



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

**ЗДОРОВЬЕ
И СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ
ПРОЦЕССЫ В РОССИИ**

Сборник статей

под ред. профессора, д.э.н. А.Ю.Шевякова

Москва 2010

УДК 614.2 : 314(470)(082)

ББК 51.1(2) + 60.7

З - 46

Здоровье и социально-демографические процессы в России: Сборник статей / Под редакцией д.э.н., проф. А.Ю. Шевякова. – М.: ИСЭПН РАН, 2010. – 196 с.

Рекомендовано к изданию Учёным советом ИСЭПН РАН

Рецензенты:

Доктор экономических наук Е.М. Авраимова

Доктор экономических наук В.М. Жеребин

Авторский коллектив

к.м.н. Андрияшина Е.В., к.м.н. Антипенков С.В., к.э.н. Архангельский В.А., Бакало Н.А., к.м.н., доц. Брынза Н.С., к.э.н., доц. Веселкова И.Н., д.э.н., проф. Ермаков С.П., к.э.н. Жилинский Е.В., д.м.н., проф. Злобин А.Н., д.э.н., проф. Иванова А.Е., Катков В.И., д.м.н., проф. Каткова И.П., д.э.н. Кислицына О.А., д.м.н., проф. Кича Д.И., д.м.н., проф. Коновалов О.Е., Куликова Т.В., к.м.н. Медведева О.В., д.э.н., проф. Шевяков А.Ю., к.м.н. Шмаков Н.А.

В сборнике представлены результаты исследований в области здравоохранительных аспектов демографической политики, выполненных в ИСЭПН РАН и ряде ведущих российских научно-исследовательских и образовательных институтов.

В целях повышения эффективности российской демографической политики авторы акцентируют внимание читателей на важности научного обоснования интегративных мер, направленных на преодоление сформировавшегося социального неравенства в вопросах охраны здоровья населения, его роли в современных уровнях репродуктивного и самосохранительного поведения населения и снижении уровней предотвратимой смертности населения. В сборнике раскрываются новые грани значимости инновационных подходов в развитии здравоохранения и повышении его роли в реализации комплексных стратегий демографического развития страны.

Изложенные материалы представляют интерес для специалистов в области общественного здравоохранения и экономики народонаселения, а также для представителей законодательной и исполнительной ветвей власти, работающих над проблемами социальной направленности политики охраны здоровья населения.

ISBN 978-5-89997-057-3

© ИСЭПН РАН, 2010

© Авторский коллектив, 2010

СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ.....	4
И.П. КАТКОВА СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ В РОССИИ.....	5
И.П. КАТКОВА, Е.В. АНДРЮШИНА, В.И. КАТКОВ СТРАТЕГИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ ПРЕОДОЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО НЕРАВЕНСТВА В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.....	22
И.Н. ВЕСЕЛКОВА СНИЖЕНИЕ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ И ЕГО СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ.....	41
Е.В. АНДРЮШИНА, В.И. КАТКОВ АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ ПОЛИТИКИ ФИНАНСИРОВАНИЯ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.....	54
Е.В. ЖИЛИНСКИЙ СОЦИАЛЬНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ КАПИТАЛИЗАЦИИ ТРУДА ДЛЯ ЗАНЯТОГО НАСЕЛЕНИЯ.....	70
О.В. МЕДВЕДЕВА, О.Е. КОНОВАЛОВ, Д.И. КИЧА МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ СОВРЕМЕННОЙ СЕМЬИ.....	83
В.Н. АРХАНГЕЛЬСКИЙ ЛИНИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ.....	93
КИСЛИЦЫНА О.А ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА СРЕДИ ПОДРОСТКОВ В РОССИИ: ФАКТОРЫ РИСКА.....	104
А.Н. ЗЛОБИН, С.В. АНТИПЕНКОВ УПРАВЛЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫМИ ПРОЦЕССАМИ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ ЛПУ (НА ПРИМЕРЕ МУЗ «ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА» Г.О. ЖУКОВСКИЙ МО).....	116
Д.И. КИЧА, О.Е. КОНОВАЛОВ, Н.С. БРЫНЗА, А.В. ФОМИНА СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ С УЧАСТИЕМ СЕМЬИ.....	125
А.Е. ИВАНОВА, С.А. ФЕДОТКИНА ИНФОРМИРОВАННОСТЬ МОЛОДЕЖИ В ОТНОШЕНИИ МЕР ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКИ.....	136
О.А. КИСЛИЦЫНА СОВРЕМЕННЫЕ ПОДРОСТКИ – ПОКОЛЕНИЕ, КОТОРОЕ ПОТЕРЯЛА РОССИЯ?!.....	148
Н.А. БАКАЛО, С.П. ЕРМАКОВ, Н.А. ШМАКОВ РЕЙТИНГИ КАЧЕСТВА ГОСУДАРСТВЕННОГО УПРАВЛЕНИЯ.....	160
С.П. ЕРМАКОВ, Т.В. КУЛИКОВА, Н.А. ШМАКОВ ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ РЕЙТИНГИ И РЕЙТИНГИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ (МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ).....	176
ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ РЕЙТИНГИ.....	176
РЕЙТИНГИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ.....	188

