

**УЧРЕЖДЕНИЕ РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ НАУК
ИНСТИТУТ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ
НАРОДОНАСЕЛЕНИЯ РАН**

**РОССИЙСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ
В РАКУРСЕ МИРОВЫХ ТЕНДЕНЦИЙ**

КОЛЛЕКТИВНАЯ МОНОГРАФИЯ

Москва 2009

УДК
ББК
Р

Российское здравоохранение в ракурсе мировых тенденций: Коллективная монография / Под редакцией проф., д.э.н. А.Ю. Шевякова и проф., д.м.н. И.П. Катковой. - М.: ИСЭПН РАН, 2009, -156 с. (рус.)

Рецензенты:

Доктор экономических наук Е.М. Аврамова

Доктор экономических наук В.М. Жеребин

Авторский коллектив:

д.м.н., проф. И.П. Каткова, к.м.н Е.В. Андриюшина, В.И. Катков,
к.э.н Е.В. Жилинский

В работе обобщены материалы исследований, выполненных сотрудниками ИСЭПН РАН в течение последних пяти лет в области здравоохранительных аспектов демографической политики. Комплексное рассмотрение представляемых материалов позволяет раскрыть новые грани значимости здравоохранения в оптимизации процессов рождаемости и снижении смертности.

Авторы акцентируют внимание читателей на том обстоятельстве, что результаты многочисленных исследований взаимосвязей между здоровьем и благосостоянием населения в странах Западной Европы, имеющих системы здравоохранения с наивысшими в мире уровнями эффективности, убедительно свидетельствуют, что непосредственные и косвенные расходы на здравоохранение и социальные детерминанты могут приводить к достижению социальной эффективности во много раз превышающей эффективность инвестирования других областей. Поэтому поиску наиболее оптимальных стратегий реформирования отечественного здравоохранения должно быть уделено большее внимание.

В этих условиях знание и понимание особенностей функционирования здравоохранения в странах с развитой рыночной экономикой, добившихся наиболее значимых успехов в его реформировании в целях обеспечения процессов всеобщей доступности медицинской помощи населению, с точки зрения авторов, должен предопределять выбор наиболее эффективных подходов к реально достижимым уровням развития отечественной системы охраны здоровья населения.

Рассмотрение проблем, препятствующих успешности функционирования российского здравоохранения, проводится с позиций использования страновых оценок систем здравоохранения, принятых в исследованиях ВОЗ, но до сих пор не вошедших в традиционную аналитическую и практическую работу в процессе реформирования отечественной системы охраны здоровья населения. Поэтому результаты проведенного авторами исследования призваны содействовать развитию и использованию современных подходов к оценке назревших нерешённых здравоохраненческих проблем в российском обществе.

Исследование обосновывает важность интегративных подходов к решению проблем в области реализации активной демографической, семейной политики и охраны здоровья населения, направленных на оптимизацию процессов народонаселения.

Монография представляет интерес для специалистов в области демографии, экономики, социологии, менеджеров здравоохранения, а также представителей законодательной и исполнительной властей.

© ИСЭПН РАН, 2009

© Авторский коллектив, 2009

ISBN

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	5
Глава I. Современные тенденции общественного здоровья <i>(Е.В. Андрюшина)</i>	7
1.1. Сводные индексы здоровья.....	9
1.2. Динамика ожидаемой продолжительности здоровой жизни	12
Глава II. Рождаемость и социальная политика <i>(И.П Каткова, Е.В. Андрюшина, В.И. Катков)</i>	19
2.1. Рождаемость в России и её регионах.....	20
2.2. К оценке взаимовлияния проблем рождаемости и младенческой смертности.....	24
2.3. Семья после смерти ребёнка на первом году жизни.....	29
2.4. Рождаемость, семья, дети в условиях социального либерализма и «нового капитализма».....	35
2.5. Социальная организация общества и роль молодёжи в его прогрессе.	40
2.6. Развитие семейной политики и мер по стимулированию рождаемости ...	42
Глава III. Репродуктивный потенциал в зеркале проблем российской бедности и экологии <i>(И.П Каткова, Е.В. Андрюшина, В.И. Катков)</i>	48
3.1. Бедность, здоровье женщин и детей.....	48
3.2. Вклад экологии в снижение репродуктивного потенциала населения	52
3.3. Тяжкое наследство социальной заболеваемости.....	57
3.3.1. Репродуктивное нездоровье	57
3.3.2. Бесплодие	63
3.4. Опыт оценки экономической эффективности снижения искусственных абортов Москве <i>(Е.В. Андрюшина, В.И. Катков)</i>	65
Глава IV. Проблемы снижения в России предотвратимой смертности <i>(И.П Каткова, В.И. Катков, Е.В. Андрюшина)</i>	75
4.1. Роль здравоохранения в снижении предотвратимой смертности	75
4.2. Смертность, обусловленная курением	82
4.3. Смертность, обусловленная алкоголем	86
4.4. О тенденциях смертности населения от внешних причин в России.....	89
4.4.1. Общая характеристика проблем смертности от внешних причин.....	89
4.4.2. Общие тенденции смертности от неестественных причин за период 1990-2004 гг. в целом по России	91
4.4.3. Тенденции в городской и сельской местности	92
4.4.4. Возрастные особенности смертности мужчин и женщин.....	93
4.5. Динамика смертности от ряда причин, входящих в группу «Внешние причины», по городской и сельской местности, возрастные различия в целом по РФ	97

4.6. Смертность от ряда причин, входящих в группу «Внешние причины», по регионам (лидерам и аутсайдерам) за период 2002- 2004 гг.	99
Глава V. Права пациентов и гражданская профессиональная ответственность медицинских работников (<i>И.П Каткова, Е.В. Андрюшина</i>).	104
5.1. Показатель отзывчивости системы здравоохранения.....	104
5.2. Врачебные ошибки	106
Глава VI. Вопросы повышения эффективности системы здравоохранения (<i>И.П Каткова, Е.В. Андрюшина, В.И. Катков</i>)	121
6.1. ВВП и политика финансирования здравоохранения	123
6.2. Обеспечение справедливости финансового вноса на здравоохранение	128
6.3. Первичная медико-санитарная помощь и кадровые ресурсы здравоохранения	136
6.4. Институциональные аспекты государственно-частного партнерства в здравоохранении (<i>Е.В. Жилинский</i>)	141
ЗАКЛЮЧЕНИЕ (<i>И.П. Каткова</i>)	152

ВВЕДЕНИЕ

В настоящей работе обобщены материалы исследований, выполненных сотрудниками лаборатории проблем здоровья и рождаемости населения ИСЭПН РАН в течение последних пяти лет в области здравоохранительных аспектов демографической политики. Комплексное рассмотрение представленных материалов позволяет раскрыть новые грани значимости здравоохранения в оптимизации процессов рождаемости и снижении смертности.

Анализ проблем, препятствующих успешности функционирования российского здравоохранения, проводился авторами с позиций использования страновых оценок эффективности национальных систем здравоохранения, принятых ВОЗ. Исследование показало, что для достижения высокого уровня результативности необходима ориентация здравоохранения на сбалансированность трёх составляющих процесса, которые постоянно должны находиться в фокусе проведения реформ. К ним относятся: степень достижения хорошего здоровья населения (как в увеличении уровня, так и в снижении социального неравенства в обеспечении доступности медицинской помощи); степень отзывчивости системы на санитарно-гигиенические потребности населения (обеспечение соответствия системы ожиданиям населения), а также обеспечение соблюдения принципа справедливости финансового вноса и защиты от финансового риска при распределении финансовых ресурсов на получение медицинской помощи.

Эффективность деятельности национальных систем здравоохранения предопределяется уровнем взаимодействия и степенью включённости организаций, структур и ресурсов, призванных активно содействовать улучшению всех основных детерминант здоровья, находящихся вне сферы системы здравоохранения.

Для консолидации усилий исполнительной и законодательной ветвей власти по снижению смертности населения в России авторами предлагается рассмотреть вопрос о целесообразности и преимуществах использования уровня предотвратимой смертности (в значительной степени, как показал опыт европейских стран, зависящей от эффективности национальных систем здравоохранения) и её важнейших компонентов в качестве мониторинговых показателей результативности мер демографической политики как на федеральном, так и на региональном уровне.

Как показало исследование для оценок состояния общественного здоровья важно использование, наряду с показателями средней ожидаемой про-

должительности жизни, учитывающими по возрасту показатели смертности, и показатели ожидаемой продолжительности здоровой жизни, учитывающие потери лет здоровой жизни в связи с заболеваемостью и нетрудоспособностью. Наличие в нашей стране региональных, географических и социально-экономических ограничений в реализации потребностей населения в бесплатных видах медико-социальной помощи и поддержки способствовало формированию неравенства между различными социально-демографическими и социально-экономическими группами населения.

В России сформировавшаяся несправедливость в распределении финансовых средств, имея ярко выраженную социально-экономическую обусловленность, носит четырёхуровневый характер, включающий федеральный и региональный уровни, уровень домохозяйств и отдельного индивидуума.

В развитых Европейских странах в числе двух важных приоритетов совершенствования системы здравоохранения признаётся обеспечение снижения неравенства в уровнях здоровья и доступа к службам здравоохранения всего населения (Франция, Германия, Испания, Швеция, Великобритания и др.).

Результаты проведенного исследования раскрывают актуальность формирования мониторинга по оценке хода реализации стратегии охраны здоровья населения и развития демографической политики, отражающих роль всех секторов государственного управления. Для того чтобы его данные служили побудительной мотивацией к действию, он должен включать конкретные действия, поддающиеся измерению плановые показатели по достижению цели охраны здоровья населения, устанавливаемые для всех участников межведомственной деятельности.

Для анализа были использованы официальные данные Росстата, Министерства здравоохранения и социального развития РФ, результатов выборочных исследований, экспертных оценок, а также статистические данные международных организаций ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНФПА и др. по России, Франции, США, Исландии, Новой Зеландии, Ирландии, Австралии, Португалии, Швейцарии, Австрии, Канаде, Швеции, Финляндии, Дании, Великобритании, Голландии, Германии, Норвегии и ряду других стран. Исследование обосновывает важность интегративных подходов к решению проблем в области реализации активной демографической, семейной политики и охраны здоровья населения, направленных на оптимизацию процессов народонаселения.

Глава I. СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

В настоящее время в России отмечается обострение интереса к проблемам реформирования здравоохранения и повышения его значимости в обеспечении темпов экономического роста. Это связано, с одной стороны, с резким увеличением численности различных контингентов населения, нуждающихся в длительных и дорогостоящих методах лечения и реабилитации, с другой - появлением благоприятных социально-политических условий для преодоления процессов снижения доступности, равенства и справедливости системы оказания медико-санитарной помощи.

В мире растёт понимание того, что система здравоохранения, включающая все организации, структуры и ресурсы, предназначенные для реализации действий, принципиальная цель которых – укрепление, поддержание или восстановление здоровья, в значительной степени предопределяет здоровье и успешность жизнедеятельности населения¹.

Результаты многочисленных исследований взаимосвязей между здоровьем и благосостоянием населения в странах Западной Европы, имеющих системы здравоохранения с наивысшими в мире уровнями эффективности, убедительно свидетельствуют, что непосредственные и косвенные расходы на здравоохранение и социальные детерминанты могут приводить к достижению социальной эффективности во много раз превышающей эффективность инвестирования других областей. Поэтому поиску наиболее оптимальных стратегий реформирования отечественного здравоохранения должно быть уделено большее внимание.

В этих условиях знание и понимание особенностей функционирования здравоохранения в странах с развитой рыночной экономикой, добившихся наиболее значимых успехов в его реформировании в целях обеспечения процессов всеобщей доступности медицинской помощи населению, может предопределять выбор наиболее эффективных подходов к реально достижимым уровням развития отечественной системы охраны здоровья населения.

Рассмотрение проблем, препятствующих успешности функционирования российского здравоохранения, проводится с позиций использования страновых оценок систем здравоохранения, принятых в исследованиях ВОЗ, но до сих пор не вошедших в традиционную аналитическую и практическую работу в процессе реформирования отечественной системы охраны здоровья

¹ Усовершенствованные системы здравоохранения спасают жизни. Основы Европейской стратегии ВОЗ по развитию систем здравоохранения. ВОЗ, Европейское региональное бюро. 2005. С. 1-11.

населения. Поэтому результаты проведенного нами исследования призваны содействовать развитию и использованию современных подходов к оценке назревших нерешённых здравоохраненческих проблем в российском обществе.

Впервые представленная ВОЗ в 2000 году статистическая база данных за 1997 год², отражающая новые сводные показатели функционирования национальных систем здравоохранения стран-членов ВОЗ, включает как официальные, так и неофициальные данные, экспертные оценки, расчётные показатели, полученные в результате исследований, проведенных в рамках единой методологии для всех стран с использованием методов демографической статистики и математического моделирования. Такой подход с высокой надёжностью обеспечивает проведение межстрановых сопоставлений уровней достижений странами основных целей развития национальных систем здравоохранения, что может предопределить перспективы их развития на ближайшее время.

Исходя из задач общей оценки степени успешности функционирования систем здравоохранения каждой из стран в процессе формирования этой статистической системы был разработан ряд агрегированных показателей. В том числе были проведены расчёты индекса достижения общих целей, а также индекса результативности, с помощью которых определялся фактически достигнутый уровень функционирования системы по отношению к максимально возможному для достижения определенного уровня здоровья при условии наибольшей эффективности использования ресурсов, выделяемых как на системы здравоохранения, так и на системы, не связанные со здравоохранением. Общие достижения систем здравоохранения в реализации поставленных перед ними целевых задач были оценены комплексно с учётом уровня здоровья населения, индексов отзывчивости и справедливости финансового взноса в систему здравоохранения³.

На основе анализа индекса достижения целей в числе самых лучших были признаны системы здравоохранения Японии, Швейцарии, Норвегии, Швеции и Люксембурга. Канада находится на 7 ранговом месте, Нидерланды - на 8, Великобритания - на 9, США - на 15, Дания - на 20, Финляндия - на 22,

² Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2000 г. Системы здравоохранения: улучшение деятельности. С.174-225; Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2001 г. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. С. 184-187, 202-205; Доклад о состоянии здравоохранения в Европе. 2002. ВОЗ. Европейское региональное бюро ВОЗ. Региональные публикации ВОЗ, Европейская серия, № 97.с. 138-156

³ Каткова И.П., Андрушина Е.В., Катков В.И. Современные стратегии охраны здоровья населения России и реформирования здравоохранения. ж. Народонаселение. М., 2008. № 2. с. 17-37

Российская Федерация - на 100 месте. Необходимость принятия действенных целенаправленных мер по совершенствованию российской системы охраны здоровья очевидна.

Однако признанием того, что системы здравоохранения могут работать более эффективно при имеющихся ресурсах, служат данные аналитической оценки распределения индексов результативности по различным странам мира. Проведенные сравнения показали, что по уровню этого индекса Япония занимает 10 место, Швейцария - 20, Норвегия - 11, Люксембург - 16, Великобритания - 18, Канада - 30, Финляндия - 31, Дания - 34, США - 37, Российская Федерация - 130. Таким образом, национальные системы здравоохранения стран, традиционно рассматриваемых в мире как наилучшие, всё ещё сохраняют значительные резервы для дальнейшего совершенствования. Российское здравоохранение функционирует чрезвычайно нерационально и характеризуется неэффективным использованием даже имеющихся ресурсов⁴. 130-е место в таблице о рангах означает, что в недрах сформировавшейся российской системы здравоохранения имеется огромный "нерастраченный" здравоохранительный потенциал.

1.1. СВОДНЫЕ ИНДЕКСЫ ЗДОРОВЬЯ

Обобщающим показателем, адекватно отражающим сформировавшиеся проблемные ситуации в здравоохранении, является показатель ожидаемой продолжительности жизни при рождении (ОПЖ). В 2000 году в России он составлял для мужчин 59,4 года, для женщин - 72 года.⁵ Каждый мальчик, родившийся в США, имеет высокую вероятность прожить на 14,5 лет дольше, в Австрии - на 15,5 лет, в Норвегии - на 16,3 года, в Японии - на 18,1 года, (соответственно, девочки - на 7,5; 9,4; 9,4 и 12,7 лет), чем родившиеся в России.

Наличие хорошей системы здравоохранения способствует улучшению состояния здоровья всего населения. В связи с ростом средней ожидаемой продолжительности жизни на фоне роста числа хронических неинфекционных заболеваний (НИЗ) и травматизма, а также инвалидности, обусловленной ими, для правительств многих стран всё острее и острее стоит вопрос об оценке эффективности использования вкладываемых финансовых средств в

⁴ Здоровье населения в Европе-1997. Отчёт о третьей оценке прогресса на пути к достижению здоровья детей для всех в Европейском регионе ВОЗ (1996-1997). ВОЗ, Европейская серия, №83, 1998, 90 с.

⁵ Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2001 г. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. С. 184-187, 202-205.

охрану здоровья населения в целях совершенствования планирования деятельности по улучшению здоровья.

Ещё в начале 90-х годов прошлого столетия был разработан показатель глобального бремени болезней (ГББ), в котором учитываются потерянные годы жизни в результате преждевременной смерти и нетрудоспособности по болезни. Оценка нетрудоспособности проводилась на основе учёта возможных изменений самых многообразных жизненных и социальных функций человека, сведенных в шесть классов, различающихся по степени выраженности уровня, тяжести и длительности ограничений возможностей между здоровьем и смертью, учитываемых весовыми коэффициентами. ГББ измеряется в годах жизни с поправкой на нетрудоспособность (DALYs). Во всём мире в 1990 г. было потеряно 1,36 млрд. DALY, что эквивалентно 42 млн. смертей новорожденных, или 80 млн. смертей в возрасте 50 лет. 66% общего количества потерянных единиц DALY приходится на преждевременную смертность, а 34% – на нетрудоспособность⁶.

В конце 90-х годов экспертами ВОЗ был выбран в качестве сводного индекса здоровья населения показатель средней ожидаемой продолжительности жизни, скорректированный на инвалидность (DALE)⁷, преимущество которого является то, что он поддается прямому сравнению с ожидаемой продолжительностью жизни, рассчитанной с помощью только повозрастных показателей смертности, и легко сравним во всех группах населения. Важным различием между оценкой бремени болезни с помощью показателя количества лет жизни, утраченных в результате преждевременной смерти и нетрудоспособности по болезни (DALYs), и показателя ожидаемой продолжительности жизни, скорректированной на инвалидность (DALE), является то, что первый учитывает вклад каждой болезни в общий результат, тогда как последний – нет. Преимущество же DALE состоит в том, что он не требует для расчета столь многих параметров и является непосредственно сравнимым с более привычным понятием ожидаемой продолжительности без коррективки (ОПЖ).

Наиболее наглядно эффективность использования этого показателя для сравнения различных систем здравоохранения можно проиллюстрировать данными о том, что США, лидируя по расходам на здравоохранение в расчёте на душу населения, по уровню DALE занимает 24 место в мире, уступив 1

⁶ Отчёт о мировом развитии – 1993. Инвестиции в здравоохранение. Всемирный банк. Вашингтон. 1993. с. 25

⁷ Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2000 г. Системы здравоохранения: улучшение деятельности. ВОЗ. 2000. С.30-31.

место Японии, имеющей 13 ранг по подушевому уровню финансирования здравоохранения. Такая ситуация подчёркивает важность совершенствования системы здравоохранения и при достижении высокого уровня её финансирования. Россия по уровню здоровья имеет 91 ранг, а по уровню финансирования здравоохранения на душу населения - 75, что отражает назревшие проблемы как недофинансирования, так и непосредственного функционирования деятельности учреждений здравоохранения.

Одной из важнейших характеристик системы здравоохранения является её дееспособность в решении назревших проблем охраны здоровья населения не только современного периода, но и ближайшего будущего. Всё большее число европейских стран и США одной из основных задач политики в области здравоохранения ставит увеличение числа лет здоровой жизни, откорректированных с учетом здоровья населения, и начинает использовать в качестве целевого вновь разработанный показатель - ожидаемой продолжительности здоровой жизни – ОПЗЖ (HALE). Этот 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 также и качество его жизни, которое количественно может выражаться либо показателями самооценки здоровья, либо объективными показателями распространенности 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 (инвалидности), становится *естественным сводным показателем здоровья населения* и начинает применяться в качестве целевого, поскольку более корректно описывает эффективность системы здравоохранения в различных странах. С 2001 г. эксперты ВОЗ взамен показателя DALE для лучшего отражения включения всех состояний здоровья в расчёт ОПЗЖ стали использовать показатель - ожидаемой продолжительности здоровой жизни – ОПЗЖ (HALE)⁸. Показатель ОПЗЖ позволяет ответить на вопрос, 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

⁸ Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2001 г. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. С. 174; Доклад о состоянии здравоохранения в Европе. 2005. Действия общественного здравоохранения в целях улучшения здоровья детей и всего населения. с. 12-13.

хорошим здоровьем, обусловленным социальными детерминантами жизнедеятельности общества. Именно поэтому для анализа различий в состоянии здоровья между популяциями выбранные показатели являются более выразительными, чем только показатель ОПЖ.

1.2. ДИНАМИКА ОЖИДАЕМОЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЗДОРОВОЙ ЖИЗНИ

Применение сводных индексов здоровья открывает возможность суммировать периоды жизни, прожитые с различными уровнями здоровья. Данные по ожидаемой продолжительности здоровой жизни показывают, что и мужчины, и женщины в России несут на себе огромное бремя нездоровья, особенно в трудоспособном возрасте. Продолжительность здоровой жизни у мужчин в России неизменно ниже, чем в любой из западноевропейских стран, в возрастных группах 20, 40 и 65 лет (табл. 1). Максимальное отличие в уровнях ожидаемой продолжительности жизни для мужчин России и Западной Европы имеет место в возрастах 20 лет.

Таблица 1. Ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ), ожидаемая продолжительность здоровой жизни (ОПЗЖ) и разница в продолжительности жизни женщин и мужчин (годы) в возрастах 20, 40 и 65 лет для Российской Федерации и Западной Европы⁹

Пол	Страна / Регион	Возраст (годы)					
		20		40		65	
		ОПЖ	ОПЗЖ	ОПЖ	ОПЗЖ	ОПЖ	ОПЗЖ
Мужчины	Российская Федерация	41,9	36,7	22,4	17,3	11,4	6,7
	Западная Европа	54,5	50,4	31,2	27,6	15,0	12,5
Женщины	Российская Федерация	54,2	40,6	31,1	18,5	15,2	5,8
	Западная Европа	60,2	53,7	36,0	30,3	18,1	14,0
Разница в продолжительности жизни у женщин и мужчин (годы)	Российская Федерация	12,3	3,9	8,7	1,2	3,8	-0,9
	Западная Европа	5,7	3,3	4,8	2,7	3,1	1,5

Различия в показателях ожидаемой продолжительности жизни у российских и европейских женщин и мужчин в 2000 году для возрастов 20 лет составили 12,3 и 5,7 лет, и 3,9 и 3,3 лет - по уровню ОПЗЖ. К сорока годам эти различия сокращаются: по уровню ожидаемой продолжительности жизни с 8,7 лет до 4,8 лет, а по уровню ожидаемой продолжительности здоровой жизни – отмечалось увеличение этих показателей с 1,2 лет до 2,7 лет, соответственно. Такая тенденция обусловлена тем, что среди западноевропейцев ожидаемая продолжительность здоровой жизни преимущественно связана с вероятностью смерти как в 20 лет, так и в 40 лет. За период от 20 до 40 лет происходит резкое снижение потенциала здоровья российских женщин, и

⁹ Andreev, Evgueni M.; McKee, Martin; Shkolnikov, Vladimir M. Health expectancy in the Russian Federation: a new perspective on the health divide in Europe. Bulletin of the World Health Organization. 81/11/November/2003/pp.778-788. <http://www.who.int/bulletin/volumes/81/11/en/andreevwa1103.pdf>

сближение его уровня с уровнем мужского нездоровья. Это привело к сокращению различий в уровнях ОПЗЖ с 3,9 до 1,2 лет, в то время как у западноевропейских женщин снижение произошло с 3,3 до 2,7 лет. Более высокая средняя длительность ОПЖ российских женщин по сравнению с мужчинами достигается за счёт большей продолжительности жизни в состоянии нездоровья как в сравнении с российскими, так и западноевропейскими мужчинами.

Это подчёркивает важность системной разработки целевых медико-социальных программ на основе преэмптентности и в их реализации с тем, чтобы на протяжении всего жизненного пути человека можно было постоянно компенсировать уже имевшее место ранее неблагоприятные последствия воздействия факторов риска.

Важно, что в России в 2000 году ожидаемая продолжительность здоровой жизни (HALE) для женщин была ниже на 9,1 года, а для мужчин - на 11,4 года по сравнению с общепринятым показателем продолжительности жизни. По сравнению с россиянами в США, Австрии, Норвегии и Японии мужчины проживали в состоянии здоровья дольше, соответственно: на 15,4; 17,8; 18,5 и 20,9 лет, а женщины: на 8,2; 11,9; 11,7 и 15,7 года.

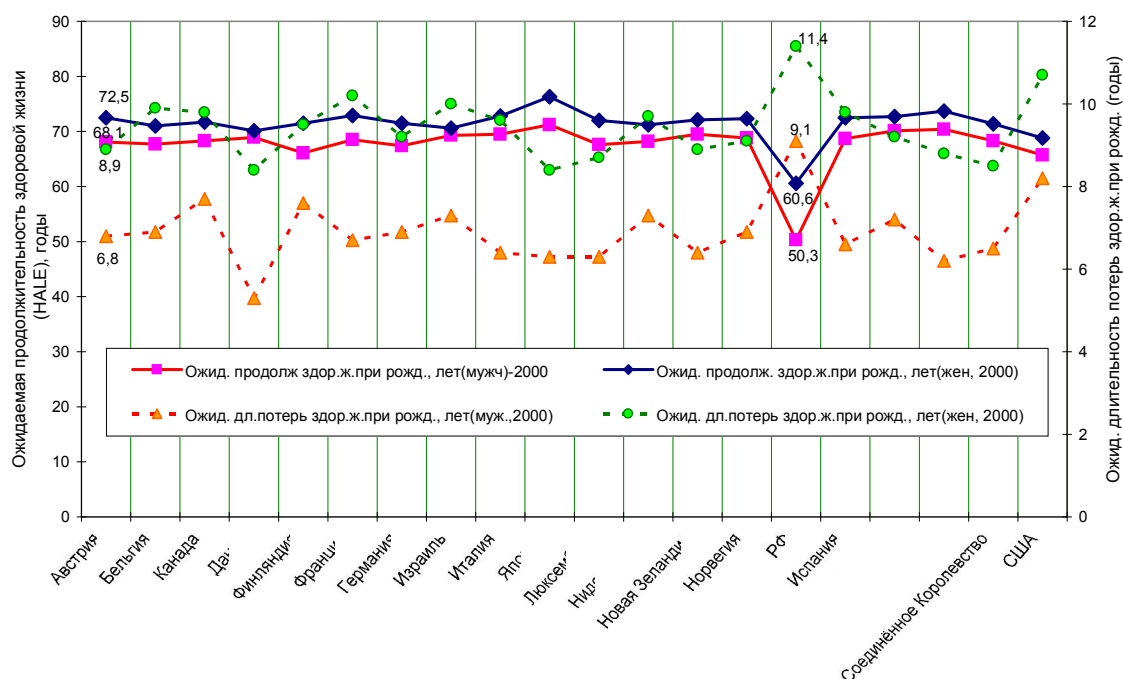


Рис. 1. Ожидаемые продолжительность здоровой жизни (HALE) при рождении и потерянная часть здоровой продолжительности жизни для женщин и мужчин в 2000 году, лет¹⁰

¹⁰ Для построения рисунков 1-3 использованы данные из: Доклада о состоянии здравоохранения в мире 2001. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. Стр.186-200; The World Health Report 2003. Shaping the Future. World Health Organization. 2003. Pages 167-169

Сопоставляя данные ожидаемой продолжительности здоровой жизни в 2000 году, а также данные потерь ожидаемой продолжительности здоровой жизни (рис. 1), нетрудно заметить, что ожидаемая продолжительность здоровой жизни при рождении по всем анализируемым странам была выше у женщин, и для них же характерны и наиболее высокие потери числа лет здоровой жизни. Это свидетельствует о том, что в России, как и в анализируемых развитых странах, увеличение продолжительности жизни женщин идёт за счёт большего периода их нахождения в состоянии нездоровья, вследствие чего повсеместно отмечается значительное снижение потенциала жизнеспособности женщин. Отмеченные обстоятельства позволяют высказать предположение, что выявляемая повсеместно более высокая обращаемость женщин в медицинские учреждения позволяет им, в большей степени, чем мужчинам, использовать достижения современной медицины, что усиливает значимость лечебно-профилактических мероприятий в увеличении продолжительности их жизни.

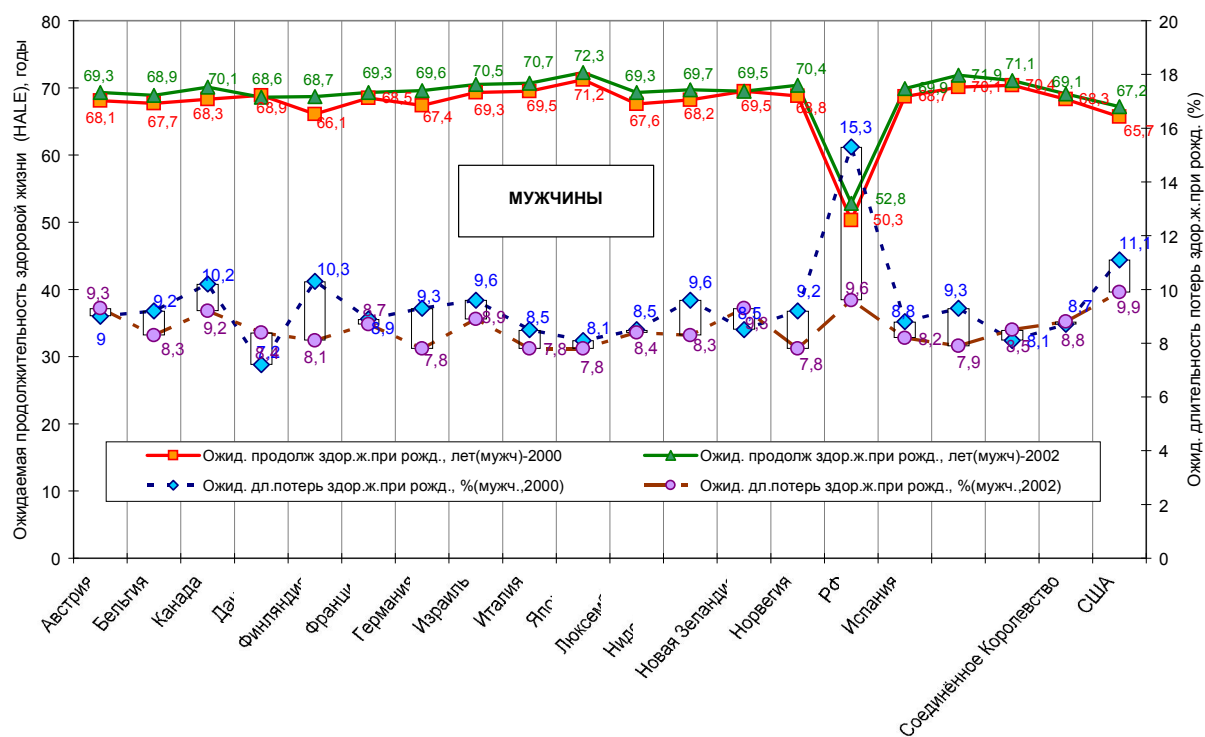


Рис. 2. Ожидаемая продолжительность здоровой жизни (HALE) при рождении (годы) и ожидаемая длительность потерь здоровой жизни при рождении для мужчин (в %) в 2000 и 2002 гг.

Рассматривая динамику показателя ожидаемой продолжительности здоровой жизни за период 2000-2002 годов, можно выявить принципиально новую позитивную тенденцию в изменении состояния здоровья российских мужчин. В этот период ожидаемые потери здоровой жизни при рождении сократились для них с 15,3% до 9,6% на фоне тенденций их увеличения в ряде

стран (**Рис. 2**). Так, в Дании они выросли с 7,2% до 8,4%, в Новой Зеландии - с 8,5% до 9,3%, в Австрии - с 9,0% до 9,3%, Швейцарии - с 8,1% до 8,5%.

Это подтверждает значимость резкого сокращения в 2000-2002 гг. с уровня 23,7% до 7,5% численности населения, которое не могло тратить на удовлетворение жизненных минимальных потребностей более 2,15 долларов США в день для улучшения здоровья¹¹.

По сравнению с показателями ожидаемых потерь здоровой жизни при рождении в рассматриваемых зарубежных странах для российских женщин также отмечаются более высокие уровни их снижения (**Рис. 3**).

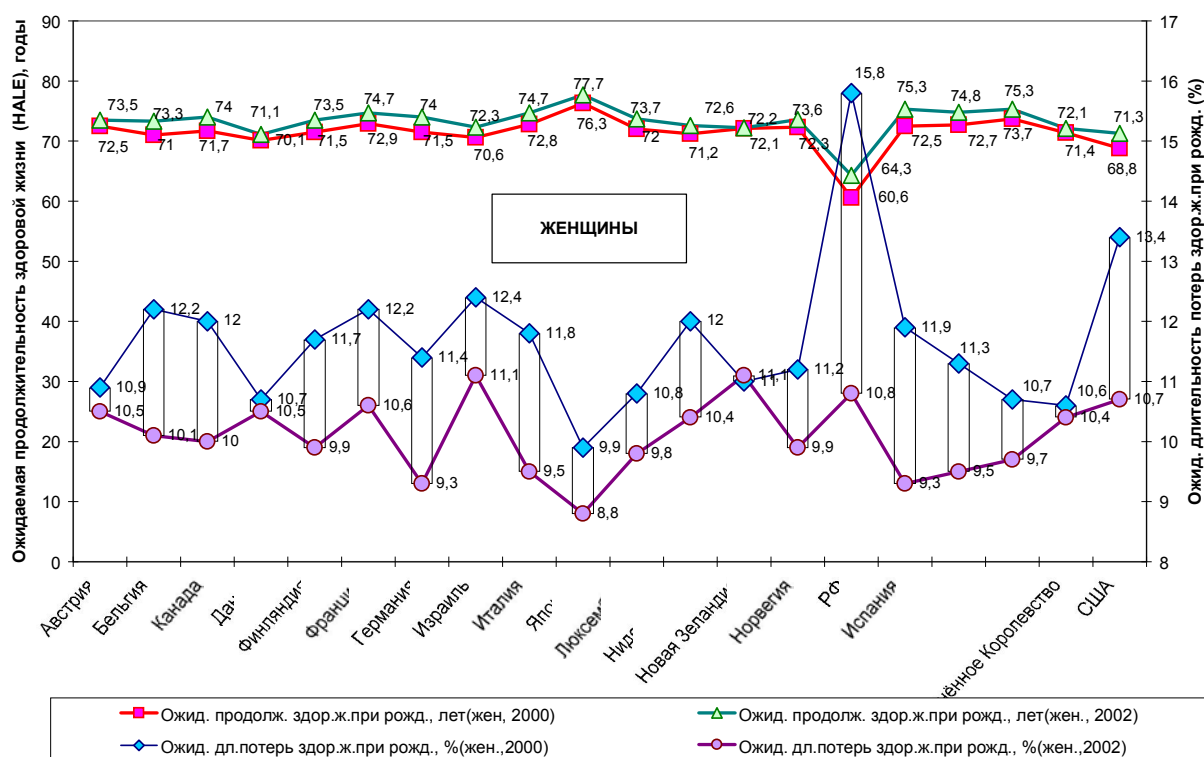


Рис. 3. Ожидаемая продолжительность здоровой жизни (HALE) при рождении (годы) и ожидаемая длительность потерь здоровой жизни при рождении для женщин (в %) в 2000 и 2002 гг.

Причём за этот период времени у мужчин в возрасте 60 лет ожидаемая продолжительность здоровой жизни увеличилась с 8,2 лет до 10,1 года, а у женщин с 12,2 до 14,0 лет; для мужского населения Японии в 2002 году этот показатель составлял 17,5 лет, а для женщин - 21,7 лет.

Анализ структуры бремени болезней¹² позволяет считать, что в России ведущей причиной нездоровья в 29% случаев являются сердечно-сосудистые болезни, в 15% - непреднамеренные травмы, и в 14% - психоневрологические расстройства, в европейских странах лидируют психоневрологические рас-

¹¹ Данные НОБУС. Обзорная сводка о состоянии здоровья населения в РФ. 2005. ВОЗ. С. 5

¹² Albena Arnaudova 10 вопросов о здравоохранении странах – новых соседях ЕС. ВОЗ, Европейское региональное бюро. 2006. С. 142-171.

стройства -27%, на 2-3 местах - сердечно-сосудистые болезни и злокачественные новообразования (по 17%). В целом в структуре бремени болезней россиян по сравнению с жителями ЕС-15¹³ большая доля инфекционных заболеваний – 8% и 5%, непреднамеренных травм - 15% и 6% и преднамеренных травм - 8% и 2%, соответственно, и наоборот доля НИЗ превалирует в структуре ведущих причин потерь DALYs стран ЕС-15 (87%) по сравнению с Россией - 69%.

Сопоставление данных о случаях смерти от различных причин¹⁴ и соответствующем им числе DALYs позволяет отметить, что информация о DALYs (утраченных годах здоровой жизни) служит весьма серьёзным обоснованием важности мер первичной и вторичной профилактики в целях снижения уровней предотвратимой смертности. Так, в 2002 г. в России умерло от отравлений 66930 человек. В то же время продолжает нести бремя болезней по этим причинам 1205436 человек. Масштабы последствий насилия характеризуются потерей 1412466 DALYs, для всего населения России имеет место потеря 39409946 DALYs, что отражает высокую востребованность лечебной помощи.

Признано, что всего семь ведущих факторов риска: табак, алкоголь, высокое артериальное давление, высокие уровни холестерина, избыточная масса тела, недостаточное употребление фруктов и овощей и недостаточная физическая активность являются главными причинами различий между странами в бремени болезней, обусловленном семью ведущими патологическими состояниями (ишемическая болезнь сердца, униполярные депрессивные расстройства, цереброваскулярные заболевания, расстройства, связанные с употреблением алкоголя, хронические болезни легких, рак легкого, дорожно-транспортный травматизм)¹⁵.

Уровень распространённости основных риск-факторов в России чрезвычайно высок: распространённость курения среди взрослых составляет 63% у мужчин и 10% у женщин, около 71% мужчин и 47% женщин зрелого возраста употребляют алкоголь (2000 г.), от ожирения страдают 10% мужчин и 24% женщин. Эти риск-факторы обуславливают нездоровье россиян в 39% случаев.

¹³ ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

¹⁴ Доклад о состоянии здравоохранения в Европе. 2005. Действия общественного здравоохранения в целях улучшения здоровья детей и всего населения. с. 12-13.

¹⁵ Там же, с. ix.

Имеются серьёзные научные обоснования как высокой значимости синергизма взаимозависимости риск-факторов возникновения заболеваний, их неблагоприятных течения и исходов, так и возможности на этой основе эффективного управления ими в целях снижения преждевременной заболеваемости, смертности и инвалидности. Полагают, что стоимость лечения всех заболеваний в России составляет примерно 3% ВВП в год¹⁶.

Роль систем здравоохранения в преодолении процессов расслоения общества проявляется в оценке успешности деятельности в борьбе с бедностью в виде показателя распределения здоровья среди различных социальных групп населения. США по уровню этого показателя находится на 32 месте, пропустив вперёд фактически все западноевропейские страны. И это вполне объяснимо, т.к. отсутствие медицинской страховки у лиц с низкими доходами резко ограничивает доступность медицинской помощи для них. Тем не менее, в развитых Европейских странах в числе двух важных приоритетов совершенствования системы здравоохранения признаётся обеспечение снижения неравенства в уровнях здоровья и доступа к службам здравоохранения всего населения (Франция, Германия, Испания, Швеция, Великобритания и др.). На 1-м месте находится здравоохранение Чили, на 2-м - Великобритании, на 3-м - Японии, Россия - на 69 месте.

В отличие от общеевропейской точки зрения, утверждающей, что чем выше уровни ВВП, тем выше показатели ОПЖ населения, проблемы справедливости распределения уровня здоровья в России носят ярко выраженный региональный характер, характеризуя "неотзывчивость" системы охраны здоровья элементами, когда место рождения и жительства человека определяют его жизнеспособность в независимости от региональных уровней ВВП. Так, например, в 2004 году люди, родившиеся в Брянской области при уровне региональных ВВП 4658 (в \$PPP) проживут в среднем на 2,6 года больше по сравнению с жителями Тверской области, несмотря на то, что у них ВВП больше, чем в Брянской области на 1678 (в \$PPP)¹⁷. Эта ситуация для российских регионов чрезвычайно характерна. В то же время в Чукотском АО при снижении ВВП с уровня 17177 до 13401 (в \$PPP) уровни показателей ОПЖ сократились в 2004 году по сравнению с 2003 годом на 1,5 года, что косвенно отражает наличие серьёзных проблем в доступности медицинской помощи и важности усиления её социальной направленности.

¹⁶ Рано умирать. Проблемы высокого уровня заболеваемости и преждевременной смертности от неинфекционных заболеваний и травм в Российской Федерации и пути их решения. Всемирный банк 2006. с. 51

¹⁷ Доклад о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации 2006/2007. Регионы России: цели, проблемы, достижения. Программа развития ООН (ПРООН), 2007.

Концепции преодоления социально-демографических различий в доступности медицинской помощи, широко признаваемой в западноевропейских странах, в России уделяется меньшее внимание. Значительные региональные вариации в состоянии здоровья населения России, отмеченные ранее, отчасти связаны с социально-экономическими факторами. Жители Москвы, родившиеся в 2004 году, имеют высокую вероятность прожить на 19,4 лет дольше своих соотечественников, проживающих в Псковской области.

Глава II. РОЖДАЕМОСТЬ И СОЦИАЛЬНАЯ ПОЛИТИКА

Для реализации стратегической цели демографического развития России: преодоления последствий депопуляции на основе оптимизации процессов воспроизводства населения необходимо найти подходы к обеспечению устойчивого подъема рождаемости и снижения уровня смертности населения.

В настоящее время получило широкое распространение рассмотрение тенденций общественного здоровья через призму динамики заболеваемости, инвалидности, смертности и средней ожидаемой продолжительности жизни населения. Между тем, показатель рождаемости, также определяющий сущность понятия общественного здоровья, стал трактоваться как бы изолированно просто как демографический показатель, где, преимущественно, обращается внимание на его статистическую значимость как важнейшего параметра, определяющего естественное движение населения. Современные тенденции депопуляции населения России именно усиливают эту значимость показателя рождаемости. При этом следует отметить, что репродуктивное здоровье, согласно определению ВОЗ (2001), которое трактует его как «состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезни или недомогания», предполагает высокую вероятность иметь здорового ребёнка. К репродуктивному здоровью относятся репродуктивные процессы, функции и системы на всех этапах жизни человека. Следует заметить, что это определение касается индивидуальных характеристик понятия «репродуктивного здоровья», которое в конечном итоге формирует репродуктивный потенциал всего населения. В действительности же как-то осталось в стороне понимание того обстоятельства, что статистический показатель «рождаемости» имеет хорошо осязаемую конкретную выраженность и означает рождение ребёнка. В данном исследовании^{18, 19, 20} показатель рождаемости нами рассматривается через призму проблем поколения родившихся – это, фактически, те истоки общественного здоровья, которые являются не только его важнейшей составляющей, но и, в значительной степени, предопределяют жизнеспособность на всех последующих этапах

¹⁸ Электронная версия бюллетеня *Население и общество*. Центр демографии и экологии человека Института народнохозяйственного прогнозирования РАН. <http://demoscope.ru/weekly/2003>. Демоскоп Weekly. №117-118. 16-29 июня 2003 г.

¹⁹ Репродуктивное здоровье населения – основа демографической политики. Народонаселение. М., 2003. № 4. С. 16-34

²⁰ Каткова И.П., Андрюшина Е.В., Катков В.И. Бедность и репродуктивный потенциал. Россия: 10 лет реформ. Социально-демографические ситуации. М., РИЦ ИСЭПН, 2002, с.29-48.

жизненного цикла развития человека, формирующего социальный и экономический потенциал общественного развития.

Процесс рождаемости, интегративно отражая взаимовлияние индивидуального репродуктивного поведения и репродуктивного здоровья человека, предопределяет формирование настоящего и будущего потенциалов здоровья населения, в том числе и репродуктивного. При этом репродуктивное поведение обуславливается не только конкуренцией фактических жизненно важных личных и общественных ценностей и потребностей, но и тех, к достижению которых стремится человек. В связи с этим важен комплексный подход к развитию активной демографической политики в области рождаемости.

2.1. РОЖДАЕМОСТЬ В РОССИИ И ЕЁ РЕГИОНАХ.

На фоне стойкого снижения рождаемости в 1999-2004 гг. в России имело место повышение общих повозрастных показателей рождаемости. Об этом свидетельствует незначительный рост суммарных коэффициентов рождаемости за последние годы. Причинами их повышения могли быть как рост числа женщин, вступающих в репродуктивный возраст, особенно в возрасте 20-29-ти лет, так и, в основном, интенсивная реализация отложенных рождений у групп женщин 25-29-ти и 30-39-ти лет под влиянием происходящего в обществе улучшения социально-экономических условий. В этот период в целом по России отмечается позитивная динамика роста показателя общей плодовитости с 30,9‰ до 37,7‰. Анализ структуры изменений показал, что они произошли, в первую очередь, за счёт роста плодовитости женщин в возрасте 25-29 лет на 16,5‰, в 30-34 года – на 13,7‰, в 35-39 лет – на 6,5‰, в 20-24 года – на 1,6‰. Это даёт основание для трактовки перехода процесса рождаемости к западной модели её развития. Стержнем этих новейших демографических тенденций является переход к однодетной семье на фоне резкого ухудшения социально-экономического положения семей с детьми и снижения репродуктивного здоровья женщин. Важным следствием такого утверждения является формирование среди ряда российских демографов точки зрения о том, что в настоящее время необходимо все меры по оптимизации процессов рождаемости проводить в первую очередь для женщин старше 30 лет, а поощрение рождаемости для женщин моложе 30 лет означало бы неадекватность таких мер современным и будущим тенденциям деторождения.

Известно, что к наиболее характерным чертам западной модели рождаемости относятся увеличение возраста вступления в первый брак и рождение первого ребёнка в возрастах от 25 до 34 лет. В Российской Федерации

средний возраст невесты в течение последних 30-ти лет (1970-2000) изменился незначительно. В то же время средний возраст первородящих увеличился с 23 лет (1970 г.) до 23,7 лет в 2002 г. и до 26,1 лет – в 2004 году. Вклад рождения детей первой очередности в 2002 в итоговую (суммарную) рождаемость составил в среднем 58%, второй – 30,7%, третьей – 7,7%, четвертой – 2,2%, пятой и последующих рождений – 1,4%.²¹ Пик повозрастной рождаемости в России в 2004 г. приходится на возрастные группы 20-24 г. и 25-29 лет. Таким образом, в современных российских реалиях социальная поддержка молодых семей и охрана их репродуктивного здоровья являются решающими факторами в увеличении рождаемости именно в молодых семьях.

В настоящее время уделяется достаточно много внимания разработке комплексных программ развития человеческого потенциала, определяющего состояние и перспективы развития общества, основанного на знаниях.²² Такое развитие подразумевает центральную роль самого человека, его образования, культуры, благосостояния, здоровья, свободы выбора, что является сердцевинной концепции развития человеческого потенциала. На основе соотношения различных измерителей человеческого развития - индекса долголетия, материального благосостояния, охвата обучением и индекса развития человеческого потенциала были выделены группы «родственных» регионов, нуждающихся в сходных региональных программах развития человеческого потенциала. 79 регионов были разделены на 8 групп (типов) «родственных» регионов. 1-я группа – регионы-лидеры, 8-я группа – регионы-аутсайдеры.

Россия характеризуется чрезвычайным разнообразием региональных особенностей процессов рождаемости, являющихся существенными факторами демографического развития общества. В связи с этим возникает потребность разработки комплексных программ как федерального, так и регионального значения, которые бы интегрировали меры, направленные на интенсификацию процессов рождаемости. В условиях, когда реализация социальных целей государства отнесена, главным образом, к компетенции регионов, тенденции рождаемости и качества репродуктивного потенциала должны учитываться регионами при реализации программ развития человеческого потенциала.

Динамика повозрастных показателей плодовитости женщин, лежащей в основе развития человеческого потенциала, была проанализирована нами в

²¹ Население России 2002. Десятый ежегодный демографический доклад/ под ред. А.Г. Вишневого. – М.: КДУ, 2004. с. 45, 47.

²² Доклад о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации за 2004 год / На пути к обществу, основанному на знаниях. Под общ. ред. проф. С.Н. Бобылёва. – М.: Весь Мир, 2004. – с.154-155.

