс самооценки здоровья (ИСЗ)** – субъективная оценка населением своего состояния с учетом среднего от суммы применяемых балльных оценок (1 – очень плохое, 2 – плохое, 3 – удовлетворительное, 4 – довольно хорошее, 5 – очень хорошее), умноженных на их долю в совокупности опрошенных.

**Индивидуальное здоровье** – здоровье одного человека (представляет микроуровень изучения).

**Инфертильность** – отсутствие рождений у женщины в течение всего или части репродуктивного периода.

**Календарь рождений** – распределение рождений во времени в течение репродуктивного периода или периода супружества.

**Койка больничная** – условная расчетная единица, отражающая возможность стационара лечебно-профилактического учреждения по размещению и лечению одного больного, используемая при планировании стационарной медицинской помощи и финансировании лечебно-профилактических учреждений.

**Когорта** – группа лиц, объединенных каким-либо общим признаком и наблюдаемых в течение определенного периода времени с целью изучения происходящих с ними изменений.

**Листок нетрудоспособности** – документ, удостоверяющий временную нетрудоспособность, беременность и роды и подтверждающий временное освобождение граждан от работы, учебы, службы и другой трудовой деятельности, обусловленное медицинскими причинами и социальными факторами, предусмотренными действующим законодательством.

**Материнская смертность** – смертность женщин в период беременности, родов и в послеродовой период (в течение 6 недель после родов).

**Медицинская статистика** – один из разделов биостатистики, изучающий основные закономерности и тенденции здоровья населения и здравоохранения с использованием методов математической статистики.

**Младенческая смертность** – смертность детей в возрасте до года.

**Мониторинг** – специально организованное систематическое наблюдение за состоянием каких-либо объектов. Данные мониторинга усредняются за отчетный период и в разрезе территорий. Результаты мониторинга используются для комплексной оценки качества обследуемого объекта и эффективности мероприятий.

**Нетрудоспособность** – 1. Временное или длительное лишение индивидуальной активности в результате острой или хронической болезни, часто измеряемое числом дней, в течение которых человек лишен обычного уровня активности (в терминах шкалы ежедневных возможностей) (ВОЗ). 2. Невозможность вследствие медицинских или социальных противопоказаний продолжать привычную профессиональную деятельность.

**Нетрудоспособность временная** – состояние организма человека, которое обусловлено заболеванием или травмой, при котором нарушение функций сопровождается невозможностью выполнения профессионального труда в обычных производственных условиях в течение относительно небольшого промежутка времени и носит обратимый, проходящий под влиянием лечения характер.

**Образ жизни** – устойчивый, сложившийся в конкретных общественно-экономических условиях способ жизнедеятельности человека.

**Общественное здоровье** – здоровье населения страны или отдельных её территорий, а также крупных демографических групп населения

**Ожидаемая продолжительность здоровой жизни (ОПЗЖ)** – показатель демографической статистики, характеризующий ожидаемую продолжительность здоровой жизни человека на том отрезке его жизненного пути, который, согласно общепринятым нормам и представлениям, а также заключениям специалистов, ассоциируется со здоровьем и благополучием или отсутствием каких-либо расстройств, болезней, инвалидности.

**Ожидаемая продолжительность предстоящей жизни (ОПЖ)** – показатель таблиц смертности, означающий среднее число лет, которое предстоит прожить дожившему до возраста  $x$  лет, при условии, что на протяжении предстоящей ему жизни сохранится по возрасту смертность данного календарного периода.

**Общий коэффициент смертности** – отношение числа умерших от данной причины в течение определённого промежутка времени (как правило, года) в изучаемой популяции к численности данной популяции.

**Охрана здоровья населения** – система политических, экономических, правовых, социальных, культурных, научных, экологических, медицинских, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мер, направленных на сохранение и укрепление здоровья настоящего и будущих поколений людей.

**Помощь медицинская** – комплекс медицинских услуг, направленный на сохранение, укрепление и восстановление здоровья человека, включающий профилактику, диагностику, лечение заболевания, медицинскую реабилитацию.

**Потенциал здоровья** – наилучшее состояние здоровья, которое конкретный человек может достигнуть независимо от имеющихся у него нарушений здоровья (ВОЗ).