ПРЕДИСЛОВИЕ

Результаты многочисленных исследований взаимосвязей между здоровьем и благополучием населения в странах Западной Европы, имеющих системы здравоохранения с наивысшими в мире уровнями эффективности, показали, что в период с 1980 по 2003 гг. от 29% до 38% роста национальных ВВП было обусловлено прибылью, связанной с улучшением здоровья населения. При этом была показана и связь между сокращением продолжительности жизни и потерей социального благополучия россиян, составившего 31% от ВВП.

Имеющиеся в мире аналитические оценки показали, что непосредственные и косвенные расходы на здравоохранение и социальные детерминанты приводят к достижению социальной эффективности во много раз превышающей эффективность инвестирования других областей. Таким образом, современное здравоохранение на деле активно содействует производству материальных благ. Это подчёркивает его высокую социальную значимость в формировании тенденций общественного развития.

Совершенствование системы здравоохранения – одно из коренных условий успешной реализации стратегии социально-экономического развития страны, а состояние здоровья населения – важнейшая цель этого развития. Модернизация российской системы здравоохранения направлена в первую очередь на обеспечение доступной и качественной медицинской помощи для широких слоев населения.

Представленные в сборнике материалы отражают актуальность проведения всестороннего научного обоснования интегративных мер, направленных на преодоление сформировавшегося социального неравенства в вопросах охраны здоровья населения, его роли в современных уровнях репродуктивного и самосохранительного поведения населения и снижении уровней предотвратимой смертности населения в целях повышения эффективности российской демографической политики. Особое внимание авторами уделено раскрытию новых граней значимости инновационных подходов в развитии здравоохранения и повышению его роли в реализации комплексных стратегий демографического развития страны.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ В РОССИИ

Улучшение состояния здоровья населения является одной из основных целей развития здравоохранения. 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 представляют собой интегральные индикаторы, кумулируют в себе информацию о здоровье всего общества и отдельных индивидуумов, отражая социально-экономические условия жизни и состояние генетического фона.

Согласно перспективным планам социально-экономического развития Россия к 2020 году должна войти в число ведущих экономически сильных держав мира. Реализация инновационного прогноза социально-экономического развития России до 2020 г.¹ должна способствовать увеличению объёма ВВП на душу населения² и к 2015 году составить не менее 23 тыс. долларов США (в ценах 2005 года), к 2020 году – более 30 тыс. долларов США, что приблизительно соответствует современному уровню развития стран Еврoзоны. 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 нивелированию их возможных неблагоприятных последствий в процессе реформирования российского здравоохранения, выработке реалистичных планов действий и уточнению этапности реализации стратегических задач реформирования системы здравоохранения. Необходимо иметь в виду, что особо нас

¹ 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.

² По паритету покупательной способности, в ценах 2005 года (ППС)

должны интересоваться и страны, которые представляют наименее развитые регионы мира, но где формируются основные российские трудовые потоки мигрантов.

Происходящие в мире процессы глобализации социального и экономического развития, согласно базовым прогностическим оценкам ВОЗ³, 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 банка⁴ 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.

Обобщающим показателем, адекватно отражающим сформировавшиеся проблемные ситуации в здравоохранении, является показатель ожидаемой продолжительности жизни при рождении (ОПЖ). В процессе проводимого в настоящее время активного реформирования отечественного здравоохранения рассмотрение динамики этого показателя по России в ракурсе сопостав-

³ 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.; World Health Statistics, 2007, p. 12; 2006, p. 19; 2008, p. 29-31.

⁴ 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

ления с имеющимися тенденциями по ряду европейских стран чрезвычайно актуально. Установлено, что за период 2000-2008 гг. средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении в РФ имеет позитивное изменение, увеличившись с 65 до 68 лет в целом среди населения и с 59 до 62 лет для мужчин и с 72 до 74 лет у женщин.