2001 и 2004 годах на примерах Тюменской (регион-лидер) и Ивановской (регион-аутсайдер) областей. В соответствии с уровнями показателей, участвующих в формировании индекса развития человеческого потенциала - долголетия, материального благосостояния, охвата обучением Тюменская область входит в группу регионов-лидеров, Ивановская область – в депрессивную группу регионов. При этом Тюменская область характеризуется наивысшим в России доходом, средними уровнями охвата обучением и долголетия (приоритетные направления: усиление социальной направленности региональных программ развития, образованность и долголетие), Ивановская область - характеризуется уровнем долголетия ниже среднего, охватом обучением среднего уровня, доходом ниже среднего уровня (приоритетное направление — повышение дохода). Динамика показателей плодovitости женщин в этих регионах позволяет выявить факты значительного увеличения плодovitости женщин в возрастах 20-24 лет в Тюменской области с уровня 103,6‰ до уровня 146‰ за период с 2001 по 2004 годы, для Ивановской области – 85,9‰ и 86,2‰, соответственно. В целом по РФ отмечается снижение показателя плодovitости женщин с 95,4‰ до 93,4‰ этой возрастной группы (рис. 4).

Тенденция увеличения плодovitости женщин 20-24-х лет (т.е. в возрастах первых рождений в молодых семьях) говорит о том, что общий высокий уровень доходов населения Тюменской области, в том числе и раннее достижение высокого уровня благосостояния молодых семей, положительно сказались на оптимальных сроках рождения первого ребёнка. Это позволяет прогностически оценить высокую вероятность эффективности стимулирования рождения вторых детей в виде обеспечения женщин «материнским капиталом», что может повысить для этой группы семей рождаемость на 25-30%.

В то же время в Москве (регион-лидер) за период 2002-2004 гг. наибольшее увеличение плодovitости женщин произошло в возрасте 25-29 лет с 68,5‰ до 77,3‰, в возрасте 30-34 лет – с 40,5‰ до 47,2‰, в возрасте 35-39 лет – с 15,8‰ до 20,0‰, в возрасте 40-44 года – с 2,8‰ до 3,6‰. Тенденция процессов рождаемости в Москве характеризует увеличение плодovitости женщин в возрастах, близких к 30-ти годам и старше, что, в известной мере, явилось провозвестником трансформации рождаемости по западному типу для России в целом.

Различия в тенденциях повозрастной рождаемости в регионах-лидерах Москве и Тюменской области, на наш взгляд, могут быть объяснены разли-

чиями в темпах достижения уровня благосостояния в семьях. Москва, занимающая первое место в табели рангов по ИРЧП, уступает Тюменской области (2-е место) по уровню материального благосостояния населения: индексы дохода, соответственно, 0,862 и 0,955.²³

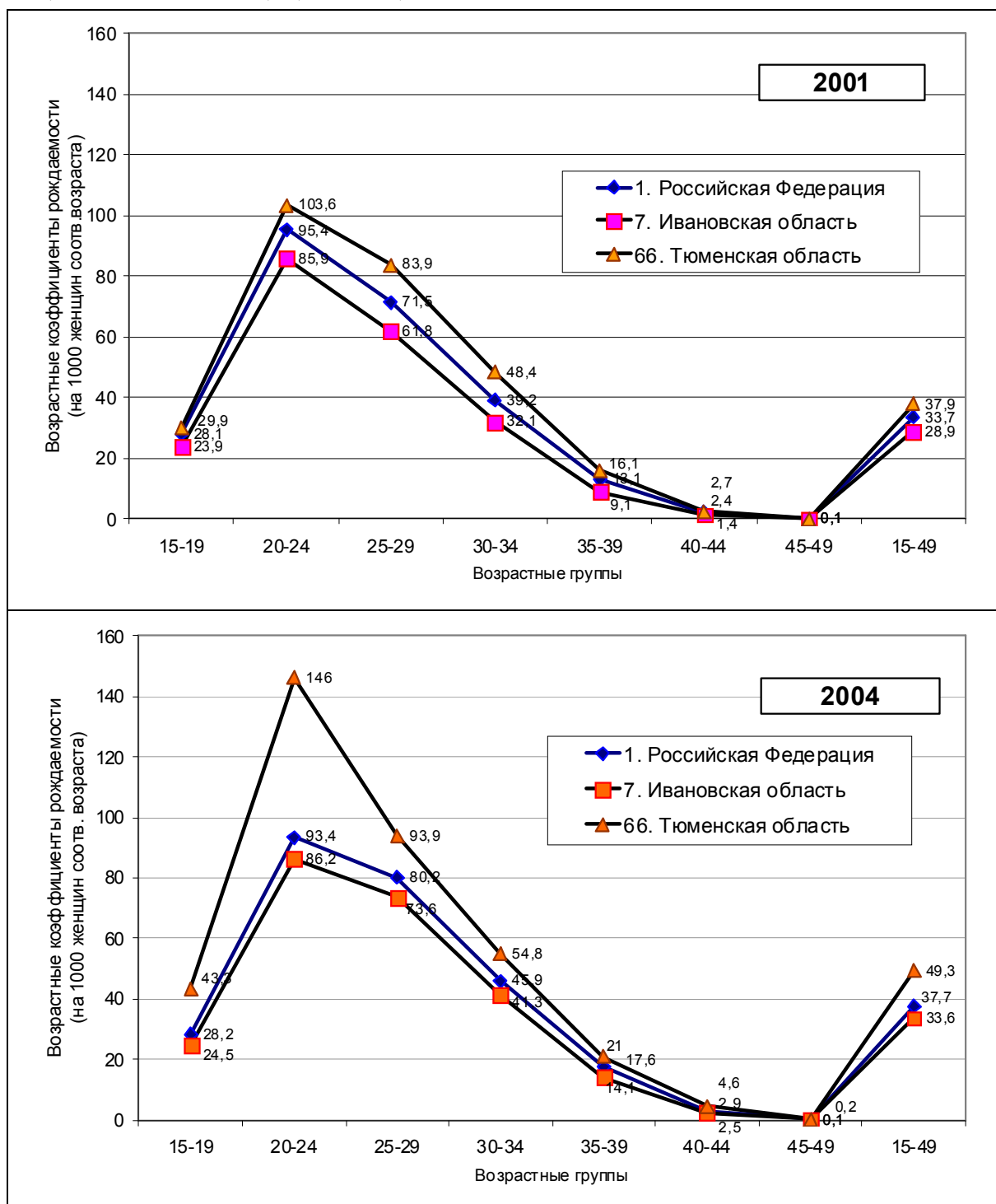


Рис. 4. Коэффициенты плодородности для регионов с разным уровнем индекса развития человеческого потенциала в 2001 и 2004 годах

²³ Там же, стр.99

К сожалению, для первородящих женщин старших репродуктивных возрастов характерно наличие в анамнезе неоднократных абортов и их осложнений, острых и хронических гинекологических, венерических и соматических заболеваний, супружеского бесплодия, а также осложнённого течения беременности и родов, рождения мертворожденных и недоношенных детей. Учитывая современные тенденции рождаемости и увеличение возраста рождения первого ребенка к 30 годам и старше, вполне возможно прогнозировать сохранение тенденций неблагоприятного течения беременности и родов, возврата неблагоприятных тенденций увеличения перинатальной и младенческой смертности. Это требует выработки акушерами-гинекологами адекватных клинко-организационных и медико-социальных подходов к наблюдению в условиях женской консультации за этими контингентами женщин.

2.2. К ОЦЕНКЕ ВЗАИМОВЛИЯНИЯ ПРОБЛЕМ РОЖДАЕМОСТИ И МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ.

Вопрос о взаимной обусловленности и взаимовлиянии проблем рождаемости и показателей младенческой смертности на протяжении многих лет вызывает интерес демографов, организаторов здравоохранения, практических врачей, общественных и политических деятелей. Известно, что **младенческая смертность** определяется взаимодействием биологических, социально-гигиенических и медико-организационных факторов; зависит от социально-экономического и санитарного состояния общества. При этом особое значение приобретает качество, объемом и доступность медицинской помощи детям и матерям.

Социально-демографическая ситуация в России в настоящее время вызывает настоятельную необходимость анализа современных проблем младенческой смертности в контексте взаимообусловленности здоровья матерей и детей. Такой подход имеет большое значение для выявления актуальных причин неравенства качества жизни, оценки адекватности социальной политики государства в области охраны здоровья возможностям современной семьи.

В настоящее время в Российской Федерации фактически более 70% в структуре младенческой смертности приходится на перинатальные причины и врожденные аномалии. В связи с этим резерв в улучшении сложившейся ситуации прежде всего следует искать путем устранения социально-биологических факторов риска младенческой смертности. Для этого необходимым условием является планомерная реализация системы медико-социальных, социально-психологических, медико-организационных мер для

улучшения здоровья женщин до и в период беременности, качества помощи в период беременности, родов, раннего послеродового периода.

Известно, что качество развития человека - один из важнейших элементов общественного прогресса в условиях меняющихся социальных, политических и экономических реалий на пороге века.

Как отмечает ВОЗ (1992, 1995): «...здоровье, питание и образ жизни женщин, а также качество помощи во время беременности и родов составляют основу физического здоровья, а также интеллектуального и социального развития для следующих поколений»^{24, 25}.

До настоящего времени сохранили актуальность высказывания П.И. Куркина (1902), исследования которого занимают выдающееся место среди работ земских врачей по вопросам детской смертности, о том, что, *если рождаемость определяет колебания смертности детей первого года жизни, то в еще большей зависимости от детской смертности находится сама рождаемость*. Автор пишет о том, что изменения рождаемости из года в год отражает в себе даже «второстепенные оттенки колебаний детской смертности предшествовавших лет...». П.И. Куркин считал, что повышение детской смертности в губернии в течение определенного года на 1% отражается повышением рождаемости уже в следующем за ним году на 0,5%. Кроме того, уже в тот период сложилось мнение, что без коренного улучшения социально-экономического статуса, психологического микроклимата в семьях, а также улучшения здоровья матерей и отцов невозможно понизить и смертность их детей²⁶.

Надо отметить, что такие важные демографические показатели, как рождаемость и детская смертность социал-гигиенистами тех лет традиционно рассматривались параллельно.

М.А. Шустер-Кадыш (1924) писал «детская смертность управляет рождаемостью». Суть этого явления заключается в следующем: чем скорее умирает ребенок, тем скорее происходит зачатие и рождение последующего, причем при отсутствии достаточного временного интервала (интергенетического), последующий ребенок рождается еще менее жизнеспособным, чем

²⁴ Здоровье и развитие ребёнка: здоровье новорожденных. Всемирная Ассамблея здравоохранения. 30 марта 1992г. А45/27 с. 1-2.

²⁵ Охрана здоровья матери и ребёнка и планирование семьи: качество помощи. ВОЗ. Исполнительный комитет. Девяносто пятая сессия. 13 января 1995. ЕВ 95 128 с.2-10.

²⁶ П.И. Куркин. Детская смертность в московской губернии и её уездах в 1883-1897 гг. М. 1902. 127 с.

его предшественники. Таким образом, детская смертность и рождаемость оказывают взаимное влияние друг на друга²⁷.

Параллельное снижение этих показателей в нашей стране отмечалось до середины 60-х годов, когда одной из основных причин снижения рождаемости был фактор интенсивного снижения детской смертности.

Здоровье новорожденных и репродуктивные медико-санитарные потребности женщин неотделимы друг от друга. Они являются своеобразным отражением сформировавшихся в обществе норм супружества, положения женщин и детей, позволяют предвидеть негативные последствия для матери и грудного ребёнка стиля и образа жизни, доминирующего в современном обществе (ВОЗ, 1995).

Невозможность предотвратить или решить медико-санитарные проблемы, характерные для перинатального периода, будет оказывать влияние на последующие показатели физического и нервно-психического развития, склонность к заболеваниям для каждого конкретного ребенка.

Поэтому изучение условий формирования современных тенденций младенческой смертности в России приобретает особую важность, позволит акцентировать внимание на недееспособных сторонах взаимодействия индивида, семьи, общества и открывает возможность к поиску скрытых резервов улучшения сложившейся в стране и в городе ситуации по анализируемой проблеме.

Для характеристики понятия «здоровье» существует множество подходов. Учитывая сложные взаимозависимости факторов, влияющих на здоровье детей, применительно к понятию «здоровье» для детей раннего возраста многими авторами дается следующее определение: здоровье - это не сиюминутное состояние организма, а детерминированное совокупностью факторов (генетические, эмбриологические, постнатальные, социальные) сочетание показателей (физическое и нервно-психическое развитие, функциональное состояние и резистентность, заболеваемость), формирующих определенный его уровень: здоров, группа риска (пограничное состояние) или нездоров^{28, 29, 30}.

²⁷ М.А. Шустер-Кадыш. Детская смертность и рождаемость в их взаимоотношении в связи с социальными факторами с точки зрения охраны материнства // Акушерство и женские болезни. 1924. Т. 35. №4-5. с. 455-481.

²⁸ Состояние здоровья и диспансеризация детей раннего возраста (под редакцией Т.Я. Черток, Г. Нибш), -М: Медицина, 1987.

²⁹ Дифференцированное медицинское наблюдение на педиатрическом участке за детьми первого года жизни, отнесенными ко II группе здоровья. (Методические указания).-М., 1987.С.1-5.

Известно, что на первом году жизни ребенка по силе повреждающего воздействия на здоровье наиболее высока значимость биологических факторов, таких как возраст матери при рождении ребенка, состояние здоровья матери, акушерский анамнез и особенности детородной функции, течение беременности и родов, зрелость иммунологической системы и ЦНС ребенка, вид вскармливания.

Важное значение имеют социальные факторы, в том числе медико-демографический тип семьи, социально-экономический статус семьи, профессиональные вредности, особенности поведенческих характеристик родителей.

Формирование потребностей женщин в медико-социальной помощи в период беременности и подготовки к родам, воспитания ребенка раннего возраста идёт через различные побудительные мотивации и механизмы, вызванные нездоровьем, уровнем социального неблагополучия и проявляется в виде спроса (активного обращения к медицинским и социальным работникам). При этом большое значение в формировании здоровья новорожденных имеет медицинская активность женщин.

По мнению О.В. Грининой, Д.И. Кича, медико-социальные потребности семьи можно обозначать как постоянную необходимость в предметах, услугах или условиях для поддержания оптимального здоровья и благополучия, подкреплённую активным осознанным стремлением личности или семьи к здоровью³¹.

Эксперты ВОЗ отмечают, что новорожденные с низкой массой тела при рождении имеют повышенный риск отставания в физическом, нервно-психическом развитии, склонность к частым острым заболеваниям, хронизации патологии в дальнейшем. Хотя взаимосвязь низкой массы тела при рождении, при преждевременных родах, сочетание низкой массы тела с асфиксией, травмой, гипотермией или гипогликемией остается спорным вопросом, такие дети уже в грудном возрасте подвержены опасности нарушения зрения, слуха, возможности развития церебрального паралича, апоплексического удара, неспособности к обучению или умственной отсталости. Воздействие неблагоприятной социально-экономической среды отягощает пренатальный и постнатальный факторы, влияющие на неврологическое развитие. Такие

³⁰ Приказ № 60, 14.03.95. Об утверждении инструкции по проведению профилактических осмотров детей дошкольного и школьного возрастов на основе медико-экономических нормативов. -М., 1995-80с..

³¹ Кича Д.И., Гринина О.В.. Комплексное медико-социальное изучение здоровья и потребностей семьи // Проблемы социальной гигиены и история медицины. -М.: Медицина. №3..-1994. С.19-23.

дети подвергаются дополнительному повышенному риску в отношении расстройств психики.

Так, в частности, только за счет профилактики рождения детей с низкой массой тела, согласно оценкам американских ученых³², чистая экономия достигает приблизительно от 14000 до 30000 дол. США. Данные приведены с учетом средств, затраченных на первоначальную госпитализацию, дальнейшие повторные госпитализации на первом году жизни, в отношении которых новорожденные с низкой массой тела находятся в состоянии непропорционально повышенного риска, долгосрочных затрат на стационарное лечение, обеспечение ухода, покрытия расходов на раннее вмешательство и оказание помощи в зрелом возрасте.

Именно поэтому чрезвычайно важно понимание того обстоятельства, что в настоящее время эффективность разрозненных мероприятий, направленных на снижение младенческой смертности в РФ, довольно низка, так как факторы рождаемости во многом предопределяют и жизнеспособность ребенка.

При этом необходимо учитывать, что детская смертность находится в тесной зависимости от социальных и экономических условий (ВОЗ, 1992). В большинстве стран примерно половина случаев перинатальной смерти приходится на дородовой и период родов, а другая половина - на первую неделю жизни ребенка. Причем, неонатальная (и перинатальная) смертность сокращается незначительно и в меньшей степени зависит от общих социальных изменений и в большей степени подвергается воздействию профилактических мероприятий, ранней диагностики и лечения при определенных состояниях здоровья или от изменения качества помощи при беременности и родах.

Все это вновь обостряет вопрос оценки роли жизнеспособности первенцев в тенденциях младенческой смертности.

Существующие в настоящее время официальные статистические документы в России (акт о рождении, врачебное свидетельство о смерти, а также свидетельство о перинатальной смерти) не позволяют провести комплексный анализ плодovitости, мертворождаемости, перинатальной и детской смертности, распространенности недоношенности в зависимости от важнейших в современных демографических условиях характеристик планирования семьи:

³² United States Congress, Office of technology Assessment, Healthy children investing in the future. Washington, D. C., 1988.

возраста женщин, порядкового номера родов, исходов предшествующих беременностей.

В подтверждение высказанных выше положений можно привести данные на основе официальной статистики по Венгрии. При рассмотрении динамики младенческой смертности за 32 года установлено, что на первом году жизни частота смертности первенцев 71,3‰ значительно превышала смертность вторых детей 50,2‰ и третьих-56,1‰ и последующих детей. Однако, такая закономерность отмечалась только при высоком уровне младенческой смертности-60-70‰ . при уровне смертности от 50‰ до 20‰ , несмотря на постоянную тенденцию ее снижения среди детей любого порядкового номера рождения, частота смертности вторых детей по порядку рождения была выше, чем первенцев, но значительно ниже, чем у других детей.

В 1986г. при общем уровне младенческой смертности 19‰ в Венгрии частота умерших на 1000 родившихся на первом году жизни среди рожденных первенцев составляла 16,1, вторых -16,3, третьих - 24,6, четвертых - 38,0, пятых -47,7 и т. д. Таким образом, динамика младенческой смертности в зависимости от порядкового номера рождения ребенка претерпевает значительные изменения по мере снижения ее уровня.

В то же время младенческая смертность в ВНР за период с 1954г.-1985г. независимо от ее уровня была всегда ниже при рождении у матерей в возрасте 20-24 лет.

Младенческая смертность у матерей в возрасте до 16 лет в 1954г. была 85,8‰., что значительно выше, чем в 35-39 лет (66,6‰) и 40-44 лет В 1986 г. уровни этого показателя (соответственно) составили-24,7‰, 35,4‰, 42,8‰. При этом смертность детей у юных матерей до 16 лет была(24,7‰) значительно выше, чем у 17-19 летних (18,2 ‰) и 20-24-летних (17,0‰).

Специалисты ВОЗ привлекают внимание к тому обстоятельству, что деторождение до достижения социальной и биологической зрелости матери, низкая масса тела и анемия, являющиеся одними из главных последствий состояния здоровья и питания матери, представляют собой один из главных факторов риска, оказывающих влияние на здоровье и развитие новорожденного.

2.3. СЕМЬЯ ПОСЛЕ СМЕРТИ РЕБЁНКА НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ

Результаты исследования, выполненного ранее в Москве, позволили раскрыть значимость влияния случаев младенческой смертности на после-

дующий процесс рождаемости в семьях, в которых имели место случаи смерти ребенка первого года жизни^{33, 34}.

Известно, что для жизнеспособности ребенка большое значение имеет возраст родителей. Установлено, что в обследуемой авторами группе семей только 70% супругов находились в оптимальном возрастном интервале для рождения ребенка и последующего воспитания, под которым обычно понимается возраст 20-29 лет, важнейшей характеристикой которого является не только наиболее оптимальное состояние здоровья, но и относительно более благоприятный социально-экономический статус семьи. Исследование показало, что у каждого второго умершего ребенка возраст матери в момент его рождения был 20-24 года, т. есть это возраст, в котором в наименьшей степени выражены неблагоприятное течение беременности, родов, послеродового периода. Фактически, в 80% случаев уже к моменту рождения ребенка семья имела хорошие и наиболее благоприятные материально-жилищные условия жизни.

После смерти первенца распался каждый седьмой брак и был зарегистрирован официальный развод. Причем почти в 70% случаев первенец появился на первом году супружеской жизни и нередко брак был обусловлен ожиданием рождения именно этого ребенка, что ускорило разрыв взаимоотношений между супругами, которые еще не были готовы стать родителями.

Одной из причин разводов, по данным опроса женщин, послужило злоупотребление алкоголем, которое в целом было выявлено в 16,3% обследованных семей, причем в 1/5 случаев - у обоих супругов.

Соблюдение женщинами интергенетических интервалов является необходимым условием, уменьшающим риск ухудшения состояния здоровья женщин в период беременности и родов. Это обстоятельство также определяет жизнеспособность ребенка, риск развития патологических состояний у беременных женщин и детей, рожденных ими, значительно повышается при сокращении интервалов до 1-1,5 лет по сравнению с интервалами 2-2,5 лет, считающихся наиболее оптимальными.

Обычно принято считать, что проблема коротких интергенетических интервалов - типична для среднеазиатских регионов. Материалы анализи-

³³ И.П. Каткова, И.С. Шурандина. Особенности влияния детской смертности на рождаемость. ж. "Здравоохранение Российской Федерации". 1986. №8. с.25- 29; И.П. Каткова, И.С. Шурандина. О работе участкового врача-педиатра с семьей по предупреждению случаев смерти детей. ж. "Здравоохранение Российской Федерации". М., 1986. №11. 21- 34;

³⁴ И.П. Каткова, И.С. Шурандина. Детская смертность и формирование семьи. Городская и сельская семья. М. 1987. с. 241-245. (По материалам обследования когорты семей через 2,5 года после того, как среди них имел место случай смерти ребёнка первого года жизни).

руемого обследования раскрывают ее важность и для регионов с низким уровнем рождения. Оказалось, что умершие дети второй очередности рождения почти в каждом втором случае родились с таким неблагоприятным интергенетическим интервалом, каким является интервал до полутора лет, причем в данном временном отрезке подавляющее большинство из них - после самопроизвольных выкидышей, мертворождений, и в каждом втором случае - после искусственных абортов.

Несмотря на то, что подавляющее число умерших детей родилось в оптимальном возрасте женщин, но в то же время в каждом втором случае имелись при этом серьезные осложнения в период беременности, родов, послеродовом периоде, каждый третий ребенок имел врожденные аномалии и пороки развития. Все это заставляет задумываться над таким понятием, как оптимальный возраст рождения, который, во многих случаях, не дал ожидаемого уровня здоровья ребенка. Следует заметить, что оптимальный возраст рождения действительно есть и остается оптимальным. Но многие имеют в виду его чисто физиологическое значение, не подозревая, какие серьезные изменения в состояние здоровья этого контингента приносит жизнь. Отсюда можно сделать принципиально важный вывод о том, что семья, общество должны предпринять огромные усилия с тем, чтобы к оптимальному возрасту рождения ребенка иметь столь же оптимальный уровень здоровья женщин. В условиях отсутствия развитой системы ранней профилактики и охраны репродуктивного здоровья, необходимо, почувствовав социально-психологическую готовность к рождению ребенка, проявить ее и в том, чтобы сначала пройти обследование и оздоровление в лечебно-профилактических учреждениях, почувствовать важность сохранения и укрепления своего здоровья, ответственность за здоровье и судьбу будущего ребенка. Рождение ребенка должно происходить не только при оптимальном жизненном статусе семьи, но и при оптимальном здоровье супругов.

Среди обследованной когорты семей в каждом втором случае ребенок уже к моменту рождения имел большую вероятность снижения жизнеспособности.

В обследуемой группе семей после смерти ребенка последующие дети родились у 60,9% супружеских пар, у 15,7% женщин была беременность и они готовились к материнству, и 33,4% семей не планировали рождение последующих детей совсем или оно было отложено на более позднее время. Анализируя временной интервал между смертью ребенка-первенца и рожде-

нием последующего ребенка. можно отметить, что последующие дети родились в основном через год-полтора, а в 5,9% случаев - с интервалом менее года.

Во всей обследуемой совокупности интергенетический интервал между рождениями умершего и последующего ребенка в два года и более имели 28,1% семей, в 1-1,5 года - 44,9%, хотя при опросе более половины женщин считали такой интервал между рождениями детей преждевременным. Такая решимость супругов в большинстве случаев вызвана желанием сохранить семью, пониманием роли рождения ребенка для полноценного семейного счастья. Рождение последующих детей только в 6,15% случаев предшествовали аборты.

Интергенетический интервал в два года и более с медицинской точки зрения безусловно можно рассматривать как положительный фактор. Однако стремление к соблюдению оптимальных интергенетических интервалов в ряде случаев способствовало развитию острой напряженности супружеских отношений на фоне стресса, связанного не только с потерей ребенка, но и тревожным ожиданием возможности второй трагедии, что вело даже к дестабилизации супружеских отношений. Формировало медицинские противопоказания к последующим родам, вторичному бесплодию, отказу от последующих рождений.

Поэтому вопрос о рождении второго ребенка должен решаться супругами совместно с акушерами-гинекологами, педиатрами, социальными работниками, исходя из конкретной ситуации с учетом не только социально-гигиенических факторов, но и таких нравственно-эмоциональных моментов, как характер взаимоотношений между супругами, степень глубины переживания утраты, желанности ребенка, состояния их здоровья и пр. Такая работа требует от врача и социального работника индивидуального подхода и заинтересованности в судьбе каждой конкретной семьи.

Полученные данные свидетельствуют, что решающее значение для последующего демографического развития семьи, оказывает порядковый номер рождения умершего ребенка.

Так, семьи, в которых умер первенец, в большинстве своем стремятся восполнить утрату и число имеющихся последующих детей среди них к моменту обследования составило 72,1% семьи, а семьи, в которых умер второй ребенок, почти в 60,5% предпочитают не иметь больше детей и внимание сосредоточить на живом первенце. В семьях, где умерли третьи и следующие

по порядковому номеру рождения дети, супруги чаще решаются на рождение последующих детей. Однако, тот факт, что это часто происходит в неблагоприятных в социально-медицинском плане семьях, должен вызывать беспокойство как акушеров-гинекологов, так и врачей-педиатров, поскольку именно в таких семьях отмечается более частое злоупотребление алкоголем родителями, курение и дети нередко погибают в результате отрицательных наследственных факторов, а также плохого ухода, отсутствия должного материнского внимания к ним.

Анализируя состояние здоровья последующих детей при рождении, следует отметить, что фактически каждый третий ребенок был практически здоров, более половины - имели осложненное течение беременности, родов или послеродового периода, у 11,3% были врожденные аномалии или пороки развития.

Семьи, имеющие последующих детей с неблагоприятным прогнозом для жизни, в 41,7% случаев имели и умерших детей с такими же показателями в состоянии здоровья.

Среди причин отсутствия последующих детей можно выделить: вторичное бесплодие или первичное невынашивание беременности на фоне стрессовой ситуации после смерти ребенка, соматическая патология матери, рассматриваемая врачами как противопоказание к последующим беременностям и родам (более 40%), развод и другие внутрисемейные изменения. 35% семей составили семьи, в которых единственной причиной отсутствия последующих детей является нежелание их рождений из-за страха перед повторной трагедией. При этом большая часть из них (69%) настроены весьма категорично, остальные составляют группу колеблющихся.

В целом факт смерти ребенка, пережитый семьей на стадии ее формирования, явился причиной ограничения последующего деторождения в 13,7% обследованных семей.

Смерть ребенка становится важным социально-демографическим фактором, препятствующим достижению семьей желаемого размера. Данному контингенту семей должно быть уделено особое внимание со стороны врачей и социальных работников, специалистов консультаций «Брак и семья», генетиков, др. Они должны осуществлять патронаж этих семей не позднее, чем через 3-4 мес. после случившегося в целях решения вопроса о возможности последующего деторождения в семье и характере медицинского обследования супругов.

Только единение усилий государства, общества и семьи на основе истинного приоритета здоровья семьи на «безграничных» основах деятельности всех ведомств и общественных организаций может обеспечить успех в повышении жизнеспособности и улучшении здоровья ребенка.

Все это обосновывает необходимость тщательного наблюдения семей, в которых имела место смерть ребенка, в соответствии с задачами профилактики заболеваний матери и ребенка с привлечением к этой работе как врачей-практиков, так и социологов, психологов, демографов, экономистов. Особо возрастает роль интеграции деятельности акушеров-гинекологов, врачей-консультантов и специалистов консультаций «Брак и семья», ведение специального патронажа, объединения их усилий с целью сохранения здоровья последующих поколений.

Таким образом, перед нашим обществом стоит задача перехода к качественно новой долгосрочной стратегии снижения детской смертности, требующей оздоровления в первую очередь будущих родителей и населения в целом, коренного изменения взаимоотношений врача и пациента, ориентированных на повышение их индивидуальной обоюдной ответственности за состояние здоровья ребенка.

Основой такой стратегии должна стать реализация таких медико-социальных мероприятий, которые обеспечивают интеграцию деятельности государственных и общественных организаций в области охраны здоровья женщин и детей, образующих непрерывную связь передачи потенциала здоровья и жизнеспособности от поколения к поколению.

Несмотря на то, что статистические данные говорят о тенденции увеличения среди российских женщин возраста рождения ребёнка, среди респондентов 35-44 лет в 15,8% случаев бытует мнение, что этот возраст относится к «пожилому» возрасту для того, чтобы думать о рождении ребёнка и лечить бесплодие.³⁵ Укоренившийся среди россиян в течение многих лет взгляд на «неприличие» беременности женщины в старших репродуктивных возрастах, к сожалению, становится препятствием для формирования полноценной семьи в этих возрастных группах.

В отличие от европейской развитой системы охраны репродуктивного здоровья, позволяющей сохранять на протяжении всей жизни женщины достаточно хорошее здоровье и репродуктивный потенциал, для российской

³⁵ Кессели К., Регушевская Е.В., Дубикайтис Т.А., Кириченко С.И., Роткирх А., Хаавио-Маннила Э., Хеминки Э. + РЕФЕР группа. Репродуктивное здоровье и фертильность в Санкт-Петербурге: Отчёт по результатам опроса, проведенного среди женщин от 18 до 44 лет в 2004 году. STAKES. HELSINKI. 2005.

системы охраны здоровья населения отсутствие системных мер профилактики, низкий уровень индивидуальной ответственности за состояние своего здоровья ведёт к значительному ухудшению репродуктивного здоровья на протяжении всей жизни женщины. Нередки случаи, когда женщины в возрасте после 30-ти лет вынуждены прибегнуть к операции по удалению репродуктивных органов. Так, в Саратовской области таких операций проводится до пяти тысяч ежегодно, что навсегда лишает женщин возможности познать счастье материнства. В связи с этим чрезвычайно актуальным становится решение вопросов внедрения и доступности современных вспомогательных репродуктивных технологий, которые позволили бы женщинам отказаться от использования таких радикальных методов лечения и способствовали бы рождению здоровых желанных детей. Такая ситуация требует необходимости учёта в рамках Федеральной программы по повышению рождаемости особенностей состояния проблемы в конкретных регионах и привлечения, в том числе, и региональных ресурсов для её успешного решения.

Современное кризисное состояние здравоохранения в стране является существенным фактором, препятствующим успешности развития демографической политики. Из многочисленных жизненных проблем проблемы охраны здоровья вызывают наибольшее беспокойство: 71% россиян опасается потери здоровья своего и близких. За 2006 год 62% наших сограждан, нуждавшихся в медицинской помощи, не смогли её получить из-за нехватки денег. Всё это коррелируется с высоким уровнем недоверия к российской системе здравоохранения. В 90% случаев она оценивается населением как посредственная или очень плохая.³⁶

2.4. РОЖДАЕМОСТЬ, СЕМЬЯ, ДЕТИ В УСЛОВИЯХ СОЦИАЛЬНОГО ЛИБЕРАЛИЗМА И «НОВОГО КАПИТАЛИЗМА».

Разработка активной демографической политики в области рождаемости в нашей стране вызывает настоятельную необходимость осмысления причин и факторов, способствовавших её резкому снижению в 90-е годы. Существует мнение³⁷, что резкое падение рождаемости в девяностые годы в России не связано с развитием рыночных реформ и падением жизненного уровня населения, поскольку столь же резкое снижение рождаемости было отмечено примерно за такой же срок во многих странах, причём в периоды их вполне благополучного развития.

³⁶ Цит. по: А. Новиков. Наша власть. №7-8. 2006.

³⁷ А.Г. Вишневыский. Тенденции рождаемости в Российской Федерации по сравнению с другими промышленно-развитыми странами. Доклад на международном семинаре «Низкая рождаемость в Российской Федерации: Можем ли мы повлиять на рождаемость?». 14-15 сентября 2006, Москва. с. 21

С нашей точки зрения, главной причиной низкого уровня рождаемости, как в России, так и в развитых странах, является трансформация социально-экономических принципов общественного развития, когда семья, рождаемость и дети не относятся к его главным приоритетам. А в обществе начинает доминировать индивидуалистические предпочтения, происходит фетишизация значимости коммерческого успеха в ущерб общественным интересам. Всё это ведёт к социально-депривационному характеру общественного развития.

В работе «Низкая рождаемость и государство: эффективность политики» Р. McDonald раскрывает истоки формирования такой идеологии. Подчёркивается, что резкое снижение рождаемости в европейских странах происходит в период «социального либерализма», характерного для общественного развития в 1960-1970 годы. Он означает ликвидацию фактически существовавших общественных догм и стереотипов, стандартов мышления, действий и поведения, господство индивидуализма, личной независимости, забвения традиционных социальных норм и значимости социальных институтов, а также ослабления роли государства и увеличение рисков неблагополучия для жизнедеятельности человека и общественного развития. Параллельно с этим процессом отмечается прогресс для женщин в достижении гендерного равенства в трудоустройстве и видах занятости, оплате труда и карьерном росте, требующих постоянного совершенствования образовательного и профессионального уровня на фоне усиления контроля за своей брачностью и фертильностью.³⁸

Следствием этого явился быстрый переход в 80-90-е годы к дерегулированию рынка труда, т.е., к так называемому, «новому капитализму». Его стержневая основа – господство свободного рынка, управляющего социально-экономическим развитием общества.

Как отмечает автор, быстрый рост доходов населения характерен для тех его групп, которым свойственны высокопрофессиональные навыки и способность постоянного их подтверждения и совершенствования адекватно меняющимся запросам рыночной экономики. Однако в условиях ненормированного рабочего дня, на фоне снижения гарантий трудовой и экономической защищённости в плане сохранения достигнутого высокого социального статуса эта группа людей постоянно находится в «зоне» высоких рисков потери достигнутого благополучия, растущей неуверенности в завтрашнем дне. В

³⁸ Peter McDonald. Low Fertility and the State: The Efficacy of Policy. Population and development review. 2006. 32(3). p. 485-510.

связи с этим молодые люди, фактически, должны посвятить свою жизнь постоянному наращиванию человеческого и социального капитала, что отдаляет реализацию потребности создания семьи.

Такое состояние приводит к появлению относительно новой проблемы в репродуктивном поведении мужчин - сексуальной дезадаптации вследствие чрезмерно рискованных жёстких конкурирующих между собой социально-экономических взаимоотношений в обществе. Поэтому мужчины живут в состоянии постоянного хронического стресса, преодоления проблем социальной дезадаптации, снижающих сексуальную активность. Вследствие этого замедляются темпы процесса сперматогенеза, начиная с юношеского возраста.³⁹

В качестве основного фактора, влияющего на ограничение численности семьи, юноши и молодые мужчины в исследовании проблем формирования репродуктивного здоровья указали на социальные трудности⁴⁰, такие как «низкое материальное и финансовое обеспечение» и «отсутствие отдельной благоустроенной квартиры». Далее следовали «неуверенность в будущем» и «брачный статус (не женат)». В качестве мотивов, способствующих полной реализации репродуктивных планов, респонденты назвали следующие: «благоприятная и стабильная политическая и социально-экономическая обстановка», «благоприятная экологическая обстановка», «создание собственной семьи», «хорошо оплачиваемая работа», «собственная квартира», а также «любовь к детям» и «продолжение рода».

Выявлена обратная корреляционная зависимость средней силы между уровнем репродуктивных установок и распространенностью вредных привычек. Статистически достоверна выявленная тенденция к увеличению табакокурения, употребления алкоголя и наркотиков с повышением уровня образования, хотя динамика этого процесса была более выражена среди юношей военного профиля обучения.

Проведенный Ю.А. Соловьёвой сравнительный анализ репродуктивного поведения городских мужчин, ранее не принимавших участия в вооруженных конфликтах (контрольная группа), и военнослужащих на контрактной основе, неоднократно проходивших военную службу в условиях боевых действий, определил особенности, среди которых отмечено меньше женатых

³⁹ Ш. Галимов. Вымирающий пол - иллюзия или реальность? Заседание экспертного совета Комитета Совета Федерации по социальной политике и «круглый стол» на тему «Государственная политика в охране репродуктивного здоровья населения».

⁴⁰ Ю. А. Соловьева. Медико-социальные проблемы формирования репродуктивного здоровья мужчин. Автореф. дисс. уч. ст. д.м.н., М. 2009.

мужчин среди военнослужащих на контрактной основе (23 на 100 обследованных), а также установлена прямая корреляционная зависимость средней силы между сроком несения военной службы в условиях военного конфликта и семейным положением.

Автор отмечает, что медико-демографическая ситуация в крупном промышленном городе во многом определяется состоянием репродуктивной сферы мужчин, их способностью к деторождению.

У военнослужащих-участников боевых действий на формирование репродуктивных установок молодых мужчин негативное воздействие оказывают психотравмирующие факторы боевой обстановки. Планируют в своей семье рождение детей только 39 на 100 военнослужащих на контрактной основе, что в 1,8 раза меньше, чем среди мужчин контрольной группы.

Для совершенствования управления процессом рождаемости необходимо осуществлять мониторинг репродуктивной функции мужчин с использованием расчета частного демографического показателя нереализованного воспроизводства, выведенного автором в ходе исследования. По прогнозу при сокращении случаев отложенной рождаемости, связанной с состоянием репродуктивного здоровья мужчин, уровень рождаемости в г. Челябинске может увеличиться на 16,9%, число дополнительно рождённых детей в среднем может составить более 3000 детей ежегодно.

На основе полученных результатов разработаны приоритетные направления развития системы репродуктивной помощи мужчинам: развитие структуры, отработка функциональных основ, разработка стандартов андрологической помощи, создание программ подготовки специалистов, утверждение маршрутов движения пациентов и принципов преемственности с имеющейся сетью лечебно-профилактических учреждений. Исходя из этого, научно обоснована и разработана функционально-организационная модель системы охраны репродуктивного здоровья мужчин, в том числе детского возраста. Для детского населения подсистема модели включает новую организационную форму - межрайонную уролого-андрологическую консультацию (кабинет) для детей 0-17 лет; для взрослого мужского населения - городское лечебно-диагностическое отделение амбулаторной андрологии; межрайонные специализированные андрологические кабинеты; отделение урологии и оперативной андрологии, работа которых интегрируется с профильными структурными подразделениями других лечебно-профилактических учреждений.

Огромное значение в репродуктивном поведении населения имеют и семейные гендерные проблемы. Справедливо мнение, что движение за гендерное равенство сосредоточило свои усилия, преимущественно, на социальных институтах, ориентированных на отдельного индивида. Однако для семьи в связи с рождением ребёнка такая ситуация приводит к усилению гендерного неравенства, поскольку женщине не удаётся сохранить и вновь восстановить имевшийся до того социально-экономический статус как личный, так и своей семьи, в формировании которого ей всё чаще и чаще принадлежит ведущая роль. В этих условиях при отсутствии достойной социальной поддержки государства рождение ребёнка, особенно для женщины, несёт в себе риск потери оплачиваемой работы, достижения карьерного роста.

Альтернативой сложившейся ситуации является снижение числа детей в семье или вообще отказ от их рождения. Рождение ребёнка становится возможным в тех случаях, когда супруги имеют столь достаточный капитал и прочный жизненный статус, который будет сохранён и в случае рождения ребёнка. Однако супруги, достигая высоких жизненных стандартов, зачастую, рискуют остаться без детей.

Другой чертой трансформации рождаемости по западному типу является появление значительной доли *ни разу не рожавших женщин в возрастах 35-49 лет*. Так, например, в Финляндии их число составило в 2000 году в возрасте 35-39 лет 21,1% от числа женщин этой возрастной группы, в возрасте 40-44 года - 16,8%, в возрасте 45-49 лет - 15,7% . Доля такого контингента женщин в Люксембурге выросла в период с 1970 по 2000 годы, соответственно, в 35-39 лет с 8,6% до 22,9%, в 40-44 года – с 9,7% до 18,8%, и в 45-49 лет – с 11,8% до 17,9%. Эти данные, возможно, связаны как с фактическим, так и с физиологическим бесплодием супругов, а также с распространённостью процесса сознательной бездетности.

За период 1980-2000 гг. в США число ни разу не рожавших женщин увеличилось в 1,5 раза в возрастной группе 35-39 лет, составляя 20,1%, а в возрасте 40-44 года – в 1,8 раза, составляя 19% от числа женщин этих возрастных групп.

Государство сыграло одну из ключевых ролей в формировании индивидуальных и общественных рисков неблагополучия, препятствующих созданию семьи, рождению детей. Мы согласны с McDonald в том, что государство должно взять на себя главную роль на восстановление социального баланса в странах, а правительства этих стран должны найти такие меры и под-

ходы, которые позволили бы сделать их «третьей волной» социальных перемен. Ведь именно государства и политика правительств невольно способствовали двум главным социально-экономическим переменам, которые привели к снижению количества создаваемых семей и сокращению в них числа детей. Трансформация этих перемен, фактически, зависит от политического выбора правительств стран и может позволить избежать кризиса бездетных государств, у которых нет будущего.

В настоящее время в Европе наблюдается значительный разрыв в сроках реализации социальных перемен, ориентированных на семью и рождаемость, что определяет различия в динамике показателей плодovitости в этих странах.

Важнейшей компонентой третьей волны общественного развития **должно стать** проведение государственной социальной политики, ориентированной на поддержку рождаемости, материнства и детства, семьи. Такая политика гармонизировала бы идеи социального либерализма и «нового капитализма». Похоже, что правительство России начинает понимать ситуацию, предложив к реализации давно ожидаемые в обществе программы. Приоритетные национальные проекты – «это курс на инвестиции в человека, а значит, и в будущее России».⁴¹ Принимаемые меры по повышению рождаемости в стране – являются логическим развитием государственной социально-демографической политики.

2.5. СОЦИАЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ОБЩЕСТВА И РОЛЬ МОЛОДЁЖИ В ЕГО ПРОГРЕССЕ.

Прогрессивное развитие общества в настоящее время в значительной степени зависит от темпов разработки и внедрения новых технологий, что невозможно без участия в этом процессе молодёжи, обновляющей и подтверждающей свой высокий профессиональный уровень знаний, навыков и умений практически постоянно.

Шоковая терапия, изменение социально-экономического уклада жизни россиян совместила во времени реализацию принципов социального либерализма и нового капитализма в России, на что в других странах уходило десятилетия. Современное поколение молодых людей формировалось в условиях резкого обнищания их семей, пребывания в условиях социальной дезадаптации и депривации их родителей. В условиях отсутствия в обществе зрелой

⁴¹ Выступление Президента РФ В.В. Путина на встрече с членами Правительства, руководством Федерального Собрания и членами президиума Государственного совета. 6 сентября 2005 г.

социальной политики, ориентированной на молодёжь и семью, в молодёжной среде стало распространяться «олигархическое» мышление.

Так, результаты Всероссийского опроса городского и сельского населения, проведенного фондом «Общественное мнение», показали, что, с точки зрения россиян, современная молодёжь имеет главной жизненной целью обогащение, достижение материального благополучия (53%), далее следуют образование (19%), работа и карьера (17%) и на 6-ом месте – создание собственной семьи (4%).⁴² Среди старшеклассников стали доминировать индивидуалистические ценности: собственное благополучие, личный успех, деньги. Вызывает огорчение, что противоправные пути достижения этих целей приветствуются молодёжью.

На наш взгляд, формирование таких устремлений происходит, в значительной степени, под влиянием средств массовой информации и фактического социально униженного положения людей, работающих в бюджетных сферах: учителей, врачей, учёных инженерно-технических работников и др. В освещении вопросов молодёжной политики⁴³ СМИ отражают социальные процессы таким образом, что усиливают негативные социальные установки молодёжи, истощают её психический ресурс и адаптационный потенциал, хотя имеются все возможности в обществе для изменения характера информационно-психологического воздействия.

Совпадение нестабильного реального мира и нестабильного его образа в средствах массовой информации порождает многообразные негативные поведенческие модели молодёжи, в том числе, и девиантного характера. В настоящее время в России отмечается неблагоприятная тенденция значительного снижения уровня образования молодых россиян на фоне непрерывного роста доли образованной молодёжи в развитых странах. Общество настоятельно требует от специалистов разработки и внедрения молодёжной политики, усиливающей роль молодёжи в социально-экономических преобразованиях, а также принятие закона о социальной значимости роли СМИ в формировании активной жизненной позиции молодёжи, пропаганде нравственности и семейных ценностей в формировании общества, основанного на знаниях.

⁴² Доклад о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации 2004. На пути к обществу, основанному на знаниях. Под общей ред. Проф. С.Н. Бобылёва. М.: Весь Мир, 2004. – с. 130-132.

⁴³ Круглый стол по проблемам молодёжи, приуроченный к Всемирному Дню Народонаселения. Министерство здравоохранения и социальной поддержки Саратовской области. Фонд ООН в области народонаселения. Саратов. 2006. с.12.

2.6. РАЗВИТИЕ СЕМЕЙНОЙ ПОЛИТИКИ И МЕР ПО СТИМУЛИРОВАНИЮ РОЖДАЕМОСТИ

Социально-демографическая политика развитых стран Запада основывается на мероприятиях, проводимых правительствами стран с целью регулирования репродуктивного поведения населения, оказания финансовой помощи семьям с детьми, упрочения института семьи. Им, однако, придаётся различная значимость при осуществлении в зависимости от демографических проблем в области рождаемости.

Для группы стран, которым удалось обеспечить рост уровней рождаемости и добиться их стабилизации, характерно проведение активной комплексной семейной и демографической политики. Её стержнем являются: компенсация семьям потерь семейного дохода, связанного с рождением и воспитанием ребёнка; мероприятия, позволяющие совмещение профессиональной деятельности с материнскими обязанностями; широкая доступность детских дошкольных учреждений, где формируются основы здорового образа жизни и важные социальные навыки. К числу этих стран относятся страны, где коэффициент суммарных рождений (КСР) в 2004 г. составлял 2,04 - 1,81. Это страны: США, Исландия, Новая Зеландия, Ирландия, Франция, Австралия, Финляндии, Норвегии.

Оказываемая этими государствами помощь семьям весьма существенна и проводится в виде прямых денежных выплат и в неденежной форме (бесплатное или льготное посещение детьми дошкольных учреждений, льготный рабочий день для матерей, льготы при оплате жилища, льготы для получения детьми образования и т.д.). Так, субсидируемые государством финансовые выплаты максимальных пособий семьям на детей в виде денежных выплат составляют от 2,1% до 2,9% от ВВП этих стран, параллельно в то же время выплаты в неденежной форме составляют от 0,5% до 0,8% от ВВП.⁴⁴

Доля расходов на семейную политику, составлявшая 2,5%-3,5% от ВВП, в странах Европейского союза содействовала со второй половины 1980 гг. – начала 1990-х годов значительному росту суммарного показателя рождаемости с 1,37-1,61 до 1,81-2,14 рождений на одну женщину. Демографы⁴⁵ подчёркивают, что в этих странах также как и в странах Западной и Северной Европы, сохранение суммарного коэффициента рождаемости на уровнях в

⁴⁴ François Héran. Рождаемость и опыт реализации политики: на примере Франции. Международный семинар: «Низкая рождаемость в Российской Федерации: вызовы и стратегические подходы». Москва. Российская Федерация. 14-15 сентября 2006.

⁴⁵ В.Н. Архангельский, А.Е. Иванова, В.Н. Кузнецов, Л.Л. Рыбаковский, С.В. Рязанцев. Под ред. проф. Л.Л. Рыбаковского. Стратегия демографического развития России. М., 2005. с. 130-131.

среднем 1,7-1,9 говорит о том, что, поскольку рождаемость в течение последнего десятилетия не имеет тенденции к снижению, то повышение её уровня в этих странах преимущественно связано с более полной реализацией имеющейся потребности в детях. При этом полагают, что при более низком уровне жизни в нашей стране такие подходы к поощрению рождаемости могут привести даже к более успешному итогу - увеличению среднего числа родившихся на 0,3-0,4 ребёнка (т.е. к сокращению разрыва между желаемым и ожидаемым числом детей). На страны с лучшими условиями жизни такие подходы оказали бы на рождаемость меньшее влияние.