**Планирование семьи** – 1. Внутрисемейное регулирование деторождения. 2. Принятие и реализация супружеской парой (индивидом) решений о числе детей в семье и сроках их появления на свет. 3. Деятельность государственных и негосударственных агентств, направленная на создание условий для достижения каждой семьей желаемого числа детей в желаемые сроки.

**Привычки вредные** – отрицательные стереотипы поведения человека (алкоголизм, табакокурение, переедание и др.).

**Профилактика** – система мер медицинского и немедицинского характера, направленная на предупреждение, снижение риска развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний, на предотвращение или замедление их прогрессирования, уменьшение их неблагоприятных последствий.

**Психическая болезнь (психическая патология)** – болезнь, обусловленная патологией головного мозга, проявляющаяся в виде расстройства психической деятельности.

**Психическое здоровье** – совокупность установок, качеств и функциональных способностей, которые позволяют индивиду адаптироваться к среде.

**Репродуктивное здоровье** – способность людей к зачатию и рождению детей, возможность сексуальных отношений без угрозы заболеваний, передающихся

половым путем, гарантия безопасности беременности и родов; выживание ребенка, благополучие матери и возможность планирования последующих беременностей, в том числе предупреждение нежелательных.

**Репродуктивный возраст (генеративный возраст)** – возраст, в котором женщина способна к деторождению. Границы репродуктивного возраста в демографическом анализе определяют продолжительность репродуктивного периода. Этот возраст для женщин составляет от 15 до 50 лет, в странах с низкой рождаемостью – от 15 до 45 лет (в целых годах). Доля женщин репродуктивного возраста в населении довольно устойчива – 25 – 30%, колебания этой величины зависят от колебаний уровней рождаемости в отдельные периоды времени.

**Репродуктивный потенциал** – выражает способность популяции к воспроизведению репродуктивного здоровья из поколения в поколение.

**Репродуктивный труд** – в широком смысле слова представляет собой деятельность по воспроизводству человеческого капитала, которая заключается в уходе за будущей и имеющейся рабочей силой и человеческим родом в целом. Репродуктивный труд в узком понимании, предметом которого является выращивание будущей рабочей силы, складывается из процессов рождения, ухода, воспитания, дошкольной подготовки детей в семье и их ранней социализации.

**Риск для здоровья** – возможность возникновения вредных эффектов для здоровья данного человека или группы людей при наличии какой-либо опасности.

**Рождаемость** – фактическая реализация плодовитости в зависимости от множества условий (из которых наличие плодовитости – первое) экономического, культурного, психологического и другого свойства.

**Самосохранительное поведение** – сложноструктурированная система установок, мотивов, действий человека, направленная на самосохранение и опосредованная качеством его жизни.

**Система здравоохранения** – комплекс государственных, ведомственных, негосударственных и общественных структур, обеспечивающих укрепление общественного здоровья или оказывающих на него влияние в процессе своей деятельности или через реализуемую продукцию.

**Состояние декомпенсации** – состояние со значительно сниженными функциональными возможностями.

**Состояние компенсации** – состояние с редкими и не тяжело протекающими обострениями хронического заболевания, без выраженного нарушения общего состояния и самочувствия.

**Состояние субкомпенсации** – состояние с нарушениями общего состояния и самочувствия после обострения, с затяжным периодом выздоровления после острых интеркуррентных заболеваний (возникающих на фоне уже имеющейся болезни), по происхождению не связанное с ней и отягощающее её течение).

**Среда обитания человека** – часть окружающей среды, включающая ее природные компоненты (атмосферный воздух, воду, почву), а также питьевая вода, продовольственные и промышленные товары, условия труда, быта (жилище, места отдыха, транспортные средства), обучения и воспитания.

**Статистика здравоохранения** – раздел медицинской статистики, изучающий данные о сети лечебно-профилактических и санитарно-противоэпидемических

организаций, их деятельности и кадрах с целью оценки качества работы и планирования лечебно-диагностических, профилактических и реабилитационных мероприятий.