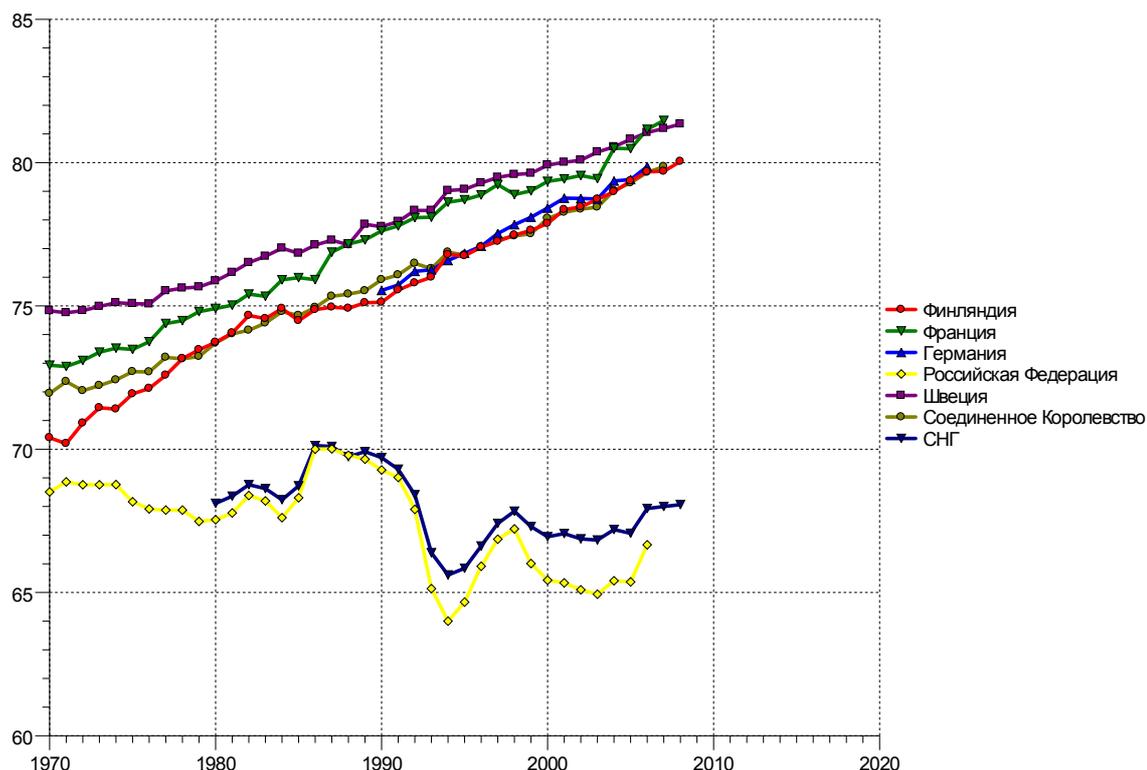


Рис. 1. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (оба пола) для населения некоторых стран европейского региона ВОЗ

Источник: European Health for All Database (HFA-DB). WHO, 2010.

Следует отметить, что на фоне роста ОПЖ в ряде европейских высоко-развитых стран на 2-3 года среди мужчин и на 1-2 года среди женщин несколько сократились и различия в ОПЖ по сравнению с Россией^{5,6}. Так, если мальчики, родившиеся в 2000г. в Финляндии, имели ожидаемую продолжительности жизни при рождении (ОПЖ) на 15, во Франции – на 16, в Германии – на 16, в Швеции – на 18, в Соединённом Королевстве – на 16 лет больше ОПЖ, родившихся в России, то эти различия всё же в ряде случаев в 2008 г. сократились и составили, соответственно: 14, 16, 15, 17 и 16 лет, тем не менее, они остались достаточно высокими (Рис. 1).

⁵ Мировая статистика здравоохранения. 2009. ВОЗ. С. 34-41

⁶ Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2001 г. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. С. 184-187, 202-205.

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в 2004 г. в возрасте 15 лет в Российской Федерации составляла 51,6 лет, что на 13 лет меньше, чем в Финляндии, Германии, Соединённом Королевстве и на 14 лет ниже, чем во Франции и Швеции. Ещё большее отличие этого показателя характерно для российских мужчин. По сравнению с финскими показателями он ниже на 16 лет, французскими, немецкими и английскими - на 17 лет, шведскими – на 18 лет. Причём, для мужчин анализируемого возраста период 2000-2004 гг. характеризуется незначительными изменениями показателя по годам: 45,72; 45,62; 45,25; 44,97 и 45,31.