Для группы стран с КСР 1,42 – 1,29 (Португалия, Швейцария, Австрия, Канада, Испания, Япония) характерно обоюдное участие супругов в профессиональном и карьерном росте при отсутствии серьёзной государственной семейной и демографической политики в области рождаемости. Для этих стран характерны низкие уровни финансирования прямых семейных денежных льгот (0,3% - 0,7% от ВВП стран), не прямые выплаты также весьма незначительны и составляют 0,1% - 0,2% от ВВП.

Современная семейная политика в Австралии предусматривает выплаты пособий женщинам по беременности и родам и семьям, имеющим детей, а также пособий по уходу за детьми дошкольного возраста.⁴⁶ Пособие по беременности и родам выплачивается единовременно всем матерям и составляет 4000 австралийских долларов (Aus\$), с 2008 г. оно составит уже 5000 Aus\$. Семейные пособия выплачиваются в виде налоговых льгот в зависимости от дохода семьи, возраста и числа детей в семье. Пособия по уходу за детьми дошкольного возраста выплачиваются на каждого ребёнка на почасовой основе. Максимальное количество оплачиваемых часов – 50 часов в неделю, в случае, если работают оба родителя, или 30 часов, если один из родителей не работает. Приблизительно, максимальный размер пособия на одного ребёнка составляет 7200 Aus\$ в год за 50 часов ухода за ребёнком в неделю, если доход семьи ниже 34 310 Aus\$, и 1193 Aus\$, если доход семьи выше 98300 Aus\$. Ставки пособия, выплачиваемого на детей школьного возраста, установлены в размере 85% от ставок, указанных выше.

Политика стимулирования рождаемости во Франции в послевоенный период привела к пику рождаемости, отмечавшемуся в стране в 1960-1965 годах. Его связывают с благоприятным экономическим развитием стра-

⁴⁶ Питер МакДональд. Три основные составляющие семейной политики в Австралии. Международный семинар: «Низкая рождаемость в Российской Федерации: вызовы и стратегические подходы». Москва. Российская Федерация. 14-15 сентября 2006.

ны, на фоне которого была реализована политика стимулирования рождаемости, когда проводились выплаты крупных пособий по беременности, премирования матерей при рождении каждого последующего ребёнка, успешного окончания средней школы детьми. Вследствие проведения такой семейной политики во многих областях Франции деторождение стало выгодным, многодетные семьи стали более обеспеченными и уважаемыми в обществе. В целом система была многогранной и многоуровневой, на нужды семей с детьми ассигновалось 50 млрд. долларов. Это привело к рождению желанных детей раньше, чем того хотели родители.

Влияние наличия и доступности контрацептивных средств на рождаемость, несмотря на множество проведенных исследований, остаётся дискуссионным. Большинство исследователей полагает, что они не являются серьёзным фактором, определяющим рождаемость.

Гордостью современной демографической политики во Франции является обеспечение всеобщего бесплатного дошкольного образования: 100% детей в возрасте до 3-х лет посещают дошкольные учреждения, из них 35% детей начинают посещать их в возрасте до 2-х лет. Количество детских центров, предоставляющих уход за ребёнком, постоянно растёт. Особое внимание уделяется центрам, содействующим умственному развитию детей. В зависимости от количества и очередности рождения детей сокращается предельная налоговая ставка для семьи. Оценивая льготы для женщин, связанные с налогообложением доходов семей, исследователи отмечают, что это приводит к росту числа рождений на 0,1-0,2 ребёнка на каждую женщину.⁴⁷

В 2002 г. Австрия ввела новую схему по выплате пособий на ребёнка. Помесячная выплата на каждого ребёнка до 2,5 лет составляет 436 ЕВРО наличными, даже если родители работают. Родитель, запрашивающий пособие (обычно мать), может зарабатывать до 15000 ЕВРО, не теряя при этом пособия. После пребывания в неоплачиваемом отпуске по уходу за ребёнком, родители могут вернуться на прежнее место работы. Суммарный коэффициент рождаемости за период с 2002 по 2004 годы вырос с 1,36 до 1,44.⁴⁸

⁴⁷ François Héran. Рождаемость и опыт реализации политики: на примере Франции. Международный семинар: «Низкая рождаемость в Российской Федерации: вызовы и стратегические подходы». Москва. Российская Федерация. 14-15 сентября 2006.

⁴⁸ Вольфганг Луи и Сергей Щербов. Низкая рождаемость: Последствия и политика в России, Болгарии и Австрии. Международный семинар: «Низкая рождаемость в Российской Федерации: вызовы и стратегические подходы». Москва. Российская Федерация. 14-15 сентября 2006.

Родительское страхование было введено в Швеции⁴⁹ в 1974 году и предоставило право оплаченного отпуска по уходу за ребенком (размеры отпуска постепенно увеличивались) как отцам, так и матерям, с правом возвращения на ту же или на равнозначную должность на свое рабочее место. В начале 70-х годов женщины так и хлынули на рынок труда, и уже вскоре уровень занятости женщин почти достиг уровня занятости мужчин. Наряду с другими реформами, такими как законодательное закрепление права родителей, имеющих маленьких детей, на укороченный рабочий день и значительное улучшение заботы о детях за счет муниципальных средств, родительское страхование направлено на то, чтобы создать как женщинам, так и мужчинам, возможность сочетать постоянную работу с воспитанием детей. Родительское страхование покрывает на сегодняшний день 480 дней, которые могут быть взяты с момента рождения или усыновления ребенка до исполнения ему 8 лет.

Единовременное родительское пособие (та же сумма, что и обычное родительское пособие из расчета дохода) выплачивается в двух случаях: по уходу за больным ребенком и в течение десяти, так называемых, «папиных» дней при рождении или усыновлении ребенка. Этой последней возможностью молодые отцы пользуются очень активно. Если родителям приходится сидеть дома и заботиться о больных детях, по закону они имеют право на компенсацию до 60 дней в год на одного ребенка (до 12 лет). Отцы проявляют значительно большую активность, когда речь идет об использовании права на единовременное пособие по уходу за больным ребенком, чем в отношении обычного родительского пособия.

Исследование по Норвегии⁵⁰ показало высокую значимость доступности услуг по уходу за ребёнком и детских дошкольных учреждений с точки зрения повышения уровня рождаемости. Было установлено, что при увеличении на 20% числа детей, посещающих дошкольные учреждения, плодовитость когорты возрастает на 0,05 ребёнка, и что женщины решают рожать ребёнка в более раннем возрасте.

Известно, что среди ведущих факторов, позволивших сохранить относительно высокий уровень рождаемости в США, является доступность дошкольных учреждений как в плане их наличия, так и с финансовыми возможностями родителей оплатить пребывание детей в этих учреждениях.

⁴⁹ Логинова Н.Ф. Социальная и правовая поддержка детства в Швеции. Планирование семьи. Международный журнал. 2005/1. с.26.

⁵⁰ Kravdal, O. How the local supply of day-care centers influences fertility in Norway: A parity-specific approach. Population research and Policy Review. 1996.15 (3). P. 201-218.

Важными составляющими позитивного развития в развитых странах стала семейная политика, ориентированная на обеспечение оптимальных условий для рождения и воспитания детей до 16-18-тилетнего возраста и активная демографическая политика в области рождаемости, включающая стремление к единению обеспечения как со стороны государства, так и со стороны работодателей возможности совмещения профессиональной деятельности с материнскими обязанностями. Все эти меры проводились на фоне параллельного постоянного роста уровня и качества жизни, потенциала здоровья населения, хорошего состояния репродуктивного здоровья, значительного снижения репродуктивных потерь, высокой доступности и качества действующих систем охраны материнства и детства, ориентированных на долгосрочный период.

Когда сейчас ведутся споры о влиянии мер активной демографической политики на повышение рождаемости, необходимо напомнить, что за период проведения такой демографической политики в СССР с 1979 по 1987 годы подобные условия содействовали рождению не менее 1,5 млн. человек за период 1981-1987 гг. дополнительно к тем рождениям, которые уже имели место. Именно эти поколения родившихся пополнили современные репродуктивные контингенты населения, способствующие увеличению рождаемости в последние годы⁵¹.

Опыт помощи молодым семьям в бывшей ГДР, где молодожёнам предоставляли кредит на улучшение жилищных условий, который погашался при рождении первого ребёнка на 20%, второго – ещё на 30%, третьего - на оставшиеся 50%, весьма позитивен для развития деятельности в этом направлении в нашей стране. Такая мера поощрения рождаемости оказалась ре-

⁵¹ Работы И.П. Катковой были направлены на становление в СССР активной демографической политики в области рождаемости, ориентированной на молодые семьи:

1. И.П. Каткова. *Рождаемость в молодых семьях (монография)*. Изд-во "Медицина", 1971. 110 с.; 2. А.Ф. Serenko, I.P. Katkova. N.A. Kravchenko, G.G. Grancharova. On the methodology of socio hygienic study of cohorts of young families with reference to natality. Доклад на XII Международном семинаре по исследованию семьи, М., 1972, (на англ.яз.) A report at the XII International seminar on a family study. Изд-во Советской социологической ассоциации, Оргкомитет. М., 1972 (in Eng.); 3. Medyczno-społeczne aspekty regulacji urodzeń w młodych rodzinach. Biuletyn J.G.S., Warszawa, Krok XVI, 1973, 1. p. 15 – 32; 4. И.П. Каткова. Особенности демографического поведения семьи в первые годы брака. В сб. "Молодая семья". Изд. "Статистика", М., 1977. с. 84- 95; 5. И.П. Каткова. Материнский уход за новорожденным. В сб. Женщины на работе и дома. Изд-во "Статистика", М., 1978. с. 38- 46; 6. И.П. Каткова. Рождаемость и проблемы семьи. Сб. "Демографы думают, спорят, советуют". Изд-во "Финансы и статистика". М., 1981. с. 64 – 67; 7. И.П. Каткова. Рождаемость и здоровье молодой семьи. Сб. "Рождаемость: Известное и неизвестное". Изд-во "Финансы и статистика", М., 1983. с. 80- 93; 8. И.П. Каткова. Роль здравоохранения в демографической политике. Сб. "Наше здоровье". Изд-во "Финансы и статистика". М., 1983. с. 3- 17.; 9. И.П. Каткова. Охрана материнства и детства в свете задач современной демографической политики. ж."Советское здравоохранение" 1987, № 12. с. 3- 8.

шающей среди других принятых мер, обеспечивших семьям благоприятный жизненный старт в будущее.

Серьёзным моментом, который может повлиять на дальнейшее рождение детей в российских семьях, может стать решение проблемы доступности дошкольных учреждений для всех желающих родителей. Действительно, может быть, система дошкольного воспитания раньше и вызывала нарекания из-за «разобщения» матери и ребёнка, т.к. осуществление материнского ухода в хороших домашних условиях всегда способствовало более высокому уровню развития ребёнка. Но в условиях снижения жизненного уровня населения в настоящее время необходимо не только возродить систему дошкольных учреждений, взяв из неё всё лучшее, но и построить новую, способствующую развитию оздоровительного, социально-психологического, интеллектуального потенциала, зачастую, единственных в семьях детей. Необходимо вернуть детям «отобранные» у них дошкольные учреждения. Более эффективной должна стать реализация политики в сфере занятости, тогда семьи не окажутся в положении «попрошайек» адресной социальной помощи в связи с бедностью и смогут позаботиться о себе самостоятельно. Невнимание к развитию эффективных программ занятости населения фактически, ведёт нас к государству «всеобщего социального обеспечения», т.к. такие условия способствуют разрастанию контингентов населения, нуждающихся в социальной помощи смолоду.

Глава III. РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ В ЗЕРКАЛЕ ПРОБЛЕМ РОССИЙСКОЙ БЕДНОСТИ И ЭКОЛОГИИ

3.1. БЕДНОСТЬ, ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН И ДЕТЕЙ

Сформировавшийся в России фактически порочный круг взаимовлияния бедности и распространённости социально-значимых воспалительных и дегенеративных заболеваний в ранних, старших и подростковых возрастах, а также среди женщин ведёт к снижению репродуктивного потенциала населения^{52, 53, 54}. Это становится серьёзным препятствием на пути реализации активной демографической политики в области рождаемости. Согласно официальным данным Росстата в 4-м квартале 2004 г. к бедным в России (исходя из официальных границ бедности, составляющих 2451 рубль в месяц на человека) относится каждый пятый россиянин. Но по официальным данным⁵⁵ 40% населения имеет уровень потребления калорий ниже минимального, 70% населения не потребляет в достаточном количестве белка, 20% населения - жиров, 40% - углеводов, что говорит о серьёзных масштабах бедности.

Бедность в современной России *имеет преимущественно «детское лицо»* как за счёт проживания детей в среде глубокой бедности традиционных групп риска, так и за счёт «перехода» в их число вполне благополучных семей, но имеющих одного - двоих детей. Среди полных семей с одним-двумя детьми доля бедных составляет более половины, с тремя – три четверти. Среди неполных семей с тремя и более детьми более 85% бедных семей.

Нельзя не согласиться с авторами доклада⁵⁶, что в сложившейся ситуации рождение второго ребёнка означает для семьи ориентацию на беднейшие стереотипы жизненного поведения и формирования свойственных им «законов жизнеобеспечения». Для детей раннего возраста, а также возрастов 7-10 лет характерны случаи острого и хронического недоедания. Для 15% российских детей характерна задержка в росте. Она свидетельствует о долговременном хроническом недоедании, что приводит к хронизации патологиче-

⁵² Каткова И.П., Е.В.Андрюшина, Катков, В.И. Бедность и репродуктивный потенциал. Россия: 10 лет реформ. Социально-демографическая ситуация. М.: РИЦ ИСЭПН, 2002. С. 29-48

⁵³ . Е.В.Андрюшина, И.П. Каткова, Н.М. Римашевская. Здоровье россиянок на рубеже веков. Монография. Приложение к журналу «Народонаселение» ИСЭПН РАН. Научная серия «Здоровье населения». Под ред. проф., д.м.н. И.П. Катковой. М.: Изд-во МАКС Пресс, 2004. 252 с.

⁵⁴ Андрюшина Е.В., Каткова И.П., Катков В.И. Рождаемость и общественное здоровье. Материалы Международной научной конференции «Уровень и качество жизни населения». Народонаселение. М., 2007. № 2. с. 54-76.

⁵⁵ Л.Н. Овчарова. Оценка уровня бедности в России и возможные пути её сокращения. Народонаселение. №4. 2003. с. 60

⁵⁶ Доклад о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации 2005 / Россия в 2015 году: цели и приоритеты развития. ПРООН. 2005. с. 51

ских процессов в организме ребёнка. При недостаточном питании ребёнок становится вялым, ему трудно сосредоточить внимание, что сказывается на его успеваемости в школе.

В 1996 г. в России 4% женщин в возрасте от 18 до 59 лет имели недостаточный вес, который, преимущественно, был характерен для молодых женщин. Согласно результатам обследования детей младшего возраста и их матерей была выявлена высокая распространённость недоедания. 77% женщин, 70% семей и 32% детей были отнесены к категории недоедающих.⁵⁷ За период 1995-2000 гг. согласно оценкам UNISEF в России в возрасте до 5-ти лет страдали умеренной и серьёзной недоупитанностью 4% детей, истощением – 4% детей, отставанием в росте – 13% детей.⁵⁸ Согласно результатам диспансеризации детей (2003) удельный вес детей с дефицитом массы тела возрастает с 3% в возрасте до 1-го года до 4,7% в возрасте до 18-ти лет; среди 16-ти летних девушек их число достигает 7,1%. Все эти контингенты либо уже находятся в репродуктивных возрастах, либо в ближайшее время пополнят их, что, само по себе, является серьёзной проблемой для последующего деторождения. Благополучие общества напрямую связано со здоровьем и жизнью матерей и детей. Когда обеспечены жизнь и здоровье матерей, дети также растут здоровыми и преуспевают. Плохое здоровье - одна из главных причин, в силу которых семьи становятся бедными⁵⁹.

Однако реализация на период 2005-2008 гг. правительственной Программы социально-экономического развития России, предусматривающей снижение бедности в стране в два раза, а также проведение адресных программ для беднейших слоёв общества фактически блокируются реформой льгот, проводимой, начиная с 2005 г. Это может, в свою очередь, привести к росту масштабов бедности.⁶⁰ Создаётся впечатление, что эти два документа как будто принимались разными правительствами, т.к. результат нестыковок принятых документов явится важнейшим препятствием обеспечения эффективности демографической политики.

Программой согласно целям и приоритетам развития России к 2015 году планируется ликвидировать недоедание среди детей младше пяти лет, составляющее в настоящее время 5%-7%, а также – недоедание среди взрослых,

⁵⁷ Женщины в переходный период. Региональный мониторинговый доклад №6, 1999. UNISEF. с. 76.

⁵⁸ Положение детей в мире. 2001. UNISEF. с. 84.

⁵⁹ Narayan D., et al. Голоса бедных: может ли кто-нибудь слышать нас? - Всемирный банк /Oxford University Press. - 2000.

⁶⁰ Доклад о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации 2005 / Россия в 2015 году: цели и приоритеты развития. ПРООН. 2005. с.47.

составляющее 1%-3%. Вызывает сожаление, что в приоритетные цели развития России не входит ликвидация недоедания среди детей старших возрастных групп. С нашей точки зрения, ликвидация этого позорного явления только к 2015 г. будет служить серьёзным препятствием для увеличения рождаемости в современных семьях.

Установлено, что недостаточное или несбалансированное питание в периоды до беременности и во время ее оказывают серьёзное токсическое влияние на плод. Однако возникающие детские заболевания внутриутробно-алиментарного происхождения в значительной степени предотвратимы на этапах планирования, предгравидарной подготовки к беременности или в процессе её ведения исключительно профилактическими диетологическими методами ⁶¹.

Отмеченные выше факты, согласно точке зрения экспертов ЮНИСЕФ, позволяют утверждать, что хронические дегенеративные болезни в большинстве случаев традиционно связываемые с болезнями богатого общества, в значительной степени могут быть болезнями и нищеты, особенно нищеты на ранних этапах жизни и во время внутриутробного развития. Установлено ⁶², что несбалансированное питание матери в критические периоды внутриутробного развития может вызывать перераспределение ресурсов у плода, воздействуя на его структуру и обмен веществ таким образом, который предрасполагает индивидуум к более раннему возникновению сердечно-сосудистых, эндокринных болезней, снижению иммунитета, задержке нервно-психического развития.

Угрозу оптимальному внутриутробному развитию ребенка также могут представлять такие неблагоприятные условия во время беременности, как психоэмоциональный стресс матери, курение, употребление наркотиков и алкоголя, дефицит физической активности, неадекватная перинатальная помощь. Таким образом, как бы программируется «неполноценная жизнь» новорожденного во все последующие периоды жизненного цикла развития с постоянными высокими рисками тяжелого бремени болезни и инвалидности. Так формируется порочный круг бедности и болезней, из поколения в поколение приводящий к сокращению репродуктивного потенциала нации. Неадекватное внутриутробное развитие ребенка – это фактор риска для здоровья на последующих этапах его жизни.

⁶¹ Здоровье женщин России. Аналитический доклад (Экономические, социальные, экологические, правовые и медицинские аспекты)//Комиссия по вопросам женщин, семьи и демографии при президенте Российской Федерации. Международный фонд охраны здоровья матери и ребенка. М.,1999, 84 с.

⁶² The State of the World's Children, 1998. UNICEF, ISBN 92-806-3336-8. P.88.

Следует отметить, что в развитых странах мира доля детей, проживающих в малоимущих семьях, достаточно велика. Наивысший уровень отмечается в США – 28%, в России – 27%, в Великобритании – 25%, в Нидерландах – 10%, в Финляндии – 4%, в Чешской республике – 2%. Тем не менее, в развитых странах за счёт проведения комплексных адресных медико-социальных программ, ориентированных на детей, проживающих в таких семьях, удаётся сгладить возникающие при этом неблагоприятные последствия на здоровье ребёнка, о чём свидетельствует достижение этими странами лучших показателей здоровья детей в мире.

Необходимо понимание того, что адресная помощь должна включать не только повышение материального обеспечения беднейших слоёв населения, но и на основе реализации интегративных программ нового типа с участием социальных работников, психологов и психотерапевтов активно содействовать развитию их социального потенциала и жизнедеятельности, ответственности за состояние здоровья своей семьи.

Парадоксально, но факт, что вследствие незрелости социально-демографической политики важнейшим риск-фактором погружения семьи в бедность становится рождение первого ребёнка в молодых семьях. И даже выплата ежемесячных пособий на первого ребёнка размером до 1,5 тысяч рублей ежемесячно (что значительно ниже прожиточного минимума) до исполнения ребёнку полутора лет, введение которых планируется с 2007 г., к сожалению, не изменит эту ситуацию. Установлено, что рождение первенца на треть сокращает потребности семей в рождении последующих детей. Эти обстоятельства подчёркивают наличие явных расхождений между реальной действительностью и представлениями женщин об обстоятельствах, связанных с рождением ребёнка. Иначе можно говорить об их неготовности, фактически, к рождению ребёнка в их семьях.

В материалах Союза педиатров России⁶³ отмечается факт, что потери недоношенных детей в последние годы уменьшаются, и потери плодов стабилизируются, что связано, по-видимому, с успешностью клинико-организационной тактики лечения и реабилитации этого контингента детей. В то же время, согласно мнения авторов, при такой концентрации внимания и ресурсов здравоохранения потери доношенных новорожденных в кризисные годы возросли. С нашей точки зрения это обстоятельство наглядно иллюстрирует своеобразную «сердобольность» российской социальной поли-

⁶³ Здоровье детей России. Союз педиатров России. Под ред. А.А. Баранова. М., 1999, с. 29-30

тики в области охраны здоровья и её преимущественную ориентацию на больных и на излечение заболеваний, а не на их профилактику.

Семейные ценности и репродуктивные ориентиры молодого поколения в современный период формируются на фоне абсолютного и относительного его обнищания. Более того, формированию однодетной модели для молодой семьи способствует современное положение семей с детьми, уровень жизни которых значительно ниже, чем других категорий населения.

Меньше всего бедных домохозяйств среди одиночек и в семьях, где нет детей. Этот факт наиболее ярко выражает детерминированность семейного и репродуктивного поведения молодого поколения условиями жизни их семей. К сожалению, *наиболее высокий уровень жизни одиноких и (или) бездетных граждан страны сам по себе становится превалирующей ценностью в условиях развития рыночных отношений.*

Современная молодёжь планирует иметь в своих семьях в каждом втором случае одного ребёнка, в каждом третьем-четвёртом – двоих детей, в каждом 15-17-м - троих детей и лишь единицы не планируют детей вообще.

В современных российских условиях государство было и остаётся главным и, подчас, единственным субъектом социальной политики. Только 5% россиян считает, что люди должны сами о себе позаботиться, не полагаясь на государство.⁶⁴

Необходимо серьёзное рассмотрение проблем молодёжной политики с тем, чтобы молодые люди имели возможность работать и самостоятельно обеспечить свой жизненный социально-экономический старт, при котором государственная политика в областях обеспечения занятости, обеспечения достойными жилищными условиями, обеспечения высокого уровня дошкольными учреждениями позволила семьям при рождении ребёнка не снижать жизненного уровня семей. Это будет во много раз экономичнее и эффективнее по сравнению с наращиванием темпов социального вспомоществования в связи с высокими рисками детских болезней, инвалидности, а также снижения жизнеспособности супругов, что приведёт к возрождению бедности из поколения в поколение.

3.2. ВКЛАД ЭКОЛОГИИ В СНИЖЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА НАСЕЛЕНИЯ

На фоне произошедшего в последние годы кризисного сокращения производства резко возрастает неблагоприятное влияние экологических

⁶⁴ Цит. по: А. Новиков. Наша власть. №7-8. 2006.

риск-факторов нездоровья, обусловленных бесхозяйственностью, беспечностью в хранении и использовании химикатов и радиоактивных веществ, варварской эксплуатацией природных ресурсов, беспрецедентным загрязнением среды бытовыми отходами и отходами производств, устаревшими транспортными средствами. На наших глазах происходит «вековое» антропогенное загрязнение среды. Это, в свою очередь, поражает компенсаторно-защитные свойства женского организма и приводит к снижению их репродуктивного потенциала и его качества. В этих условиях необходимо повсеместно учитывать чрезвычайное возрастание роли экологического неблагополучия в увеличении частоты хронической экстрагенитальной и гинекологической заболеваемости женщин России.

К сожалению, не придаётся серьёзного значения осознанию в обществе того обстоятельства, что среди причин, определяющих репродуктивное неблагополучие, одно из первых мест занимают инфекционные заболевания у женщин. Это, прежде всего, латентно протекающие инфекционные болезни, такие как хронический тонзиллит, инфекция мочевыводящих путей и хронические воспалительные заболевания половых органов. Большую роль в этом играют также значительно возросшие в последние годы носительство и заболевания вирусной природы (герпетическая инфекция, ЭХО-вирусы, цитомегаловирус, др.), и паразитарной природы (токсоплазмоз, микоплазменная, хламидийная инфекции и пр.).

Столь привычные для нашего населения так называемые «банальные» вирусные инфекции верхних дыхательных путей также влияют на репродукцию и качество потомства, размножаясь в плаценте и, повреждая ее, заражают плод, что нередко становится причиной антенальной гибели потомства.

Наряду с бедностью на снижение репродуктивного потенциала населения оказывают влияние экологические факторы. Известно, какое неблагоприятное влияние на здоровье беременных женщин и новорожденных оказывает нарастающее экологическое неблагополучие в регионах РФ. С 1900 г. процесс индустриализации привёл к появлению почти 100000 прежде неизвестных химических веществ в окружающей среде. Многие из них присутствуют в воздухе, воде, почве и пищевых продуктах и, как следствие, в человеческом организме. Есть основания считать, что один из видов таких химикатов, т.н. *эндокринные разрушители*, является важной причиной расстройств репродуктивного здоровья, женского бесплодия, выкидышей, изменения структуры спермы, рака яичек и простаты и прочих репродуктивных нару-

шений, наступления ранней половой зрелости у девочек, эндометриоза, рака груди, яичников и матки. Дети, матери которых подверглись воздействию этих веществ в период беременности, имеют больше шансов впоследствии столкнуться с проблемами развития, а также испытать сложности, связанные с восприятием и обучением.⁶⁵

В настоящее время в нашей стране деятельность сотен металлургических, химических, нефтехимических и иных производств привело к бесконтрольному поступлению в окружающую среду широкого комплекса химических веществ, обладающих выраженным отрицательным воздействием на репродуктивную и эндокринную системы.⁶⁶ Экологами установлено, что почти каждый четвертый горожанин репродуктивного возраста подвергается влиянию специфических загрязнителей, которые приводят к увеличению частоты бесплодия женщин и мужчин, различных патологий беременности, самопроизвольных абортов, рождения детей с малым весом и с различными отклонениями состояния здоровья. Примерно в 40 городах России доказана связь между этими изменениями репродуктивного здоровья и неблагоприятными факторами окружающей среды. Одним из наиболее тяжелых изменений являются врожденные пороки развития новорожденных, некоторые из них несовместимы с жизнью ребенка. Выявлены также изменения и репродуктивного здоровья мальчиков.

Так, в период 1986-1997 гг. среди детей первого года жизни в Москве установлена зависимость частоты врожденных пороков развития и перинатальной патологии от индекса загрязнения атмосферного воздуха в городе.⁶⁷

На **рис. 5** представлена зависимость частоты врожденных пороков развития и перинатальной патологии от индекса загрязнения атмосферного воздуха в г. Москве.

В столице отмечается высокий уровень загрязненности воздушного бассейна и широкий спектр загрязнителей (в том числе и таких токсичных, как тяжелые металлы, оксиды азота, сернистый газ, оксид углерода, двуокись марганца, сернистая кислота, фенолы, сероводород, формальдегид, аммиак и др.) приносят большой ущерб здоровью населения. Главным источником загрязнения атмосферного воздуха в городе является автотранспорт.

⁶⁵ Народонаселение мира в 2001 г. Этапы и вехи: Население и экологические изменения. UNFPA. с. 56-57.

⁶⁶ Доклад о развитии человеческого потенциала в РФ, 2001. ПРООН, М., 2002. с.63

⁶⁷ Н. Н. Филатов Состояние здоровья детского населения Москвы // Педиатрия №3, 1999г., с.10-11.

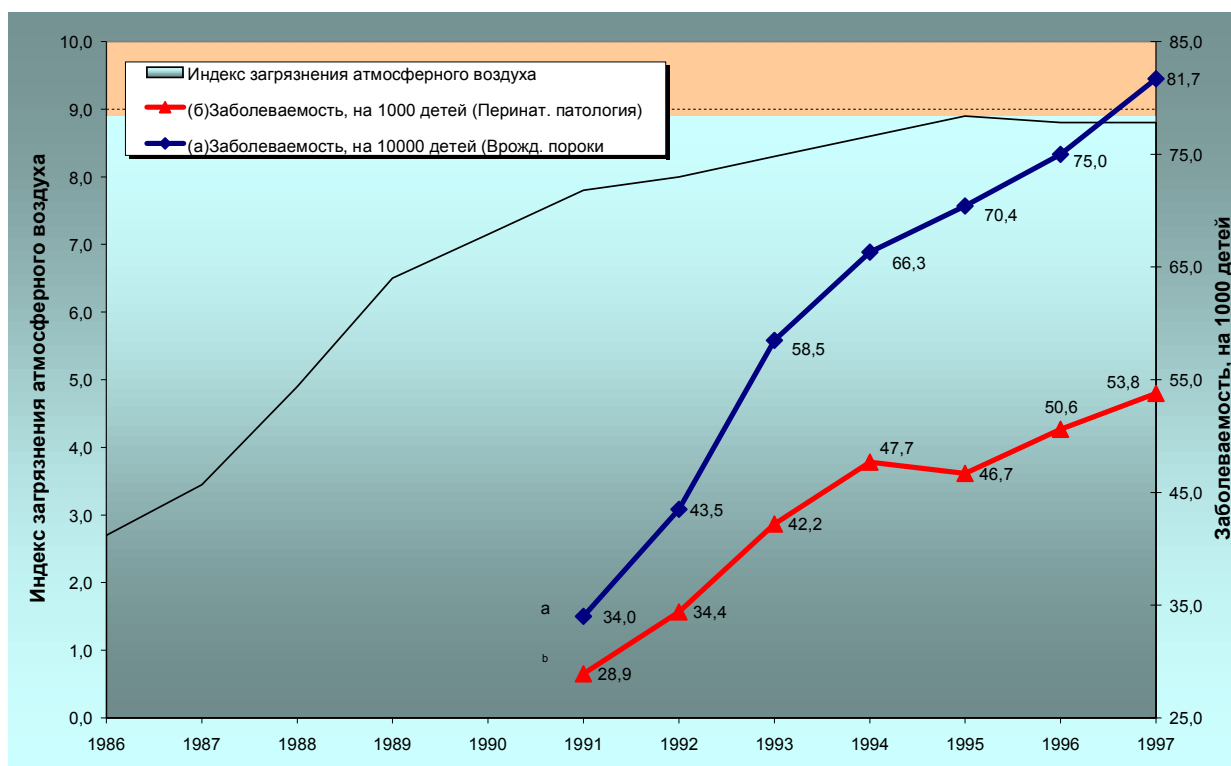


Рис. 5. Динамика заболеваемости детей первого года жизни и уровня загрязнения атмосферного воздуха в Москве в 1991-1997 гг.

Здесь: - индекс загрязнения атмосферного воздуха;
 а - врожденные пороки развития;
 б - перинатальная патология (на 10 000 детей).

Источник: Н. Н. Филатов Состояние здоровья детского населения Москвы // Педиатрия №3, 1999г., с.10-11.

Как отмечается в докладе UNICEF, токсические вещества в окружающей среде способны стать причиной болезней или повреждений с развитием инвалидности, в т. ч. и детей. Особо неприятные последствия несут в себе соединения тяжелых металлов (ртути, свинца, кадмия), способствующие развитию умственной отсталости и неврологическим нарушениям, а диоксин - развитию физических уродств.

Тяжесть отравления свинцом заключается в том, что оно оказывает столь серьезное воздействие на здоровье человека, особенно ребенка, которое с трудом поддается лечению. Тем не менее, принятые серьезные меры в промышленно развитых странах позволили добиться успехов в уменьшении выбросов свинца, что, в свою очередь, способствовало снижению его содержания в крови детей и взрослых. Согласно сообщению Управления по охране окружающей среды США, отказ от добавки свинца в бензин ежегодно экономит стране более 400 млн. долл., которые иначе пришлось бы затратить на лечение детей.⁶⁸

⁶⁸ Прогресс наций. -1998. UNICEF, 1998, с. 32

В материалах UNICEF подчёркивается, что свинец может оказывать разрушающее воздействие на мозг, почки и репродуктивную систему ребенка, а в больших дозах способен вызвать кому, судороги и смерть. Необходимо иметь в виду, что даже незначительные уровни его содержания в крови способствуют снижению коэффициента умственного развития и концентрации внимания, затрудняют чтение и снижают способность к обучению, вызывают гиперактивность, нарушения поведения, замедление роста и потерю слуха. Главными источниками свинца являются, в частности, бензин со свинцовыми добавками, краски, водопроводные трубы, припой в емкостях для пищевых продуктов, глазурь на керамике, косметические средства, имеющиеся в свободной продаже лекарства и свинцовые кислотные аккумуляторы, а также выбросы промышленных предприятий.

Успехи промышленно развитых стран в сокращении опасного воздействия свинца должны обязать Россию занять активную позицию по предупреждению его неблагоприятного влияния на здоровье населения, особенно детей.

Необходимо иметь в виду, что стимулирование рождаемости в российских условиях происходит на фоне значительного снижения репродуктивного потенциала населения. Репродуктивное здоровье является важнейшей компонентой общественного здоровья населения, предопределяя современные и будущие тенденции развития человеческого потенциала. Оно отражает качественные аспекты здоровья беременных женщин, детей раннего, старшего и подросткового возрастов, отражает взаимовлияние репродуктивного поведения и рождаемости населения, репродуктивного потенциала, передаваемого от поколения к поколению. Репродуктивное здоровье – это состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезни или недугов во всех аспектах, касающихся репродуктивной системы, её функции и процессов.

Исходя из этого определения, данного ВОЗ⁶⁹, состояние репродуктивного здоровья россиян может быть определено как крайне неблагоприятное. Это находит своё выражение в значительном сокращении репродуктивного контингента населения за счёт потерь, связанных со смертностью населения. Так, на 1 января 2004 г. число женщин репродуктивного возраста в России составляло 39846364 человек, а в течение 2004 г. их численность уменьшилась на 101783 человека и на 1 января 2005г. составило 39744581 человек.

⁶⁹ Региональная стратегия ВОЗ в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья. Программа «Репродуктивное здоровье и беременность». Копенгаген, Дания. Ноябрь 2001. с. 8.

Вследствие длительного проживания населения в состоянии бедности, низкого уровня качества жизни, депривации, дезадаптации, слабого уровня развития первичной медико-санитарной помощи и профилактики в России огромные контингенты населения имеют социально-значимые заболевания, являющиеся, по сути, предикторами не только снижения репродуктивного потенциала, но и передачи социального заболевания «в наследство». Так, в 2003 г. число больных с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулёза составляло 118564 человека, онкологических больных – 455375 человек, психическими расстройствами – 1836584 человек. Число больных с впервые в жизни установленным диагнозом психотического расстройства, связанного с употреблением алкоголя (алкогольные психозы и хронический алкоголизм), синдромом зависимости от наркотических веществ (наркоманией), синдромом зависимости от ненаркотических веществ составляло 228229 человек. Общее число лиц с психозами и состоянием слабоумия составило 772885 человек.

3.3. ТЯЖКОЕ НАСЛЕДСТВО СОЦИАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ.

3.3.1. Репродуктивное нездоровье

Растёт число детей с впервые в жизни установленными важными социально-значимыми заболеваниями. Этот показатель составил в 2004 году 76,8 человек (на 100000 детей).

Как отмечается в докладе ЮНИСЕФ («Факты в защиту жизни», 1994), возможным типичным следствием женского алкоголизма является появление так называемого "алкогольного синдрома плода".⁷⁰

В материалах этого доклада подчеркивается, что "Алкогольный синдром плода" - это поражение как мозга, так и органов и систем будущего ребенка, проявляющиеся в виде нарушений питания и обмена веществ у плода, пороков развития и уродств, включая нарушения интеллектуального развития и нарушение строения черепа.

В докладе привлекается внимание к тому обстоятельству, что особенно опасным для развития алкогольного синдрома плода является период с 3-ей по 8-ю неделю беременности, при этом степень выраженности "алкогольного синдрома плода" значительно возрастает у регулярно пьющих беременных женщин.

Вследствие замедленного психического развития такие контингенты детей не могут успешно учиться. У них, по мнению авторов доклада, часто

⁷⁰ Факты в защиту жизни. Нью-Йорк, 1994. (Адаптация международного издания "Facts for Life", 1994)

обнаруживается "синдром малой мозговой недостаточности", выражающийся в расстройстве поведения (двигательное возбуждение, неспособность сосредоточиться, отсутствие внимания, ночные страхи, агрессивность).

От матерей в возрасте до 14 лет за пять лет за период 1999-2003 гг. в России родилось 3157 детей с врождённым сифилисом. Большинство из них не наблюдались в женской консультации и поступили сразу на роды. Причина - вовлечение значительного числа детей в коммерческий секс. Из числа детей, больных сифилисом, в 2004 г. заразились половым путём 29,4%, из них в 5,8% случаев заражение произошло при сексуальном насилии. В 36,2% случаев дети были заражены бытовым путём из-за несоблюдения элементарных социально-гигиенических правил и норм со стороны больных сифилисом, проживающих с ними совместно.

Общая заболеваемость с впервые в жизни установленными социально-значимыми заболеваниями среди подростков 15-17 лет составила в 2003 г. 909,84 человека (на 100000 подростков). При этом заболеваемость подростков по сравнению с детским контингентом была выше в связи со злоупотреблениями наркотиками в 7,3 раза, - алкоголем – в 6,2 раза, сифилисом – в 4,4 раза, гонореей – в 10,7 раза, ВИЧ-инфекцией – в 2,8 раза, туберкулёзом – в 2,1 раза.

Всё это свидетельствует о высоких рисках снижения репродуктивного потенциала в целом для всего населения: как мужчин, так и женщин. Рассматриваемые детские и подростковые контингенты будут служить существенным пополнением репродуктивного контингента населения. Важно, что наличие у беременных женщин этих заболеваний фактически является показателем к искусственному прерыванию беременности по медицинским показаниям. Число таких абортов за период 1999-2003 гг. в целом по России составляет около 220000, и их профилактика тесно связана с улучшением состояния здоровья женщин, начиная с периода полового созревания. Каждая пятнадцатая девушка-подросток 15-ти – 19-ти лет проводит аборт по медицинским показаниям, а 301 девушка сделала криминальный аборт. Заболеваемость гинекологическими болезнями женского населения россиян характеризуется высокими уровнями.

Установлено, что распространённость сифилиса влияет на распространённость самопроизвольных абортов. Среди 15-ти – 19-ти летних девушек их число достигает 17804, а среди всех женщин - 170532 абортов. Известно, что

гонорея является одной из важнейших причин мужского и женского бесплодия.

В методических рекомендациях МЗРФ обращается внимание⁷¹, что заболевания передаваемые половым путем (ЗППП) являются второй по значимости причиной утраты здоровья женщин в возрасте от 15 до 45 лет (после заболеваемости и смертности, связанной с беременностью и родами). Авторы отмечают, что к их важнейшим последствиям относятся, в частности, восходящие инфекции, вызывающие хронический дискомфорт, эктопическую беременность и бесплодие, рак шейки матки, неблагоприятные исходы беременности. При этом подчеркивается, что к группе высокого риска возникновения не планируемой беременности и заражения ЗППП относятся люди моложе 25 лет, жители городских районов, лица, живущие в неблагоприятных экономических или социальных условиях. По оценке авторов, у 20 – 25% детей, рожденных инфицированными женщинами, могут наблюдаться пороки развития, развиваются различные инфекционные заболевания новорожденных. Чаще всего встречаются внутриутробные инфекции, вызываемые ВИЧ, цитомегаловирусом, вирусом краснухи, у 10 – 20% детей, рожденных от матерей - носителей хламидийной инфекции, развивается хламидийная инфекция глаз, хламидийная пневмония.

Распространённость ВИЧ-инфекции в России представляет серьёзную угрозу для общественного развития и благополучия россиян. Согласно прогнозам экспертов Всемирного Банка к 2020 году она может привести к снижению трудовых ресурсов от 2% до 11%, по оптимистическому сценарию прогноза может произойти снижение, в связи с этим, темпов роста ВВП на 1,2% к 2010-му году и на 5,2% к 2020 году.⁷²

В Российской Федерации с 1 января 1987 г. по 10 октября 2005 г. зарегистрировано 318749 ВИЧ-инфицированных российских граждан. На диспансерном наблюдении находятся 12510 детей, рождённых от «ВИЧ-позитивных» матерей. В 2005 г. 0,4% взрослого населения в возрасте от 15-ти до 49 лет инфицированы ВИЧ. На 100000 обследованных беременных женщин выявлено 111,4 случаев ВИЧ-инфицированных, что в 572 раза больше,

⁷¹ Риск развития осложнений беременности, родов, раннего послеродового периода у юных женщин, страдающих заболеваниями, передаваемыми половым путем. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Управление охраны здоровья матери и ребенка. Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии. Федеральная целевая программа «Безопасное материнство». М., 1998 г., 13.с.

⁷² Ладная Н.Н. Эпидемиологическая ситуация в области ВИЧ/СПИДа в России. Федеральный научный медицинский центр по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом. Международный семинар. Иваново, 6 октября 2005 г.

чем в 1995 году, среди обследованных больных венерическими заболеваниями - 197,3 случаев ВИЧ-инфицированных на 100000 обследованных, среди доноров ВИЧ-инфицированных выявлено 23,4 случая на 100000 обследованных.

Серьёзное влияние на снижение рождаемости и репродуктивного потенциала населения оказывает распространённость ВИЧ-инфекции, которая поражает, преимущественно, молодых людей и всегда приводит к их преждевременной смерти. Среди всех ВИЧ-инфицированных женщин в России около 60% находится в активном репродуктивном возрасте. Это приводит к ежегодному увеличению числа детей, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей. Однако в целом по России каждая четвёртая ВИЧ-инфицированная женщина не наблюдалась по поводу беременности, а ВИЧ-инфицирование выявлено только при поступлении на роды. Установление этого диагноза почти у половины женщин практически в конце беременности не позволяет провести профилактику вертикальной передачи от матери к плоду в антенатальном периоде ВИЧ-инфекции.⁷³

Следует отметить, что причины заболевания ВИЧ/СПИДом и последствия, вызываемые им, тесно связаны с проблемами общественного развития, в том числе, и такими как бедность, недостаточность питания, экологическое неблагополучие, что привело на фоне депривации и дезадаптации к росту у значительной массы людей рискованных видов поведения.

Согласно экспертным оценкам Федерального научного медицинского центра по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом среди групп населения наиболее значимыми для заражения ВИЧ в России являются: мужчины, имеющие секс с мужчинами (4% мужского населения); потребители наркотиков внутривенным путём (2,5%-4,5% взрослого населения); люди, занятые коммерческим сексом (500 тыс. - 700 тыс. человек); клиенты коммерческих секс-работниц (1,3 млн. – 2,6 млн. человек); сексуальные партнёры потребителей наркотиков (9 млн. человек). В настоящее время всё более активизируется гетеросексуальный путь передачи инфекции, и в большинстве случаев инфицируются женщины. Можно сказать, что ***происходит самое опасное - ВИЧ/СПИД идёт в популяцию, в семью.*** Способствует такому развитию событий сохранение «свободных» сексуальных отношений и для ряда женщин, находящихся в браке.

⁷³ В.И. Кулаков, И.И. Баранов. ВИЧ: профилактика передачи от матери ребёнку. М.: ВЕДИ, 2003.

Появившаяся в настоящее время «свобода» сексуальных отношений, в том числе и ранних, способствует формированию упрощённого взгляда на них, частая смена участников отношений рассматривается как вполне «естественный» повод к завязыванию новых знакомств и поддержанию взаимоотношений. Исследование в Санкт-Петербурге⁷⁴ показало, что среди респондентов отмечается новый виток такой «свободы». Её свидетельством является наличие помимо брачных отношений постоянных или случайных сексуальных связей, которые отмечаются у женщин в 5-6% случаев. Независимо от возраста около 2% женщин вполне допускают возможность половых связей за деньги или другие методы оплаты. В современной эпидемиологической обстановке с такими видами рискованного поведения необходимо считаться: требуется серьёзное рассмотрение ситуации и сосредоточение усилий врачей-гинекологов на формировании грамотного контрацептивного поведения и приобретении санитарно-гигиенических знаний о заболеваниях, передаваемых половым путём (ЗППП), а также путях их передачи и последствиях аборт.

Использование различных видов контрацепции является основой профилактики и предупреждения роста числа таких заболеваний как ЗППП, ВИЧ/СПИД и искусственных прерываний беременности, что естественным образом способствует повышению репродуктивного потенциала населения и снижению репродуктивных потерь. Тем не менее, в 30-40% случаев опрошенными отмечается непонимание как со стороны женщин, так и со стороны мужчин важности их совместных действий по охране репродуктивного здоровья друг друга. Вызывает беспокойство факт, что на фоне раннего начала сексуальной жизни, частой смены сексуальных партнёров 25,2% опрошенных женщин в возрасте 18-ти – 24-х лет в Санкт-Петербурге не использовали перед первым половым актом контрацепцию, что в 2,5 раза реже, чем женщины 35-ти – 44-х лет. Это косвенно свидетельствует о безответственности репродуктивного поведения или недостаточности санитарно-гигиенических знаний по предупреждению наступления нежеланной беременности в молодёжной среде по сравнению с периодом 15-ти летней давности, когда активно проводилась информационно-просветительская работа по применению средств контрацепции среди молодёжи. О степени зрелости контрацептивного поведения свидетельствуют данные о том, что 26,9% женщин использова-

⁷⁴ Кессели К., Регушевская Е.В., Дубикайтис Т.А., Кириченко С.И., Роткирх А., Хаавио-Маннила Э., Хеминки Э. + РЕФЕР группа. Репродуктивное здоровье и фертильность в Санкт-Петербурге: Отчёт по результатам опроса, проведенного среди женщин от 18 до 44 лет в 2004 году. STAKES. HELSINKI. 2005.

ли презерватив в целях исключительно предупреждения наступления нежеланной беременности. В то же время для предупреждения беременности и ЗППП в возрастах 18-ти – 24-х лет презервативы использовались в 31,4% случаев, в возрасте 25-ти – 34-х лет – в 19,4%, а в возрасте 35-ти – 44-х лет – в 11,4% случаев.

Среди обследованных частота использования гормональной контрацепции составляет 46,7%, что при высоких рисках заражения увеличивает вероятность инфицирования ВИЧ/СПИДом. Практически каждая опрошенная женщина в течение жизни сталкивалась с ситуацией, когда была вынуждена отказаться от сексуальных отношений с мужем или партнёром в связи с подозрением на его заболеваемость венерической болезнью. Все респондентки перенесли заболевания, передаваемые половым путём, а ВИЧ/СПИДом были заражены 0,9% женщин в возрасте 18-ти – 24-х лет, 0,3% - в возрасте 25-ти – 34-х лет и 0,2% - в возрасте 35-ти – 44-х лет.

Во всех проведенных нами обследованиях контингентов женщин, сделавших один или более аборт, в Москве (1999, 2003), Таганроге (1998, 2000), Вологде (1998, 2004) в 30-40% случаев женщины отмечали, что нежеланная беременность наступила на фоне использования контрацептивных средств, причём в каждом втором случае это были современные контрацептивные средства. Факт, но - это свидетельство неэффективного использования контрацепции.

Таким образом, полученные данные выявили недостаточность и неэффективность знаний молодёжи об использовании контрацептивных средств, что является естественным препятствием на пути к здоровому образу жизни.

Однако затянувшиеся в обществе дебаты о важности методических и психолого-педагогических подходов к половому воспитанию школьников продолжают наносить серьёзный ущерб сексуальному и репродуктивному здоровью молодёжи. Они должны содействовать формированию, тесному взаимодействию и взаимопониманию между учащимися, преподавателями, детьми и родителями. Во многих странах, осознавших важность работы в этом направлении непосредственно в школах, достигнуты положительные результаты. Так, в 2001 г. в Китае был принят закон о народонаселении и планировании семьи, предусматривающий организацию учебного курса в школах по вопросам психологического здоровья, половой зрелости и сексуального здоровья. В рамках программ UNFPA, направленных на снижение распространённости ВИЧ/СПИДа, много внимания уделяется половому вос-

питанию детей-подростков, что уже привело к значительному снижению показателей распространённости этого заболевания в странах широкого распространения ВИЧ/СПИДа: Монголии, Колумбии, Панаме, Габоне, Гондурасе, Намибии и других. Эти программы включают комплекс мероприятий, таких как пропаганду снижения масштабов потребления наркотиков и алкоголя, возможности заражения в результате полового акта без предохранения, сокращения числа сексуальных партнёров в молодёжной среде, важности диагностики и лечения этих заболеваний, предоставления информации о том, в каких медицинских учреждениях можно получить адекватную помощь.