**Статистика медицинская** – раздел статистики, изучающий вопросы, связанные с медициной и здравоохранением.

**Статистика общественного здоровья** – раздел медицинской статистики, разрабатывающий методы, формы и приемы сбора, обработки и анализа данных, характеризующих уровень и изменения в состоянии здоровья населения.

**Структура возрастная** – распределение в процентном соотношении групп различных возрастов среди всего населения.

**Суицид** – умышленное лишение себя жизни.

**Суммарный коэффициент рождаемости (СКР)** – показывает, сколько в среднем детей родила бы одна женщина на протяжении всего репродуктивного периода (15–49 лет) при сохранении в каждом возрастном уровне рождаемости того года, для которого вычислены возрастные коэффициенты. Его величина не зависит от возрастного состава населения и характеризует средний уровень рождаемости в данный календарный год.

**Укрепление здоровья** – политика и стратегия государства, общества, служб здравоохранения по улучшению здоровья населения, повышению качества его жизни, профилактике заболеваний и несчастных случаев, а также деятельность самого населения по контролю за своим здоровьем и повышению его уровня.

**Улучшение здоровья** – положительные изменения основных показателей состояния здоровья индивида, группы населения или населения в целом.

**Уровень жизни населения** – совокупность условий жизни населения, которые соответствуют достигнутому уровню экономического развития и характеризуются величиной среднедушевого дохода, величиной и структурой потребительских расходов, величиной прожиточного минимума.

**Факторы риска для здоровья** – потенциально опасные для здоровья факторы поведенческого, биологического, генетического, экологического, социального характера, окружающей и производственной среды, повышающие вероятность развития заболеваний, их прогрессирования и неблагоприятного исхода.

**Фертильность** – способность зрелого организма воспроизводить потомство.

**Физическое здоровье** – состояние, характеризующееся уровнем физического развития, физических возможностей и адаптационных способностей отдельных индивидов, групп людей и общества в целом, обеспечивающее достижение качества жизни, благополучия общества, сохранение и укрепление общественного здоровья.

**Финансирование** – обеспечение денежными ресурсами текущих затрат и капитальных вложений; осуществляется за счет собственных средств предприятия, государства, привлеченных, заемных и других средств.

**Форма нозологическая** – совокупность клинических, лабораторных и функциональных диагностических признаков, позволяющих идентифицировать заболевание (отравление, травму, состояние) и отнести его к группе состояний с общей этиологией и патогенезом, клиническими проявлениями, общими подходами к лечению и коррекции состояния.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

<i>Предисловие</i> .....	3
<b>ТЕМА 1. СУЩНОСТЬ ЗДОРОВЬЯ И МЕТОДЫ ЕГО ИЗМЕРЕНИЯ</b> .....	5
1.1. Понятие и сущность здоровья .....	5
1.2. Основные подходы к оценке здоровья.....	11
<b>ТЕМА 2. ФИЗИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ</b> .....	21
<b>ТЕМА 3. ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ</b> .....	36
<b>ТЕМА 4. РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ</b> .....	58
<b>ТЕМА 5. ЗДОРОВЬЕ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ</b> .....	71
<b>ТЕМА 6. ОСНОВНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ЗДОРОВЬЯ</b> .....	87
<b>ТЕМА 7. СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: СТРУКТУРА И ФИНАНСИРОВАНИЕ</b> .....	112
<i>Заключение</i> .....	139
<i>Приложение</i> .....	140
<i>Глоссарий</i> .....	145

*Научное издание*

**Шабунова Александра Анатольевна  
Калашников Константин Николаевич  
Морев Михаил Владимирович  
Калачикова Ольга Николаевна  
Кондакова Наталья Александровна**

## **ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ**

*Учебное пособие*

Редакционная подготовка  
Оригинал-макет  
Корректор

Л.Н. Воронина  
Е.С. Нефедова  
Н.С. Киселева

---

Подписано в печать 20.03.2014.  
Формат бумаги 70×108/16. Печать цифровая.  
Усл. печ. л. 13,5. Тираж 300 экз. Заказ № 89.

---

Институт социально-экономического развития  
территорий РАН (ИСЭРТ РАН)

160014, г. Вологда, ул. Горького, 56а  
Телефон: 59-78-03, e-mail: common@vscc.ac.ru



ISBN 978-5-93299-254-8



9 785932 992548