В связи с задачей⁷ достижения в России к 2020 году ОПЖ 75 лет невольно возникает вопрос о том, когда и при каких условиях в отмеченных выше странах были аналогичные показатели ОПЖ при рождении. Оказалось, что этот рубеж был преодолен ещё несколько десятилетий назад: для Финляндии - в 1989 году, Франции – в 1981 г., Швеции – в 1974 г., Соединённом Королевстве – в 1987 г. Но как-то осталось в тени понимание того, что такой уровень ОПЖ при рождении сложился в этих странах при ОПЖ для мужчин в пределах 71-73 года и женщин – 78-81 лет. Самое простое допущение показывает, что в ближайшие оставшиеся до 2020 г. 10 лет ожидаемая продолжительность жизни при рождении в нашей стране должна увеличиваться ежегодно в среднем как минимум на 0,7 лет. При этом для мужчин – ежегодно на 0,9 лет, а для женщин – на 0,4 года. Как было отмечено выше, за 8 лет экономического роста в России было преодолено нарастающее кризисное неблагополучие в здоровье населения - ОПЖ в целом увеличилась на 3 года, для мужчин – на 3 года и для женщин – на 2 года. Необходимо иметь в виду, что в 1990 г. согласно классификации Всемирного банка группа стран с наивысшим уровнем доходности имела ОПЖ в целом 76 лет, для мужчин – 72 года и для женщин – 79 лет.

Важно, что современный уровень российских показателей ОПЖ значительно отстаёт от показателей по странам, входящим согласно классификации Всемирного банка в группу стран, имеющих как и Россия высший средний уровень доходов: в 2008 г в целом по нашей стране на 3 года. Для мужчин эти различия достигают 5 лет, для женщин – 1 год.

⁷ Основные направления Концепции развития здравоохранения до 2020 г. МИНЗДРАВСОЦРАЗВИЯ РФ. Июль 2008 г, с.22

Выявленные особенности предопределяются в России существующей разницей в коэффициентах смертности, в частности, у взрослых в возрастах от 15 до 60 лет. Так, в расчёте на 1000 населения в 2008 г. она была выше при аналогичном сравнении с группой стран на 145 промилле среди мужчин и на 25 промилле – среди женщин; в целом для населения в возрасте от 15 до 60 лет - на 82 промилле.

За период 2000-2008 гг. в Российской Федерации в этой же возрастной группе смертность среди мужчин сократилась на 49 промилле, среди женщин – на 14 промилле. В целом снижение произошло на 36 промилле (в 1,1 раза). Можно отметить, что темпы снижения смертности на фоне экономического роста в нашей стране чрезвычайно низкие.

Ближайшая цель, которая должна быть реализована на пути к 75-летнему рубежу ожидаемой продолжительности жизни при рождении, – это, с нашей точки зрения, достижение средних уровней ОПЖ, характерных для стран, входящих в соответствующую с Россией группу по уровню доходности.