Позитивный опыт и результаты международного проекта «Комплексные стратегии противодействия распространению ВИЧ/СПИД/ИППП среди молодёжи в Российской Федерации» как пример координации действий на различных уровнях управления в Алтайском крае и Волгоградской области должны быть использованы и в других регионах страны⁷⁵.

3.3.2. Бесплодие

В последние годы для России характерна тенденция роста частоты бесплодных браков, доля которых составляет не менее 15%-20% от числа всех заключённых в России браков.

В исследовании проблем бесплодного брака в Западной Сибири Филиппова О.С. (1999)⁷⁶ показано, что частота бесплодия в изученных субпопуляциях Западной Сибири составляет в традиционном городе 16,7%, в «среднем» городе с развитой автономной промышленностью – 19%, в сельском районе – 17%, что превышает уровень 15%, расцениваемый экспертами ВОЗ, как критический, при котором бесплодный брак представляет собой государственную проблему, вследствие значительного влияния на демографические показатели в регионе. Автор подчеркивает, что во всех изученных субпопуляциях вторичное бесплодие преобладает над первичным (12,9%, 14,9%, 9,2% против 3,8%, 4,2% и 3,8%). При этом установлено, что основными факторами риска по развитию бесплодия в изученных субпопуляциях Западно-Сибирского региона следует считать: работу на промышленных предприятиях, связанных с профессиональными вредностями; нарушение менструальной функции; искусственные аборт; внематочную беременность; заболевания, передающиеся половым путем; использование внутриматочной контрацепции; послеродовые и послеабортные осложнения воспалительного характера;

⁷⁵ Комплексные стратегии противодействия распространению ВИЧ/СПИД/ИППП среди молодёжи в Российской Федерации. Примеры передового опыта в рамках проекта. 2005. 50 с.

⁷⁶ Филиппов О.С. Бесплодный брак в Западной Сибири. Автореф. дисс..... док. мед. наук. М., 1999, 34 с.

оперативные вмешательства на брюшной полости по гинекологическим показаниям.

Исследования показали, что бесплодие среди женщин снижает их социально-психологическую адаптацию, потенциал жизнедеятельности и трудовой активности, повышает число разводов. Поэтому необходимо иметь в виду высокую социально-экономическую значимость бесплодия не только для индивидуумов, но и для семьи и общества в целом. Как отмечает В.И. Кулаков⁷⁷, последние десятилетия XX-го века ознаменовались успешным принципиальным решением проблем диагностики и лечения бесплодия методами вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ).

Важно, чтобы эти современнейшие технологии были широко доступны жителям российских регионов. Так, в 2003 г. в Саратовской области общая заболеваемость бесплодием составила 518,7 случаев на 100000 женщин в возрасте старше 18-ти лет. В функционирующий в Саратове центр планирования семьи и репродукции ежегодно впервые поступает на учёт от 2-х до 3-х тысяч супружеских пар по причине бесплодия⁷⁸.

В среднем каждая третья женщина в России, прошедшая курс лечения бесплодия по методу экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), заканчивает беременность рождением здорового ребёнка. Согласно европейскому стандарту оценки качества лечения по количеству родов в Европе только 14% женщин, прошедших аналогичный курс лечения, вынашивает и рождает ребёнка. В Саратовском центре этот показатель значительно выше и составляет 26%. На сегодняшний день проблема бесплодия в нашей стране остаётся личной проблемой каждой семьи. Стоимость лечения по этой программе колеблется от 40 до 60 тысяч рублей, но для многих супружеских пар, страдающих бесплодием, эта сумма не доступна. К сожалению, лечение бесплодного брака не включено в программу госгарантий и ОМС по оказанию населению России бесплатной медицинской помощи. В 2005 году Правительство РФ выделило саратовским женщинам всего 150 оплаченных квот на программу ЭКО в столичных центрах, что явно недостаточно.

Независимо от обследуемых нами групп молодых женщин, фактически, каждая вторая полагает, что в случае лечения бесплодия оно для неё вряд ли будет доступно. Это отражает одну из важнейших сложностей реализации

⁷⁷ В.И. Кулаков. Репродуктивное здоровье: проблемы, достижения и перспективы. Ж. Проблемы репродукции. №2. 1999. <http://rusmedserv.com/article/articleprint/164/-1/37>. Дата публикации: 08.05.2002

⁷⁸ Н. Смирнова. Счастье обретенного материнства. Цели развития тысячелетия: мнения и опыт российских регионов. Центр «Социальное партнёрство». Москва, 2005. с. 69-70.

репродуктивных прав населения в нашей стране. Доступность процедур вспомогательных репродуктивных технологий во многом определяется не только легитимностью выполнения процедур ВРТ, но и наличием у супругов материальных средств для их оплаты. Использование методов ВРТ наиболее доступно для своих граждан в Бельгии, Чехии, Дании, Франции: в этих странах возможно полное возмещение затрат на лечение бесплодия из фондов страхования при условии их проведения только в государственных клиниках. В ряде стран возмещение затрат может быть осуществлено неоднократно для каждой супружеской пары, например, во Франции - на протяжении первых четырех циклов, а в Дании - первых трех курсов лечения. Методы ВРТ доступны по своей цене для граждан Финляндии, Германии, Израиля и Кореи.⁷⁹

3.4. ОПЫТ ОЦЕНКИ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ СНИЖЕНИЯ ИСКУССТВЕННЫХ АБОРТОВ МОСКВЕ

Для проведения нами экономической оценки эффективности снижения распространённости абортс выбран город Москва, характеризующийся постоянным снижением частоты абортс среди женщин.

Первоначально в связи с актуальностью в настоящее время совершенствования регламентации проведения абортс и снижения их распространённости как в целом по РФ, так и в Москве, особую важность приобретает анализ развития законодательств об абортс в странах, имеющих более низкий уровень частоты использования абортс среди женщин и оценки наиболее оптимальных подходов к развитию законодательств в этой области. Следует отметить, что проведенное исследование показало как и во всем мире, так и в нашей стране данные вопросы находятся в центре политики, раскрывая сложное, а иногда и противоречивое переплетение взаимоотношений между государством, религией, семьей и личностью, затрагивая судьбы и интересы миллионов людей, которые в той или иной степени вынуждены становиться сопричастными к проблемам абортс⁸⁰.

Политика, касающаяся абортс, в известной мере интегрированно отражает цели общества в достижении здоровья и благополучия семьи, подростков, женщин, детей. Вместе с тем она дает характеристику степени пони-

⁷⁹ Е.И. Померанцева, А.Ю. Козлова, О.М. Супруга. Законодательное обеспечение вспомогательных репродуктивных технологий: состояние проблемы. ж. Проблемы репродукции. №2. М., 2001.

⁸⁰ И.П. Каткова, Н.М. Римашевская, Н.А. Кравченко, В.М. Алексеева, Е.В. Андрушина, В.И. Катков. Оценка медико-экономической эффективности программ снижения абортс. Методические рекомендации №2000/177. МЗ РФ. Управление охраны здоровья матери и ребёнка. РАН. ИСЭПН. Федеральная целевая программа «Безопасное материнство». М., 2001. 20 с.

мания и готовности общества к решению проблем охраны репродуктивного здоровья и безопасного материнства.

Все эти процессы, конечно же, неразрывно связаны с особенностями социально-экономического развития страны, уровнем и качеством, принципами оказания медицинской помощи населению и охраны его здоровья, определяются стратегией различных политических партий, общественных движений женщин, молодёжи, медицинских работников, религиозных общин.

Обобщая опыт стран по правовому регулированию статуса аборт, можно отметить, что в основе регламентации права женщин на аборт заложены показания: а) медицинские - узкие (т.е. при серьезной угрозе жизни женщине), широкие (угроза ее здоровью, а также "евгенические" (патология развития плода); б) юридические (изнасилования, кровосмешения); в) социальные и социально-медицинские. Во многих странах аборт разрешается без указания основания. Особое внимание уделено странам, где аборт разрешён по желанию женщины без ограничений (в эту группу стран входит и Россия), анализу становления советского и российского законодательств об абортах, в том числе и периоду, когда они были запрещены.

Существующие особенности системы регламентации проведения аборт в различных странах мира очень сильно влияют на доступность операции аборта, на надежность и достоверность данных о распространенности искусственного прерывания беременности.

Нами были проанализированы законодательства групп стран, в которых проживает 64% населения Земли. Они представляют наибольший интерес в связи с российскими проблемами развития регламентации аборт с позиций защиты репродуктивных прав женщин. Предметом проведенного анализа стали материалы по законодательствам об абортах Канады, Германии, Франции, Италии, Бельгии, Нидерландов, Австрии, Дании, Норвегии, США и других стран, отражающие подходы к принятию законодательных решений по созданию системы проведения аборт и их профилактике, выявить факторы, определяющие безопасность аборта, рассмотреть действующие законодательства об аборте в развитых странах мира с позиций защиты репродуктивных прав женщин. Это позволило выявить как приоритетные мероприятия, направленные на профилактику аборт, так и раскрыть наличие в развитых странах проблем доступности, легальности и своевременности проведения искусственного прерывания беременности, что должно быть обяза-

тельно учтено при разработке аналогичного законодательства федерального или регионального уровней в России.

Особого внимания заслуживает опыт становления системы профилактики абортов в Нидерландах, в стране с одним из самых низких уровнем распространённости абортов. Здесь практически все аборт у женщин, проживающих в Нидерландах, проводятся в финансируемой правительством медицинской службе. Однако существуют медицинские учреждения, специализирующиеся только на проведении абортов, но это не коммерческие структуры. Они должны иметь лицензии на производство абортов. Следует отметить, что большой удельный вес среди пациентов некоторых клиник составляют иностранцы, в их числе жительницы Германии, Бельгии, Испании и Люксембурга (это косвенно свидетельствует о наличии ряда медико-юридических сложностей в процедуре абортов в этих странах). Важно, что прерывание беременности в этих клиниках частично может проводиться на коммерческой основе. При этом, иностранки должны сами оплатить стоимость аборта. Однако женщинам, живущим в Нидерландах, стоимость аборта возмещается.

Важную роль в развитии планирования семьи сыграло правительство Нидерландов. Окончательно сняв в 1969 г. юридические запреты на контрацепцию, оно решило в 1971 г. включить планирование семьи в национальную общественную систему страхования здоровья. В результате гормональные таблетки, внутриматочные средства и диафрагмы стали для женщин бесплатными. Двумя годами позже бесплатной стала и хирургическая контрацепция.

Для потребителей, как полагают голландские исследователи, это было важно не только с финансовой, но и с психологической точки зрения: в их глазах предупреждение нежелательной беременности стало не только личным делом каждого, но и получило статус некой общественной обязанности.

Интересно отметить, что контрацепция была принята и интегрирована в систему первичного медицинского обслуживания, прежде чем были легализованы искусственные аборт. Размер инвестиций в развитие планирования семьи в Голландии был больше, чем в других странах. В итоге сформировалось отношение к проблеме планирования семьи, которое можно охарактеризовать как приоритет использования средств контрацепции с целью профилактики абортов. В этих условиях проведение абортов не стало основным методом планирования семьи.⁸¹

⁸¹ Эверт Кеттинг, Адриан П. Виссер. Контрацепция в Нидерландах: низкий уровень абортов объясним. Планирование семьи. М., 1996. №4. с.31-34.

И всё же в большинстве развитых стран, как показал анализ, существуют различные степени ограничения права женщины на своевременный безопасный и законный аборт. По нашему глубокому убеждению это является своеобразным отголоском проведения скрытой пронаталистической политики.

Опыт скандинавских стран показал: если производство абортот и использование контрацепции являются доступными, а дети получают должное половое воспитание с раннего возраста, то показатели использования контрацептивных средств – высокие, а частота абортот – низкая, что указывает на то, какой из способов удовлетворения своих потребностей предпочитают сами женщины.

Результаты проведенного нами социально-демографического исследования среди абортотующего контингента московских женщин показали наличие накопленных неудовлетворённых потребностей женщин в знаниях о современных методах профилактики абортот, формировании представлений о показаниях и противопоказаниях к их правильному использованию, необходимости большего внимания вопросам охраны репродуктивного здоровья в процессе деятельности медицинских работников. Исследование раскрывает необходимость адекватного совершенствования просветительской и современной профилактической системы охраны материнства и детства сформировавшимся потребностям москвичек через призму жизненных проблем абортотующего контингента женщин. Это обуславливает необходимость разработки эффективной стратегии, призванной обеспечить реализацию репродуктивных прав населения, которая должна проводиться на основе внедрения в практику общенациональных и, в первую очередь, муниципальных комплексных программ по формированию ответственного репродуктивного поведения населения.

Экономическая эффективность является основой так называемого результативного управления, важнейшей составляющей которой является принятие решений в соответствии с адекватностью цели и определяемой ею приоритетностью проводимых мероприятий. Это позволяет наиболее оптимально распределять ресурсы и определять реально достижимые результаты

Такая возможность особенно необходима в условиях перехода в ближайшей перспективе к стратегическому планированию и чёткому формированию комплексных программ, что потребует предварительной оценки распределения ресурсов и проведения проспективного анализа эффективности

их использования, что, в свою очередь, позволит определять параметры и пределы затрат с целью оптимизации соотношений их с заданными результатами. Важно обеспечение достижения цели наиболее экономным способом посредством эффективного использования затрат. Такой подход обеспечивает и выбор наиболее оптимального варианта действий.

Основная цель проведения анализа эффективности – обеспечение условий для её повышения на основе принятия оптимального решения стратегической или тактической задачи, обоснование организационных форм и методов работы, основных направлений и очередности целей и задач формируемых программ. Необходимо иметь в виду, что эффективность тех или иных лечебно-профилактических мероприятий может быть высокой при одном подходе и низкой при другом.

Проводимые в настоящее время мероприятия по снижению распространённости искусственных аборт, с нашей точки зрения, носят не столько характер чётких конкретных программ, определяющих цели, задачи, достижение конкретных результатов и необходимых затрат для обеспечения их рентабельности, сколько являются отдельными разрозненными, хотя и направленными на снижение и профилактику абортов, мероприятиями. Всё это служит препятствием для приоритетного финансирования мер по профилактике абортов.

В основу оценки экономической эффективности снижения числа абортов положен принцип стоимостного анализа. Основным измерителем является «средняя стоимость случая одного аборта». Расчёт стоимостных характеристик проведен на основе данных, полученных в результате анализа объёма оказываемой медицинской помощи абортирующему контингенту женщин, а также женщинам, использующим для предохранения от нежеланной беременности гормональную контрацепцию и внутриматочные спирали, в женских консультациях и гинекологических стационарах. При этом были использованы официальные методические документы и ряд учебных пособий по репродуктивному здоровью⁸².

⁸² 1. Инструкция по расчёту стоимости медицинских услуг (временная). М., МЗ РФ. РАМН. 2000. 40 с.; 2. Базовая программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (в редакции Постановлений Правительства от 26 октября 1999 г. №1194, от 29 ноября 2000 г. №907, от 24 июля 2001 г. №550); 3. Инструкция о медицинских стандартах по планированию семьи. №06/13-10 от 26.03.98. М., МЗ РФ. 1998; 4. Методические рекомендации по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. МЗ РФ. ФФОМС. МФ РФ. М., 2001; 5. О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях. МЗ РФ, Приказ №50 от 10 февраля 2003 г. М., 2003; 6. Схемы динамического наблюдения женщин, прервавших беременность и применяющих различные методы контрацепции. (в кн. Акушерская и гинекологическая по-

Достоинство стоимостного подхода в том, что он в определенной мере универсален. Так, анализ стоимости аборта в динамике может отразить, с одной стороны, объём и качество медицинского обслуживания женщин, а с другой, экономический ущерб за счет роста стоимости одного случая. Например, рост стоимости аборта за счет увеличения суммарного времени на медицинское обслуживание может быть следствием низкого качества помощи или наличия послеоперационных осложнений и т. д. Однако следует помнить, что даже при хорошем качестве помощи и неизменённом объеме медицинских услуг и затраченного времени стоимость аборта может расти за счет общего роста стоимости как медицинских услуг, так и размеров создаваемого национального дохода в день на одного работающего. Чем выше производительность труда, тем и выше «цена» одного дня трудопотерь. Все это требует внимательного анализа этого показателя и правильной трактовки динамики изменений стоимости по годам. При необходимости сравнение можно провести с использованием различных методов стандартизации.

Нами проведен расчёт экономического ущерба, связанного с современными тенденциями распространённости аборт, стоимостью их профилактики, а также рассмотрена модель обеспечения эффективности их дальнейшего снижения.

В качестве рабочего инструмента мы пользовались электронными таблицами Excel 10, куда была введена доступная из разных источников статистической информация об абортах в г. Москве. В основном, это была информация Министерства здравоохранения Российской Федерации за последние три года 2000-2002.

Схема анализа представляла проведение расчётов существующих и возможных затрат по всему циклу оказания медицинской гинекологической помощи женщинам в связи с проведением аборт или профилактикой аборт в виде использования средств контрацепции.

В выражении стоимости аборта можно различить общую стоимость медицинского обслуживания в связи с аборт, состоящую из стоимости ам-

мощь. Приложение 9. Под ред. акад. РАМН В.И. Кулакова. М.: «Медицина». 1995. с. 290-295); 7. Н.М. Римашевская, И.П. Каткова, Н.А. Кравченко, В.М. Алексеева, Е.В. Андрияшина, В.И. Катков. Оценка медико-экономической эффективности программ снижения аборт. Методические рекомендации. МЗРФ, 2001. 20 с.; 8. Руководство по охране репродуктивного здоровья. Колл. авторов – М.: «Триада-Х». 2001. с.342-366; 9. О повышении тарифных ставок (окладов) единой тарифной сетки по оплате работников организаций бюджетных сферы». Постановление Правительства Российской Федерации от 06.11.01. №775; 10. Robert A. Hatcher, Ward Rinehart, R. Blackburn, Judith S. Geller. The Essentials of Contraceptive Technology. Robert A. Hatcher and the Johns Hopkins Center for Communication Programs. 1997. p.p. 4-18 – 4-20.

булаторно-поликлинической помощи и стоимости стационарной помощи, экономический ущерб в связи с временной нетрудоспособностью в связи с проведением аборта, ущерб в связи с затратами на лечение возникших осложнений.

Нами был апробирован методический подход к расчёту экономических потерь бюджета здравоохранения г. Москвы от проведённых в 2000, 2001 и 2002 годах аборт в дневных стационарах женских консультаций и гинекологических отделениях государственных медицинских учреждений⁸³.

Несмотря на достаточно заметное снижение числа аборт по годам (2000, 2001 и 2002 гг.) с 74267, 61992 до 56843 аборт, стоимость проведения аборт выросла, соответственно, с 160 млн. 448 тыс. рублей в 2000 г., до 171 млн. 696 тыс. в 2001 г. и до 195 млн. 250 тыс. рублей в 2002 г. Такое расхождение в тенденциях изменений числа аборт и их стоимости определяется изменениями в стоимости денег по годам в результате инфляционных процессов, с одной стороны, и росте уровня жизни населения, с другой. Был проведен пересчёт стоимостных характеристик рассматриваемых ситуаций снижения числа аборт по годам в ценах 2000 г. в 2-х вариантах.

В первом варианте рассчитывалась средняя стоимость одного аборт (без учёта вида аборт: мини, искусственный, неосложнённый, осложнённый, осложнённый пролеченный в гинекологическом стационаре и т.д.) для каждого из рассматриваемых годов. В текущих ценах эти значения составили 2160, 2770 и 3435 рублей на один аборт. По средней стоимости одного аборт в 2000 г. была рассчитана стоимость всех проведенных аборт в 2000-2002 гг. Налицо имеется явная тенденция к снижению стоимостей: с 160 млн. 448 тыс. рублей в 2000 г., до 133 млн. 929 тыс. в 2001 г. и до 122 млн. 805 тыс. рублей в 2002 г.

Второй вариант расчётов был проведен более детально. Учитывались все параметры, влияющие на стоимости всех неосложнённых и осложнённых аборт, по тарифным ставкам медицинского обслуживания 2000 года, макроэкономические показатели развития в 2000 г., нормативы стоимостных потерь по временной нетрудоспособности 2000 г. и т.д. Суммарная стоимость всех видов аборт (не осложнённых и осложнённых, мини и искусственных) в Москве по ценам 2000 года, снижалась более существенно со 160,5

⁸³ И.П. Каткова, Н.М. Римашевская, Н.А. Кравченко, В.М. Алексеева, Е.В. Андрюшина, В.И. Катков. Медико-экономическая эффективность снижения искусственных аборт в г. Москве. Методические рекомендации. Россия XXI век. Российская академия наук. Институт социально-экономических проблем народонаселения. Приложение к журналу «Народонаселение». Научная серия «Здоровье населения». М.: Издательство МАКС Пресс. 2004. 71 с.

млн. рублей в 2000 г. до 124,5 млн. рублей в 2002 г. В процентах снижение затрат на проведение аборт в ценах 2000 г. составило в 2001 г. 18%, а в 2002 г. – на 29% по сравнению с затратами в 2000 г.

Однако при моделировании ситуации по изменению показателя доли мини-абортов в общем числе аборт, например, в условиях 2002 г. с 0,15 до 0,90, что является почти идеальным вариантом ситуации по аборт, 2-й вариант расчёта стоимости показывает снижение стоимости уже на 52% точнее 1-го метода. А в реальных цифрах, практически в 2 раза могли быть снижены затраты на проведение аборт (на 98%) в 2002 г., если бы удалось «заменить» большую часть аборт мини-абортами (гипотетическая доля мини-аборт 0,9 против реальной - 0,15 в 2002).

В более общем виде универсальность показателя стоимости одного аборт состоит ещё и в том, что при его помощи, зная частоту аборт на 1000 женщин фертильного возраста, можно подсчитать экономический ущерб в связи с абортами на конкретной территории.

Экономический эффект от снижения аборт имеет смысл рассчитывать, если рассматривается ряд каких-либо мероприятий, направленных на снижение числа аборт. При этом разность показателей в динамике за ряд лет будет характеризовать предотвращенный ущерб от аборт.

Нами была предпринята попытка просчитать динамику стоимостных характеристик использования контрацептивных средств в условиях г. Москвы, основные показатели которых приводятся в информационных сборниках Госкомстата и МЗ РФ. Мы выбрали значения показателей использования внутриматочных и гормональных средств для предохранения от нежеланной беременности женщинами Москвы за период 2000 – 2002 гг.

Для реализации алгоритма получения результатов расчётов использованы электронные таблицы Excel 10, в которые предварительно были введены стоимостные показатели амбулаторно-поликлинической помощи женщинам, обратившимся в женские консультации для решения вопросов по предохранению от беременности с помощью ВМС и гормональных средств контрацепции, показатели стационарного обслуживания в связи с осложнениями от применения контрацепции, экономические потери, связанные с временной потерей трудоспособности женщин в связи с прерыванием беременности и др.

За период 2000 – 2002 гг. значения показателей, отражающих стоимость лечебно-профилактических услуг, рассчитанных в ценах базового

2000 года, составляли: 12,934 млн. руб., 11,837 млн. руб. и 11,058 млн. руб. - расходы в связи с использованием ВМС, и 20,282 17,477 млн. руб. и 22,889 млн. руб. - расходы в связи с применением гормональной контрацепции, соответственно. Практически наблюдается тенденция к снижению затрат на ВМС по годам, и незначительный рост затрат на 2,5 млн. руб. в 2002 г. на гормональную контрацепцию. Относительно общих вложений в стоимость лечебно-профилактических услуг использования обоих видов контрацепции можно сказать, что расходы практически остаются на одном и том же уровне: 33,216 млн. руб. в 2000 г, снижение - до 29,314 млн. руб. в 2001 г. и 33,947 млн. руб. в 2002 г.

Что можно сказать по этому поводу? Стоимости, затраченные на проведение аборт в 2000-2002 гг. в сопоставимых ценах 2000 г. составляли в млн. рублей, соответственно 160,448; 136,293 и 124,520. Число аборт снижається и затраты, соответственно, также уменьшаются. Но, много это или мало?

Для проведения оценки по критерию экономической эффективности снижения числа аборт мы анализируем соотношения затрат на профилактику аборт ($\sum C_{\text{проф.аб.}}$) и полученного эффекта (предотвращённого ущерба) в результате их снижения ($\sum \Pi У_{\text{от аборт}}$).

Условно, рассматривая 2000 год как базовый, имеем предотвращённый ущерб по годам, соответственно: 0; 24,155; 35,929 млн. руб. При этом суммарные затраты на медицинские услуги в связи с использованием контрацепции, соответственно, составили 33,216; 29,314 и 33,947 млн. руб. Таким образом, суммарный предотвращённый ущерб в связи с проведением аборт $\sum \Pi У_{\text{от аборт}}$ за три года составил 60,084 млн. руб., а суммарные затраты на контрацепцию $\sum C_{\text{проф.аб.}}$ за эти же годы – 96,477 млн. руб. При таком раскладе имеем экономическую эффективность от снижения аборт, равную $ЭЭ_{\text{от сниж.аборт}} = 0,623$. Т.е. практически: на 1 рубль затрат на снижение аборт возврат составил 0,623 рубля.

Следует обратить внимание на относительную условность решения вопроса таким образом. Дело в том, что, вкладывая средства в профилактику аборт с помощью рассматриваемых видов контрацепции, по всей вероятности, ставилась задача уменьшить число аборт с позиций чисто медицинских, вопросы экономической эффективности таких вложений не рассматривались. Во всяком случае, данных об этом мы не встречали. С другой стороны, в рассматриваемом примере нами не учитывались расходы на другие

средства профилактики (стерилизация женщин или мужчин, затраты на рекламу противозачаточных средств и т.д.), а также возможные дополнительные затраты на компенсации средств по инвалидности, от смертности женщин при производстве аборт (а такие случаи описаны в литературе).

Тем не менее, в рассмотренном нами гипотетическом варианте при условной величине доли мини-аборт, равной 0,9, мы уже получили бы возврат вложенных в профилактику средств за счёт использования ВМС и гормональной контрацепции. Затраты на проведение аборт в этом случае (2002 г.) составили бы уже 81,272 млн. руб., что могло отразиться на суммарной величине предотвращённого ущерба от аборт и составившего уже 103,331 млн. руб. При сохранившейся суммарной величине затрат на профилактику аборт, имели бы экономическую эффективность от снижения аборт, равной $ЭЭ_{\text{от сниж.аборт}} = 1,071$.

Анализ тенденций распространённости аборт и использования противозачаточных средств при анализе объёмов и стоимости используемой при этом медицинской помощи позволили выявить наличие проблемы обеспечения рентабельности снижения аборт в рамках государственных медицинских учреждений в Москве. В целях дальнейшего повышения медико-экономической эффективности необходимо переходить к комплексному формированию программ по профилактике аборт. Наряду с решением вопросов обеспечения медицинской и социальной эффективности в основу их разработки должна быть положена прогностическая оценка выявления степени рентабельности путей, приводящих к достижению конкретно поставленных целей. При этом в качестве базовой основы при проведении количественного анализа эффективности перспективных программ может выступать метод анализа, изложенный в настоящей работе.

Глава IV. ПРОБЛЕМЫ СНИЖЕНИЯ В РОССИИ ПРЕДОТВРАТИМОЙ СМЕРТНОСТИ

4.1. РОЛЬ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СНИЖЕНИИ ПРЕДОТВРАТИМОЙ СМЕРТНОСТИ

Согласно перспективным планам социально-экономического развития Россия к 2020 году должна войти в число ведущих экономически сильных держав мира. Важнейшим препятствием на пути этого прогресса могут стать как дефицит трудовых ресурсов, так и факторы, обуславливающие снижение потенциала здоровья трудоспособного населения.

Всё это обязывает к углубленному осмыслению имеющихся в отдельных странах, а также в группах стран, различающихся по уровню дохода, как достижений, так и нерешённых вопросов в охране здоровья населения, предвидение которых в России сможет содействовать своевременному предвидению и нивелированию их возможных неблагоприятных последствий в процессе реформирования российского здравоохранения. Необходимо иметь в виду, что особо нас должны интересовать и страны, которые представляют наименее развитые регионы мира, но где формируются основные российские трудовые потоки мигрантов.

В этом аспекте представляет большой интерес имеющаяся информация относительно наиболее вероятных прогностических оценок возможных изменений в глобальном здоровье к 2030г. Оно представлено ведущими экспертами ВОЗ в неразрывной связи с возможными социально-экономическими и демографическими особенностями развития регионов мира^{84,85}.

Именно с позиций, отмеченных выше, в настоящей работе рассматриваются назревшие проблемы отечественного здравоохранения. При этом необходимо заметить, что избранный развитыми европейскими странами подход к формированию программ повышения эффективности системы охраны здравоохранения основан на понимании того, что система здравоохранения – это все организации, структуры и ресурсы, предназначенные для реализации действий, цель которых – укрепление, поддержание и восстановление здоровья, в значительной степени предопределяет здоровье и успешность жизнедеятельности населения. Такой подход предполагает проведение избранных межотраслевых действий, при которых организаторы системы здравоохра-

⁸⁴ Colin D. Mathers; Dejan Loncar. Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. <http://www.medscape.com/viewarticle/550284>. (по состоянию на 15.09.2008). PLoS Med. 2006; 3 (11). P.p. 2011-2030.

⁸⁵ World Health Statistics, 2007, p. 12; 2006, p. 19; 2008, p. 29-31.

ния принимают на себя ответственность за инициирование и поддержку усовершенствований в областях, находящихся за пределами их непосредственного контроля. Назревшие проблемы повышения эффективности здравоохранения, уровень научных достижений находят яркое отражение в показателях смертности и средней продолжительности жизни, которые могут служить мониторинговыми показателями популяционного здоровья населения: они представляет собой интегральные индикаторы, кумулируют в себе информацию о здоровье всего общества и отдельных индивидуумов, отражая социально-экономические условия и состояние генетического фона.

Происходящие в мире процессы глобализации социального и экономического развития, согласно базовым прогностическим оценкам ВОЗ, к 2030 году приведут к значительному снижению смертности от всех наиболее значимых инфекционных, материнских, перинатальных и обусловленных питанием заболеваний, за исключением ВИЧ/СПИДа. Полагают, что доля умерших от неинфекционных заболеваний в 2030 г. будет составлять не менее 70%: в мире будут доминировать четыре причины смертности: ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярные заболевания, ВИЧ/СПИД и хронические обструктивные заболевания лёгких.

В странах с самым низким уровнем дохода ишемические заболевания сердца, наряду с цереброваскулярными болезнями так же, как и в странах с высоким уровнем доходности, войдут в число лидирующих трёх причин смерти. Высокую вероятность развития такого сценария подтверждают данные доклада Всемирного банка⁸⁶ о том, что в настоящее время более высокая распространённость неинфекционных заболеваний (НИЗ) и травм выше в менее развитых странах, включая и Россию, и среди групп населения с низким доходом. Это обусловлено тем, что именно для этих групп населения в большей степени характерна повышенная интенсивность неблагоприятного влияния таких риск-факторов, ведущих к НИЗ, как алкоголизм, курение, малоподвижный образ жизни, высокое потребление жиров и углеводов, ожирение, стресс и высокое артериальное давление. Кроме того, для них характерен высокий уровень недоступности медицинской помощи.

Проведение политики, направленной на снижение к 2025 году в России уровня смертности от неинфекционных заболеваний и травматизма до современного уровня этих показателей в развитых странах Западной Европы

⁸⁶ Colin D. Mathers; Dejan Loncar. Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. <http://www.medscape.com/viewarticle/550284>. (по состоянию на 15.09.2008). PLoS Med. 2006;3(11). P.p.2016-2020

(15 первых стран ЕС), может дать социально-экономический эффект, равный по объёму 28,9% российского ВВП в 2002 г. Для того чтобы России догнать эти страны по ожидаемой продолжительности жизни необходимо добиться ежегодного сокращения числа умерших от неинфекционных заболеваний на 3-4 % в год⁸⁷.

Учитывая чрезвычайную актуальность проблемы снижения смертности населения в РФ, нам хотелось бы рассмотреть значимость для развития российского здравоохранения до 2020 г. стратегии сокращения смертности, учитывающей оценки вероятности предотвратимости её причин, исходя из уровня эффективности функционирования национальных систем здравоохранения, к показавшей высокую эффективность в развитых странах на протяжении последних более тридцати лет⁸⁸.

Известно, что предотвратимые причины смертности – это те причины смерти, неблагоприятное влияние которых, с одной стороны, может быть сокращено за счёт широкого использования достижений современной медицины и системы здравоохранения в профилактике заболеваний, укреплении здоровья и оказании лечебной помощи, положенных в основу чётко обоснованных целенаправленных и интегрированных в программы воздействий. С другой стороны – разработка и рассмотрение перечня таких причин должны опираться и на реальные наиболее оптимальные и эффективные подходы деятельности, опыт которой имеется в национальных системах здравоохранения.

Используемые при этом в западноевропейских странах научно-организационные подходы к снижению смертности удивительно просты, но достаточно емки. Они зиждутся на результатах многочисленных многолетних исследований взаимосвязей потенциалов здравоохранения и национальных экономик.

Российская система здравоохранения испытывает тяжести двойного бремени болезней, обуславливающих принятие экстренных первоочерёдных мер как по снижению смертности от неэпидемических, так и эпидемических заболеваний остро нуждается в наиболее эффективном использовании имеющихся ресурсов. Для этого важно разработать механизмы наиболее оп-

⁸⁷ «Рано умирать». Проблемы высокого уровня заболеваемости и преждевременной смертности от неинфекционных заболеваний и травм в Российской Федерации и пути их решения. Регион Европы и Центральной Азии. Департамент развития человеческого потенциала. Всемирный Банк. 2005. с. xxiii.

⁸⁸ И.П. Каткова, Е.В. Андриюшина, В.И Катков. Социально-демографические проблемы формирования мониторинга системы охраны здоровья населения в РФ. ж. Народонаселение. М., 2009. № 2. С. 32-46.

тимального сочетания как на стратегическом, так и на оперативном уровнях поэтапного усиления взаимосвязей между вертикальными и горизонтальными программами развития здравоохранения, зависящих от уровней оказания первичной медико-санитарной помощи.

Главной особенностью эффективной реализации избранных в западно-европейских странах подходов к формированию целевых программ различных интервенционных вмешательств, в частности, по снижению смертности, является выбор достаточно конкретной интегративной по своей сути цели. Анализ динамики сокращения предотвратимой смертности в странах Западной Европы и США показал, что в среднем за период 1997-1998 гг. по 2002-2003 гг. она снизилась на 23% от общей смертности в возрасте до 75 лет у мужчин и 32% - у женщин⁸⁹.

Исследование⁹⁰ изменений в предотвратимой смертности по 20 государствам-членам ЕС с 1990 по 2002 гг. показало всё ещё сохраняющуюся значимость смертности от поддающихся лечению состояний, которая составляла 13% и 30% от общей смертности у мужчин в возрасте до 75 лет (Нидерланды и Болгария, соответственно) и 26% и 44% у женщин (Швеция и Румыния, соответственно).

В отличие от традиционных российских подходов формирования разрозненных целевых программ, так называемых вертикальных (автономных) программ, например, ориентированных на снижение заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний, ВИЧ/СПИДа и других, программы стран Западной Европы в этом направлении преимущественно ориентированы на использование, так называемых горизонтальных программ, интегрированных непосредственно в деятельность систем здравоохранения.

Согласно оценке экспертов ВОЗ и Всемирного банка⁹¹ вертикальные программы мешают развитию комплексных подходов, которые необходимы для преодоления социальной несправедливости и решения проблем, связанных с более широкими детерминантами здоровья, оказывая тем самым отрицательное влияние на процесс развития здравоохранения.

Полагают, что они по своей природе дают неплохой эффект в тех случаях, когда состояния, для борьбы с которыми они предназначены, имеют

⁸⁹ Nolte E, McKee M. Measuring the health of nations: Updating an earlier analysis. Health affairs, January/February 2008, 27, p. 59-65

⁹⁰ Newey C et al. Avoidable mortality in the enlarged European Union. Paris, Institut des Sciences de la Santé, 2004. 3: 275.

⁹¹ Укрепление систем здравоохранения. Информационная записка. ВБ., Москва-Вашингтон, Ноябрь, 2005.

одну конкретную причину. Однако они менее эффективны в реагировании на состояния с множественной этиологией, как, например, сердечно-сосудистые заболевания, рак, туберкулез, ВИЧ-инфекция и инвалидность, т.к. люди, имеющие одновременно несколько болезней или факторов риска, не могут получить полного спектра услуг в одном месте или в одно время. Поэтому разработка в нашей стране программ, нацеленных на снижение предотвратимой смертности и проведение комплексного систематического интегративного мониторинга хода её реализации чрезвычайно актуальна.

Значимость этой проблемы можно проиллюстрировать избранными целями снижения смертности в нашей стране, представленными в ряде документов. Так, в Докладе о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации (2005)⁹² подчёркивается важность снижения предотвратимой смертности от неинфекционных заболеваний. В комментариях к трём мониторинговым показателям снижения смертности от ишемической болезни сердца и от cerebrovasкулярных болезней, внешних причин в качестве целевой установки содержится отчаянная ориентировка – «возвращение к или хотя бы незначительное улучшение по сравнению с уровнем середины 1980-х годов».

В этом же документе в комментариях к целевым показателям возможного снижения распространённости курения отмечается «снижение для мужчин, хотя бы сдерживание - для женщин». В то же время в «Основных параметрах прогноза» (2008)⁹³ в качестве целевых показателей снижения смертности избрана смертность в целом, от болезней системы кровообращения и от несчастных случаев, отравлений и травм.

Для консолидации усилий исполнительной и законодательной ветвей власти по снижению смертности населения в России нами предлагается рассмотреть вопрос о целесообразности и преимуществах использования уровня предотвратимой смертности и её важнейших компонентов в качестве мониторинговых показателей эффективности мер демографической политики как на федеральном, так и на региональном уровне.

В целях большего учёта уровней и эффективности национальных систем здравоохранения при формировании системы мониторинга показателей смертности, как свидетельствует опыт европейских стран и США, имеет

⁹² Приложение к Докладу о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации 2005. Россия в 2015 году: цели и приоритеты развития. с. 17.

⁹³ Основные параметры прогноза социально-экономического развития РФ на период до 2020-2030 годов. Приложение к Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации. Проект. Минэкономразвития России. М., 2008, с.90.

большое значение проведение модификации списка предотвратимых причин смерти, широко используемое в странах ЕС. Безусловно, это требует организации проведения экспертных оценок как на федеральном, так и региональном уровнях для формирования списка таких причин и определения тех уровней показателей, до которых на данном этапе развития здравоохранения может быть снижена, в первую очередь, предотвратимая смертность⁹⁴. С нашей точки зрения, имеющийся опыт обоснования возможных достижимых уровней снижения предотвратимой смертности в российских условиях показал весьма большую перспективность использования такого подхода при формировании мониторинга демографических процессов в России, становление которого имеет место в настоящее время.

За основу была взята одна из последних европейских разработок в этой области⁹⁵, согласно которой, к предотвратимой относится смертность от 24 причин и классов причин, разделенных на три основные группы, в соответствии с тремя уровнями профилактики. Анализ показателей предотвратимой смертности проводился для возрастной категории населения 5 лет - 64 года.

Предотвратимая смертность российского населения (как и европейцев) определяется в первую очередь причинами 1 группы, смертность от которых во многом зависит от первичной профилактики (81,8% для мужчин и 67,4% для женщин). Эта группа включает причины, во многом определяемые стилем жизни, в основном тем, что принято называть вредными привычками, наиболее важными из которых являются потребление алкоголя и табака. На втором месте по уровню предотвратимой смертности в России оказались болезни 3 группы, для снижения смертности от которых в первую очередь необходимо улучшить лечение и медицинскую помощь (17,9% для мужчин и 19,6% для женщин). Третье место занимают болезни 2 группы, за смертность от которых ответственны своевременное выявление и ранняя диагностика (0,3% для мужчин и 13,0% для женщин).

Нами разделяется позиция авторов, которые, несмотря на затянувшийся российский системный кризис здравоохранения, всё же для расчётов реально предотвратимых причин смертности использовали уже имеющиеся в России в 2001 г. минимальные показатели смертности от каждой из рассмат-

⁹⁴ Т.Я. Четвернина. О состоянии и тенденциях демографического развития Российской Федерации. (проблемы смертности и продолжительности жизни). Проект ЮНФПА «Содействие разработке и реализации региональных стратегий развития народонаселения». Минздравсоцразвития РФ, Фонд ООН по народонаселению. М. 2004. с. 58-70.

⁹⁵ Holland, W. W., European Community Atlas of Avoidable Death'. Commission of the European Communities Health Services Research Series Oxford Medical Publications 1997

риваемых причин по федеральным округам. Основываясь на этой модели, они попытались оценить возможные предотвратимые потери российского населения.

В целом же потери, предотвратимые мерами первичной профилактики, составили 27,9% для мужчин и 34,6% для женщин, т.е. от причин смерти 1 группы в России в 2001 г. могло умереть практически на треть меньше людей, чем в реальности.

Что касается болезней 2 группы (вторичная профилактика), к которым относились исключительно онкологические расстройства, то реальное число умерших от этих причин превышало минимально возможное для мужчин на 44,4%, для женщин – на 15%; т.е. более 3 тысяч человек в 2001 г. могли быть спасены, если бы ранняя диагностика во всех российских регионах была на должной, уже реально достигнутой в России, высоте.

Таким образом, в 2001 г. число умерших, благодаря улучшению лечения и медицинского обслуживания (3-я группа причин), можно было снизить на 26,5% в мужской и на 28,5% в женской популяциях, т.е. – почти на 30 тысяч человек.

Интересен опыт Краснодарского края по реализации стратегии снижения уровней предотвратимой смертности на основе составления списка предотвратимых причин и их всесторонней экспертной оценки. Он послужил основанием для районирования территорий края в зависимости от уровней предотвратимой смертности и проведения детального разбора каждой причины её обуславливающей, оценкой роли качества и доступности оказания медицинской помощи в этом процессе.

Удельный вес предотвратимых мерами первичной профилактики причин 1 группы составил 75,2% от всех предотвратимых причин.⁹⁶ При ранжировании показателей смерти от первой группы предотвратимых причин на первом месте находятся травмы, отравления и др. внешние причины, составляющие 55,6% от всех причин 1 группы. На втором месте – цереброваскулярные болезни – 22,0% и на третьем месте – болезни печени, в том числе фиброзы и циррозы печени – 10,7%. Данные причины смерти могли быть предотвращены.

Удельный вес предотвратимых причин 2 группы от всех предотвратимых причин невелик, и составил 4,9%.

⁹⁶ Здоровье населения и здравоохранение Краснодарского края в 2006 году. Департамент здравоохранения Краснодарского края. Медицинский информационно-аналитический центр. -2007. с. 13-14.

Удельный вес случаев смерти от предотвратимых причин 3 группы за 12 месяцев 2006 года составил 19,8% от всех предотвратимых причин и занимает 2 место. Следует отметить, что определяют данную группу преимущественно случаи смерти от инфекционных и паразитарных заболеваний (43,0%) и заболеваний органов дыхания (31,4%). На третьем месте по значимости находится смертность от гипертонической болезни (8,2%).

Интегральная оценка существующих различий детской смертности, разработанная ведущими педиатрами страны⁹⁷, с позиции предотвратимости причин смерти явилась главным инструментом медико-организационного (экспертного) анализа, позволившего установить ближайший резерв снижения детской смертности.

С точки зрения авторов, в настоящее время в российских условиях к причинам непредотвратимой (или малопредотвратимой) детской смертности следует отнести врожденные аномалии (смертность от которых во всем мире предотвращается в очень малой степени), а также сердечно-сосудистые и онкологические заболевания. Что касается предотвратимой детской и подростковой смертности, то львиную долю ее обуславливают травмы и отравления, а также смертность от болезней органов дыхания и пищеварения.

4.2. СМЕРТНОСТЬ, ОБУСЛОВЛЕННАЯ КУРЕНИЕМ

В результате исследования различий в темпах изменения предотвратимой смертности за последние 37 лет было установлено, что, например, темпы изменения предотвратимой и непредотвратимой смертности российских подростков в мужской популяции на Северо-западе, в Центральном округе, на Урале характеризуются ростом предотвратимой смертности на фоне снижения непредотвратимой. В Поволжье и Сибири предотвратимая смертность росла существенно более высокими темпами, чем непредотвратимая, а в благополучном Южном округе, наоборот, непредотвратимая смертность росла быстрее предотвратимой. Это подчёркивает важность дифференциации региональных стратегий снижения детской смертности в России и углубленного (на основе проведения целенаправленного мониторинга) рассмотрения причин существующих различий в соотношении предотвратимой и непредотвратимой смертности на данном этапе развития здравоохранения.

Весьма существенным дополнением к мониторингу тенденций предотвратимой смертности может служить анализ динамики смертности населения, связанной как с курением (включает анализ и учёт таких заболеваний,

⁹⁷ А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий. Смертность детского населения России. Серия «Социальная педиатрия». М., Изд-во «Литтерра». 2007. с. 172-174.

как: рак полости рта, зева, трахеи, бронхов, лёгкого, пищевода, ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярные заболевания, хронические обструктивные заболевания лёгких и др.), так и употреблением алкоголя⁹⁸ (рак пищевода, гортани, печени, алкогольные психозы, хронические заболевания печени, циррозы, внешние причины смерти), широко используемые в практике ВОЗ.

Этот вид смертности является важнейшей структурной компонентой предотвратимой смертности. В 2005 г. каждый пятый житель планеты курил. В среднем число курящих мужчин более чем в 4 раза превышает число курящих женщин. Около двух третей курильщиков живут в 10 странах, в том числе - в Бангладеш, Индии, Индонезии, Японии, России и США, население которых составляет около 58% от общей численности населения Земли.

Распространённость курения может обусловить смертность 5,4 млн. человек в 2005 г., 6,4 млн. человек – в 2015 году и 8,3 млн. человек – в 2030 г.

Согласно базовому сценарию прогноза смертность населения Земли, обусловленная курением, к 2015 г. будет включать 33 процента случаев смерти от онкологических заболеваний, в 29 проценте случаев – от сердечно-сосудистых заболеваний, от болезней верхних дыхательных путей – в 29 проценте случаев (из них – 90% хронические обструктивные заболевания лёгких).

Установлено, что каждый второй-третий курящий человек погибает от причин, обусловленных курением, каждый курящий в среднем живёт меньше на 15 лет. Полагают, что курение к 2015 году приведёт к смерти на 50% больше людей, чем от ВИЧ/СПИДа и обусловит 10% среди всех случаев смерти. При этом число смертей сократится на 9% между 2002 и 2030 годами в странах с наивысшим уровнем дохода, но в 2 раза увеличится – в странах с низким и средним уровнями, приводя к смерти 6,8 млн. человек.

Сравнительные исследования⁹⁹ распространённости ежедневного потребления табака выявило интересные тенденции. Для развивающихся стран характерно: курение превалирует среди наиболее бедных групп населения. В то же время в Европейском регионе отмечается противоположная тенденция: число курящих больше в наиболее обеспеченных группах населения по сравнению с беднейшими группами. Хотя интересно, что разница достигает всего 5-7%. Куда дальше пойдёт развитие процесса? Вполне возможно предпо-

⁹⁸ В практике РОССТАТА используются показатели смертности от причин, связанных с физическим употреблением алкоголя. Они чрезвычайно важны, но вероятно в 3-4 раза занижают масштабы последствий алкоголизации населения.

⁹⁹ WHO's World Health Survey (2003-2004)

жить, что европейская беднота обгонит по распространённости курения «свою» наиболее обеспеченную группу.

Исследования демографов¹⁰⁰, проведенные в 2000 г., выявили в России 12-летний разрыв в продолжительности жизни для некурящих и выкуривающих 20 и более сигарет в день. При этом отмечается, что результаты проведения «Программы липидных клинических исследований» за 1970-1990 гг. показали, что влияние курения на дожитие в России такое же, как и в других странах. В связи с этим считаем важным проанализировать данные международного странового мониторинга этого (обусловленного курением) вида смертности, проводимого ВОЗ, где, к сожалению, отсутствуют данные по России (рис. 6).

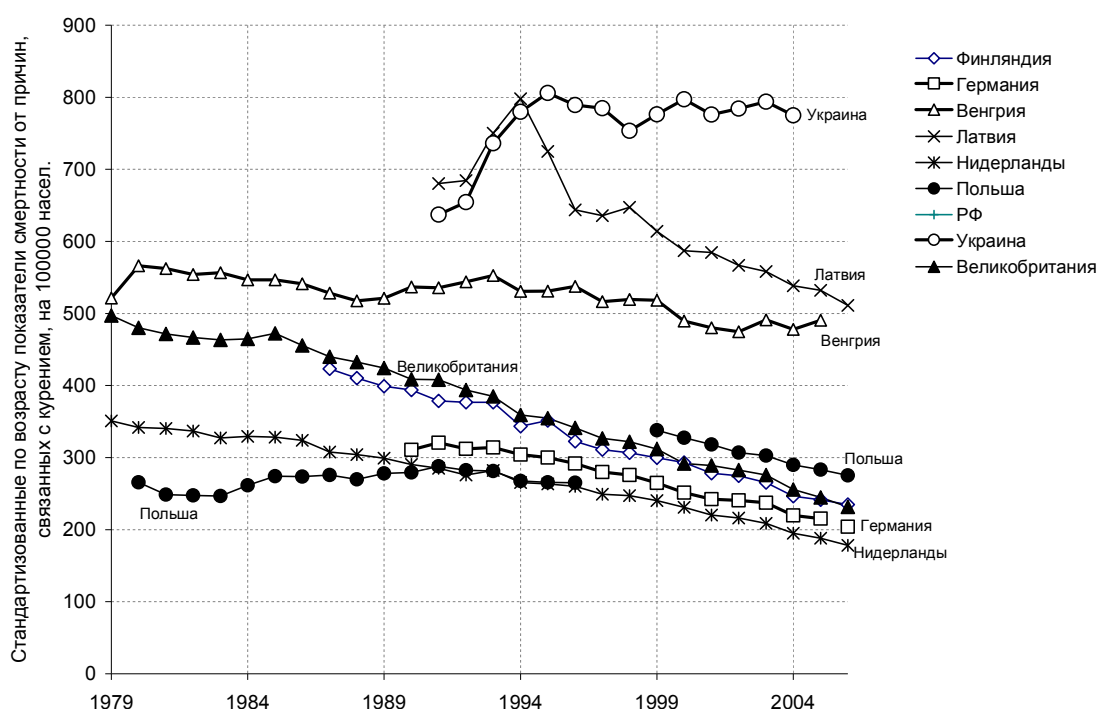


Рис. 6. Стандартизованные по возрасту показатели смертности от причин, обусловленных курением за период 1979-2006 гг., на 100000 населения

Построено по данным: European health for all database. World Health Organization. Regional Office for Europe. 2008.

Анализ **рис. 6** позволяет отметить, что среди анализируемых здесь стран за период 1979-2006 гг. наивысшие уровни смертности, связанной с курением, отмечаются в Латвии в 1994 г. и далее она имеет ярко выраженный тренд к снижению. При этом чётко прослеживается тенденция к росту этого показателя смертности в Украине и Латвии. Заметим, что в Украине число ежедневно регулярно курящих мужчин в возрасте старше 15 лет за период с

¹⁰⁰ Е.М. Андреев, Д.А. Жданов, В.М. Школьников. Смертность в России через 15 лет после распада СССР: факты и объяснения. Социальная политика: экспертиза, рекомендации, обзоры. №6. 2007. с.125

1985 по 2005 гг. увеличилось с 48,5% до 62%, среди женщин, однако, за этот же период оно сократилось с 20,5% до 17%. Уровень потребления сигарет в Латвии составил для мужчин 49,4% и 47,3%, а для женщин – 11,1% и 17,8% за тот же период времени, соответственно.

По сравнению с 1991 г. в России (47,0%) в 2004 г. распространённость курения среди мужчин была несколько ниже, чем в Украине (61,3%), а среди женщин – даже выше 15% (12% в 1991 г.). Поэтому вполне возможно предположить, что в России показатель смертности, связанный с курением, может занимать промежуточное положение между уровнями смертности этих стран. Реально управляемость процессами распространения курения среди населения наглядно можно проиллюстрировать данными оценок снижения распространённости курения за период 1979-2006 гг. в странах: в Финляндии с 36% до 24,4%, в Нидерландах – с 52% (1980) до 35,5% (2006), в Польше – с 51% (1993) до 37% (2006), в Англии – с 42% (1980) до 26,0% (2004).

Доля курящих мужчин в России одна из самых высоких в мире и в 2 раза больше, чем в США и странах Евросоюза. Ежегодно количество курящих в России увеличивается с темпом в 1,5—2%, захватывая женщин и подростков¹⁰¹. В России чрезвычайно высока интенсивность ежедневного курения. На каждого жителя страны число выкуриваемых за год сигарет увеличилось с 1243,21 штук в 1996 г. до 2411,14 штук в 2000 г. В то же время в Финляндии оно увеличилось с 763,20 до 919, 59 штук на одного человека в год, соответственно.

По данным Центра профилактической медицины Росздрава ежегодно около 11,220 тыс. человек в стране умирают от болезней, связанных с табакокурением, при этом 40% смертности мужчин от болезней системы кровообращения связано с курением. Более высокая смертность курящих мужчин способствует снижению в 1,5 раза их доли среди мужчин в возрасте старше 55 лет. Очень важно, что Россия в 2008 г. ратифицировала Рамочную конвенцию по борьбе с курением.

Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака (РБКТ) была разработана в ответ на глобализацию табачной эпидемии.¹⁰² ВОЗ отмечает, что распространению табачной эпидемии в настоящее время способствуют разнообразные комплексные факторы с трансграничными последствиями, включая либерализацию торговли и прямые иностранные инвестиции. Резкому

¹⁰¹ Основные направления Концепции развития здравоохранения до 2020 года. Минздравсоцразвития. Проект. Июль 2008.

¹⁰² WHO Framework Convention on Tobacco Control. WHO, Geneva, Switzerland. 2003.

расширению масштабов потребления табака содействуют и другие факторы, такие как глобальный маркетинг, транснациональная реклама, стимулирование продаж и спонсорство табака, а также международные перевозки контрабандных и поддельных сигарет.

Основные положения Рамочной конвенции, регламентирующие сокращение спроса на табак, включают ценовые, налоговые меры по сокращению спроса на табак и неценовые меры. Страны¹⁰³, успешно реализующие политику борьбы с курением, сосредотачивают внимание и усилия на мерах по одновременному сокращению как предложения табачных изделий, так и спроса на них. Увеличение налогов привело к снижению потребления сигарет в Канаде, Южной Африке, Великобритании, США, Таиланде и многих других странах. Ожидается, что увеличение налогов будет более эффективной мерой в странах с низким и средним доходом, где курильщики сильнее реагируют на повышение цен (World Bank 1999). При этом государственные доходы от налогов на табак могут использоваться на такие меры по борьбе с курением, как санитарное просвещение, соответствующие услуги здравоохранения или антирекламу, как это делается в некоторых регионах США и Китая.

Важность проведения мониторинга изменения поведения курильщиков отражают данные по США. В США за период с 1950 по 1990 гг. распространенность курения сократилась с более 40% до приблизительно 25%. Одновременно доля населения, осведомленного о вредных последствиях курения, возросла с почти 45% до 95%.

4.3. СМЕРТНОСТЬ, ОБУСЛОВЛЕННАЯ АЛКОГОЛЕМ

В 2005г. Росстатом был расширен список причин смертности, обусловленной потреблением алкоголя. К четырём причинам, учитываемым ранее (случайные отравления алкоголем, хронический алкоголизм, алкогольные психозы, алкогольная болезнь печени), были добавлены алкогольная кардиомиопатия, дегенерация нервной системы, вызванная алкоголем, хронический панкреатит алкогольной этимологии. Но этот перечень причин, по непонятным для нас обстоятельствам, опять не соответствует стандартам, используемым (принятым) в международном мониторинге тенденций «алкогольной» смертности ВОЗ, что значительно занижает значимость последствий алкоголизма в России по сравнению с её оценкой в других странах. Это ослабляет консолидацию усилий исполнительной и законодательной властей,

¹⁰³ Там же: стр. 68

направленных на снижение предотвратимой смертности. Происходит на практике игнорирование достаточно широко известной роли употребления алкоголя в этиологии таких онкологических заболеваний, как рак пищевода, гортани, печени, а также внешних причин смерти. Такое представление «алкогольной» смертности фактически на практике невольно «размывает» в общественном сознании представления обо всей тяжести последствий интенсивной алкоголизации населения.

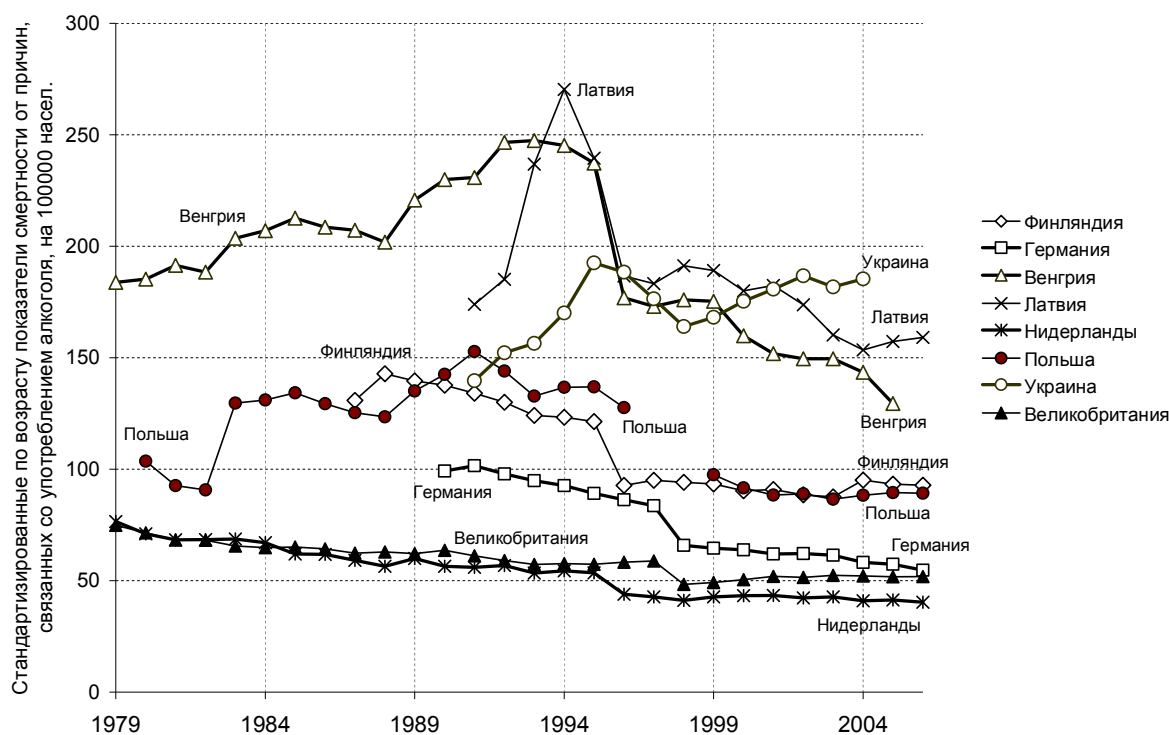


Рис. 7. Стандартизированные по возрасту показатели смертности от причин, связанных с употреблением алкоголя за период 1979-2006 гг., на 100000 населения

Построено по данным: European health for all database. World Health Organization. Regional Office for Europe. 2008.

Смертность от отдельных причин, обусловленная употреблением алкоголя, согласно данным Росстата в 2006 г. составила 63,1 на 100000 населения, при этом её уровень среди мужчин был равен $100,3^{0}_{0000}$, а среди женщин – в 3 раза меньше, составляя $31,0^{0}_{0000}$. Анализ «алкогольной» смертности по странам, имеющим 25-30 летний опыт систематического анализа в рамках международного мониторинга этого вида смертности, показал (Рис. 7), что на протяжении 1979 – 2006 гг., например, в Нидерландах смертность имеет довольно стабильную тенденцию к снижению. За этот период времени она сократилась с $76,48^{0}_{0000}$ до $40,35^{0}_{0000}$, в Великобритании – с $74,89^{0}_{0000}$ до $51,82^{0}_{0000}$, В Польше – со $103,56^{0}_{0000}$ до $89,2^{0}_{0000}$. В Украине в условиях крайней внутренней нестабильности эта группа причин смертности имеет

стойкую тенденцию к росту с уровня 139,7⁰/₀₀₀₀ в 1991 г. до 185,4⁰/₀₀₀₀ в 2004 г. Финляндия характеризуется замедленными темпами снижения смертности, где она сократилась с уровня 130,84⁰/₀₀₀₀ до 92,81⁰/₀₀₀₀ в 2006 г., В Латвии также имеет место снижение этого показателя со 173,92⁰/₀₀₀₀ (1991) до 159,1⁰/₀₀₀₀ (2006). При этом следует отметить, что для обоснования стратегии снижения смертности, связанной с употреблением алкоголя, важно знать не только её общие тенденции, но и динамику каждой из входящих в неё компонент.

К сожалению, не находит ещё должного понимания на уровне законодательной и исполнительной властей огромная значимость того разрушительного влияния алкоголизации населения, которое она оказывает на российские семьи. Традиционно противоалкогольные меры в основном ориентированы на людей с алкогольной зависимостью и систему мер, направленных на ограничение потребления алкоголя. Однако в настоящее время остро назрела необходимость их ориентации и на детей, воспитываемых в распадающихся в связи с алкоголизацией родителей семьях, с тем, чтобы остановить процесс возобновляющейся «алкоголизации» населения из поколения в поколение.

При всей остроте проблем рождаемости в нашей стране по улицам и подвалам «разгуливает» целая армия лишних детей, не нужных ни семье, да и обществу, по большому счёту. По официальной статистике она насчитывает примерно около двух миллионов детей-беспризорников, по неофициальной – около четырех миллионов¹⁰⁴. Порядка 40 тысяч юных граждан России ежегодно убегают из своих семей, еще 10 тысяч - из детских домов и интернатов. Наша страна занимает первое место в мире по числу официально зарегистрированных детей-сирот – более 530 тысяч человек. Каждый год в Домах ребенка остается 15 тысяч новорожденных. 170 тысяч родителей состоят на учете как неблагополучные, половина из них – матери - одиночки. 50 тысяч родителей каждый год лишаются родительских прав¹⁰⁵.

Весь спектр семейной алкоголизации отражает исследование образа жизни и здоровья подростков, оставшихся без попечения родителей и воспитывающихся в интернатных учреждениях¹⁰⁶. Так, среди воспитанников ин-

¹⁰⁴ Б.Н. Чумаков. Брошенные дети. Основы здорового образа жизни: Учебное пособие. - М.: Педагогическое общество России, 2004. – С. 268-278.

¹⁰⁵ Д.А. Терентьев Л.А. Мониторинг состояния здоровья молодежи // Здоровье и образование в XXI веке: Научные труды VII Международной научно-практической конференции. – М.: РУДН, 2006. – С. 506-507.

¹⁰⁶ И.Ю. Болотников. Медико-социальное исследование состояния здоровья подростков, оставшихся без попечения родителей. Автореф. дисс. д.м.н., 2008. с. 35.

тернатных учреждений г. Астрахани каждый третий ребёнок был сиротой, каждый шестой - оставлен в роддоме из-за отказа от него матери, причем половина таких матерей из-за хронического алкоголизма уже до этих родов была лишена прав на воспитание ребенка. У 38% детей в период новорожденности проявился алкогольный синдром плода. В целом среди обследованных 65,0% воспитанников росли в неблагополучных по алкоголизму семьях, в том числе 10% и - по наркомании. В 30,8 проценте случаев оба родителя из-за пристрастия к алкоголю были лишены прав на воспитание ребенка, в 11,1 проценте случаев после смерти матери отец был лишен прав на воспитание ребенка из-за асоциального поведения, у 23,1% детей отца в семье не было, а мать из-за алкоголизма была лишена прав на воспитание ребенка. В 2,1 проценте случаев родители детей, совершив преступление, находились в тюрьме.

Изучение распространенности употребления спиртных напитков показало, что среди воспитанников интерната 61,9% употребляют алкоголь, в том числе 2-3% являются алкоголиками во втором и третьем поколении. Интернатные учреждения стали поставщиками лиц, страдающих алкогольной зависимостью. Известно, что 40% выпускников интернатных учреждений становятся алкоголиками и наркоманами, 40% совершают преступления, 10% кончают жизнь самоубийством, и только оставшиеся 10% живут относительно нормально¹⁰⁷.

Рассмотрение задач реализации семейной политики на современном этапе развития общества с позиции укрепления медико-социального потенциала семьи снижения рисков семейной алкоголизации её последствий должно войти в число приоритетных направлений российской семейной и демографической политики.

4.4. О ТЕНДЕНЦИЯХ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ОТ ВНЕШНИХ ПРИЧИН В РОССИИ

4.4.1. Общая характеристика проблем смертности от внешних причин

В условиях современных тенденций депопуляции населения России снижение смертности и увеличение ожидаемой продолжительности жизни россиян имеют важнейшее социально-политическое, демографическое и экономическое значение. Особенности динамики смертности от внешних причин являются одними из наиболее значимых показателей, раскрывающих нерешённые вопросы обеспечения эффективности реализуемых стратегий со-

¹⁰⁷ Там же, с. 88.

циально-экономического и демографического развития, уровня и качества жизни, охраны здоровья населения. Вместе с тем в условиях имеющегося в последние годы в России экономического роста они служат обоснованием к формированию федеральных и региональных интегративных программ, направленных на предотвращение смерти от этих причин. Эта группа причин смертности является важнейшей составляющей так называемой предотвратимой смертности. Под ней следует понимать условно оцениваемую реально достижимую для большинства жителей страны возможность прожить 70 лет при условии высокой вероятности предупреждения случаев смерти в предыдущих возрастах. Для этого необходимо обеспечение в стране оптимального развития и действенности первичной медико-санитарной помощи, основанной на межведомственном подходе управления социальными рисками и обеспечения доступности и качества медицинской помощи на уровне общества, семьи, индивидуума. В случае снижения смертности от этих причин только на 10% средняя ожидаемая продолжительность жизни может увеличиться на 1-1,5 года.

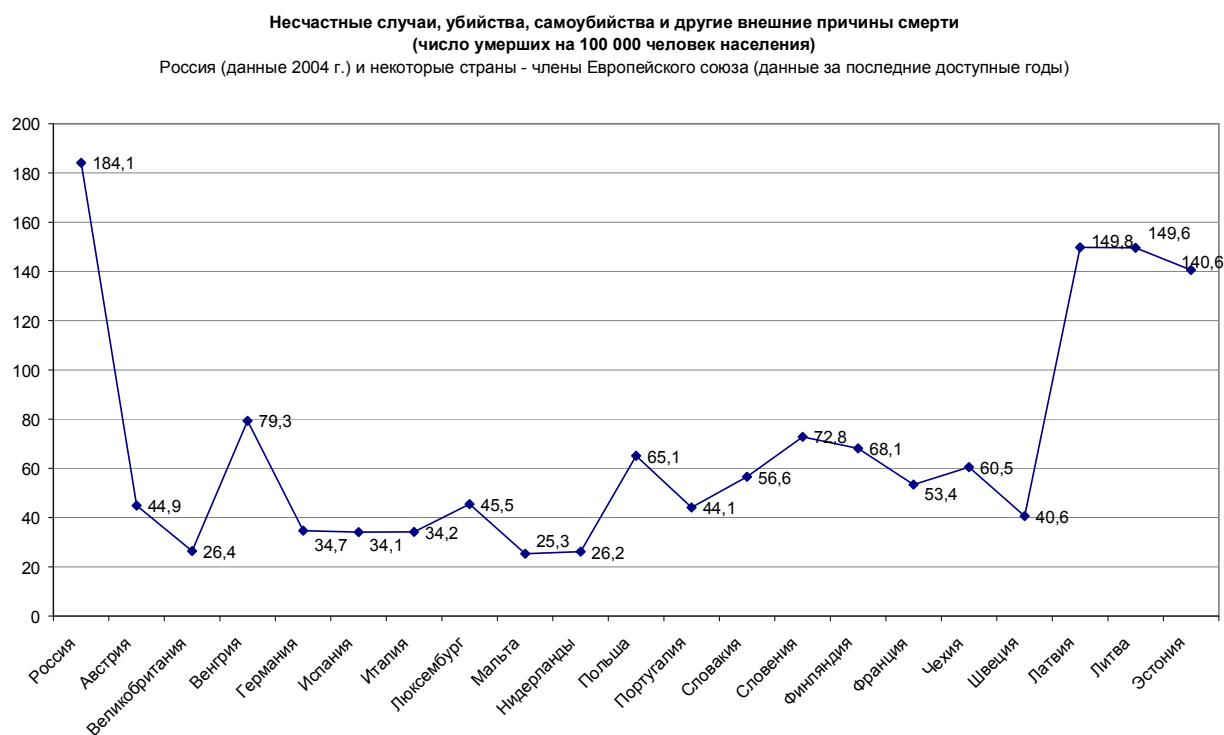


Рис 8. Смертность от внешних причин смерти для РФ и стран Европейского союза

Россия и страны - члены Европейского союза. 2005: Стат.сб./Росстат. - М., 2005. - стр. 93. Раздел: Уровень и условия жизни населения.

Согласно «Целям развития тысячелетия (ЦРТ)» на период 1990-2015 гг., предложенным ООН для оценки эффективности действий по реализации политики развития человеческого потенциала в развитых странах, смертность от внешних причин к 2015 г. должна быть сокращена на 35% и состав-

лять 150 на 100000 населения (согласно Европейскому стандарту). Однако такая перспектива будет означать, что этот коэффициент смертности будет в 3,3 и более раза выше, чем в Финляндии, Франции, и в 4 раза выше, чем в Германии, Испании, Италии в самом начале 21 века. Для России такое снижение играло бы большую роль в улучшении демографической ситуации, т.к. позволило бы сократить число умерших на 1 миллион человек (**рис. 8**).

Современные темпы снижения смертности от этого класса причин обуславливаются особенностями распространённости социальных рисков и динамикой внутриклассовых изменений причин её составляющих. Рассмотрение этих вопросов является целью анализа, представленного в настоящей работе.

4.4.2. Общие тенденции смертности от неестественных причин за период 1990-2004 гг. в целом по России

За период 1990-2004 гг. на фоне роста общего показателя смертности (в 1,4 раза) динамика смертности населения от внешних причин характеризуется более выраженной интенсивностью (в 1,8 раза), **рис. 9**.

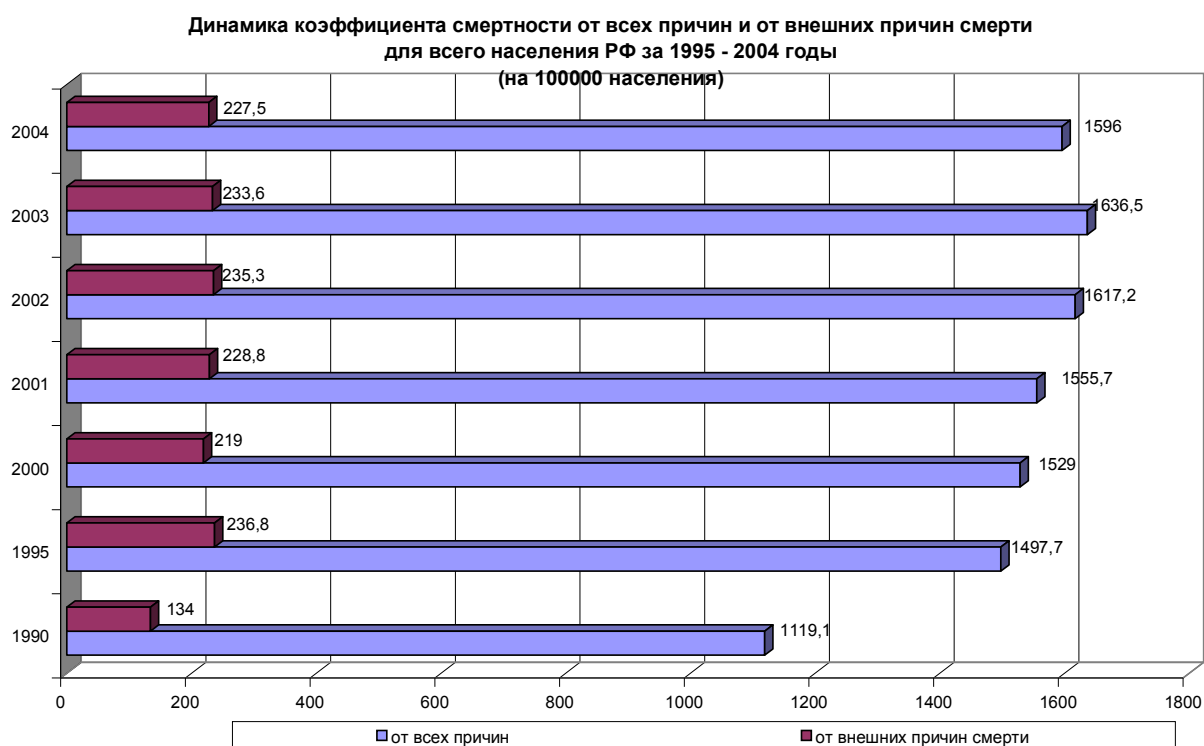


Рис. 9. Динамика смертности населения РФ от всех причин и от внешних причин смерти за период 1995 -2004 гг. (на100000 населения)

Эти факты подчёркивают отсутствие в России комплекса адекватных социально-экономических и медико-организационных мероприятий, направленных на снижение уровней предотвратимой смертности. Сформировав-

шаяся слабая межведомственная система деятельности фактически под натиском социального неблагополучия оказалась неспособной предложить эффективную систему мер в целях предупреждения и снижения смертности населения от внешних причин.

В 1993 г. в России имел место очередной российский «демографический крест». Имеется в виду, что первый отражал превышение смертности над рождаемостью, а второй – превышение смертности от несчастных случаев, отравлений и травм над частотой смертности от новообразований.

В структуре смертности в 2004 году (рис. 10) наибольшую долю составляли случаи смерти от случайных отравлений и воздействия ядовитыми веществами (19,6%), включая случайное отравление (воздействие) алкоголем (13,1%), на втором месте - преднамеренные самоповреждения (самоубийства) -15,1%, на третьем – повреждения с неопределенными намерениями (случайное или преднамеренное) – 14,2%, на четвёртом месте - транспортные несчастные случаи (12,8%), на пятом – нападения, насилия, убийства (12%).

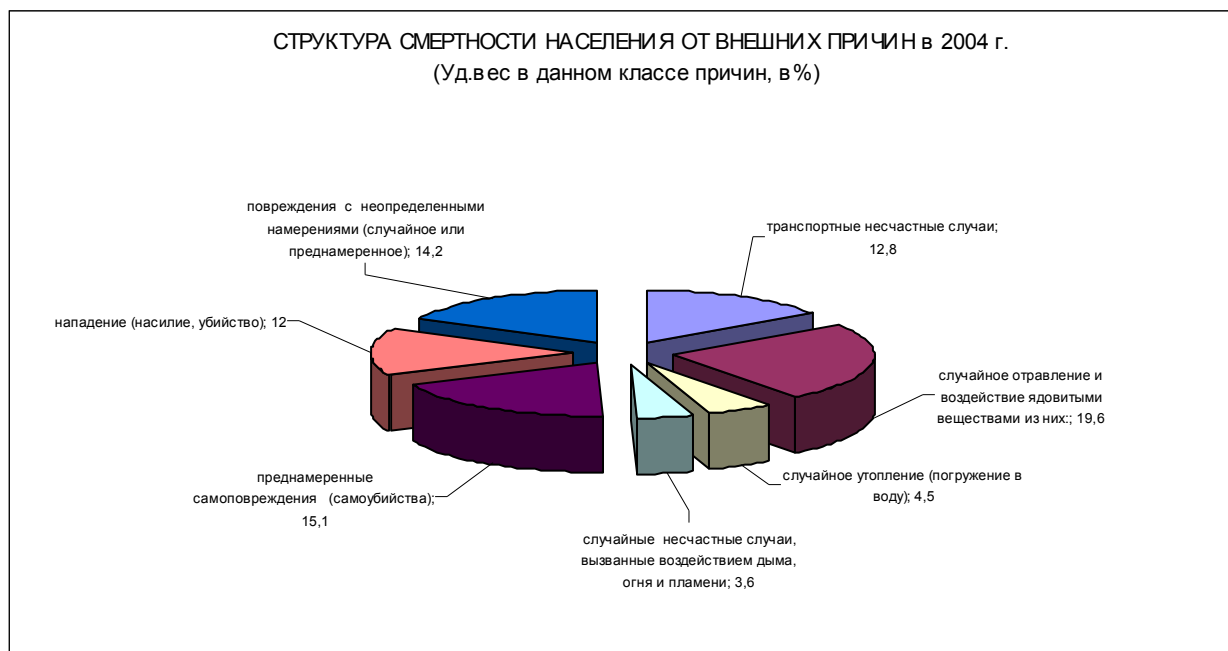


Рис.10. Структура смертности населения Российской Федерации от внешних причин смерти в 2004 г.

4.4.3. Тенденции в городской и сельской местности

За период 1990-2004 гг. общая смертность населения увеличилась в 1,5 раза в городской местности, в сельской – в 1,4 раза. Смертность от внешних причин смерти на протяжении всего анализируемого периода имела наибольший рост в городской местности - в 1,6 раза, в сельской - в 1,8 раза (рис. 11). Фактически на 100000 населения смертность от этой группы при-

чин для городского населения выросла с уровня 124 до 216, для населения сельской местности – с уровня 164 до 259 случаев смерти.

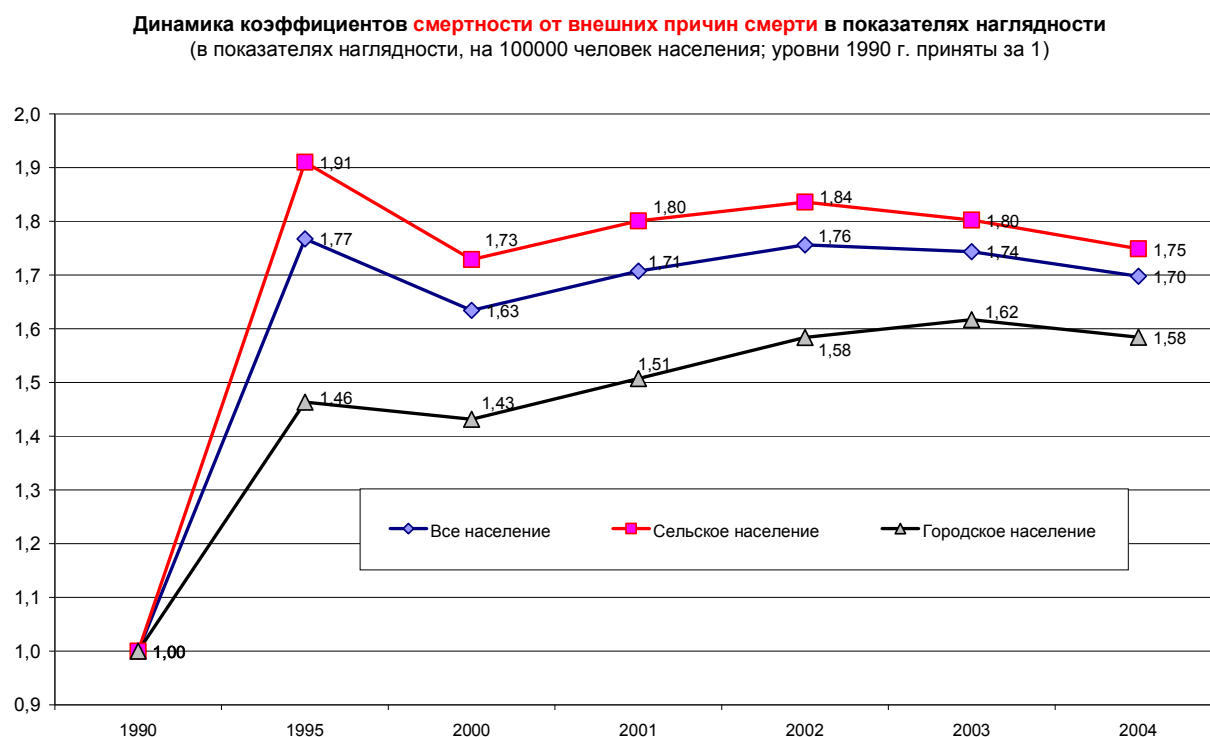


Рис. 11. Динамика коэффициентов смертности от внешних причин смерти в показателях наглядности

(в показателях наглядности, на 100000 человек населения; уровни 1990 г. приняты за 1)

Не последнюю роль в развитии этого процесса, возможно, играет интенсивная миграция сельской молодёжи в города.

Такая ситуация усиливает дезадаптационные настроения как в сельской местности для оставшихся контингентов населения, так и в городской местности для вновь прибывающих в города сельчан, не готовых к «жёстким» реалиям этой новой для них среды.

4.4.4. Возрастные особенности смертности мужчин и женщин

Анализ возрастных особенностей смертности от внешних причин показал, что с 10-14 лет она постоянно нарастает, увеличившись в возрасте 50-54 лет до уровня 369,6 на 100000 населения, затем в интервале от 50-54 лет до 85 лет и старше снижается, достигая минимума 191 на 100000 населения в возрастах 75-79 лет (**рис. 12**). Формирование современного процесса сверхсмертности мужского населения России фактически происходит с рождения.

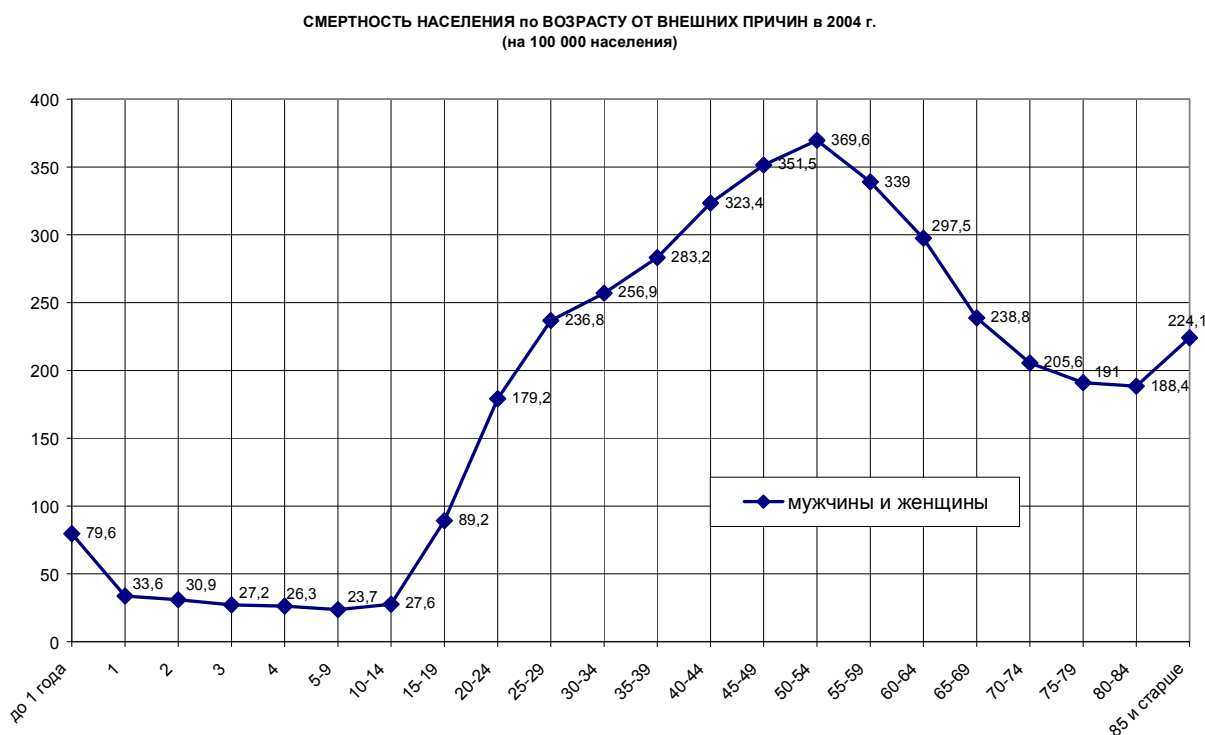


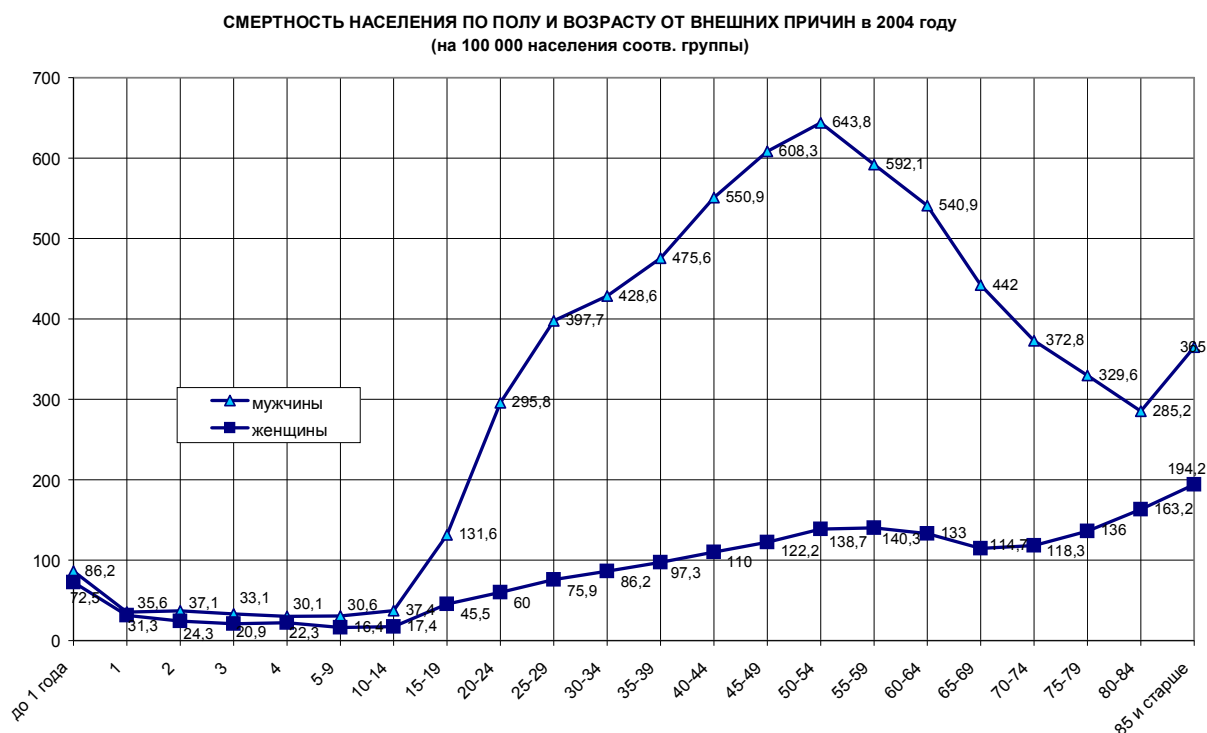
Рис. 12. Смертность населения Российской Федерации по возрасту от внешних причин в 2004 г. (на 100000 населения)

до 1 года: на 100 000 родившихся

Источник: Медико-демографические показатели РФ в 2004 г. Минздравсоцразвития. Статистические материалы. Официальное издание. М., 2005. стр. 102

Максимальные уровни превышения смертности мужчин над смертностью женщин (в 5,0 -5,3 раза) отмечается в возрастах от 30-34 лет до 50-54 лет. В возрастах 15-19 лет, 20-24, 80-84 года эти различия находятся в пределах 2,1-2,9 раза. В возрасте 25-29 лет, 40-44, а также 55-59 лет и 65-69 лет – в пределах 4,1-4,9 раз (**рис. 13**). Касаясь наличия этих различий в возрастах до 9 лет, хотелось бы высказать гипотезу о том, что в этот возрастной период он обусловлены, вероятно, доминированием в общественном сознании допустимости высоких поведенческих рисков для мальчиков в целях формирования среди них твёрдого, мужского характера. Они служат неблагоприятным фоном в сочетании с агрессивной внешней средой перехода в группы социального неблагополучия. Имеющиеся возрастно-половые особенности смертности от внешних причин характеризуют, с нашей точки зрения, порочный круг рискованных форм поведения (родители - дети - родители) между родителями и детьми. В подтверждение правомочности существования нашей гипотезы можно привести данные (2004 г.) о том, что среди умерших детей в возрасте до 14 лет в 68% случаев дети погибли в возрасте до 4-х лет. При этом 1192 ребёнка (665 мальчиков и 527 девочек) погибли в возрасте до одного года, что составляет 6,9% в структуре младенческой смертности в

России. Гибель ребёнка в возрасте до 1 года происходит в 4,1 случаев на 100000 родившихся от транспортных несчастных случаев и в 0,2 случаев на 100000 родившихся - от случайных отравлений (воздействий) алкоголем (рис. 14).

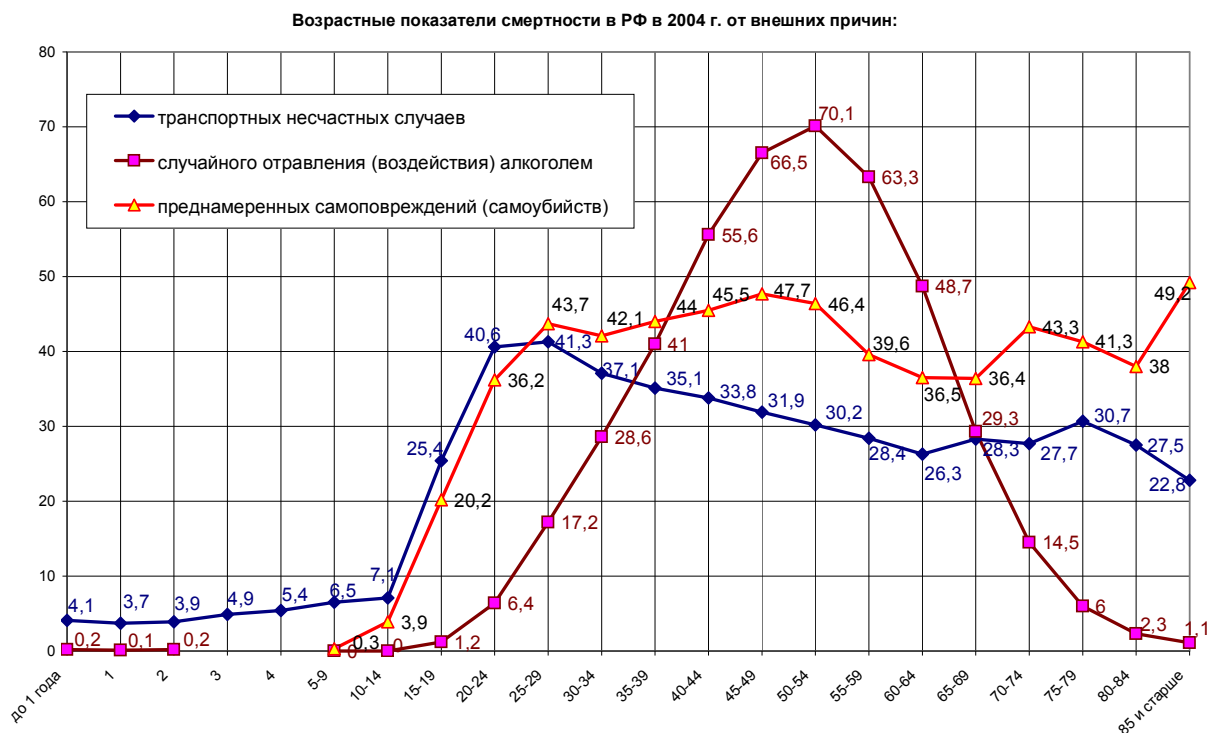


до 1 года: на 100 000 родившихся

Источник: Медико-демографические показатели РФ в 2004 г. Минздравсоцразвития. Статистические материалы. Официальное издание. М., 2005. стр. 102

Рис. 13. Смертность населения Российской Федерации по возрасту от внешних причин в 2004 г. (на 100000 населения соответствующей возрастной группы)

Внутриклассовая структура смертности от внешних причин имеет ярко выраженные возрастные особенности. В возрастном периоде от 1 до 14 лет доминирует смертность от транспортных несчастных случаев, в возрастах от 10-14 лет до 20-24 лет происходит стремительный рост коэффициента смертности, в первую очередь обусловленную транспортными несчастными случаями, во вторую - самоубийствами, затем следует увеличение частоты смертности в связи со случайными отравлениями алкоголем. В последующие периоды жизни, вплоть до 30-34 лет, ведущими причинами смертности являются самоубийства, аварии на дорогах, случайные отравления алкоголем. В возрастах от 40-44 лет до 60-64 лет смертность от внешних причин обусловлена преимущественно несчастными случаями в ДТП и самоубийствами. В возрастах 70-74 лет и старше в структуре этого вида смертности на первом месте смертность от самоубийств, транспортных несчастных случаев, случайных отравлений алкоголем.



до 1 года: на 100000 родившихся

Источник: Медико-демографические показатели РФ в 2004 г. Минздравсоцразвития. Статистические материалы. Официальное издание. М., 2005. стр. 107

Рис. 14. Возрастные показатели смертности от внешних причин в Российской Федерации в 2004 году

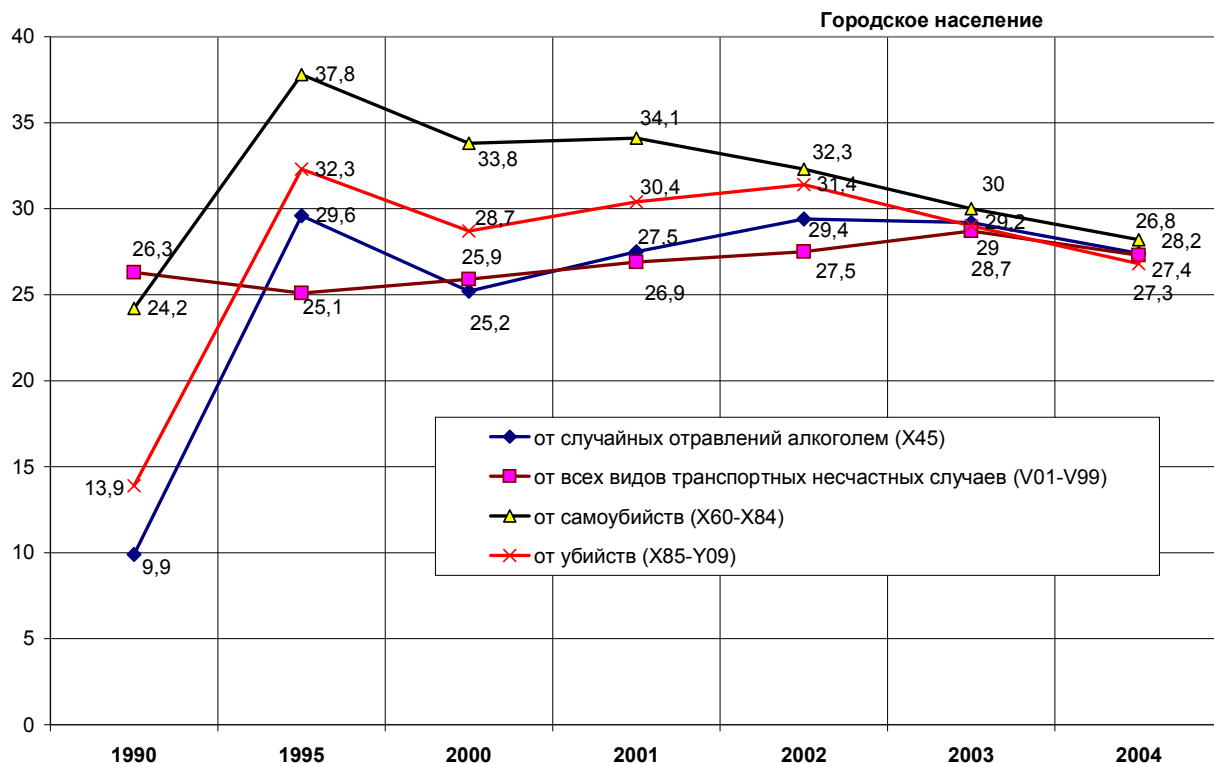


Рис. 15. Динамика смертности от внешних причин для городского населения РФ за период 1990-2004 гг.

Рассматривая различия в уровнях смертности от внешних причин по основным демографическим группам населения можно отметить, что в целом по России для детей характерен наиболее высокий уровень смертности. Он более чем в 6 раз выше, чем в возрасте 0-17 лет, и в 1,3 раза выше по сравнению с группой лиц старшего трудоспособного возраста. Смертность во всех сравниваемых возрастных группах выше среди мужского населения по сравнению с женским. Причём наибольшее превышение характерно для лиц трудоспособного возраста (более 4-х раз).