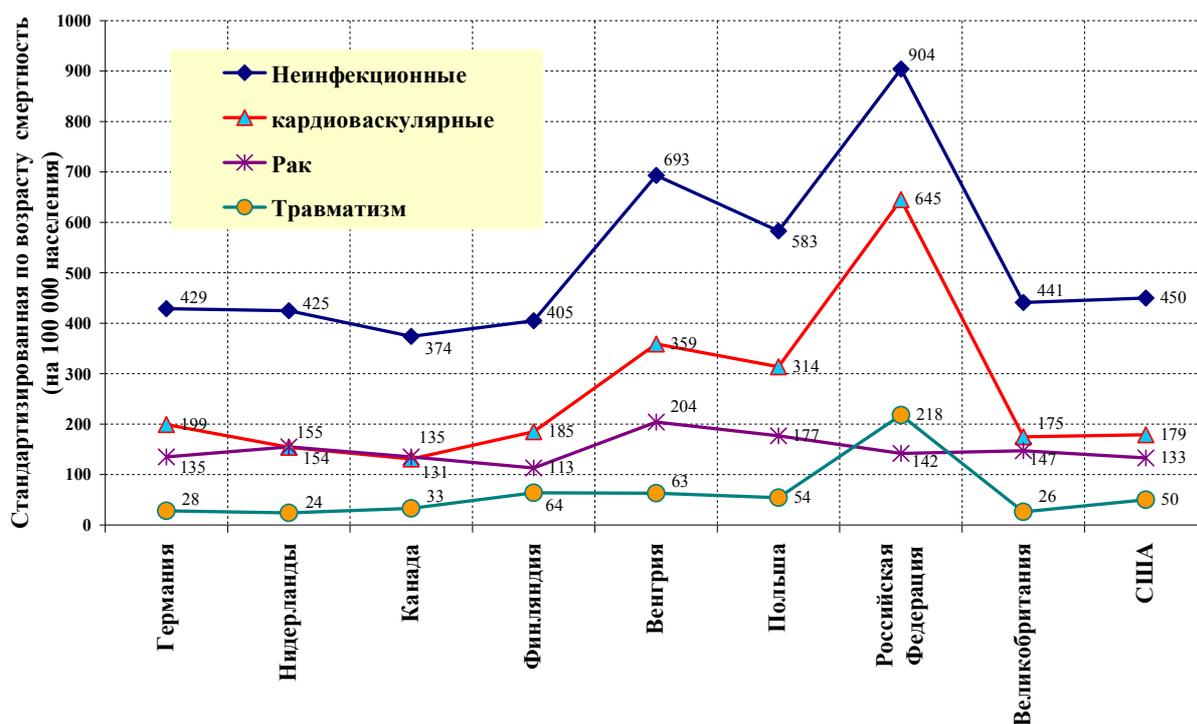


Рис. 2. Стандартизованная по возрасту смертность по причинам смерти в 2004 г. по ряду стран (на 100000 населения)

Построено по данным: World health statistics. 2009. WHO. 2009.

Они составили в 2008 году 71 год в целом для населения, 67 – для мужчин и 75 лет – для женщин. Если сохранятся такие же темпы снижения смертности в условиях глобального экономического кризиса, то только для того, чтобы полностью сократить современный разрыв в смертности населения России в возрасте 15-60 лет до уровня стран с доходностью выше среднего потребуется 15-16 лет. Это ещё раз подтверждает актуальность назревшей проблемы повышения эффективности российского здравоохранения.

Тенденции снижения смертности населения в РФ создают благоприятные предпосылки дальнейшего роста продолжительности жизни россиян. Так, за период 2002-2004 стандартизованная по возрасту смертность от неэпидемических заболеваний в расчёте на 100 тыс. населения сократилась с 960 до 904. Наиболее значительно на 43 пункта снизилась смертность от сердечно-сосудистых заболеваний (Рис. 2). В то же время смертность была на 212 пунктов выше, а по сердечно-сосудистым заболеваниям на 244 пункта выше, чем в аналогичной с Россией группе стран по уровню среднедушевого дохода.

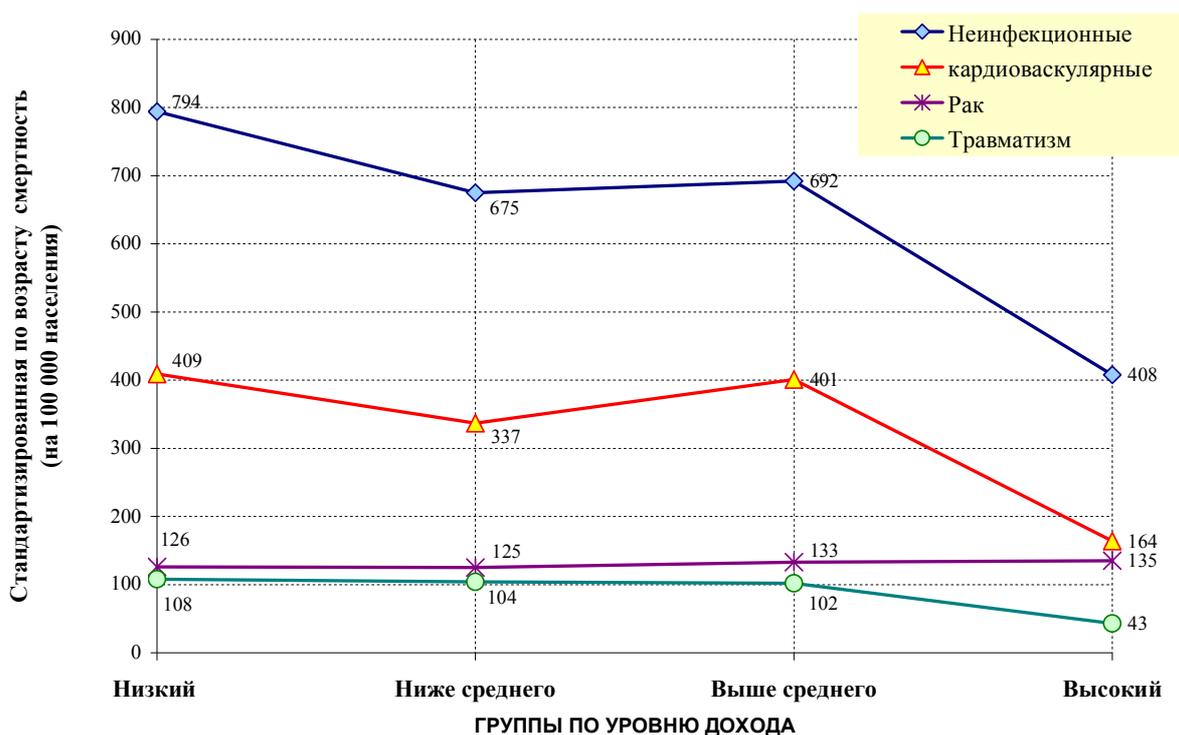


Рис. 3. Стандартизованная по возрасту смертность по причинам смерти в 2004 г. для групп населения по уровню дохода (на 100000 населения)

Построено по данным: World health statistics. 2009. WHO. 2009.