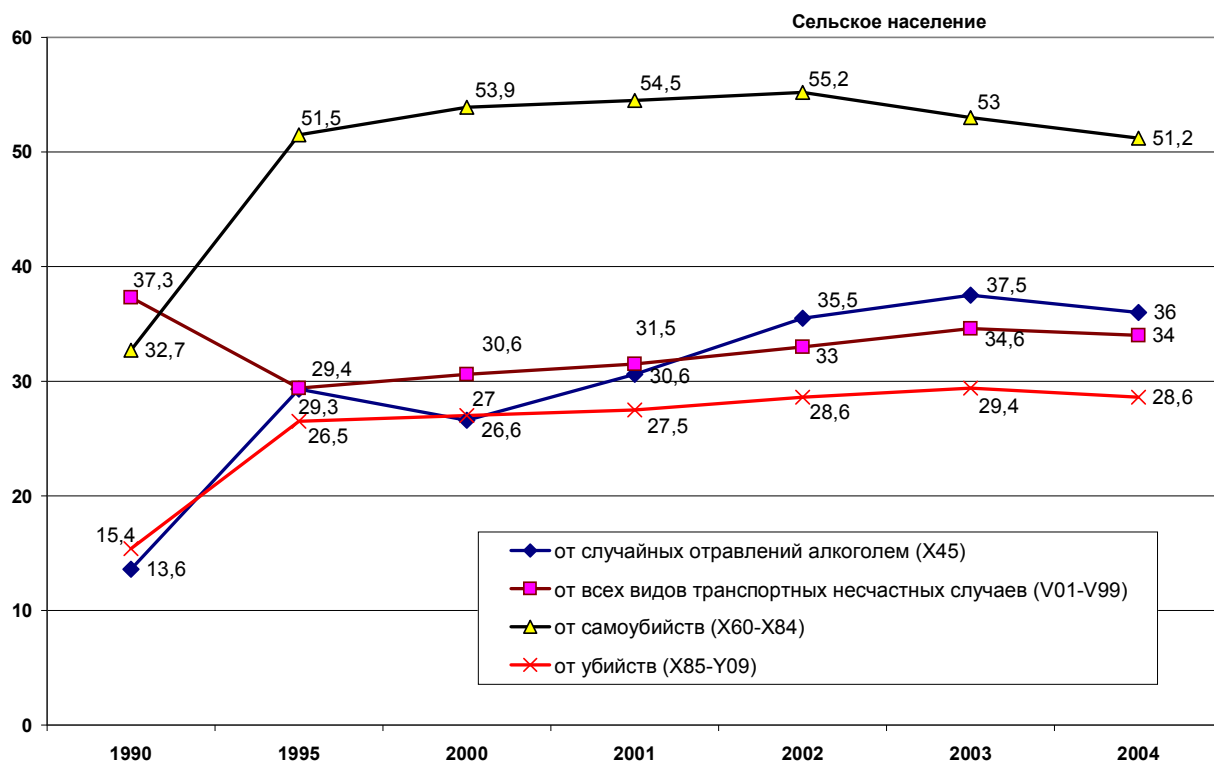


Рис. 16. Динамика смертности от внешних причин для сельского населения РФ за период 1990-2004 гг.

Смертность, обусловленная внешними причинами, составляет 30-50% летальных исходов в возрасте 1-14 лет, и 57,5% и 62% в возрастах 5-9 лет и 10-14 лет, 62,3% и 75,8% - возрастах 15-19 лет и 25-29 лет.

4.5. ДИНАМИКА СМЕРТНОСТИ ОТ РЯДА ПРИЧИН, ВХОДЯЩИХ В ГРУППУ «ВНЕШНИЕ ПРИЧИНЫ», ПО ГОРОДСКОЙ И СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ, ВОЗРАСТНЫЕ РАЗЛИЧИЯ В ЦЕЛОМ ПО РФ

Рассмотрим особенности динамики уровней смертности, входящих в анализируемую группу причин смерти, связанных со случайным отравлением алкоголем, самоубийствами, насилием и убийствами, транспортными несчастными случаями, от которых среди умерших погиб в настоящее время фактически каждый второй человек. В целом по России в 1990 г. среди этих четырех причин смертности наибольший уровень отмечался для смертности

от всех видов транспортных несчастных случаев, который составил 29,2 случаев на 100000 населения. Фактически к 2004 году он остался неизменным. Если частота смерти от отравлений алкоголем имела наименьший уровень в 1990 г. (10,9 случаев на 100000 человек), то через 15 лет она увеличилась в 2,7 раза (29,7 случаев на 100000 населения). Смертность от убийств за этот же период увеличилась в 1,9 раза (27,3 случаев на 100000 населения), от самоубийств – увеличение составило в 1,3 раза, достигнув уровня 34,3 на 100000 населения.

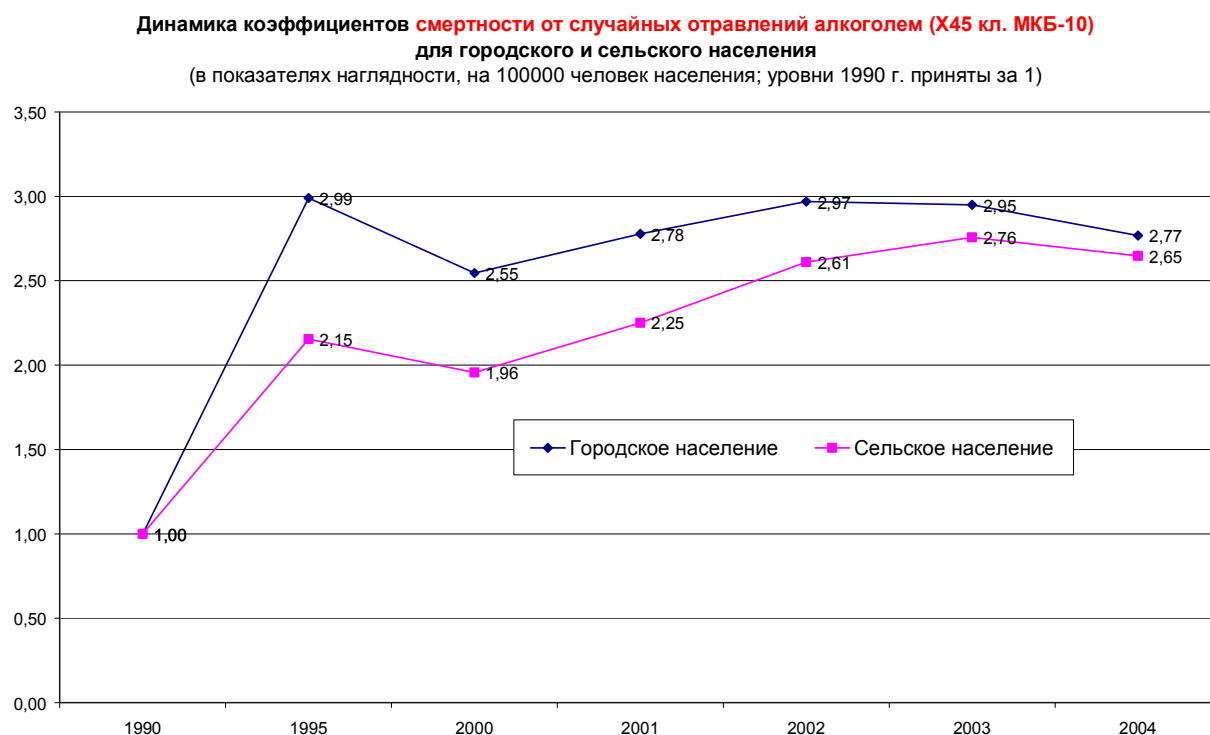


Рис. 17. Динамика коэффициентов смертности от случайных отравлений алкоголем (Х45 кл. МКБ-10) для городского и сельского населения (в показателях наглядности, на 100000 человек населения; уровни 1990 г. приняты за 1)

Обращает на себя внимание, что рост смертности от отравлений алкоголем за анализируемый период стал практически одинаковым как в городской (в 2,8 раза), так и в сельской местности (в 2,7 раза). Однако сам уровень показателя был и остается выше на селе (36 на 100000 населения) (**рисунки 15, 16 и 17**). Не имеет значимых отличий между городом и селом рост показателей смертности от убийств, который составил 1,86 – в сельской и 1,93 в городской местности. Аналогичная ситуация в динамике смертности от транспортных несчастных случаев.

Исследование показало важность реализации комплексных интегративных стратегий снижения смертности от внешних причин.

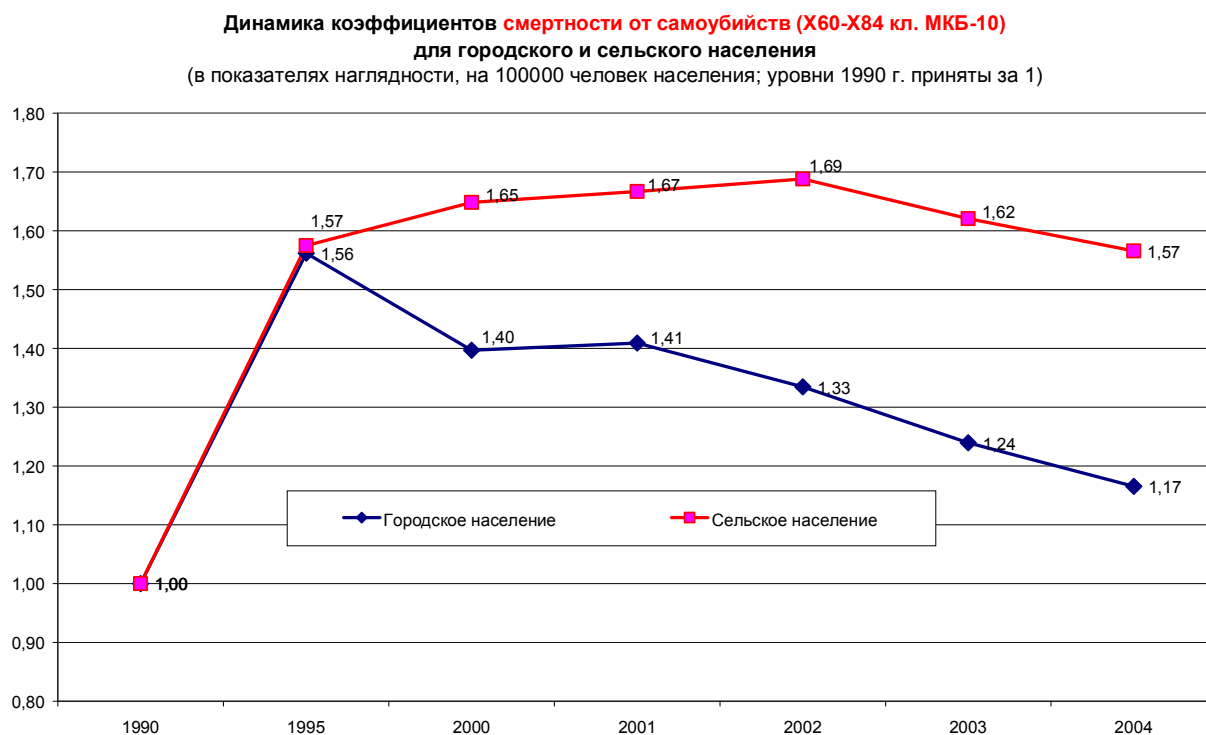


Рис. 18. Динамика коэффициентов смертности от самоубийств (Х60-Х84 кл. МКБ-10) для городского и сельского населения РФ (в показателях наглядности, на 100000 человек населения; уровни 1990 г. приняты за 1)

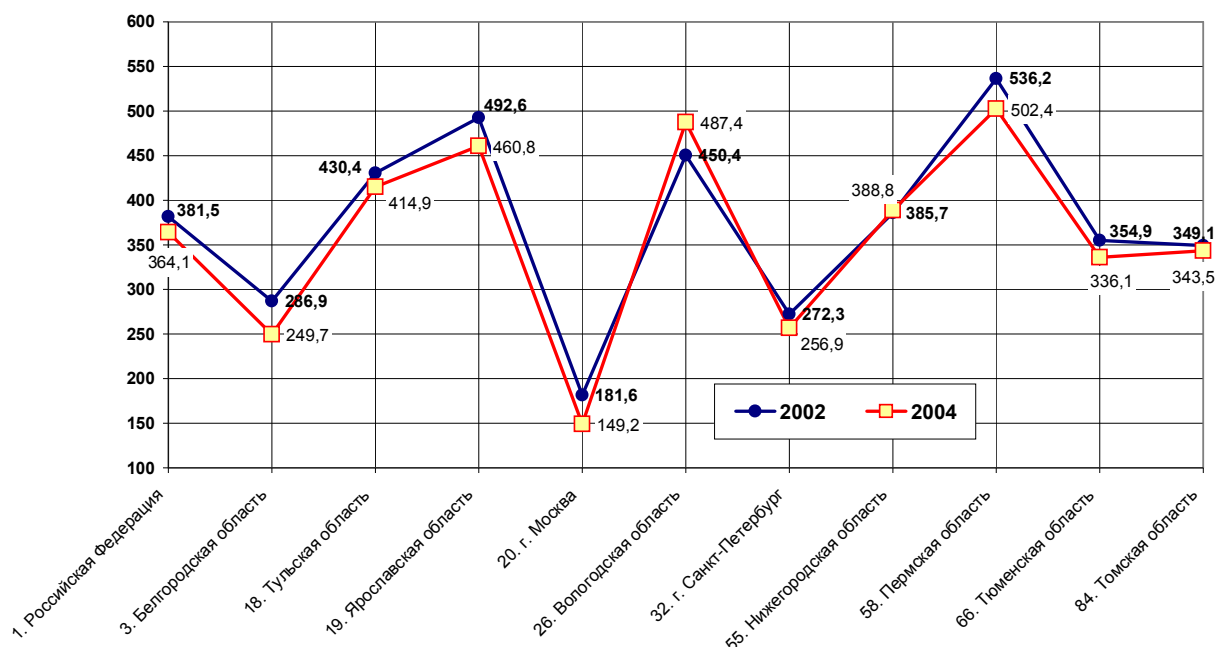
В 2004 г. смертность от самоубийств в сельской местности 51,2 на 100000 населения значительно превышает смертность в городской местности и составляет 28,2 на 100000 населения. Такие различия связаны с более интенсивным ростом смертности в сельской местности (в 1,6 раза) по сравнению с городской (в 1,2 раза), **рис. 18**.

4.6. СМЕРТНОСТЬ ОТ РЯДА ПРИЧИН, ВХОДЯЩИХ В ГРУППУ «ВНЕШНИЕ ПРИЧИНЫ», ПО РЕГИОНАМ (ЛИДЕРАМ И АУТСАЙДЕРАМ) ЗА ПЕРИОД 2002-2004 гг.

Известно, что темпы снижения смертности имеют высокую обусловленность сформировавшимися уровнями бедности населения как в целом по стране, так и в отдельных регионах.

Рассмотрение региональных особенностей динамики коэффициентов смертности (КС) от внешних причин было проведено нами по двум группам регионов. В основу группировки положены данные за 2001 г. Для анализа рассматривались показатели 20-ти регионов (по 10 регионов в каждой группе). Регионы-лидеры имели уровень бедности в интервале от 20% до 30% (число лиц, имевших доходы ниже величины прожиточного минимума), и регионы-аутсайдеры с уровнем бедности от 40% до 60%.

Стандартизованные коэффициенты смертности населения по XX кл. МКБ10 причин смерти по регионам-лидерам РФ в 2002-2004 гг.



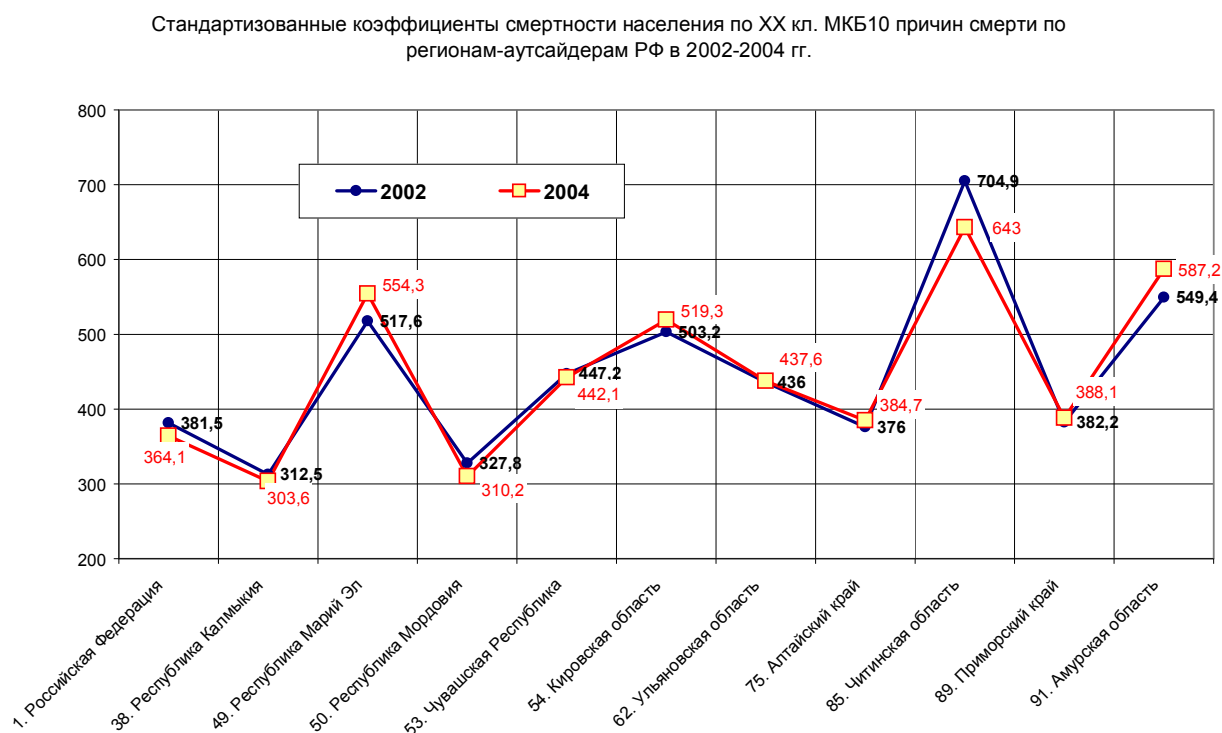
Источник: Демографический ежегодник России. 2005: Стат.сб./Росстат. - М., 2005. - стр. 390.

Рис. 19. Стандартизованные коэффициенты смертности населения по XX кл. МКБ10 причин смерти по регионам-лидерам РФ в 2002-2004 гг.

Анализ стандартизованных КС по 20 классу причин смерти МКБ-10 показал, что в регионах 1-й группы 5 из анализируемых территорий имели уровень смертности ниже, чем в целом по РФ, причём в 3-х из этих регионов уровни смертности были ниже 300 на 100000 населения. Во 2-й группе таких регионов было только два, и ни один регион не имел уровня смертности ниже 300 на 100000 населения. В регионах-лидерах в 2004 г. в расчёте на 100000 населения наивысшие уровни отмечались в Пермской области (502,4), Ярославской (492,6) и Вологодской (487,4) областях. Аналогичные ранги по уровню смертности в регионах-аутсайдерах имели место в Читинской области (643,0), Амурской (587,2), республике Мари Эл (554,3). Соответственно, наименьшие уровни смертности в первой из выше отмеченных групп отмечались по г. Москве (149,2), Белгородской (249,7) и г. Ст. Петербурге (256,9), **рис. 19**.

Во второй группе регионов наименьший уровень смертности от внешних причин отмечался в республике Калмыкия (303,6). Причём имеющиеся уровни смертности от причин этого класса в значительной степени обусловлены смертностью населения в трудоспособном возрасте. В регионах-лидерах в 2004 г. смертность от внешних причин по сравнению с 2002 г. в Вологодской области имела тенденцию к росту, в то время как во 2-й группе

регионов три территории имели аналогичную динамику (республика Марий Эл, Кировская и Амурская области). Полученные данные в целом обозначили тенденцию взаимосвязи уровня бедности населения с уровнем смертности от внешних причин. Ряд территорий с КС в диапазоне значений от 300 до 400 на 100000 населения в обеих группах сравниваемых регионов достаточно близки по своим значениям (рис. 20).



Источник: Демографический ежегодник России. 2005: Стат.сб./Росстат. - М., 2005. - стр. 390.

Рис. 20. Стандартизованные коэффициенты смертности населения по XX кл. МКБ10 причин смерти по регионам-аутсайдерам РФ в 2002-2004 гг.

Для оценки потенциала регионов в снижении этого вида смертности нами были привлечены данные о динамике индекса развития человеческого потенциала (ИРЧП) за период 2001-2004 гг., который отражает особенности формирования ряда важнейших составляющих реально достижимого уровня предотвратимости смертности. В частности, по Пермской области можно отметить, что на фоне снижения показателей смертности от внешних причин в 2001-2004 гг. имеет место значительный регресс в её рангах ИРЧП среди других регионов (-15). Здесь при росте ВРП на душу населения и увеличении в долларах по паритету покупательной способности (ППС) имеет место снижение ожидаемой продолжительности жизни с 63,85 лет до 62,5 лет, а также – снижение индекса доходов и образованности. Это отражает неадекватность развития социальной сферы и первичной профилактики и важнейших при-

оритетов их развития. Они являются важнейшими составляющими процесса предотвратимости смертности от внешних причин.

Для Читинской области, имевшей самый высокий уровень смертности в 2004 г. в группе регионов-аутсайдеров, ранги по уровню развития человеческого потенциала изменились незначительно (+2). Читинская область входит в группу регионов, имеющих самые низкие уровни развития человеческого потенциала сред всех регионов РФ. С одной стороны, это указывает на основные направления деятельности по выводу региона из сложившейся ситуации – повышение качества народонаселения региона, доступности и качества первичной медико-санитарной помощи, а с другой – предопределяет сложности, стоящие на пути снижения смертности от внешних причин.

Такая ситуация отражает сложные процессы взаимодействия основных факторов, приводящих к бедности населения. Однако каждый из них может иметь самостоятельную значимость и отражать наличие проблем застойной бедности. Быстрое снижение уровня бедности само по себе явление чрезвычайно важное. Однако оно достаточно формализовано основывается на увеличении мер материальной поддержки, что на деле не сопровождается параллельным снижением свойственным ей уровней процессов дезадаптации, депривационного и стрессового характера мироощущения и индивидуального поведения. Неблагоприятный уровень социальных маркеров бедности как бы интегративно отражает внутреннюю социальную напряжённость в развитии процессов бедности.

К индикаторам, сопряжённым с высокими рисками смертности от внешних причин, могут быть отнесены уровень преступности, коэффициент миграции, соотношение браков и разводов, динамика уровня бедности, уровень безработицы. Проведенный анализ уровня преступности по регионам показал, что самый высокий её уровень отмечается в Пермской области (1 место). Для Читинской области характерен один из самых высоких уровней безработицы в России в 2004 г. (77 место). По уровню продолжительности жизни эти территории имеют 60 и 84 ранги. На 1000 браков на этих территориях отмечается 703 и 614 разводов соответственно. Эти территории имеют отрицательный коэффициент миграции населения, для Пермской области его уровень равен (-10), а для Читинской – (-39) на 1000 населения. Уровень бедности за период 2001-2004 гг. в читинской области сократился с 55,3% до 30,3%, а в Пермской области - с 24,3% до 20,6%. Таким образом, для составления межведомственных программ снижения предотвратимой смертности, в

том числе смертности от внешних причин, необходима разработка комплексных интегративных оценок степени выраженности процессов бедности.

Эти данные отражают наличие факторов как в регионах-лидерах, так и регионах аутсайдерах, устранение которых может увеличить темпы снижения смертности от внешних причин.

Глава V. ПРАВА ПАЦИЕНТОВ И ГРАЖДАНСКАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

5.1. ПОКАЗАТЕЛЬ ОТЗЫВЧИВОСТИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Повышение отзывчивости системы здравоохранения к социально-психологическим, санитарно-гигиеническим и правовым потребностям населения (обеспечение соответствия ожиданиям населения) является одной из важнейших целей реструктуризации здравоохранения. Показатель отзывчивости систем здравоохранения характеризует степень адекватности функционирования системы здравоохранения ожиданиям и удовлетворения потребностей населения, напрямую не связанным с охраной здоровья. Показатель включает важные для функционирования российского здравоохранения такие характеристики, как: создание условий для уважительного отношения к пациенту, соблюдение конфиденциальности и автономности пациента, степень быстроты его обслуживания, санитарно-гигиеническое состояние медицинского учреждения, качество больничного питания, доступность систем социальной поддержки в процессе лечения, возможность свободного выбора врача и медицинского учреждения.

Важно, чтобы в этой ситуации вопросы, касающиеся обеспечения конфиденциальности, являющиеся одной из важнейших гарантий соблюдения прав пациента, были законодательно закреплены.

В Этическом кодексе врача, принятом Норвежской медицинской ассоциацией (статья 4)¹⁰⁸, записано: "Врач должен соблюдать конфиденциальность и проявлять осторожность в отношении информации, которую он или она получает в результате медицинской деятельности. Передача информации должна быть обоснована согласием пациента или существующим законом¹⁰⁹". В статье 31 Закона о практикующем враче норвежское законодательство требует¹¹⁰, чтобы практикующий врач передавал информацию органам власти в отношении следующих фактов: о рождении ребёнка, о смерти пациента, о случаях неестественной смерти, о подозрениях на насилие над ребёнком, а также о случаях применения алкоголя или наркотиков беременными женщинами, о больных с инфекционными заболеваниями, опасными для общественного здоровья, о владельцах водительских прав, здоровье которых не

¹⁰⁸ Code of Ethics for Doctors (Этический Кодекс врача), adopted by the Representative Body of the Norwegian Medical Association in 1961 and subsequently amended, most recently in 1997.

¹⁰⁹ Норвежская система здравоохранения Правовые и организационные аспекты. Под ред. Олафа Молвена. Университет г. Осло. Центр медицинских исследований, Москва. ISBN 82-994992-0-8/ с. 95

¹¹⁰ Act of 13 June 1980 relating to medical practitioners.

позволяет водить транспортное средство. За несоблюдение этих положений Закона медицинские работники несут юридическую ответственность.

Согласно полученным данным наибольшей общей отзывчивостью обладает система здравоохранения США, Швейцарии, Люксембурга, Дании, Германии (первые пять ранговых мест); Бельгия и Франция - на 16-17 местах, Великобритания - на 26 месте. Россия разделила с Латвией, Сирией, Венесуэлой - 69-72 места.

Однако показатели распределения отзывчивости системы на нужды различных социальных групп наивысшие в ОАЭ и Болгарии, хотя эти страны занимают по общему показателю отзывчивости 30 и 16 места соответственно. Это показывает, что отзывчивость системы здравоохранения в процессе оказания медицинской помощи должна быть обеспечена при различных уровнях финансирования. Все развитые страны, имея одинаковые показатели распределения отзывчивости среди различных социальных групп, входят в группу стран с рейтингами от 3 до 38. Российская Федерация по этому уровню показателя отзывчивости системы здравоохранения делит с Коста-Рикой весьма проблемные 86-87 места. Это косвенно отражает наличие серьёзных проблем доступности медицинской помощи. С нашей точки зрения, столь выраженная неотзывчивость российского здравоохранения связана с обострившимися проблемами его развития. К ним, в первую очередь, надо отнести изношенность основных фондов учреждений здравоохранения, составляющую в среднем 60%, а медицинского оборудования в городской и сельской местности - до 80%, что определяет низкое качество медицинского обслуживания населения. Нехватка современного медицинского оборудования, лекарственных средств, младшего и среднего медицинского персонала, высокая социально-психологическая напряжённость в коллективах медицинских работников приводят к тому, что в 87% случаев врачи в государственных лечебно-профилактических учреждениях оценивают условия работы и её оплату как неудовлетворительные. Всё это способствует ещё большему витку формализации врачебной практики и стремлению как врача, так и пациента к необходимости проведения доплат за более качественное оказание медицинской помощи.

Своеобразной характеристикой важности и проблемности улучшения отзывчивости российской системы здравоохранения служат данные о том, что типичным явлением становится невыполнение пациентами рекомендаций и назначений врача, в том числе: в связи с несогласием с назначенным лече-

нием в 19,7% случаев, с недоверием к уровню компетенции врача - в 30,2% случаев, с отсутствием средств для приобретения лекарств - в 14,7% случаев, с отсутствием веры в улучшение здоровья - в 8,6% случаев.¹¹¹

5.2. ВРАЧЕБНЫЕ ОШИБКИ

В условиях нарастания неконтролируемой платности за оказание медицинской помощи, ухудшения доступности медицинской помощи и чрезвычайно высокой неудовлетворённости россиян качеством медицинских услуг успешное решение проблем обеспечения качества оказания медицинской помощи тесным образом связано с обеспечением гарантий реализации прав пациента и гражданской профессиональной ответственности медицинских работников, направленных на профилактику врачебных ошибок^{112, 113, 114}.

Под врачебной ошибкой нами понимаются случаи нанесения ущерба здоровью и жизни пациента, имеющего объективные доказательства его непосредственной обусловленности небрежным выполнением врачом своих профессиональных обязанностей. В настоящее время необходимо понимание того, что больницы, точно так же как и врачи и медсёстры, могут отвечать за небрежное оказание помощи. В традициях американской медицины больница может быть непосредственно ответственна за небрежность в поддержании качества обслуживания внутри неё. Например, больница должна принимать достаточные меры для поддержания работы медицинского оборудования, для доступности оборудования и услуг. Больница несёт ответственность за подбор медицинского персонала, осуществляет контроль его деятельности. Больницы, которые не смогут обеспечить качество оказываемой медицинской помощи могут так же, как и врач, понести прямую ответственность за врачебную ошибку по причине небрежности. Для контроля за подобными рисками американские больницы обычно создают отделы по Контролю за Риском, которые систематически проверяют истории болезней, и дают оценку уровню организации помощи, оказываемой в больнице.

¹¹¹ Ефименко С.А. Социология пациента. Автореф. дисс. на соискание уч. ст. доктора социологических наук. Москва, 2007. с.

¹¹² Андриюшина Е.В., Тэгай Н.Д. Качество медицинской помощи в РФ и проблемы врачебных ошибок. Социальные конфликты: экспертиза, прогнозирование, технологии разрешения. Институт социологии. РАН. М., 1999. с. 137-163.

¹¹³ И.П.Каткова, Н.Д. Тэгай, Е.В. Андриюшина. Оценка качества медицинской помощи. Народонаселение. М., 1999. № 3-4. С. 132-144.

¹¹⁴ Андриюшина Е.В., Каткова И.П., Римашевская Н.М. Здоровье россиянок на рубеже веков. Ред. проф. И.П. Каткова. Приложение к журналу «Народонаселение» Научная серия «Здоровье населения». М., 2004. с. 240-247.

Ежегодно в Соединенных Штатах только медицинские ошибки в стационарах обуславливают порядка 44000 летальных исходов в год. К ним следует прибавить еще 7000 случаев смерти в результате ошибок в назначении или использовании лекарственных средств. Полагают, что потери человеческих жизней вследствие такого рода ошибок куда более угрожающие, чем от таких «убийц», как дорожно-транспортные несчастные случаи, рак молочной железы и СПИД. Экономическая стоимость таких ошибок может достигать до 17 млрд. долл. США¹¹⁵.

Важно подчеркнуть что, ВО - понятие юридическое, в основе её определения должны лежать объективные доказательства нанесения врачом ущерба здоровью и жизни пациента. Смысл такого подхода, по нашему убеждению, определяется понятием гражданской ответственности врачей и медицинских учреждений по возмещению ущерба, причинённого ими здоровью и жизни граждан. Мировой опыт свидетельствует, что эти факты преимущественно устанавливаются в судебном порядке на основе разбора исков пациентов.

Как отмечает Р. Ригельман (1994): «Врачебные ошибки - неотъемлемая сторона деятельности врача, причём большинство ошибок совершается не по незнанию, а по неумению применять знания, т.е. недомыслию». Автор подчёркивает, что все неудачи исхода лечебного процесса являются нежелательными результатами. Они, в свою очередь, могут быть подразделены на плохие исходы и врачебные ошибки. К первым относятся те, что неизбежны при нынешнем уровне медицинских знаний вне зависимости от наших действий; вторых можно было бы избежать, действуя иначе. При этом, за плохой исход врач не несёт ответственности, а за ошибки он отвечать должен, поскольку их можно было бы избежать¹¹⁶.

В настоящее время увеличение вероятности роста числа судебных исков в связи со случаями врачебных ошибок вызвано многочисленными факторами, определяющими трансформацию взаимоотношений «врач-пациент» под влиянием становления обязательного медицинского страхования, расширяющего открытость общих проблем качества оказания медицинской помощи, они могут быть как со стороны врача, так и непосредственно больного (схема №1).

¹¹⁵ Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2000 г. Системы здравоохранения: улучшение деятельности. С. 11.

¹¹⁶ Р. Ригельман. Как избежать врачебных ошибок. Книга практикующего врача. -М.1994.Пер. с англ..203 с.

В условиях **неразвитости законодательства по страхованию гражданской (профессиональной) ответственности врача** имеет место достаточно **широкая трактовка понятия врачебной ошибки** и отмечается неспособность врачей противостоять посягательствам на свои права. Кроме того, **недостаточная изученность причин распространённости врачебных ошибок и связанного с ними ущерба здоровью пациентов**, а также факторов, препятствующих их вероятностному росту и, следовательно, обосновывающих значимость правового статуса оказываемой медицинской услуги, снижают возможность обеспечения гарантий качества медицинской помощи застрахованным в РФ.

Необходимо заметить, что замедленное развитие профессиональных медицинских ассоциаций по приведению врачебной деятельности в соответствие с требованиями ОМС, возможностями оказания медицинской помощи на основе базовой программы ОМС является одним из важнейших препятствий на пути повышения гражданской профессиональной ответственности врачей, работающих в системе ОМС. Сформировавшийся в предшествующие введению ОМС годы стиль приписок объёмов медицинской помощи содействует и лёгкости в смешении платных и бесплатных услуг, вследствие чего среду медицинских работников пронизывает безответственность за последствия их деятельности для здоровья пациентов. В современный период развития общества особо остро ощущается «обесценивание» врачебной деятельности и стремление «компенсировать» такое развитие увеличением стоимости высокотехнологичных лечебно-диагностических процедур в ущерб систематической лечебно-профилактической деятельности. Таким образом, со стороны врача отмечается стремление к расширению платных и бесплатных видов медицинских услуг в ущерб правовому режиму их оказания, что увеличивает риск возникновения врачебных ошибок и неблагоприятных последствий для здоровья пациента в связи с ними. Кроме того, в условиях кризисной общественно-экономической ситуации в РФ происходит активное формирование зависимости уровня жизни врача от цены и объема платных медицинских услуг

Становление и развитие системы оценки КМП в рамках обязательного медицинского страхования повышает ответственность врача за удовлетворенность пациента медицинской помощью, расширяет необходимость информирования пациента об особенностях лечебно-диагностических процедур и создаёт благоприятные предпосылки для стимулирования профессиона-

лизма и ответственности врача за исход лечения. Это требует разработки новых подходов к обоснованию заработной платы врачей.

Среди факторов, способствующих вероятностному росту конфликтности в системе «врач-пациент» и увеличению числа судебных исков в связи со случаями врачебных ошибок в РФ, со стороны пациента следует отметить сложившуюся несколько более благоприятную ситуацию по ускоренному осмыслению своих прав с позиции потребителя медицинских услуг. В первую очередь это связано с действиями ассоциации по защите прав потребителей и реализации соответствующего закона. В то же самое время на общем фоне снижения жизненного уровня отмечается расширенное понимание значимости экономических и социальных последствий врачебных ошибок для благосостояния пациентов. Вследствие этого происходит развенчание иллюзий о недоступности правовой регламентации медицинской деятельности. Заметим также, что идёт активный процесс осознания возможностей влияния пациентов на оценку деятельности врача и возможности замещения жалоб на судебные иски и получение материального возмещения. Расширение информированности пациентов о видах, объёмах и сути медицинских услуг также повышает их роль в выработке совместного решения о тактике лечения. Осознание возможности свободного выбора врача позволяет всерьёз рассмотреть вопрос, кто, по мнению пациента, может лучше оказать ему медицинскую помощь.

Ухудшение состояния здоровья населения служит неблагоприятным фоном для успешности деятельности врача.

Таким образом, краткая характеристика проблем взаимоотношения врача и пациента, приведенная выше, показывает, насколько важно этой проблеме постоянно уделять серьёзное внимание.

В связи с изложенным выше, мы придерживаемся точки зрения, что именно распространённость врачебных ошибок в наибольшей степени иллюстрирует существующие риски гражданской (профессиональной) ответственности врачей.

Формирование конфликта в системе «врач - пациент» и осознание потребности в медико-юридической помощи со стороны пациента идёт через различные побудительные мотивации и механизмы, вызванные нездоровьем, уровнем социального неблагополучия или депривации, низким уровнем информированности по вопросам охраны здоровья и тактики лечения, является следствием непрофессионализма врача, нанесения ущерба в связи с этим со-

стоянию здоровья или жизни пациента и проявляется в виде спроса (активного обращения пациентов за юридическими услугами).

Схема № 1

Факторы, способствующие увеличению конфликтности на уровне «врач-пациент» и вероятностному росту судебных исков в связи со случаями врачебных ошибок в РФ.

ВРАЧ	ПАЦИЕНТ
- отсутствие законодательства по страхованию гражданской (профессиональной) ответственности и неспособность врачей противостоять посягательствам на свои права.	- ускоренное осмысление своих прав с позиции потребителя медицинских услуг благодаря действиям ассоциации по защите прав потребителей и реализации соответствующего закона
- широкая трактовка понятия врачебной ошибки	- расширение значимости экономических и социальных последствий компенсационных выплат пациентам в связи с врачебными ошибками на общем фоне снижения жизненного уровня российских семей
слабая изученность: - проблем и факторов, определяющих распространенность врачебных ошибок и ущерба, связанного с ними здоровьем пациентов - факторов, препятствующих сокращению вероятности возникновения врачебных ошибок, обосновывающих значимость правового статуса оказываемой медицинской услуги в обеспечении эффективности и успешности лечебно-профилактической деятельности	- осознание возможности свободного выбора врача, расширение информированности пациентов по медико-юридическим вопросам
- недостаточный правовой статус медицинской услуги	- развитие неблагоприятных тенденций в здоровье и социальном благополучии населения, дальнейших процессов хронизации патологии, наличие множественной сочетанной патологии и др.
- замедленное развитие профессиональных медицинских ассоциаций по приведению врачебной деятельности в соответствии с возможностями оказания бесплатной медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС, действующими в РФ законодательствами	- стремление к замещению жалоб на судебные иски и материальное возмещение на обновления технологии оказания медицинской помощи
- становление и развитие системы оценки качества медицинской помощи в рамках ОМС, что повышает ответственность врача за удовлетворенность пациента медицинской помощью, расширяет необходимость информирования пациента об особенностях необходимых лечебно-диагностических процедур	- развенчание иллюзий о недоступности правовой регламентации медицинской деятельности
- стремление к расширению платных и бесплатных видов медицинских услуг в ущерб правовому режиму их оказания	- повышение требований к качеству получаемой лечебно-профилактической помощи
- формирование зависимости уровня жизни врача от цены и объема платных медицинских услуг в современный период кризисного развития общества	- осознание значимости здоровья в условиях развития рыночных отношений

Потребность, с одной стороны, **определяется уровнем личной инициативы индивида**, с другой стороны, зависит от **тяжести последствий некачественных медико-социальных услуг**: степени неудовлетворенности и тяжести ущерба для здоровья и жизни пациента. При этом она обусловлена степенью развитости законодательных гарантий прав пациентов и врачей, уровня медико-юридической грамотности населения, наличием отработанной системы практической защиты прав субъектов медицинского страхования.

Следует отметить, что недостаточное развитие системы защиты прав пациентов занижает потенциал имеющейся инфраструктуры обязательного медицинского страхования в удовлетворении растущих потребностей населения и системы здравоохранения в обоюдном содружестве.

Такая ситуация в известной мере способствует активному становлению и развитию рынка юридических услуг для обеспечения исков пациентов к врачам в связи с некачественным оказанием медицинской помощи или случаями необоснованных отказов.

В современной медицине чрезвычайно важно достижение сотрудничества во взаимоотношениях врача и больного. Р. Ригелман считает, что оно должно включать четыре главных компонента: поддержку (врач стремится быть полезным больному), понимание (формирование у больного уверенности, что именно жалобы и состояние здоровья послужат основой диагноза и лечения), уважение (подразумевает признание ценности больного как индивида и важности его забот), сочувствие (способность врача взглянуть на мир глазами больного).

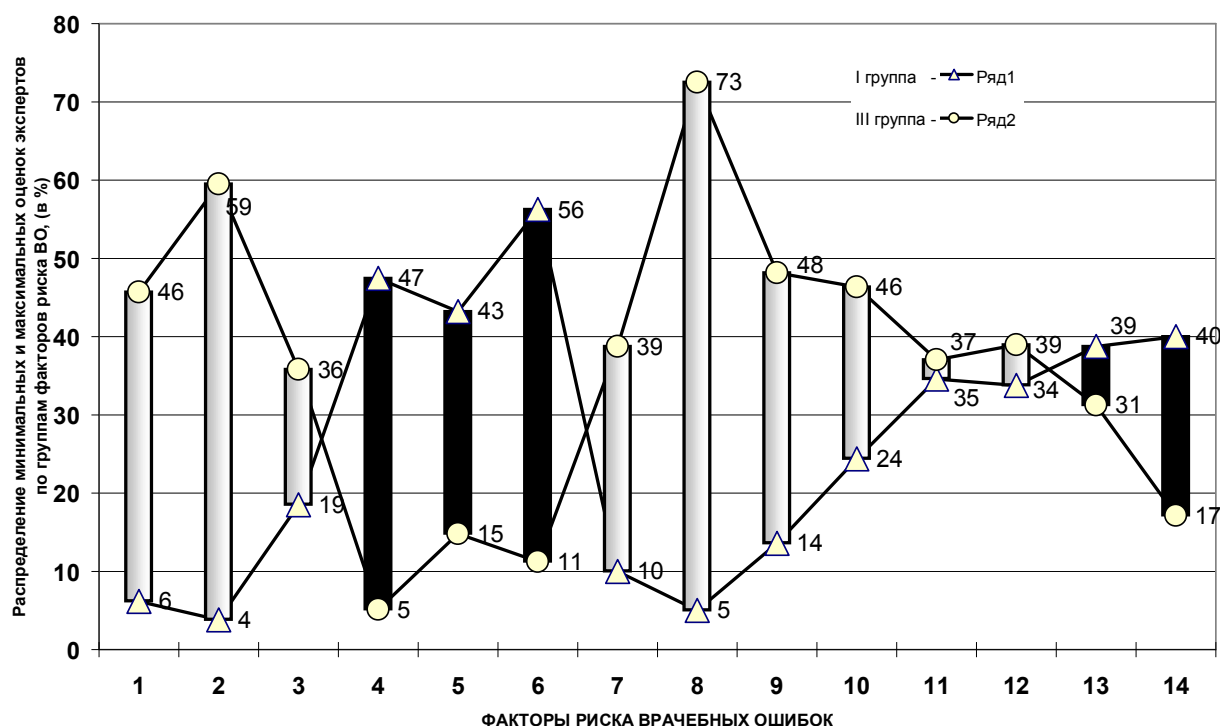
Гипертрофированное внимание общественных и профессиональных деятелей к проблемам реализации прав пациентов в отрыве от рассмотрения их обязанностей и ответственности за состояние своего здоровья в свою очередь также могут стать дополнительными факторами, усложняющими взаимоотношения врача и пациента.

Таким образом, актуальным аспектом современного состояния проблемы следует признать наличие серьезных противоречий в доступности реализации прав пациентов и необходимости повышения гражданской (профессиональной) ответственности врачей.

Для оценки проблем развития стратегии снижения и профилактики рисков возникновения врачебных ошибок нами в программу исследования для оценки экспертами введено три попарных блока вопросов. Первый из них отражает сопряжённость вопросов, где сначала эксперты рассматривают

ряд факторов с позиции их значимости в увеличении вероятности риска возникновения врачебных ошибок, а затем и возможной управляемости факторами в целях предупреждения возникновения врачебных ошибок.

Второй сопряжённый блок вопросов касается оценки вклада ряда основных дефектов оказания медицинской помощи в общее число врачебных ошибок, с одной стороны, а, с другой - оценки реальности их скорейшего устранения.



ФАКТОРЫ РИСКА ВО:

1. Уровень социально-экономического развития общества
2. Уровень управления и материально-технического обеспечения учреждений здравоохранения
3. Сложности развития медицинской науки
4. Трудности социально-психологической адаптации пациентов к получению медицинской помощи в условиях медицинского страхования
5. Трудности социально психологической адаптации врачей к работе в условиях развития обязательного медицинского страхования
6. Расширение различных видов платных медицинских услуг
7. Проблемы обеспечения доступности и своевременности получения медицинской помощи
8. Уровень профессионализма и компетентности врачей
9. Проблемы обеспечения гарантий качества медицинской помощи
10. Уровень законодательного обеспечения страхования гражданской (профессиональной) ответственности врача
11. Уровень законодательных основ прав пациентов
12. Уровень информированности врачей о своей гражданской профессиональной ответственности, а также правах пациента
13. Уровень информированности пациентов о своих правах и гражданской профессиональной ответственности врачей.
14. Другое

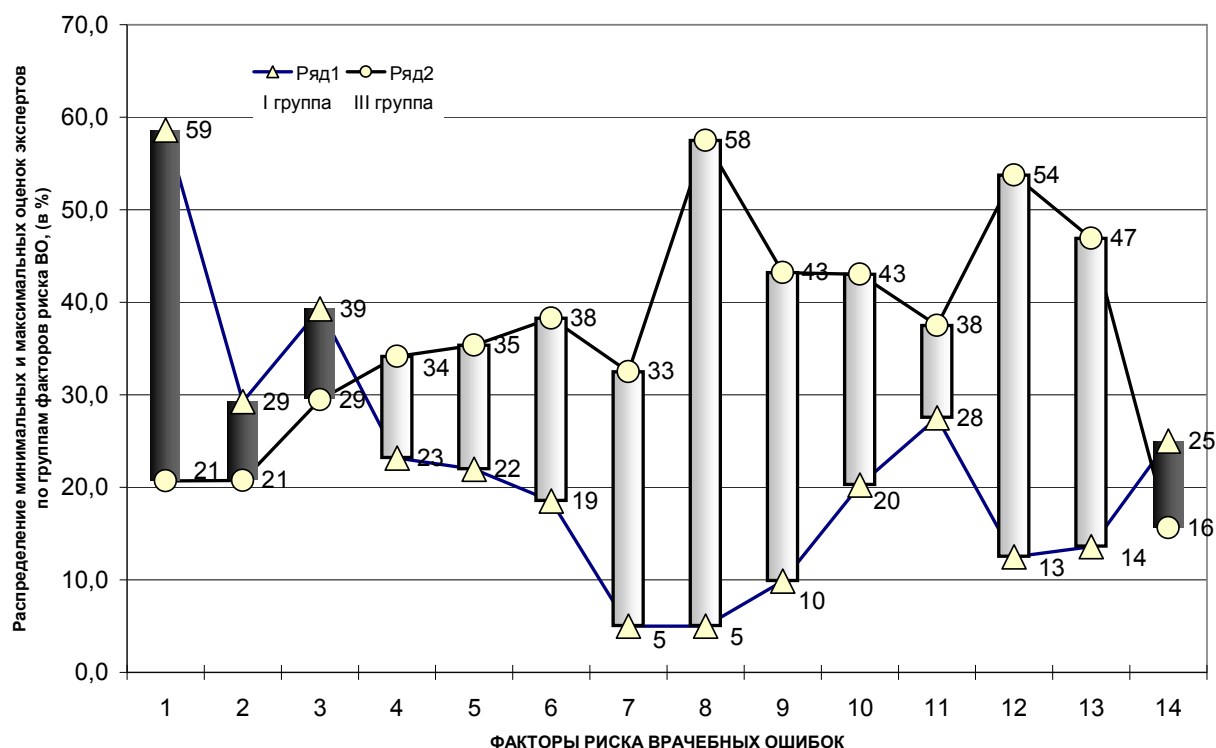
Рис. 21. Роль факторов (1-14) в увеличении вероятности риска возникновения ВО (I группа - влияние фактора незначительное, III группа - влияние фактора значительное)

Третий сопряжённый блок вопросов касается оценки не только отдельных профессиональных действий врача, приводящих к возникновению случаев врачебных ошибок, но и отражает сформировавшееся у экспертов мнение о реальности их искоренения.

Анализ первого сопряжённого блока вопросов позволил выявить ряд необходимых приоритетных мероприятий по снижению вероятности риска возникновения врачебных ошибок. Первоначально он включал анализ ответов (оценок) экспертов на вопрос о значимости ряда факторов в увеличении вероятности риска возникновения врачебных ошибок. Заметим, что в основу оценки значимости влияния факторов положены реальные распределения оценок экспертов, соотношение между полученными данными о наличии незначительного или, наоборот, значительного влияния на распространённость ВО. Иными словами, рассматривалось соотношение числа оценок экспертов о максимальной значимости факторов в возникновении ВО и числа оценок незначительной и средней значимости рассматриваемых факторов в увеличении рисков возникновения ВО (**Рис. 21**).

На рисунке приведены соотношения распределений оценок экспертов по соответствующим вопросам для крайних групп (I и III) или - смежных (II и III). Для более наглядного представления соотношения между анализируемыми распределениями нами использован метод, так называемых, “плюс-минус маркеров”, когда данные, представленные рядом 2 на рисунке являются опорными для проведения сравнения с данными ряда 1. При этом, превышения данных ряда 2 над данными ряда 1 отражены светлыми маркерами (столбцами между данными), а данных ряда 1 над данными ряда 2 - тёмными (происходит смена знака маркера). Поскольку по оси “X” представлены категории, интерпретируемые как факторы риска ВО, или - основные дефекты оказания медицинской помощи, или - причины роста ВО, или - степень управляемости этими параметрами, для каждой из них возможно проведение сопоставления оценок. По оси “Y” представлены оценки экспертов по шкале значимости рассматриваемого параметра, фактически представляющие собой относительную долю из общего числа оценок каждого параметра в процентах.

Анализ **рис. 21** позволяет заключить, что наибольшая значимость в возникновении врачебных ошибок экспертами придана уровню профессионализма и компетентности врачей, уровню управления и материально-технического обеспечения учреждений здравоохранения, уровню социально-экономического развития общества, проблемам обеспечения доступности и своевременности получения медицинской помощи, проблемам обеспечения гарантий качества оказания медицинской помощи, уровню законодательного обеспечения страхования гражданской (профессиональной) ответственности врача и законодательных основ защиты прав пациента.



ФАКТОРЫ РИСКА ВО:

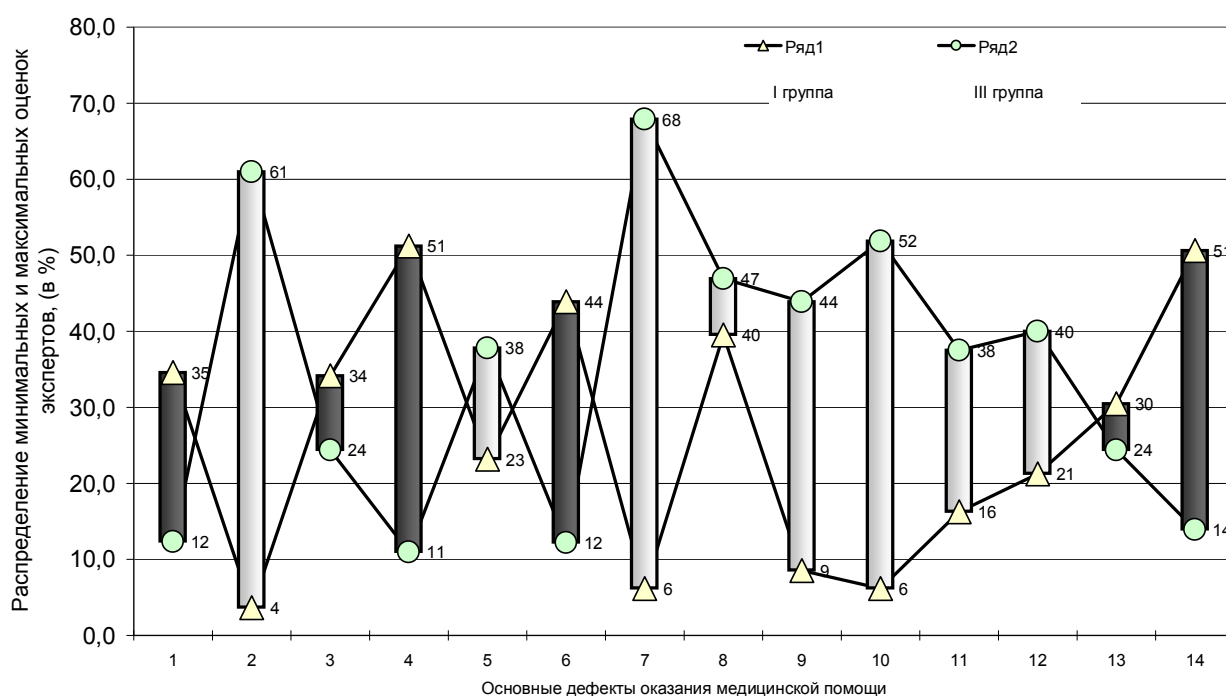
1. Уровень социально-экономического развития общества
2. Уровень управления и материально-технического обеспечения учреждений здравоохранения
3. Сложности развития медицинской науки
4. Трудности социально-психологической адаптации пациентов к получению медицинской помощи в условиях медицинского страхования
5. Трудности социально психологической адаптации врачей к работе в условиях развития обязательного медицинского страхования
6. Расширение различных видов платных медицинских услуг
7. Проблемы обеспечения доступности и своевременности получения медицинской помощи
8. Уровень профессионализма и компетентности врачей
9. Проблемы обеспечения гарантий качества медицинской помощи
10. Уровень законодательного обеспечения страхования гражданской (профессиональной) ответственности врача
11. Уровень законодательных основ прав пациентов
12. Уровень информированности врачей о своей гражданской профессиональной ответственности, а также правах пациента
13. Уровень информированности пациентов о своих правах и гражданской профессиональной ответственности врачей.
14. Другое

Рис. 22. Экспертная оценка возможности реальной управляемости факторами с целью снижения распространённости ВО (I группа - наименее управляемая, III группа - наиболее управляемая)

Интересно, что в 39% случаев, согласно мнения экспертов, уровень информированности пациентов о своих правах и гражданской (профессиональной) ответственности врача вообще не имеет существенного значения в решении проблем ВО. Это подтверждает «живучесть» патерналистского характера взаимоотношений между врачом и пациентом.

Ответы экспертов на шестой вопрос анкеты позволяют рассмотреть роль отмеченных выше факторов несколько в другом ракурсе, а именно - насколько реально в настоящее время изменить ситуацию, т.е. управлять ими, иными словами, что реально из этих факторов изменить в целях снижения

возникновения рисков ВО. Рассмотрение **рис. 22**, где проводится анализ факторов снижения числа ВО с наибольшей степенью управляемости в сравнении с наименьшей, показало, что за исключением первых трёх факторов, отражающих уровень социально-экономического развития общества, обеспечение здравоохранения и развития медицинской науки, все остальные подвержены, с точки зрения экспертов, позитивным изменениям в обозримые сроки. Причём из 10-ти факторов в наибольшей степени, по мнению экспертов, можно управлять уровнем профессионализма и компетентности врачей, социально-психологи-ческой адаптацией пациентов к получению медицинской помощи в условиях ОМС, уровнем информированности врачей о своей гражданской (профессиональной) ответственности и развитием законодательства в этом направлении.

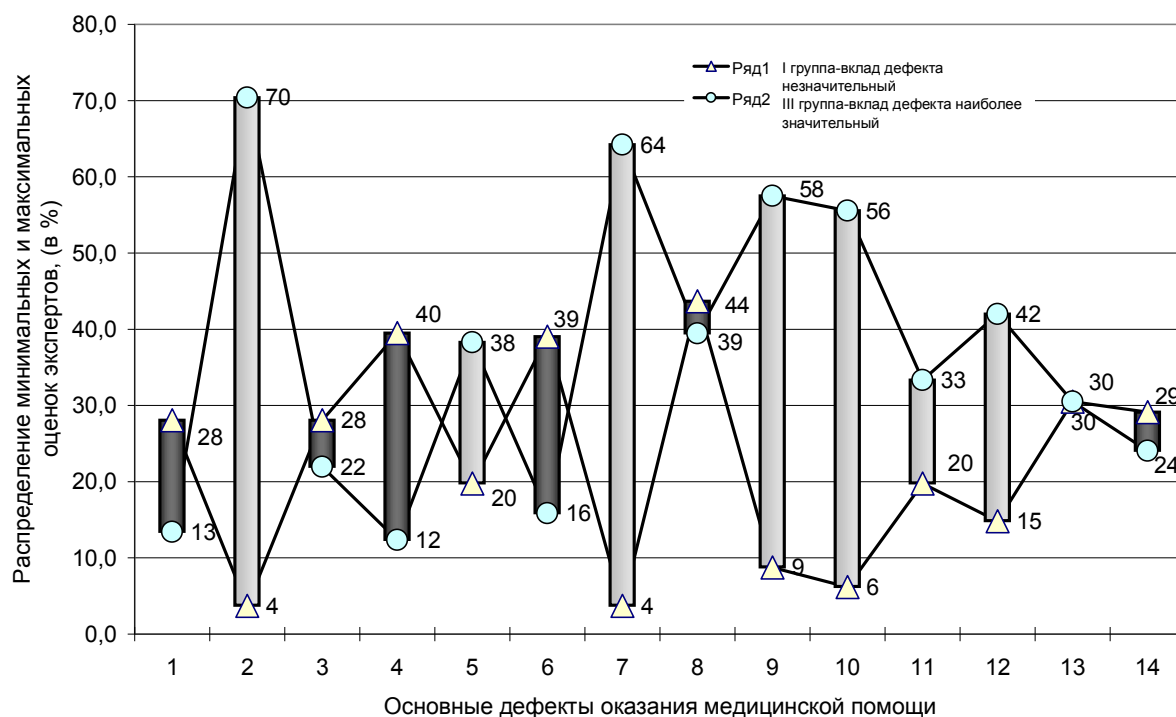


ДЕФЕКТЫ ОКАЗАНИЯ МЕД. ПОМОЩИ:

1. Недостаточное информирование пациента о характере и возможных последствиях медицинского вмешательства
2. Не использование лечебных возможностей, неоказание помощи
3. Предъявление счета за невыполненные медицинские услуги
4. Нарушение врачебной тайны
5. Медицинское вмешательство, произведенное без экстренных показаний, без предварительного согласия пациента
6. Соблюдение конфиденциальности в оценке и раскрытии сведений о заболеваниях пациента
7. Допущение небрежности и причинение вреда пациенту при проведении диагностики или лечения
8. Непредумышленное убийство
9. Несоблюдение стандарта оказания лечебно-профилактической помощи
10. Финансовые затруднения
11. Нанесение эмоционального ущерба без видимых физических последствий
12. Инфекционное заболевание вследствие внутрибольничной инфекции
13. Уровень лицензирования врачебной деятельности
14. Сложности аккредитации медицинского учреждения

Рис. 23. Экспертная оценка вклада основных дефектов оказания медицинской помощи в общее число ВО (I группа - вклад незначительный, III группа - вклад наиболее значительный)

Сравнение значимости оценок вклада основных дефектов оказания медицинской помощи в общее число ВО с наименее значимыми (рис. 23) показало, что наибольшее значение при этом имеют такие дефекты, как не использование лечебных возможностей, неоказание помощи, финансовые затруднения, несоблюдение стандарта оказания лечебно-профилактической помощи.



ДЕФЕКТЫ ОКАЗАНИЯ МЕД. ПОМОЩИ:

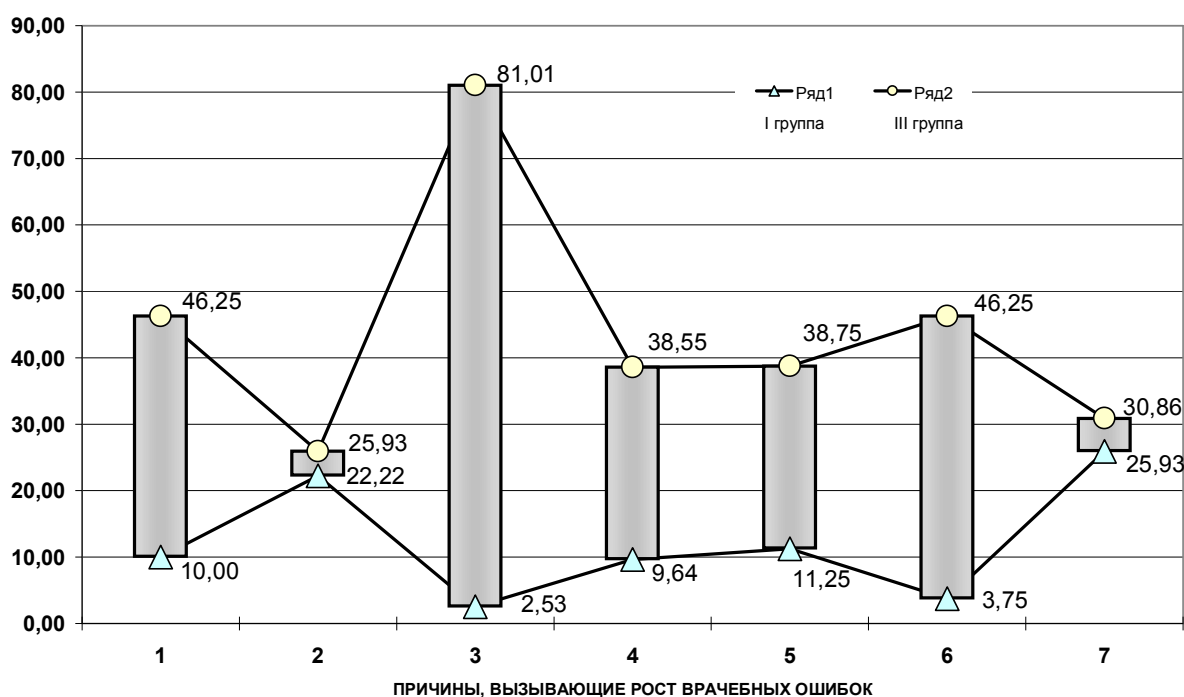
1. Недостаточное информирование пациента о характере и возможных последствиях медицинского вмешательства
2. Не использование лечебных возможностей, неоказание помощи
3. Предъявление счета за невыполненные медицинские услуги
4. Нарушение врачебной тайны
5. Медицинское вмешательство, произведенное без экстренных показаний, без предварительного согласия пациента
6. Соблюдение конфиденциальности в оценке и раскрытии сведений о заболеваниях пациента
7. Допущение небрежности и причинение вреда пациенту при проведении диагностики или лечения
8. Непредумышленное убийство
9. Несоблюдение стандарта оказания лечебно-профилактической помощи
10. Финансовые затруднения
11. Нанесение эмоционального ущерба без видимых физических последствий
12. Инфекционное заболевание вследствие внутрибольничной инфекции
13. Уровень лицензирования врачебной деятельности
14. Сложности аккредитации медицинского учреждения

Рис. 24. Экспертная оценка управляемости дефектами оказания медицинской помощи с целью снижения риска возникновения ВО (I группа - вклад дефекта незначительный, III группа - вклад наиболее значительный)

Интересно отметить, что к числу наименее управляемого снижения числа дефектов оказания медицинской помощи, устранение которых вызывает наибольшие трудности, эксперты отнесли недостаточное информирование пациента о характере и возможных последствиях медицинского вмешательства, нарушение врачебной тайны, соблюдение конфиденциальности в оценке и раскрытии сведений о заболеваемости пациента. Это, с нашей точки зре-

ния, в какой-то степени отражает “заложенные” в предшествующий период традиционные представления о характере врачебной этики и деонтологии (рис. 24).

Анализ **рисунков 25 и 26** позволяет получить более углубленное представление об индивидуальной роли врача, роли его компетентности и профессионализма в обеспечении снижения риска неблагоприятного исхода для здоровья и жизни пациента.

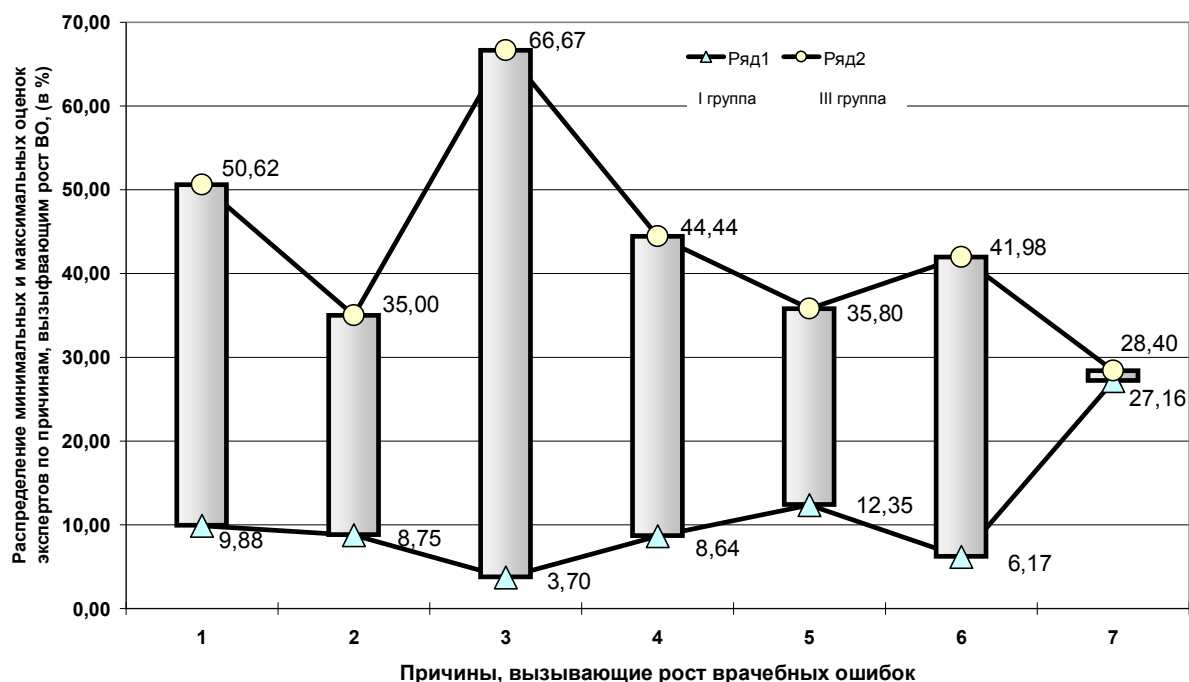


ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ РОСТА ВО:

- 1 Неумение критически оценить достоверность полученных сведений от пациента
- 2 Необоснованное назначение диагностических тестов
- 3 Неправильная оценка остроты болезни и тяжести состояния больного
- 4 Непонимание недостатков, присущих клиническим методам диагностики
- 5 Недооценка возможностей выраженности побочных эффектов лечения больного
- 6 Недооценка проведения своевременной оценки эффективности лечебных мероприятий
- 7 Пренебрежение к взаимному сотрудничеству с больным в выполнении лечебно-диагностических мероприятий

Рис. 25. Экспертная оценка значимости ряда причин при оценке распространённости врачебных ошибок (I группа - незначительная значимость, III группа - наибольшая значимость)

Установлено, что из семи приведенных здесь причин, обуславливающих вероятность риска возникновения врачебных ошибок, наиболее значимой является неправильная оценка остроты болезни и тяжести состояния больного, недооценка проведения своевременной оценки эффективности лечебных мероприятий, неумение критически оценить достоверность полученных сведений от пациента.



ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ РОСТА ВО:

- 1 Неумение критически оценить достоверность полученных сведений от пациента
- 2 Необоснованное назначение диагностических тестов
- 3 Неправильная оценка остроты болезни и тяжести состояния больного
- 4 Непонимание недостатков, присущих клиническим методам диагностики
- 5 Недооценка возможностей выраженности побочных эффектов лечения больного
- 6 Недооценка проведения своевременной оценки эффективности лечебных мероприятий
- 7 Пренебрежение к взаимному сотрудничеству с больным в выполнении лечебно-диагностических мероприятий

Рис. 26. Экспертная оценка возможности реальной управляемости причинами, вызывающими рост ВО, с целью последующего снижения их значимости в возникновении ВО (I группа - незначительная значимость, III группа - наибольшая значимость)

Эти причины, наряду с такой как недопонимание недостатков, присущих клиническим методам диагностики, с точки зрения экспертов, могут быть в большей степени устранены. Но, необходимо заметить, что скорее всего наиболее оптимальный подход к снижению роли этих причин в возникновении ВО - это совершенствование процесса вузовской и постдипломной подготовки врача.

Но, считаем необходимым привлечь внимание к тому обстоятельству, что эксперты довольно пессимистично оценили возможность научить врача в 9,88% случаев критически оценить достоверность полученных сведений от пациента, в 8,75% случаев - обоснованно назначать диагностические тесты, в 12,35% - своевременно оценивать всевозможные проявления побочных эффектов лечения больного, в 8,64% - пониманию возможных негативных последствий, присущих клиническим методам диагностики.

Полагают, что усложнившиеся лечебно-диагностические процедуры, новые медицинские технологии, увеличивающие риск нанесения серьезного ущерба здоровью пациентов наряду со специализацией врачей, разрушивших

традиции тесного взаимодействия и понимания между пациентами и врачами, являются потенциальными причинами роста числа исков.

Актуальным аспектом современного состояния проблемы следует признать наличие серьезных противоречий в доступности реализации прав пациентов и необходимости повышения гражданской профессиональной ответственности врачей

Страхование гражданской профессиональной ответственности врачей, работающих в бюджетных организациях или в системе ОМС, с нашей точки зрения, должно проводиться на основе солидарной ответственности врачей, т.е. той же самой основной идеи, которая положена в основу создания системы обязательного медицинского страхования и проводиться независимой страховой организацией - Республиканским фондом.

Перспективы развития российского законодательства в области гражданской профессиональной ответственности врача тесным образом связаны с обоснованием действующих в мире двух систем его проведения.¹¹⁷ Одна из них может быть представлена так называемой системой деликтной ответственности, действующей в США. Она, по оценкам экспертов, имеет очень высокую обременительность судебными издержками и компенсаторными выплатами пациентам за ущерб, причинённый их здоровью в процессе лечения. Прямые расходы, связанные с ответственностью медицинских работников, измеряемые страховыми взносами врачей, больниц, организаций управления здравоохранением и других медицинских учреждений, составляют около 1% бюджета здравоохранения. Однако такой системе страхования ответственности не дают оценку как наиболее эффективной системы, где интересы врача и пациента имеют наибольшую сбалансированность, направленную на улучшение качества лечения.

В противоположность такой оценке в странах-участницах Организации экономического сотрудничества и развития используются системы страхования ответственности от вреда, наступающего без вины страхователя (СОВБВС). Предусматривая возмещение вреда пациентам и родственникам, обеспечивая равное право на компенсацию и не требуя доказательства факта медицинской халатности, такие системы представляются наиболее перспек-

¹¹⁷ Международные системы страхования ответственности медицинских работников: на примере системы деликтной ответственности в США и шведской системы страхования ответственности от вреда, наступающего без вины страхователя. Отдел социальных программ. Регион Европы и Центральной Азии. Документ Всемирного банка. 37 с.

тивными по сравнению с системами деликтной ответственности.¹¹⁸ Однако столь либерализованная система свободной трактовки вреда, причинённого пациенту в процессе оказания ему лечебно-профилактических услуг, с нашей точки зрения, в современных российских условиях сложности взаимодействия врача и пациента также не может быть использована.

По мнению экспертов Всемирного Банка не существует совершенной системы страхования ответственности медработников, где расходы, методы предупреждения, эффективность и законность компенсации были бы сбалансированы.

Предстоит серьёзный поиск и обоснование становления российского законодательства, которое было бы направлено на чёткую регламентацию деятельности учреждений здравоохранения, медицинского персонала, с одной стороны, и соблюдения прав человека и пациентов на охрану здоровья, с другой. Необходимо найти компромисс между судебными издержками и перестраховочной медицинской действительностью (завышение объёмов медицинской помощи в процессе обоснования страховых рисков), рисками гражданской профессиональной ответственности врача, эффективности и законности действия штрафных санкций.

¹¹⁸ Положение в области страхования профессиональной ответственности медицинских работников в России. Здравоохранение, питание и народонаселение (HNP). Отдел развития людских ресурсов. Сектор региона Европы и Центральной Азии. Март 2003. Документ Всемирного банка. С. 2-8.

Глава VI. ВОПРОСЫ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Здравоохранение в странах с рыночной экономикой является одной из крупнейших сфер оказания услуг. По оценкам её производительность составляет около 7% от ВВП в странах ЕС-15, что больше сектора финансовых услуг и сектора розничной торговли, составляющих по 5% - каждый.

Если сократить до современного уровня европейских стран существующее в нашей стране неравенство в отношении здоровья как на федеральном, так и на региональном и муниципальном уровнях, на уровне домохозяйств, семьи и индивидуумов, то можно ожидать сокращения потребностей в амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи на 20-30 процентов, сокращения стоимости медицинского обслуживания – на 20% и снижения неблагоприятных последствий влияния неравенства в отношении здоровья на ВВП – не менее, чем на 10% от ВВП. Для достижения такой цели должна получить активное развитие межведомственная деятельность.

Например, в Англии министерство финансов провело широкомасштабное обследование роли различных секторов государственного управления в преодолении неравенства в отношении здоровья с участием 18 министерств и государственных ведомств. В результате была принята государственная программа действий, в которую было включено 12 укрупненных показателей и 82 задания для всех ведомств по преодолению неравенства в отношении здоровья и по укреплению здоровья¹¹⁹. Оценок реального воздействия этих плановых показателей пока мало. Но необходимо отметить, что разработанные показатели могут привести к реальным изменениям только в том случае, если они будут достаточно конкретны, чтобы можно было их измерять и нормировать. И в этом случае включение такого интегрального показателя как предотвратимая смертность отражает качественно новый этап в оценке достижений системы здравоохранения и правомерно может быть использовано и в России.

Другим важнейшим направлением совершенствования финансового обеспечения здравоохранения является определение дефицита финансирования здравоохраненческих программ снижения смертности. В частности, при рассмотрении ВОЗ (2008) российских проблем на фоне стран с низкими и средними доходами было определено, что, например, дефицит финансирования здравоохранения в целях снижения взрослой мужской смертности до

¹¹⁹ Tackling health inequalities: a programme for action. London, Department of Health, 2003.

наиболее низких уровней, имеющих в этой группе стран, составляет 756 млн. долларов США.

Более того, зарубежные исследователи пошли ещё дальше. Чтобы выяснить каким образом эффективность расходов на здравоохранение, обуславливающих снижение смертности, связана с качеством государственного управления (т.е., целенаправленное их использование) был рассчитан ряд регрессионных показателей. Оказалось, что для статистически значимого снижения смертности взрослых за счёт увеличения расходов на здравоохранение эффективность работы правительства не должна опускаться ниже уровня государственного управления, оцененного в 1,03. При таком показателе увеличение доли расходов на здравоохранение в ВВП на 1 процентный пункт приведёт к снижению смертности взрослых на 4%. Усилия правительств, оцененные в 1,51, приведут (соответственно) к увеличению средней продолжительности жизни на 1,8%.

Целесообразность увеличения инвестиционного потенциала российского здравоохранения должна постоянно находиться в центре внимания при обсуждении проблем обеспечения инновационного развития России. Не должен сходить с повестки дня и вопрос о достаточности планируемых государственных средств финансирования здравоохранения для формирования новой модели здравоохранения по европейскому типу эффективности функционирования. Согласно прогнозу социально-экономического развития России государственные расходы к 2020 году на здравоохранение должны увеличиться до 5,2% - 5,5% от ВВП (против 3,5% - в 2007 г.). Тем не менее, этот уровень будет существенно ниже уровня финансирования систем здравоохранения в европейских странах, достигнутых к настоящему времени. Так в странах Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) в 2005 г. государственные расходы на здравоохранение составляли в процентах от ВВП 6,8%. Прогнозируемый рост государственных расходов на медицинское обслуживание к 2050 году, построенном на основе сценариев сокращения заболеваемости и нетрудоспособности населения, потребует финансирования здравоохранения на уровне 8,9% от ВВП.

Всё это подчёркивает актуальность формирования мониторинга по оценке хода реализации стратегии охраны здоровья населения и развития демографической политики, отражающих роль всех секторов государственного управления. Для того чтобы его данные служили побудительной мотивацией к действию, он должен включать конкретные действия, поддающиеся изме-

рению плановые показатели по достижению цели охраны здоровья населения, устанавливаемые для всех участников межведомственной деятельности.

Реализация задач социально-экономического развития РФ на период до 2020 года обуславливает необходимость организации непрерывного наблюдения и создания системы мониторинга тесно увязанной с оценкой хода реализации социальной политики и реформирования здравоохранения. Особого внимания требует измерение происходящих изменений в области сокращения смертности, уровне и образе жизни, медицинской активности различных контингентов населения, медицинской, социальной и экономической эффективности лечебно-профилактических и оздоровительных программ, информированности населения о значимости факторов риска, сокращении их распространённости. Очень важно, чтобы создаваемые системы мониторинга основывались бы как на базе данных официальной статистики, так и материалах регулярно проводимых обследований, позволяющих проводить международные сопоставления и раскрывающие при этом роль системы здравоохранения в достижении цели социально-экономического развития общества.

В настоящее время признано, что современная политика в области здравоохранения в значительной степени зависит от объёмов и качества медико-санитарной информации. Дальнейшее сокращение распространённости «советских» стереотипов мышления на различных уровнях функционирования российского здравоохранения, стремления выборочного использования имеющейся информации и ретуширование данных, отражающих неблагоприятные процессы, которые можно было бы отнести за счёт неэффективности предпринимаемых мер, позволит увеличить значимость информационного потенциала принятия наиболее эффективных решений.

6.1. ВВП И ПОЛИТИКА ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Проводимое нами изучение назревших проблем охраны здоровья населения показало огромную перспективность и целесообразность межстрановых сопоставлений оценок эффективности политики здравоохранения на основе параллельного анализа основных параметров национальных счетов здравоохранения в совокупности с данными о тенденциях развития общественного здоровья и здравоохранения. Анализ национальных счетов здравоохранения позволяет дать единовременный срез всех основных денежных потоков, участвующих в финансировании здравоохранения и оценить степень адекватности поставленным приоритетным целям и задачам обеспечения населения медицинской помощью.

Анализ национальных счетов здравоохранения ряда развитых стран мира, а также России позволяет выявить особенности развития систем здравоохранения. Он показал, что за период 1993-2003 гг. наблюдались различные тенденции формирования финансового обеспечения здравоохранения. Такие страны как Швейцария, Австрия, Финляндия, Италия, имевшие в 1993 году наивысшие среди западноевропейских стран уровни общих расходов на здравоохранение в процентах от ВВП (8,3-9,3%), к 2003 году, несмотря на колеблющиеся уровни, характеризуются в целом тенденцией их сокращения (7,4-8,4%).¹²⁰ Следует отметить, что эти изменения происходили¹²¹ на фоне снижения средних темпов прироста ВВП в 1990-2003 гг. по сравнению с периодом 1980-1990 гг.

В Нидерландах, Германии, Бельгии, Норвегии, Израиле продолжался рост уровня этого показателя до 8,9-11,1%. Однако для всех отмеченных выше стран характерно стремление к поиску путей сдерживания расходов на здравоохранение. В действительности же реальные расходы на душу населения в этих странах сохранили тенденции к росту в связи с ростом национальных уровней ВВП.

Но этот процесс чрезвычайно сложен. Так, опыт Нидерландов показал¹²², что меры, направленные на снижение стоимости услуг и заработной платы врачей, в действительности не только не способствовали сдерживанию затрат, а наоборот, за счёт того, что врачи могут компенсировать сокращение размеров своего гонорара увеличением объема предоставляемых услуг, привели к её росту. Введение ограничений на общий объем затрат из-за отсутствия действенной системы контроля не имело ожидаемого успеха, т.к. превышение затрат сверх установленного норматива вскрывалось, в ряде случаев, только постфактум и, следовательно, могло быть компенсировано только за счет урезания расходов на следующий год. Это порождало во многих случаях серьезные конфликты с медицинским персоналом. Таким образом, необходимо иметь в виду, что с аналогичными проблемами можно столкнуться и в российских условиях в связи с переходом к оплате стоимости медицинских услуг по законченным случаям, т.е. постфактум после завершения лечения. Поэтому поиск оптимальной системы "кнута и пряника" должен быть тщательно взвешен.

¹²⁰ The World Health Report 2006: working together for health. World Health Organization. 2006.. Pp. 174-198

¹²¹ Доклад о состоянии здравоохранения в Европе. 2005. Действия общественного здравоохранения в целях улучшения здоровья детей и всего населения. с. 115-120.

¹²² Health and Health Care in the Netherlands. A.J.P. Schrijvers (ed.). Elsevier/De Tijdstroom. 1998. P. 223-236

В России, согласно данным ВОЗ, уровень финансирования здравоохранения за период 1993-2003 годов вырос с 3,5% до 5,6% от ВВП и к 2004 г. составил 6,0%. Такой уровень отчислений на здравоохранение всё ещё серьёзно дистанцирует Россию от развитых стран и наиболее типичен для большинства развивающихся стран.

Однако следует обратить внимание на расхождение данных по России процентных отчислений на здравоохранение от ВВП официальных и данных ВОЗ, которые в 1,9 раз выше.

По нашему мнению, это связано с тем, что в оценке платности услуг для международных сравнений были привлечены и экспертные данные, и результаты обследований домохозяйств о "теневых" выплатах гонораров и подарков медицинским работникам, а также финансирования ведомственной медицины непрофильными министерствами и ведомствами. Ф. Фили¹²³ приводит расчетные данные о том, что расходы государства и населения составили в 1997 г. 6,19% ВВП, в том числе 2,74% - расходы населения.

Значимость этих различий для развития здравоохранения ещё больше возрастает, если проанализировать реальные средства, отражающие суммарные расходы каждой из анализируемых стран на здравоохранение на душу населения по курсу международного доллара (**рис. 27**). Анализ рисунка позволяет отметить, что за период 1999-2003 гг. во всех представленных в нём странах отмечается выраженная динамика роста подушевых расходов на здравоохранение (в международных \$). Этот рост составил в Австрии с 2051 до 2306, Финляндии - с 1641 до 2108, Германии - с 2566 до 3001, Норвегии - с 2816 до 3809, в России - с 385 до 501.

В США средства, выделяемые на здравоохранение, постоянно наращиваются и достигли в 2003 г. уровня 15,2% от ВВП, составляя 5711 международных \$ на душу населения. Такой уровень расходов способствует развитию новых медицинских технологий и лекарственных средств, что позволяет США в глобализирующихся процессах здравоохранения оказывать решающее влияние их продвижению на мировых рынках.

¹²³ Ф. Фили. Краткое изложение результатов социологического исследования расходов населения на медицинскую помощь и лекарственные средства. Институт политики в здравоохранении Бостонского университета. 1998 (США).

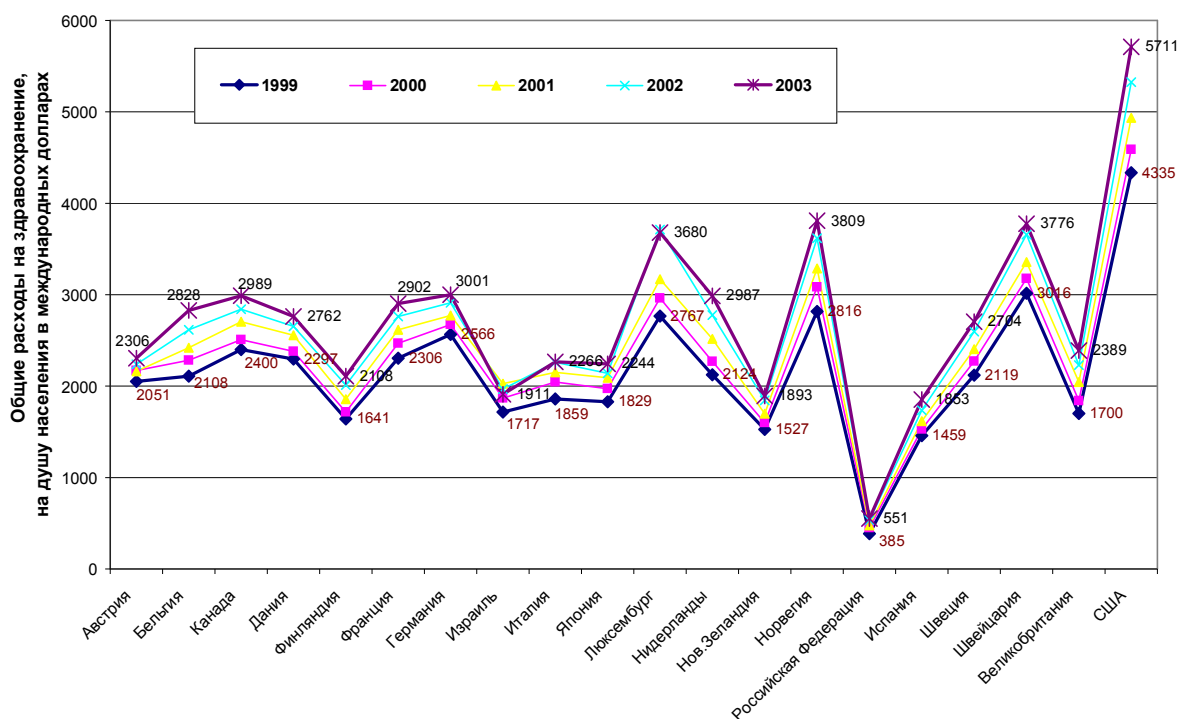


Рис. 27. Уровни общих расходов на здравоохранение в ряде стран-членов ВОЗ за период 1999-2003 гг. (на душу населения в международных долларах)

Вместе с тем американцы чрезвычайно не удовлетворены своей самой дорогостоящей системой здравоохранения в мире и самой высокой в мире стоимостью медицинских услуг. Как отмечают эксперты из Университета Джонса Хопкинса (Johns Hopkins University), львиная доля расходов на здравоохранение объясняется тем, что американцы оплачивают труд его работников и продукцию фармацевтических предприятий по более высоким тарифам в сравнении с жителями прочих развитых стран. Для примера, анализ мочи в канадском госпитале стоит \$8, в американском - \$176, электрокардиограмма в Канаде обходится в \$13, в США - \$711, рентген грудной клетки в Канаде - \$30, в США - \$772. Авторы исследования резюмируют, что такая ситуация была бы вполне нормальной, если бы американское здравоохранение занимало первое место в мире и по своей эффективности. Однако проблема состоит в том, что американцы платят за лечение намного больше граждан прочих развитых стран, но при всем этом получают за свои деньги примерно такие же результаты¹²⁴.

В структуре правительственных бюджетов общие расходы на здравоохранение большинства анализируемых стран составляли 13,7-18,5%, в то время как в России эти расходы не превышали 9,3% бюджетных средств (в

¹²⁴ Борьба миров: государственные и частные системы здравоохранения. Washington Profile. <http://www.washprofile.org/?q=ru/node/5459> (по состоянию на 19.08.2007)

2004 г. - 9,8%). Такие различия характеризуют приоритетность решения здравоохраненческих проблем населения в общей стратегии деятельности правительств стран.

Уровни частных расходов на здравоохранение раскрывают невидимые с первого взгляда проблемы доступности, равенства и справедливости в рамках сформировавшихся систем охраны здоровья населения отдельных стран. Согласно методике оценки ВОЗ они включают как предварительно оплаченные схемы оказания лечебно-профилактических услуг коммерческими или некоммерческими организациями, так и наличные платежи населения: непосредственные расходы семей, включая неофициальные гонорары и подарки, передаваемые работникам здравоохранения в связи с необходимостью получения медицинской помощи.

По уровню частных расходов (в 2003 г. - 41%, в 2004 г. - 38,7% от суммарных расходов на здравоохранение) РФ находится на уровне Швейцарии и медленно приближается к уровню США (55,4%). Позади остаются такие страны, как Англия, Швеция, Норвегия (14,3-16,3%), Япония, Финляндия, Италия (19-24,9%), Канада и Австрия (30,1-32,4%), (рис. 28).

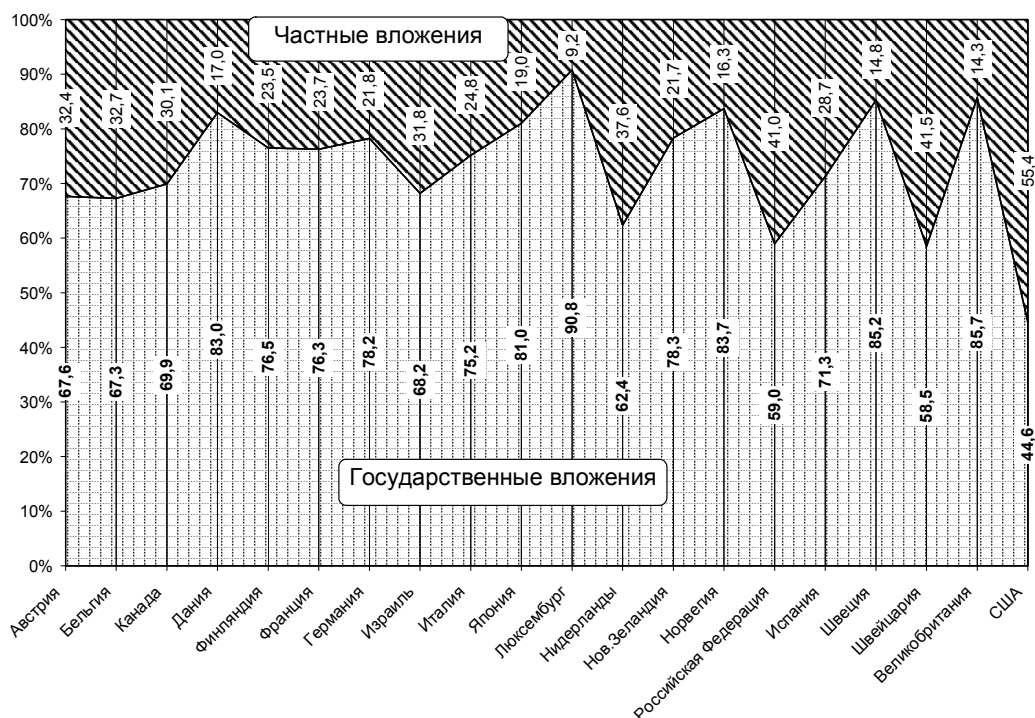


Рис. 28. Доли частных и государственных расходов на здравоохранение в ряде стран-членов ВОЗ в 2003 г. (на душу населения, в процентах от общих расходов на здравоохранение)

В 2003 г. в России наличные платежи в структуре частных расходов на здравоохранение составляли 71,1% (в 2004 г. выросли до 76,7%), в то время как в США - 24,3%. Но частные программы обслуживания с предварительной

оплатой в структуре общих частных расходов в США составляют 65,9%, а в Российской Федерации - 6,6% (в 2004 г. - 2,9%). В Великобритании доля этих расходов составляет 2,3%, в Японии - 1,7%, а в Германии - 40,2%.

В 2006 году в России ряд частных медицинских учреждений в рамках ОМС участвовал в реализации программ государственных гарантий обеспечения населения бесплатной медицинской помощью. Однако в условиях отсутствия чёткой регламентации их деятельности в этом направлении, а также из-за неинформированности пациентов о бесплатных объёмах медицинской помощи вполне возможна подмена бесплатных услуг платными, как это стало типичным и для государственных учреждений.

ВОЗ на основе анализа данных, полученных из 80 стран мира, отмечает наличие сильной корреляционной зависимости между долей личных средств граждан в общих расходах на медицинские нужды и процентом семей, обедневших вследствие расходов на медицинское обслуживание. Кроме того, было установлено, что чем больше средств государство расходует на нужды здравоохранения, тем меньше платят сами пациенты при получении услуг. Но именно это соотношение предопределяет возможности достижения справедливости в отношении как финансирования, так и доступности служб здравоохранения¹²⁵. При этом, надо иметь в виду, что именно страны, где упор делается на государственные программы, являются мировыми лидерами по ожидаемой продолжительности здоровой жизни (Япония, Франция, Швеция, Испания и др.), а значит обладают наибольшим потенциалом дееспособности своих систем здравоохранения. Поэтому в России в период экономического роста так важно найти оптимальный подход, чтобы государственные расходы на здравоохранение были приведены в соответствие с государственными доходами. Необходимо иметь в виду, что увеличение государственных расходов на здравоохранение должно быть обязательно подкреплено возможностями системы здравоохранения обеспечивать более эффективное достижение целей и задач за счёт роста ВВП в стране.

6.2. ОБЕСПЕЧЕНИЕ СПРАВЕДЛИВОСТИ ФИНАНСОВОГО ВЗНОСА НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Справедливость в вопросах финансирования охраны здоровья требует направления в эту сферу достаточных ресурсов, чтобы обеспечить всеобщий доступ к услугам здравоохранения без риска обнищания семей или отдель-

¹²⁵ Подходы к политике финансирования здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ. Европейский региональный комитет. Пятьдесят шестая сессия. Копенгаген, 11-14 сентября. 2006. EUR/RC56/BD/1. 26 июля 2006. 61102. С. 1-25.

ных лиц. В настоящее время общепринято именно с этих позиций, в первую очередь, рассматривать политику здравоохранения различных стран мира.

При разработке индекса справедливости финансового вноса в систему здравоохранения учитывалась и прогрессивность в размерах взносов домашних хозяйств на охрану здоровья в зависимости от уровня их доходов и структуры расходов. При этом было отмечено, что оплата наличными за медицинские услуги является наиболее регрессивным подходом, т.к. возникают высокие финансовые риски неэффективности использования средств и методов оказания разрозненных и часто излишне навязанных лечебно-профилактических услуг. По индексу справедливости финансового вноса в систему здравоохранения США делят с Фиджи 54-55 места, Великобритания, Норвегия, Япония, Финляндия - 8-11 места, Колумбия и Люксембург - на 1-2 местах. Российской Федерации - на 185 месте после Камбоджи и Перу.

Это связано с тем обстоятельством, что, имея наивысший рейтинг по уровню финансирования здравоохранения, сама система здравоохранения США по общему уровню своей эффективности никак не может быть признана лучшей, достойной подражания.

Проведенная аналитическая оценка и систематизация данных по проблемам финансирования здравоохранения и обеспечения населения бесплатной медицинской помощью позволяет отметить, что сформировавшаяся несправедливость в распределении финансовых средств, имея ярко выраженную социально-экономическую обусловленность, носит четырёхуровневый характер, включающий федеральный и региональный уровни, уровень домохозяйств и отдельного индивидуума.

На федеральном уровне, несмотря на рост государственных расходов на здравоохранение в 2006 г. она находит отражение в существенном неравенстве субъектов РФ по уровню финансовой обеспеченности программ государственных гарантий оказания медицинской помощи населению в расчёте на одного человека (с учётом коэффициентов удорожания условной единицы бюджетной услуги). При этом выделенные средства для таких регионов, как Республики Северного Кавказа и Ставропольского края были в 7 раз меньше по сравнению с уровнем обеспеченности ими в Ханты-Мансийском, Ненецком, Эвенском автономных округах, Москве и Сахалинской области¹²⁶.

¹²⁶ С.В. Шишкин, Н.Б. Канатова, С.В.Селезнева, В.А. Чернец. Организация финансирования и управления здравоохранением в регионах России в 2006 году. Общая характеристика. Аналитический обзор за 2006 год. Москва, 2007. 46 с.

Однако в то же время финансирование реализации территориальных программ государственных гарантий было проведено с дефицитом их финансирования в шестидесяти пяти субъектах Российской Федерации в 60,4 млрд. рублей. Наиболее дефицитными в 2006 году были территориальные программы в республиках Южного федерального округа. Значительный дефицит финансирования территориальных программ установлен также в Республике Хакасия (37,4%), Приморском крае (33,2%), Тамбовской области (31,3%), Курганской области (30,2%)¹²⁷.

В 2006 г. объем оказанной медицинской помощи в рамках программ государственных гарантий фактически был ниже нормативов (менее 40%) в 19 субъектах Российской Федерации, а в 34 субъектах он составил 40-49% от нормативов, в 27 субъектах - 50,0-69%. Таким образом, недофинансирование стоимости основных видов медицинской помощи в большинстве субъектов Российской Федерации и, в первую очередь, скорой, амбулаторно-поликлинической медицинской помощи и медицинской помощи, оказываемой в дневных стационарах, являлось одной из основных проблем обеспечения населения Российской Федерации бесплатной медицинской помощью.

Однако даже при финансовом обеспечении возможности получения высокотехнологичной медицинской помощи населением в таких округах, как Южный ФО, Приволжский ФО, Уральский ФО, Сибирский ФО, Дальневосточный ФО выделенные квоты оказались недоиспользованными. Такое состояние указывает на необходимость координации и интеграции действий Федерального центра и регионов в реализации стратегий развития здравоохранения.

На региональном уровне отмеченные выше проблемы неравенства в возможности получения бесплатной медицинской помощи усугубляются проявлением зависимости её доступности от степени выраженности её урбанизированности. Следует отметить, что проведенное РОССТАТОМ при поддержке Всемирного Банка «Национальное обследование благосостояния населения и его участие в социальных программах» (НОБУС)¹²⁸ в январе-

¹²⁷ В.О. Флек. Доклад о ходе реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2006 году. М., 2007.