Кроме того, стандартизованная смертность от неэпидемических заболеваний в России беспрецедентно высока и на 110 пунктов, а по сердечно-сосудистым заболеваниям на 236 пунктов превышает смертность стран с самым низким уровнем социально-экономического развития (Рис. 2, 3), что указывает на необходимость разработки для её снижения чётких стратегий и целенаправленных программ. Всю серьёзность назревших проблем по снижению смертности в России раскрывают данные о том, что в 2005 г. в возрасте 25-64 лет в Европейском регионе ВОЗ⁸ отмечаются наивысшие уровни смертности российских мужчин от сердечно-сосудистых заболеваний (762,8 на 100 тыс. населения), ишемической болезни сердца (406,3 на 100 тыс. населения). По уровням смертности от цереброваскулярных и онкологических заболеваний они находятся на 2-м месте после Киргизии (180,0 и 224,5 на 100 тыс. населения, соответственно).

Имеющийся в России уровень таких социальных болезней, как туберкулёз, сифилис, ВИЧ-инфекция, являющихся наглядными спутниками углубляющихся и возобновляющихся процессов бедности, подчёркивает, что искоренение бедности является важнейшей насущной задачей российской социальной политики.

Чрезвычайно тревожны факты, указывающие на то, что Российская Федерация в 2005 г. по числу вновь выявленных случаев туберкулёза (89,4 на 100 тыс. населения) среди стран Европейского региона ВОЗ была на 6 месте после Казахстана, Молдавии, Киргизии, Румынии и Грузии. Это частично может быть объяснено высокой распространённостью туберкулёза с множественной лекарственной устойчивостью⁹ в условиях низкого уровня доступности качественной медицинской помощи, низкого социально-экономического статуса многочисленных групп населения.

Крайне неблагоприятна тенденция снижения в Российской Федерации доли случаев успешного лечения туберкулёза и у пациентов с положительным мазком. При этом если этот общемировой показатель вырос с 69% в 2000 г. до 86% в 2007 г., то в РФ он сократился с 68% до 58%. Такая ситуация, как и в целом по Европе, может быть объяснена высокой распростра-

⁸ Atlas of Health in Europe 2-nd edition. 2008. p.37-41

⁹ World health statistics 2010. WHO, 2010. p. 16,93

нённости в России туберкулёза множественной лекарственной устойчивости.

В 2005 г. Россия в Европейском регионе ВОЗ находилась на 2-м месте после Молдавии по уровню вновь выявленных случаев сифилиса. Далее следуют такие страны как Казахстан, Киргизия, Белоруссия, Румыния и т.д. Этот уровень в 15-30 раз выше, чем в развитых европейских странах. После Эстонии и Украины Россия в 2006 г. занимала 3 место по уровню распространённости ВИЧ-инфицированных больных. Всё отмеченное выше говорит о серьёзных нерешённых проблемах в преодолении низкого уровня и качества жизни, распространённости бедности и углубления процессов обнищания среди российского населения.

С нашей точки зрения, российская смертность от инфекционных и неэпидемических заболеваний - это «молчаливая» смертность, характеризующая гибель сотен тысяч людей, «растянутая» во времени (а не единовременная). Она стала обыденным явлением, которое, к сожалению, с позиций современной социально-демографической политики не требует проведения экстренных неотложных мер из-за недооценки степени реальности управления рисками по её снижению и предотвращению.

Наличие хорошей системы здравоохранения способствует улучшению состояния здоровья всего населения.

В конце 90-х годов экспертами ВОЗ был выбран в качестве сводного индекса здоровья населения показатель средней ожидаемой продолжительности жизни, скорректированный на инвалидность (DALE)¹⁰, преимуществом которого является то, что он поддается прямому сравнению с ожидаемой продолжительностью жизни, рассчитанной с помощью только по возрастных показателей смертности, и легко сравним во всех группах населения.

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 место Японии, имеющей 13 ранг по подушевому уровню финансирования

¹⁰ Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2000 г. Системы здравоохранения: улучшение деятельности. ВОЗ. 2000. С.30-31.

здравоохранения. Такая ситуация подчёркивает важность повышения эффективности 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.