¹²⁸ Бесстремянная Г.Е., Заборовская А.С., Шишкин С.В. Доступность социальных услуг: императивы реформ. Независимый институт социальной политики, Москва. Доклад на международной научно-практической конференции «Реформирование общественного сектора: поиск путей повышения эффективности». Санкт-Петербург, 23-24 сентября 2005 г.; Л. Овчарова Профиль российской бедности. Демоскоп Weekly № 195-196. 2005. <http://demoscope.ru/weekly/2005/0195/tema01.php> (по состоянию на 30.06.2007); Бремзен А. (РЭШ), Денисова И. (ЦЭФИР при РЭШ), Карцева М. (ЦЭФИР при РЭШ) Реформа медицинского обслуживания семьи: оценка потенциальных эффектов перехода от участковых врачей к врачам общей

апреле 2003 г. в 79 субъектах РФ позволяет выделить особенности доступности медицинской помощи для различных контингентов населения. Необходимо заметить, что в рамках этого исследования оценка российской бедности даётся на основании показателя ресурсной обеспеченности домохозяйств. Этот показатель более объективно даёт оценку реальной материальной обеспеченности, т.к. позволяет нивелировать эффект недоучёта доходов при включении в оценку неденежных источников потребления. Согласно такому подходу к бедным отнесено 26,0% домохозяйств, в которых проживает 33,4% населения.

Установлено, что если побудительными мотивами отказов от обращений за необходимой медицинской помощью в крупнейших городах (с численностью населения свыше 1 млн. человек) преимущественно были сложности с записью на приём к врачам-специалистам, то в небольших городских поселениях и сёлах их фактическое отсутствие. Это ведёт к вынужденному замещению бесплатной медицинской помощи на платную, включая приобретение лекарств в случае госпитализации.

С нашей точки зрения обе отмеченные выше причины могут иметь однозначную трактовку, т.к. отсутствие действенных подходов к сочетанию федеральных и региональных финансовых средств для удовлетворения потребностей населения на фоне неэффективной и устаревшей структуры и особенностей взаимодействия учреждений здравоохранения стало существенным тормозом выравнивания доступной медицинской помощи для населения. Это находит своё подтверждение в том, что среди всех первичных обращений за медицинской помощью около 30% происходит сразу непосредственно к врачам-специалистам, минуя участковых врачей. На уровне выше первичного звена обращение пациентов в странах ЕС составляет 8-10% от всех обращений за медицинской помощью. Такое "самоопределение по-русски" потребности посещения врачей узкой специализации формирует повышенный спрос населения в специализированных видах медицинской помощи.

Около 65% средств, выделяемых на нужды здравоохранения в Российской Федерации, расходуется на оказание стационарной помощи, в то время как в среднем по ЕС эта цифра составляет около 40%.

На уровне домохозяйств нельзя не обратить внимания, что если в группе домохозяйств с наибольшей ресурсной обеспеченностью (10-я децильная

группа) ведущей причиной ограничения доступности в получении медицинской помощи являются трудности с записью на приём, то для наименее обеспеченных домохозяйств (1-я децильная группа) таким ограничителем выступает необходимость оплаты медицинских услуг. Если учесть, что в 79,2% случаев лица первой из отмеченных выше групп пользуются бесплатными видами медицинской помощи, а в 21% случаев ограничителем в получении медицинской помощи для них является её платность, то можно констатировать, что даже для богатых весьма стремителен безудержный рост стоимости медицинских услуг, в том числе и за те из них, которые должны быть предоставлены бесплатно.

На индивидуальном уровне для сельских пенсионеров в наибольшей степени выражена недоступность бесплатных медицинских услуг и приобретение медикаментов, рекомендованных врачом, имеют место финансовые ограничения личного дохода семей. Для лиц из наименее социально защищённых групп населения в возрасте старше 40 лет (особенно 50-60 лет) характерна наиболее выраженная недоступность получения медицинской помощи.

Факт значительной востребованности богатыми бесплатных объёмов помощи не нов. Государственные службы здравоохранения, предназначенные обычно для того, чтобы обеспечивать бедняков, зачастую используются в большей степени людьми богатыми. В 11 странах, в которых распределение преимуществ производилось на основе распределения общественных расходов и степени их использования, беднейшая группа населения никогда не получала своей равной доли (20%), а в семи из них самая богатая прослойка получала от 29% до 33% от общего объёма услуг. Это преимущество для богатых в значительной мере зависит от непропорционального использования стационарных служб состоятельными людьми, которые (за исключением лишь одного примера) получают в целом не менее 26% общих услуг. В этой связи так и хочется предложить для России механизм «выхода» богатых и очень обеспеченных людей из системы обязательного медицинского страхования. Однако экспертная оценка такого подхода, проведенная Всемирным Банком должна помочь нам воздержаться от столь радикального шага.

Опыт Чили и Перу¹²⁹ показал, что выход из системы ОМС наиболее обеспеченных групп населения чреват серьёзными неблагоприятными последствиями для его дальнейшего функционирования, т.к. из-за значительно-

¹²⁹ Эрнан Фуэнзалида. Варианты выхода из системы обязательного медицинского страхования в странах латинской Америки. Выводы для формирования стратегии и принятия решений в российской федерации. Здоровье, питание и население (ЗПН). Отдел социальных программ. Регион Европы и Центральной Азии. Март 2003 г. Документ Всемирного банка. 14 с.

го снижения уровня финансирования обостряются проблемы доступности медицинских услуг, увеличится потребность в платных видах помощи, теневые выплаты могут получить ещё большее распространение.

В нашей стране система оплаты медицинских услуг наличными является своеобразным стимулом развития теневого рынка медицинских услуг. Это приводит к значительному сокращению доступности медицинского обслуживания, широкому распространению самолечения и, как следствие, хронизации заболеваний и повышению уровней инвалидности и смертности. Существующая система оплаты наличными способствует углублению распределительного неравноправия, поскольку такая система оплаты медицинских услуг вынуждает группы населения с ограниченными финансовыми возможностями нести непосильные для жизнедеятельности семей расходы. Это снижает уровень и качество их жизни.

Финансирование преимущественно на основе налогообложения характерно для скандинавских стран, Великобритании, Испании, Италии, Португалии и др. Эксперты ВОЗ обращают внимание на тот факт, что такое перераспределение средств при этом определяется *фактически наличием в стране прогрессивной шкалы налогов*. При таком подходе солидарность означает возможность создания рискованных пулов, позволяющих более справедливо обеспечивать почти всеобщую доступность медицинских услуг с учётом социально-демографических характеристик населения, обуславливающих различие потребностей в них.

Сформировавшаяся в России система оказания медицинской помощи населению "охотнее" отзывается на потребности высокооплачиваемых клиентов и, фактически, предпочитает их обслуживание в ущерб наименее защищённым слоям населения. Поэтому, как минимум, в России назревает вопрос о специальном налогообложении наиболее состоятельных слоёв российского общества в виде своеобразного налога "на роскошь быть здоровым".

Опыт европейских стран, приведенных выше, стремящихся к высокой степени солидарности в области финансирования здравоохранения и обеспечения всеобщей доступности медицинского обслуживания независимо от финансовых возможностей человека чрезвычайно интересен для России. Поэтому, с нашей точки зрения, важно в процессе реформирования российского здравоохранения в числе первоочередных мероприятий, наряду со структурными и функциональными изменениями, предусмотреть изменение налогообложения для наиболее состоятельных слоёв населения на охрану здоровья.

Аргумент ряда ведущих финансистов страны, что такой подход может способствовать новому витку "теневых выплат" зарплат, в современных социально-политических условиях явно несостоятелен, о чём свидетельствует сохраняющаяся высокая интенсивность вымирания российского населения.

Введённая в России система дополнительного лекарственного обеспечения (ДЛО) отдельных наиболее уязвимых групп населения имеет важное медико-социальное значение и отражает усиление социальной направленности деятельности учреждений здравоохранения. Социальная значимость ДЛО увеличивается включением в программу обеспечения граждан, страдающих наиболее финансово затратными нозологическими формами заболеваний: гемофилия, рассеянный склероз, муковисцидоз, сахарный диабет (только инвалиды), онкогематология, трансплантация органов и тканей и др. Например, затраты на лекарственные средства на одного пациента в год для таких заболеваний, как гемофилия, онкогематология составили в 2006 г. 914766 рублей и 1036002 рублей, соответственно.¹³⁰ Система ДЛО значительно повышает доступность современных эффективных лекарственных средств при оказании амбулаторной медицинской помощи для тех граждан, которые в нём принимают участие. Вполне вероятно, что именно для этих контингентов населения будет характерно снижение в потребности необоснованной госпитализации в тех случаях, когда она связана с невозможностью приобретения дорогостоящих лекарственных средств в рамках амбулаторно-поликлинического обслуживания, т.к. эти группы населения относятся к наименее социально защищённым слоям общества.

В то же время нельзя отрицать того факта, что для тех граждан, которые отказались от участия в ДЛО и заменили его денежной компенсацией, в случае их госпитализации сохраняется бесплатное обеспечение лекарственными средствами в процессе прохождения стационарного лечения, хотя и в этих случаях "бесплатность" зачастую подменяется фактически платностью их приобретения. Вероятность такого развития событий может быть подтверждена составом этого контингента населения по основным классам заболеваний.

По данным Минздравсоцразвития, удельный вес граждан, отказавшихся от дополнительного льготного лекарственного обеспечения (ДЛО) в

¹³⁰ В.И. Стародубов. О лекарственном обеспечении отдельных категорий граждан. Координационное совещание с руководителями федеральных медицинских учреждений. Москва, 26 апреля 2007 г.

2006 г.¹³¹ по Московской области, составил (по классам МКБ-10): злокачественные новообразования - 40,7%, болезни системы кровообращения - 39,4%, болезни костно-мышечной системы - 39,4%, болезни крови - 37,5%, инфекционные заболевания - 35,4%, болезни нервной системы - 30,9%, психические расстройства - 28,7%, болезни эндокринной системы - 26,0%.

От бесплатного лекарственного обеспечения в 2006 году отказались 46% граждан, имеющих право на государственную социальную помощь. При этом максимальные уровни отказов отмечались в Южном ФО (58%) и Приволжском ФО (53,8%), минимальные - в Дальневосточном ФО (30,5%) и Уральском ФО (32,5%).

Эта ситуация фактически отражает совмещение точек зрения населения и правительства о наличии серьёзных проблем в проведении программ ДЛО, т.к. отражает сформировавшееся общественное мнение о том, что необходимые лекарственные средства самостоятельно можно приобрести более дёшево. В 2004 году в России (кроме Москвы) затраты на потребление лекарственных средств на душу населения составили 46 Евро, что в 7,8-7,9 раз меньше, чем в Швеции и Франции, в 5,3-6,6 раз меньше - чем в Италии, Великобритании, Нидерландах, Германии, Бельгии и в 2,6 раза меньше, чем в Москве.

Вызывает огромное беспокойство интенсивный рост фальсифицированной лекарственной продукции, уровень распространённости которой на российском рынке оценивается около 20% от всего рынка, и отсутствие чёткой регламентации мер, направленных на противодействие распространённости этого процесса.

В ближайшей перспективе в России, как и в западноевропейских странах, где население в основном имеет государственное обеспечение лекарственными средствами, возрастут потребности в использовании высокоэффективных лекарственных средств. В связи с этим проблема обеспеченности населения лекарственными средствами требует проведения систематической оценки социальной, экономической и медицинской эффективности их применения.

Для того чтобы формировать ответственное отношение к своему здоровью нами предлагается закрепить за населением право получать от учреждений здравоохранения сведения о предназначенных ему финансовых средствах и возможных расходах в зависимости от характера объёма медицин-

¹³¹ М.Ю. Зурабов. Об исполнении Федерального закона от 22.08.2004 №122-ФЗ в части предоставления мер государственной социальной поддержки отдельным категориям граждан. 2007 г.

ской помощи согласно принятым стандартам её оказания, опыт которого имеется в Германии. Когда пациент увидит реальную стоимость и программу его медицинского наблюдения на следующий год, то он будет весьма впечатлён. Так, в 2006 г. в рамках программы государственных гарантий обеспечения населения в рамках ОМС бесплатной медицинской помощью на одного человека за год было израсходовано 4838,4 рубля. Такая финансовая прозрачность и информация о реальных стоимостих медицинского обслуживания, фактически, исключит желание пациентов заплатить за него из своих личных средств, если это регламентировано.

Кроме того, в рамках такого подхода интересно организовать целевые скрининговые обследования с использованием современных технологий в рамках реализации программы государственных гарантий. Например, в Германии жители 35-летнего возраста каждые два года должны проходить медицинские обследования для выявления заболеваний сердца, системы кровообращения и почек, а также диабета. Женщины, начиная с 20-ти лет, а мужчины - с 45-ти лет проходят целевые обследования для раннего выявления онкологических заболеваний. Такой порядок способствует интенсификации профилактической деятельности и эффективности использования финансовых средств, выделяемых для неё.

6.3. ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ И КАДРОВЫЕ РЕСУРСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Приведенные выше данные показали, что российская система здравоохранения ориентирована, в первую очередь, на предоставление специализированных амбулаторно-поликлинических и стационарных медицинских услуг, сформировала у населения её наибольшую востребованность. Это в значительной степени обусловило неравенство в доступности медицинской помощи для населения различных социальных групп. Наиболее перспективной моделью укрепления первичной медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях в мире считается введение общеврачебной практики, имеющей различные виды организации: от индивидуальной практики до формирования бригад медицинских работников численностью 20-30 человек. Она предусматривает включение в состав бригады школьного врача, врача-геронтолога, психолога, диетолога, физиотерапевта, социального работника, среднего медицинского персонала и других специалистов в зависимости от назревших проблем удовлетворения населения медико-социальной помощью.

В индустриально-развитых странах врач общей практики представляет собой единственный тип клинициста, деятельность которого распространяется на девять направлений помощи: профилактику, выявление заболеваний на бессимптомной стадии, раннюю диагностику, диагноз в развернутой стадии болезни, лечение заболевания, контроль осложнений, реабилитацию, помощь при терминальных состояниях и социальное консультирование. В этом направлении и развивается общеврачебная практика в России. Врачи общей практики способны оказать медицинскую помощь в области терапии, хирургии, неврологии, офтальмологии, отоларингологии, эндокринологии, дерматовенерологии, урологии и других областях, фактически удовлетворяя потребности в узких специалистов¹³². Стержневой особенностью их деятельности в области снижения неблагоприятного влияния на здоровье риск факторов во многих странах мира становится семейная медицина.

Согласно оценке специалистов ООН (1994), к группе семей, находящихся в условиях риска, должны быть отнесены те семьи, которые неспособны выполнять основные функции производства, воспроизводства и социализации. Они не могут удовлетворять основные потребности их членов в таких областях, как здравоохранение, питание, жилище, физическое и духовное воспитание и развитие личности¹³³. Известно, что именно семья как первичная ячейка общества предопределяет его степень адаптации или дезадаптации к происходящим общественно-экономическим изменениям. Поэтому, как показывает анализ отечественной и зарубежной литературы, несвоевременное обеспечение условий для полноценной реализации семьей её основных функций имеет серьёзные социально-психологические последствия, так как определяет значительно большие расходы на социальную помощь для нивелирования и восполнения последствий кризиса семьи.

В разных странах существуют свои традиционные формы работы с группами семей повышенного социального риска. В России в этой области также необходим поиск приемлемых организационных форм, законодательно подкреплённых и сочетающих различные аспекты межведомственной деятельности по работе с молодежью.

Современная организационная структура амбулаторно-поликлинических учреждений в России позволяет в процессе укрепления первичной медико-санитарной помощи в основу организационных принципов её разви-

¹³² Структурная реорганизация системы медицинской помощи населению в субъектах РФ (итоги мониторинга). ЦНИИОЗ, НИСП, ВОЗ/CIDA. 2006.

¹³³ Накаджима Х.//Здоровье мира. №2.-1994. С.1.

тия положить создание интегрированных учреждений, оказывающих первичную и вторичную помощь. Именно достижение такой интеграции ставится во главу угла реформирования здравоохранения в развитых странах на современном этапе. Поэтому для России в условиях серьёзного кризиса общественного здоровья важно найти свой путь преобразования действующей системы, учитывая имеющийся накопленный потенциал общественного здравоохранения и укрепляя его ресурсное обеспечение.

Это позволит нашему здравоохранению избежать недостатков, свойственных системам здравоохранения развитых стран. Так, например, в Англии ежегодно по 800 тысяч человек месяцами ждут необходимой им госпитализации. В Канаде срок ожидания между моментом получения направления на консультацию к узкому специалисту (например, эндокринологу или гинекологу) и визитом к этому врачу, в среднем, составляет 17 недель, а в некоторых случаях еще больше (например, посещения офтальмолога приходится ждать 30 недель). Любопытно, что очереди не уменьшаются даже в случае увеличения государственного финансирования: за период с 1993 по 2003 год расходы на канадского пациента увеличились на 21%, а срок ожидания приема врача или процедуры удлинился на 70%¹³⁴. Сложности госпитализации в Российской Федерации имеются и при современном обеспечении населения стационарной помощью. В среднем, в расчёте на один регион в 2005 году листы ожидания на госпитализацию плановых больных имелись по трём профилям специальности, в 2006 - по четырём. Такая ситуация требует проведения обоснования реструктуризации российской системы здравоохранения, её сбалансированности с уровнями потребностей населения в медицинских услугах.

Анализ результатов международных исследований 1980-2003 гг. позволил экспертам ВОЗ выявить наличие взаимосвязи между уровнем развития системы первичной медико-санитарной помощи в стране и такими показателями здоровья населения, как общая и преждевременная смертность. Эта взаимосвязь продолжает оставаться статистически значимой и после учета различных детерминант здоровья населения, как на макроуровне (ВВП на душу населения, число врачей на 1000 населения, процент пожилых людей),

¹³⁴ Борьба миров: государственные и частные системы здравоохранения. Washington Profile. <http://www.washprofile.org/?q=ru/node/5459> (по состоянию на 19.08.2007)

так и на микроуровне (среднее число обращений в амбулаторные учреждения, уровень доходов на душу населения, потребление алкоголя и табака)¹³⁵.

Достижения в реализации целей в области здравоохранения тесно зависят от численности и качества работников здравоохранения, обладающих высокими профессиональными качествами. Чрезвычайно высока доля практикующих врачей и провизоров, не имеющих сертификата специалиста.

Системы здравоохранения развитых стран характеризуются значительно более низкой, чем в России, обеспеченностью населения врачебными кадрами. В 2003 г. в США, Канаде, Англии она была в 1,5-2 раза ниже, чем в России. При общем уровне обеспеченности врачами в России в 2003 г. (4,26 на тысячу населения) обеспеченность врачами узкой специализации составила 2,86 на 1000 населения. Численность же участковых врачей была в 14 раз меньше (0,2 на 1000 населения), а врачей общей практики (семейных) - 0,022 на 1000 населения.

Россия относится к числу стран, в которых на одного врача приходится две медицинские сестры, в то время как в Канаде - четыре, а в Англии - пять. Это положение определяется "советскими традициями", когда в функции врача включаются традиционные сестринские обязанности, а в сестринские - помощника врача, не участвующего в рассмотрении клинических проблем здоровья пациента. Однако в рамках сестринско-акушерских пунктов медицинские сёстры выполняли значительный объём первичной медицинской помощи. Это указывает на важность совершенствования их профессиональной подготовки, чёткой регламентации и разграничения объёмов оказания медицинской помощи врачей и медицинских сестёр.

Обеспеченность фармацевтами в США в 10 раз выше, чем в России, в Канаде - в 8 раз, Англии - в 7 раз. Эти различия могут быть объяснены, с одной стороны, низким уровнем развития отечественной фарминдустрии и, соответственно, низкой потребностью в фармацевтах. С другой стороны, нельзя исключить, что получившее в последние годы развитие частных фармацевтических фирм и аптек, ориентированных на продажу лекарственных средств, ведёт к недоучёту числа фармацевтов, работающих в них.

Известно, что нехватка специалистов в области общественного здравоохранения и руководящих кадров в сфере медицинского обслуживания является серьёзным препятствием на пути реформ. Существенную роль в обеспе-

¹³⁵ Атун Р. Каковы преимущества и недостатки реструктурирования системы здравоохранения в целях ее большей ориентации на службы первичной медико-санитарной помощи? Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (доклад Сети фактических данных по вопросам здоровья). (2004).

чении населения медицинской помощью играет численность административных и вспомогательных работников здравоохранения, численность которых в расчёте на 1000 населения в США составляет 24,8, в Англии - 21,2, а в России - 2,99. С нашей точки зрения, это также связано с "тяжким наследием", которое тяготеет над общественным мнением в России, что главным врачом медицинского учреждения должен быть обязательно врач-клиницист. Однако в связи с тем, что среди медицинских специальностей до сих пор нет специальности "менеджер здравоохранения", главный врач фактически должен совмещать управленческие функции с участием в лечебном процессе с тем, чтобы в случае необходимости он мог бы вернуться к работе по основной специальности.

6.4. ИНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОГО ПАРТНЕРСТВА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

В концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации до 2020 г. здравоохранение входит в число приоритетных направлений стратегического партнерства государства, бизнес-структур и институтов гражданского общества.

Эти вопросы рассматривались на Круглом столе, организованном Комитетом по охране здоровья Госдумы Российской Федерации в декабре 2008 г. Было отмечено, что при реализации модели ГЧП государство приобретает экономически заинтересованных в социальном результате партнеров, мобилизуется дополнительный источник инвестиций, повышается мотивация к оптимизации расходов и появляется возможность технологического прорыва в медицинской сфере. Однако в настоящее время имеется ряд существенных препятствий для привлечения бизнеса в социальную сферу. К ним относятся административные барьеры для участия частного сектора в выполнении госзаказа, отсутствие налогового стимулирования и законодательно установленных гарантий для инвесторов. Сегодня в России нет закона, который регулировал бы государственно-частное партнерство в области здравоохранения.

Институциональную базу по общим вопросам взаимодействия между государством и частным сектором составляют федеральные законы: «О концессионных соглашениях», «О размещении заказов на поставки товаров, выполнении работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд», «Об автономных учреждениях», «О развитии малого и среднего предпринимательства в Российской Федерации», Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, Закон РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации и другие.

Основная роль здесь принадлежит Федеральному закону от 21.07.2005 №94-ФЗ «О размещении заказов на поставки товаров, выполнении работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд». Именно этим нормативным актом и определяется порядок инвестирования средств государственного и муниципального здравоохранения в частный бизнес в обмен на поставку продукции и оказание услуг. Следует также указать постановление Правительства Российской Федерации от 1 марта 2008 г. N 134 «Об утверждении Правил формирования и использования бюджетных ассигнований

Инвестиционного фонда Российской Федерации», регламентирующих предоставление последних для реализации инвестиционных, комплексных инвестиционных и концессионных проектов, имеющих общегосударственное, региональное и межрегиональное значение, осуществляемых на условиях государственно-частного партнерства.

Поскольку система здравоохранения в Российской Федерации на 90% представлена государственными и муниципальными медицинскими учреждениями, государство является основным инвестором для частных партнеров и, соответственно, определяет направления их взаимодействия. Интересы государства очевидны и продиктованы необходимостью получить максимальные результаты от вложенных в бизнес-структуры ресурсов. Более того, государство должно предусмотреть наиболее выгодное вложение собственных средств и при этом обеспечить инвестиционную привлекательность здравоохранения, которая невозможна без совершенствования нормативно-правовой базы.

Сегодня все взаимоотношения государства и бизнеса допустимы только в рамках размещения государственных и муниципальных заказов¹³⁶. Данная процедура жестко регламентирована действующим законодательством. Такая система необходима, но это не должно исключать появления других механизмов правового регулирования государственно-частного партнерства. В этой связи следует выделить как минимум две задачи: совершенствование правовых условий с целью повышения хозяйственной самостоятельности медицинских учреждений и создание таких институциональных механизмов, которые позволили бы объединять финансовые средства государства и бизнеса для обеспечения реализации медико-социальных проектов. Для решения этих задач в законодательстве целесообразно:

- закрепить возможность длительного, а не на один год, как сейчас, сотрудничества учреждений здравоохранения и бизнес-структур, что позволит обеспечить его стабильный, а следовательно, и более качественный характер;
- определить институциональные механизмы, стимулирующие приток частных инвестиций в государственное (муниципальное) здравоохранение;

¹³⁶ Е.В. Жилинский. Государственно-частное партнерство в здравоохранении. Реформы российского здравоохранения в условиях глобального экономического кризиса: бремя решений. Материалы Круглого стола 19 февраля 2009 г. Под ред. проф., д.э.н. А.Ю. Шеякова. М., 2009. С. 46-51.

- предусмотреть возможности, способствующие появлению новых организационно-правовых форм медицинских организаций, активно привлекающих и использующих негосударственные ресурсы в сфере охраны здоровья населения;
- сформировать систему мер, направленных на повышение ответственности бизнеса за сохранение здоровья работников.

Следует отметить, что по каждому из указанных направлений в последние годы проводится активная работа, и определенные результаты уже достигнуты. В то же время динамичные и адекватные изменения законодательной базы возможны только при постоянном уточнении задач и всестороннем обсуждении вариантов их решения.

Обширный зарубежный опыт доказывает высокую эффективность участия частного сектора в управлении лечебно-профилактическими учреждениями. В Германии государственные ЛПУ продаются инвесторам за символическую сумму в обмен на инвестиции и обязательства по выполнению госзаказа. Доля частных ЛПУ за последние 10 лет увеличилась с 4% до 22%. В результате на фоне снижения государственных расходов уровень здравоохранения остался высоким.

В Швеции процесс рыночных трансформаций здравоохранения начался с 1991 г. Частный сектор был допущен к владению и управлению госпиталями, сервисами скорой помощи и лабораториями. Результатами явились: снижение стоимости рентгеновских услуг на 50%, стоимости лабораторных услуг – на 40%, стоимости скорой помощи – на 10%, а продолжительность ожидания диагностических услуг лечения сократилась на 30% за год.

В Австралии в результате реформы затраты на строительство новых госпиталей снизились на 20%, а количество обслуживаемых пациентов возросло на 30% за год.

В качестве форм привлечения частных инвесторов в государственное здравоохранение могут рассматриваться: продажа государственных ЛПУ, сдача государственных ЛПУ в аренду без изменения функционального назначения, создание совместных предприятий и передача государственных ЛПУ в концессию. Государство может реализовывать все вышеперечисленные сценарии в зависимости от профиля, региона и инвестиционной привлекательности проекта. При всех вариантах целесообразно сохранение государственного заказа.

Для реформирования отечественного здравоохранения возможны следующие варианты государственно-частного партнерства:

- Развитие современной инфраструктуры оказания медицинской помощи с привлечением частного сектора к строительству новых медицинских мощностей и повышению технологической оснащенности существующих. Сферой взаимодействия могут являться создание национальной сети банков крови, диализных и перинатальных центров, программы реновации существующей медицинской сети, строительство “с нуля”.

- Переход к инновационным технологиям обеспечения лечебно-диагностического процесса с привлечением частного сектора. Сферой взаимодействия может являться программа комплексной информатизации медицинских учреждений, поставка медицинского и информационного оборудования, сопровождение и техническая поддержка информационной инфраструктуры медицинских учреждений.

- Повышение квалификации медицинского персонала с привлечением частного сектора к организации и финансированию непрерывного процесса усовершенствования, в том числе на базе зарубежных клиник. Сферой взаимодействия может явиться организация учебного процесса на базе высокотехнологических медицинских центров, обмен специалистами и организация зарубежных стажировок.

- Возможность привлечения частного сектора к проведению экспертных исследований и совершенствованию нормативно-правовой базы. Сферой взаимодействия может быть разработка нормативной базы, организация диалога с населением и медицинской общественностью, создание эффективной системы мониторинга социальной удовлетворенности и результатов.

- Формирование конкурентной среды в здравоохранении, создание равных условий для организаций здравоохранения с различными формами собственности, развитие добровольного медицинского страхования и привлекательного инвестиционного климата для бизнес-структур.

- Ключевым моментом формирования ГЧП в здравоохранении является определение областей взаимодействия. Учитывая многообразие и специфику совместных интересов государства и бизнеса в вопросах охраны здоровья населения, целесообразно сегментировать стратегию государственно-частного партнерства по следующим направлениям: практическое здравоохранение, развитие медицинских инноваций, медицинское образование, ди-

версификация медицинской промышленности, а также фармацевтического производства и лекарственного обеспечения.

Этот регистр направлений ГЧП, следует дополнить еще одним сегментом – развитие социального партнерства государства и бизнеса в области охраны здоровья занятого населения. Речь идет об ответственности обеих сторон за обеспечение безопасности труда в условиях его капитализации, конечная цель которой по классическому определению – максимальное получение прибыли. И дело здесь не в жадности, корыстолюбии или исторической безответственности работодателей, а в логике функционирования капиталистической системы производства.

Рыночная экономика усилила негативные влияния производственной среды на здоровье работающих. Несмотря на наличие федерального законодательства и иных нормативных правовых актов по охране труда и промышленной безопасности, ежегодно в России от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний погибает около 20 тысяч человек. Существенную роль в этом играют профессиональные риски, т.е. травматизм и заболеваемость работающих вследствие воздействия на организм опасных и вредных факторов производственной среды и трудового процесса.

По данным Минздравсоцразвития России в стране ежегодно получают травмы на производстве более 190 тыс. человек; около пяти тыс. травм заканчиваются смертельным исходом; более 14 тыс. человек становятся инвалидами вследствие трудового увечья и профзаболевания; регистрируется более 10 тыс. случаев профессиональных заболеваний. Порядка 200 тыс. человек ежегодно уходят на пенсию досрочно по причине работы в тяжелых и вредных условиях. Из-за болезней в среднем теряется до десяти рабочих дней на одного работающего. С учетом общего количества занятых в народном хозяйстве, потери рабочего времени, по экспертным оценкам, составляют около 700 млн. дней в год.¹³⁷

В Российской Федерации ежегодный экономический ущерб потери в связи со смертностью, травматизмом на производстве и профзаболеваемостью, работой во вредных или опасных условиях труда оценивается в 4% ВВП, т.е. столько же, сколько идет на бюджетное финансирование всего здравоохранения. И это при том, что за годы реформ в стране ликвидировано, самое малое – 15 миллионов рабочих мест в промышленности, на транспорте, в строительстве, в сельском хозяйстве и т.д. Организаторы производства эконо-

¹³⁷ Главврач, 2008, №11, стр.5.

номят на профилактических мероприятиях, работающее население рискует жизнью и здоровьем, усугубляется и без того сложная демографическая ситуация, а народное хозяйство страны теряет часть трудовых ресурсов.

Превентивные меры по сокращению уровня производственного травматизма, несомненно, важнейшее мероприятие в области охраны труда, однако при отсутствии у работодателей экономической заинтересованности в их проведении снизить уровень травматизма путем изначального предупреждения причин его возникновения практически невозможно. На сегодняшний день заинтересованность в проведении предупредительных мероприятий есть только у больших компаний, перечисляющих в бюджет Фонда социального страхования РФ значительные суммы взносов по обязательному страхованию. Для малых же фирм проведение указанных мероприятий пока остается весьма затратным, а взносы, перечисляемые ими в Фонд, не могут покрыть понесенные затраты.

Зарубежный опыт тоже показывает, что у крупных компаний есть свои очевидные плюсы. Как правило, они используют более современное оборудование, более безопасные материалы, более комфортные и гигиеничные помещения. Кроме того, обычно такие компании способны предложить работникам более существенные компенсации за возможный ущерб здоровью, включая как денежные выплаты, так и организационные мероприятия — например, оплату услуг частного лечебного учреждения, абонемент в фитнес-клуб или посещения психоаналитика. Свои преимущества имеет и практика передачи вопросов охраны труда сторонней специализированной фирме, сама по себе предполагающая наиболее эффективный выбор. Таким образом, крупные корпорации в какой-то мере могут служить в этом отношении ориентиром для малого бизнеса.

Сегодня в странах с развитой экономикой основные попытки смягчить негативное влияние производственной среды на здоровье работающих идет, главным образом, в направлении развития принципа социальной ответственности бизнес-структур и всемерного повышения правовой культуры институтов гражданского общества, в т.ч. культуры охраны труда, которая трактуется как высокий уровень развития системы сохранения жизни и здоровья работников в процессе трудовой деятельности.

На практике основные обязанности по повышению превентивной культуры в сфере обеспечения безопасности и здоровья на производстве, а также первичное выявление профессиональных рисков и нормативное закрепление методов управления ими лежат на сторонах трудовых отношений. Однако в

этом деле они не одиноки. В большинстве стран государственный сектор, занимающийся этими вопросами, представлен специализированными бюро и инспекциями. В ряде стран на предприятиях имеются и негосударственные структуры в виде двусторонних комитетов, состоящих из представителей работников и работодателей.

В компетенцию инспекций и двусторонних комитетов обычно входит непосредственное выявление рисков, их экспертиза, сбор необходимых данных, проведение консультаций и тренингов, реализация образовательных и информационных проектов в области охраны труда, разработка рекомендаций и методов предотвращения негативных последствий выявленных рисков, а также проведение собственных инспекций рабочих мест на предмет их соответствия установленным требованиям и защиты здоровья работников. В большинстве стран инспекционные проверки предприятий не требуют согласия работодателей, поэтому они стараются всегда быть в курсе последних разработок в сфере производственной безопасности. Ведь при несоответствии предприятия действующим стандартам инспектор вправе наложить весьма крупный штраф, передать дело в суд или, как минимум, потребовать отключения опасного оборудования и перевода персонала с этого участка работы. В отдельных странах такое право предоставлено инспекторам, даже если угроза не является неизбежной и очевидной.

В то же время идеи развития превентивного подхода и повышения общей культуры профессиональной безопасности и здоровья, провозглашенные современной концепцией охраны труда, все еще нуждаются в подкреплении силовыми методами в виде крупных штрафов или угрозы тюремного заключения. Так, в отдельных провинциях Канады штрафы за подобные правонарушения могут достигать 1 млн. долл., а в Австралии лица, виновные в смерти работника на производстве, могут провести в тюрьме до 25 лет. Эти методы доказали свою действенность и отказываться от них признано не целесообразным.

Нельзя не отметить, что идеология социальной ответственности бизнеса постепенно снижает значимость примитивной системы наказаний, в том числе и в сфере охраны здоровья. Нередко крупные корпорации подают пример оперативного выявления новых профессиональных рисков и нормативного закрепления методов управления ими, задавая тон всему мировому сообществу. В интересах гармонизации бизнес-процессов такие компании все чаще стремятся к социальному сотрудничеству как с собственными работниками, так и с представляющими их организациями национального и между-

народного уровня, активно участвуют в разработке целостных и эффективных систем обеспечения профессиональной безопасности и здоровья. Именно крупные компании нередко становятся инициаторами современной культуры охраны труда, поставляя данные для ее корректировки и совершенствования. Не случайно в законодательстве развитых стран проблемы, связанные с созданием безопасных условий труда, занимают приоритетное место. Зарубежные предприниматели давно убедились, что охрана труда и здоровье работников – один из действенных рычагов, способствующих увеличению прибыли и повышению их имиджа среди конкурентов.¹³⁸

Говоря об отечественной ситуации с профессиональной заболеваемостью и здоровьем занятого населения, в целом можно сделать вывод, что эффективность социального партнерства в области охраны труда на федеральном и региональных уровнях еще недостаточна и требует дальнейшего совершенствования.

По данным Российской трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений состояние условий и охраны труда у многих работодателей характеризуется отсутствием должной ее культуры, низким уровнем производственной дисциплины, несоответствующей потенциальной опасности современных технологий. В немалой степени этому способствует плохая подготовка организаторов производства и инструкторов по охране труда и промышленной безопасности, отсутствие на местах служб охраны труда и специалистов в этой области. Одна из причин – ослабление системы государственного контроля и надзора за исполнением трудового законодательства.

Российская ситуация требует современных подходов к управлению охраной труда, направленных на реализацию конституционного права каждого работника на защиту здоровья и медицинскую помощь, на труд в условиях, отвечающих требованиям безопасности. В федеральной, региональных и отраслевых системах управления охраной труда приоритетным вектором должно стать улучшение его условий, обеспечение безопасности для жизни и здоровья работающих, снижение производственного травматизма и профессиональной заболеваемости, что призвано способствовать решению одной из основных задач демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года – сокращению уровня смертности не менее чем в 1,6 раза, прежде всего в трудоспособном возрасте от внешних причин.

¹³⁸ В.Д. Черняева. Новая концепция охраны труда. Трудовое право, 2006, №11.

На решение этой задачи нацелена Программа действий по улучшению условий и охраны труда,¹³⁹ которая предусматривает: снижение рисков несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, снижение смертности от предотвратимых причин, увеличение продолжительности жизни и улучшение здоровья занятого населения.

Главная цель Программы – защита здоровья работающих посредством внедрения системы управления профессиональными рисками¹⁴⁰ и вовлечение в этот процесс всех сторон социального партнерства – государства, бизнеса и работодателей. Она направлена на:

- снижение рисков несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний (индикаторы – динамика производственного травматизма);
- повышение качества условий труда на рабочих местах (индикаторы – снижение количества работников, занятых в условиях, не отвечающих санитарно-гигиеническим нормам);
- снижение смертности от предотвратимых причин (индикаторы – динамика производственного травматизма со смертельным исходом);
- улучшение здоровья работающего населения (индикаторы – доля выявленных профзаболеваний в ходе периодических медицинских осмотров).

Основной задачей новой системы управления охраной труда является переход от реагирования на страховые случаи «post factum» к управлению рисками повреждения здоровья, что предполагает проведение комплекса мероприятий, направленных на минимизацию воздействия неблагоприятных производственных факторов на здоровье работников, а именно:

- создание системы выявления, оценки и контроля профессиональных рисков повреждений (утраты) здоровья работников для обеспечения превентивных мер защиты здоровья;
- совершенствование социально-трудовых отношений и развитие механизмов социального партнерства для разделения и закрепления ответственности государства, работодателя и работника за сохранение здоровья и поддержание трудовых ресурсов в работоспособном состоянии;
- обеспечение социального, медицинского и пенсионного страхования с целью повышения экономической и финансовой заинтересованности сторон

¹³⁹ Приказ Минздравсоцразвития России от 23.10.2008 г. №586 “Об утверждении программы действий по улучшению условий и охраны труда на 2008-2010 годы”.

¹⁴⁰ Принципы управления профессиональными рисками: информирование работников о соответствующих рисках; устранение вредных или опасных факторов производственной среды, снижение их уровня; внедрение безопасных технологий и средств защиты; медицинская профилактика; страхование работающих.

социального партнерства в сохранении здоровья работников и работоспособности трудовых ресурсов.

Программа действий по улучшению условий и охраны труда требует объединения усилий федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и бизнес-сообществ. Однако в плане мероприятий по реализации Программы не заложена разработка механизма экономической мотивации для улучшения организаторами производства условий и охраны труда, а среди исполнителей разделов этого плана нет Российского союза промышленников и предпринимателей (РСПП), индуцирующего идею социального партнерства государства и частного бизнеса в защите здоровья населения, которое является среди прочего, и ресурсом экономики.

Интерес инвестировать средства в национальные приоритетные проекты, в т.ч. «Здоровье», и федеральные целевые программы у бизнеса прямой — пишет президент РСПП А. Шохин. Ему, с учетом ситуации на рынке труда, нужен здоровый работник. Понятно, что за счет демографических или миграционных факторов притока рабочей силы в объемах, необходимых для удовлетворения спроса, не будет. И улучшение ситуации в области здравоохранения — один из мощных ресурсов снижения смертности в трудоспособном возрасте и повышения продолжительности жизни. Вложение бизнеса в здравоохранение — это, прежде всего, нормальные инвестиции в человеческий капитал¹⁴¹.

Летом 2008 года на расширенном заседании Комиссии по вопросам здравоохранения Общественной палаты Российской Федерации прошло обсуждение проекта Концепции развития здравоохранения до 2020 года. Проект содержит четыре раздела, посвященных оценке нынешнего состояния отрасли, ключевым направлениям ее развития, а также законодательному и нормативному обеспечению. Но в нем отсутствует раздел охраны здоровья занятого населения, а это 40 млн. человек трудоспособного возраста и не предусмотрена ответственность за их здоровье государства, бизнес-сообществ и работодателей, которые в рамках своей сопричастности и социального партнерства должны рассматривать этот вопрос как приоритетный.

Очевидно, что среди задач Концепции развития здравоохранения необходимо предусмотреть разработку системы мер, направленных на повышение корпоративной ответственности участников партнерства за здоровье ра-

¹⁴¹ Российская газета, 2008, 24 июля, с. 1

ботников. Поскольку материальные и моральные стимулы, которые широко использовались до этого в советский период, в условиях олигархического капитализма не действуют – государству следует проявить политическую волю, ужесточив свой контроль и надзор, а также экономические санкции и юридическую ответственность работодателей и организаторов производства за сохранение здоровья занятого населения. Это важно и для социодемографического развития страны, так как позволит снизить затраты, связанные с реабилитацией больных, получивших профзаболевание и инвалидность, а также сократить смертность работников трудоспособного возраста.

В условиях глобального кризиса и дефицита федерального бюджета катализатором социально-экономического развития может стать государственно-частное партнерство, основная цель которого не в том, чтобы в скрытой форме приватизировать отечественное здравоохранение, а в том, чтобы привлечь дополнительные ресурсы на реформирование отрасли. Однако следует понимать, что никогда и нигде в моменты серьезных кризисов частный бизнес не брал на себя заботу о социальной сфере, ибо эта забота не может быть прибыльной. Здравоохранение, образование, фундаментальная наука, жилищно-коммунальное хозяйство — область заботы государства, а не частного предпринимательства. Социальная сфера обеспечивает воспроизводство жизни всего населения, являясь системой солидарного типа, а медицина и здравоохранение — это еще и оборона страны. От их финансирования, состояния и развития зависит национальная безопасность России.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наличие региональных, географических и социально-экономических ограничений в реализации потребностей населения в бесплатных видах медико-социальной помощи и поддержки способствовало формированию неравенства между различными социально-демографическими и социально-экономическими группами населения. Необходимо заметить, что все эти виды неравенства характеризуются взаимообусловленностью. Важнейшей чертой такого неравенства является "стимулируемый" им рост потребностей населения в платных медицинских услугах, и как следствие, происходит нивелирование в общественном мнении значимости и возможностей получения населением бесплатной медицинской помощи.

Современный этап развития российского здравоохранения предопределяется степенью интеграции основных направлений Национального проекта «Здоровье» с решением назревших проблем. Известно, что процесс улучшения здоровья обуславливается четырьмя категориями факторов, включающих основные параметры уровней оказания медицинской помощи, профилактики заболеваний, формирования здорового образа жизни, а также социальных детерминант здоровья.¹⁴²

Следует отметить, что реализация Национального проекта «Здоровье» инициировала принципиальные изменения в затянувшемся реформировании отечественного здравоохранения, сконцентрировав внимание на реструктуризации системы оказания медицинской помощи в пользу развития первичной медико-санитарной помощи. Она предполагает: переоснащение лечебно-диагностической деятельности врачей, первоочередное материальное поощрение участковых врачей и врачей общей практики, повышение качества их деятельности на основе внедрения клинико-организационных стандартов с учётом современных научных достижений, а также обеспечение доступности высокотехнологичных видов медицинской помощи, современных лекарственных средств для наименее защищённых слоёв населения, расширение объёмов профилактической деятельности на основе иммунизации и диспансеризации работающих граждан.

Однако в этом ракурсе отметим, что в то время как государство вложило 59,7 млрд. рублей в 2006 году в реализацию Национального проекта «Здоровье», дефицит финансирования программ государственных гарантий ока-

¹⁴² Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. Обновление 2005 г. ВОЗ. Европейская серия по достижению здоровья для всех, № 7. с. 17-18.

зания населению бесплатной медицинской помощи составил 60 млрд. рублей. Причём наибольшая степень его выраженности наличествовала в районах с наименьшим уровнем социально-экономического развития. Усугубляет эту несбалансированность ситуация, когда имевший место в России экономический рост в 2004-2005 гг. не был ориентирован на преодоление бедности. В результате на фоне общего роста уровня доходов в целом в стране происходит консервация бедности и закрепление социального неравенства¹⁴³, являющегося важнейшим препятствием для преодоления неблагоприятных тенденций снижения потенциала здоровья и жизнеспособности населения.

Реализация задач, связанных с профилактикой важнейших социальных заболеваний упирается в слабую подготовленность к работе в этом направлении амбулаторно-поликлинических учреждений. Проведенная Минздравсоцразвития интегральная оценка готовности амбулаторно-поликлинических учреждений по профилактике и раннему выявлению заболеваний показала, что наименьшая подготовленность из восьми социально-значимых заболеваний имеет место для гепатитов В и С, психических расстройств и новообразований.

Последующий этап развития Национального проекта «Здоровье», с нашей точки зрения, должен быть связан с формированием в рамках амбулаторно-поликлинических учреждений специальных подразделений, ориентированных на реализацию скрининговых программ профилактики и раннего выявления важнейших социально-значимых заболеваний. Такие подразделения могут стать стержневой основой формирования индивидуальной ответственности граждан за состояние своего здоровья.

В последние годы в европейских странах использование сводных индексов здоровья получает широкое распространение при сравнении состояния здоровья двух популяций, осуществлении мониторинга изменений в состоянии здоровья данной популяции, при обосновании приоритетности проведения политики общественного здравоохранения, оценки эффективности общественного здравоохранения. Важно инициирование такого рода исследований и в России.

Эффективная реформа требует системного подхода, который не ограничивается мерами, направленными на улучшение медицинской помощи, но, что не менее важно, включает вопросы профилактики болезней, содействия

¹⁴³ Цели развития тысячелетия и Национальные проекты – стратегический выбор России. Институт комплексных стратегических исследований. М., 2006., с. 9.

формированию здорового образа жизни, а также позитивного воздействия на детерминанты здоровья.

Современная трансформация тенденций процесса рождаемости по западному типу на фоне кризисного состояния репродуктивного здоровья населения является препятствием для позитивного развития человеческого потенциала россиян. Наметилаcь неблагоприятная тенденция возобновления бедности в последующем поколении новорожденных, детей, подростков за счёт высокой распространённости социально-значимых заболеваний, снижения возраста заболеваний хроническими дегенеративными болезнями, недоедания, высоких уровней рискованного поведения.

Среди молодёжи распространено легкомысленное отношение к венерическим заболеваниям, ВИЧ/СПИДу.

Вследствие недостаточного внимания к формированию ответственного и грамотного репродуктивного поведения у женщин высоких неблагоприятных социально-психологических и сексуальных рисков растёт число новорожденных с сифилисом и ВИЧ-инфицированных. Назрела необходимость в рамках первичной медико-санитарной помощи создания информационно-просветительских центров формирования здорового образа жизни и грамотного репродуктивного поведения, доступных для различных социальных групп населения.

Успех активной демографической политики в области рождаемости зависит от масштабности финансовых вложений, направляемых на реализацию комплексной семейной политики, не снижающей уровня и качества жизни семей в связи с рождением ребёнка, предусматривающей развитие программ охраны репродуктивного здоровья, ориентированных на профилактику. Опыт развитых стран показал, что вложения в семейную политику, составляющие 2,5%-3% от ВВП стран, способны активизировать процессы рождаемости.

В настоящее время успешность и эффективность деятельности национальных систем здравоохранения предопределяется уровнем взаимодействия и степенью включённости организаций, структур и ресурсов, призванных активно содействовать улучшению всех основных детерминант здоровья, находящихся вне сферы системы здравоохранения.

Для нашей страны чрезвычайно важно достижение обоснованного консенсуса между исполнительными и законодательными органами власти, общественными организациями в вопросах необходимости осуществления качественно нового подхода к формированию стратегии реформирования об-

щественного здравоохранения, основанного на межотраслевых стратегиях и инвестировании в улучшение основных детерминант здоровья и повышение ответственности за те последствия, которые могут неблагоприятно сказаться на здоровье людей.

Успех реформирования отечественного здравоохранения тесно связан с разграничением функций правительства, органов здравоохранения и граждан.

Функции правительства включают в себя обязательства учитывать возможные последствия проводимой социально-экономической политики на здоровье населения, обеспечение достойного уровня и качества жизни, нивелирование неблагоприятного влияния социальных детерминант на здоровье населения, формирование ответственности граждан за здоровье и благополучие окружающих.

Органы здравоохранения должны оказывать содействие в осознании обществом последствий для здоровья социальных различий и здорового образа жизни, в доступности средств и методов оздоровления, качественном оказании медико-санитарной помощи населению. Необходимо понимание того, что условия жизни, ярко выраженная профилактическая направленность деятельности системы здравоохранения определяют выбор гражданами стиля и характера своей жизнедеятельности. Формирование приоритетных программ развития российского здравоохранения будет способствовать ускорению темпов его реформирования на фоне интенсификации усилий межведомственной деятельности по охране здоровья населения.

Авторы приносят свою благодарность Российскому гуманитарному научному фонду, Министерству здравоохранения Российской Федерации, Федеральному фонду обязательного медицинского страхования, Благотворительному фонду развития культуры и здоровья за финансовую поддержку в проведении исследований, результаты которых использованы при написании настоящей монографии.

Особую признательность авторы выражают главному редактору журнала «Народонаселение» члену-корреспонденту РАН, профессору, д.э.н. Н.М. Римашиевой и заместителю главного редактора журнала профессору, д.э.н. Р.А. Варданяну за постоянную помощь и поддержку при публикации результатов исследований в журнале.

© ИСЭПН РАН, 2009
© Авторский коллектив, 2009