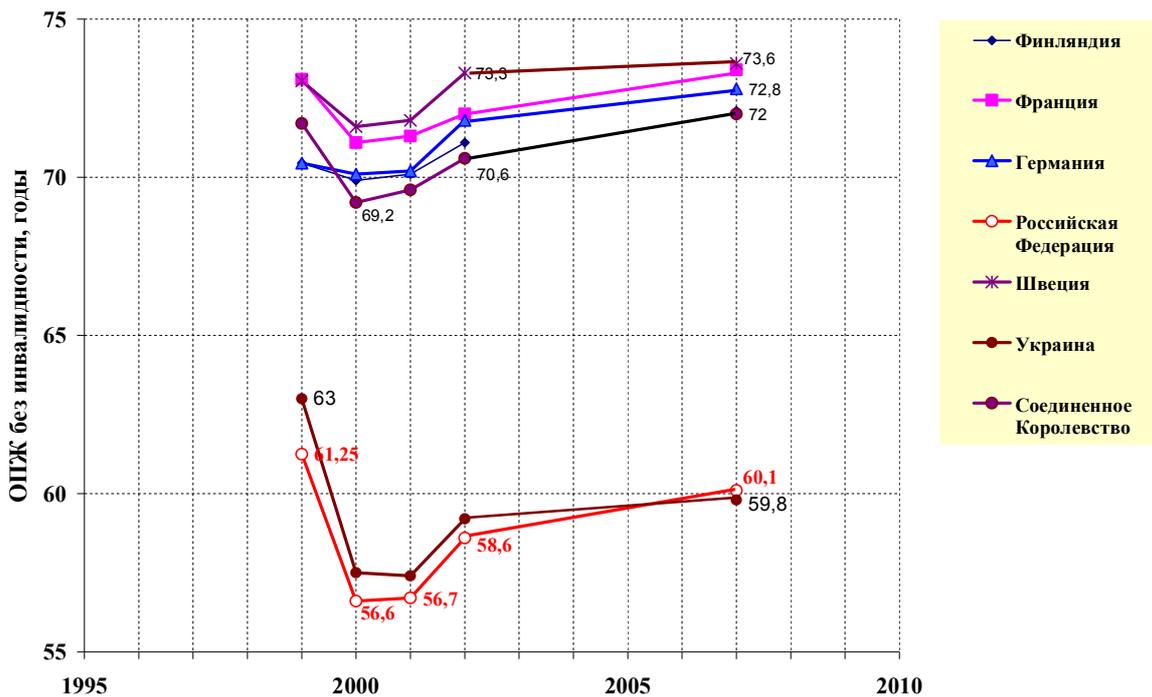


Рис. 4. Оценка ожидаемой продолжительности жизни без инвалидности для населения некоторых стран Европейского региона ВОЗ

Построено по данным: European Health for All Database (HFA-DB). WHO, 2010.

Из рисунка 4 следует, что в России после резкого снижения ожидаемой продолжительности жизни при рождении без инвалидности в период с 1999-2000 гг. с 61,25 лет до 56,6 лет с 2002 года отмечается благоприятная тенденция роста этого показателя до уровня 60,1 года в 2007 году. Однако сохраняются огромные различия по сравнению с другими странами.

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 использо-

вания вкладываемых финансовых средств в охрану здоровья населения в целях совершенствования планирования деятельности по улучшению здоровья.

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 наряду с показателем DALE для лучшего отражения включения всех состояний здоровья в расчёт ОПЗЖ стали использовать показатель - ожидаемой продолжительности здоровой жизни – ОПЗЖ (HALE)¹¹. 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 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.

¹¹ 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.

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 60 лет для Российской Федерации и Западной Европы

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	3,9	-0,9
	Западная Европа	5,7	3,3	4,8	2,7	3,1	1,5

Источник: 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>

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 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 западно-

европейских 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.

Таблица 2. Различия в ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) и ожидаемой продолжительности здоровой жизни (ОПЗЖ) при рождении для населения некоторых стран Европейского региона ВОЗ (2007)

Государства-члены	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (число лет), 2007 г.		Ожидаемая продолжительность здоровой жизни при рождении (число лет), 2007 г.	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
Австрия	77,6	83,2	70	74
Беларусь	64,6	76,3	58	66
Бельгия	74,6	81,1	70	74
Казахстан	60,8	72,3	53	60
Нидерланды	78,2	82,7	72	74
РФ	60,5	73,3	55	65
Финляндия	76,1	83,2	70	75
Франция	77,5	84,6	71	76
Швеция	78,9	83,2	72	75

Источник: The European health report 2009: health and health systems. WHO Regional Office for Europe, 2010.

Важно, что в России в 2007 году ожидаемая продолжительность здоровой жизни (HALE) для женщин была ниже на 8,3 года, а для мужчин - на 5,5 лет по сравнению с общепринятым показателем продолжительности жизни. По сравнению с россиянами в Австрии, Нидерландах и Франции мужчины проживали в состоянии здоровья дольше, соответственно: на 15, 17 и 16 лет, а женщины: на 9, 9 и 11 лет (Табл. 2, Рис. 5).

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 здравоохране-

ния, показавшей высокую эффективность в развитых странах на протяжении последних более тридцати лет¹².

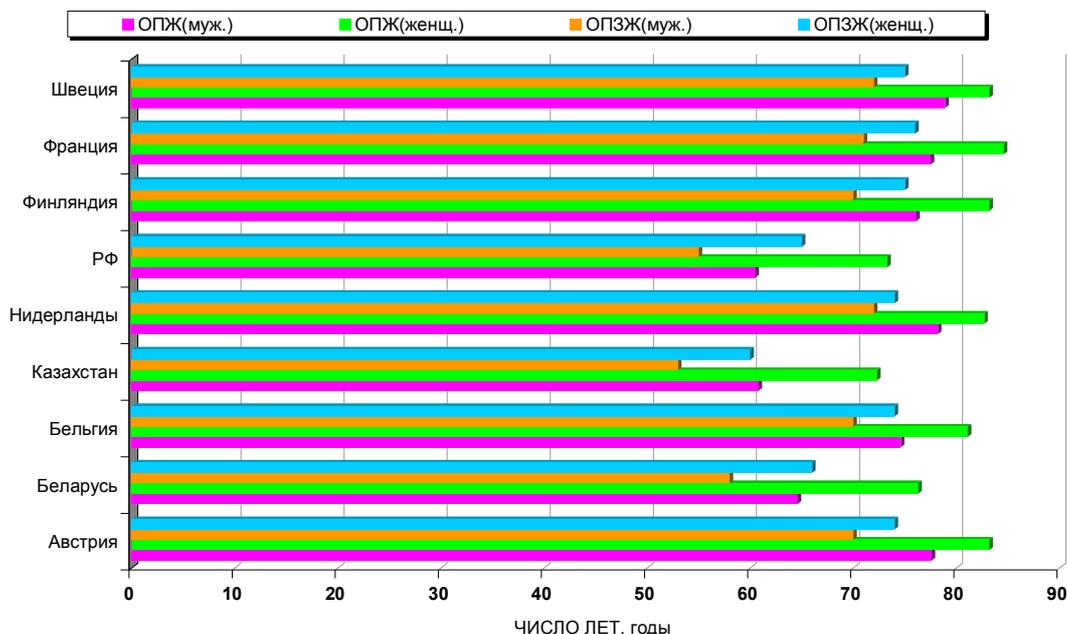


Рис 5. Различия в ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) и ожидаемой продолжительности здоровой жизни (ОПЗЖ) при рождении для населения некоторых стран Европейского региона ВОЗ (2007)

Построено по данным: The European health report 2009: health and health systems. WHO Regional Office for Europe, 2010.

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 многолет-

¹² 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.

них исследований взаимосвязей потенциалов здравоохранения и национальных экономик.

Российская система здравоохранения испытывает тяжести двойного бремени болезней, обуславливающих принятие экстренных первоочередных 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 оптимального 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 западноевропейских 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 женщин¹³.

Исследование¹⁴ 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).

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.

¹³ Nolte E, McKee M. Measuring the health of nations: Updating an earlier analysis. Health affairs, January/February 2008, 27, p. 59-65

¹⁴ Newey C et al. Avoidable mortality in the enlarged European Union. Paris, Institut des Sciences de la Santé, 2004. 3: 275.

В целях большего учёта уровней и эффективности национальных систем здравоохранения при формировании системы мониторинга показателей смертности, как свидетельствует опыт европейских стран и США, имеет 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 смертность. 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 время¹⁵.

За основу была взята одна из последних европейских разработок в этой области¹⁶, 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.

Основываясь на этой модели, Т.Я. Четвернина попыталась оценить возможные предотвратимые потери российского населения. Нами разделяется позиция автора, которая, несмотря на затянувшийся российский системный кризис здравоохранения, всё же для расчётов реально предотвратимых причин смертности использовала уже имеющиеся в России в 2001 г. минимальные показатели смертности от каждой из рассматриваемых причин по федеральным округам.

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 сти-

¹⁵ 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.

¹⁶ Holland, W. W., European Community Atlas of Avoidable Death'. Commission of the European Communities Health Services Research Series Oxford Medical Publications 1997

лем 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).

Согласно расчётам Т.Я Четверниной 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.

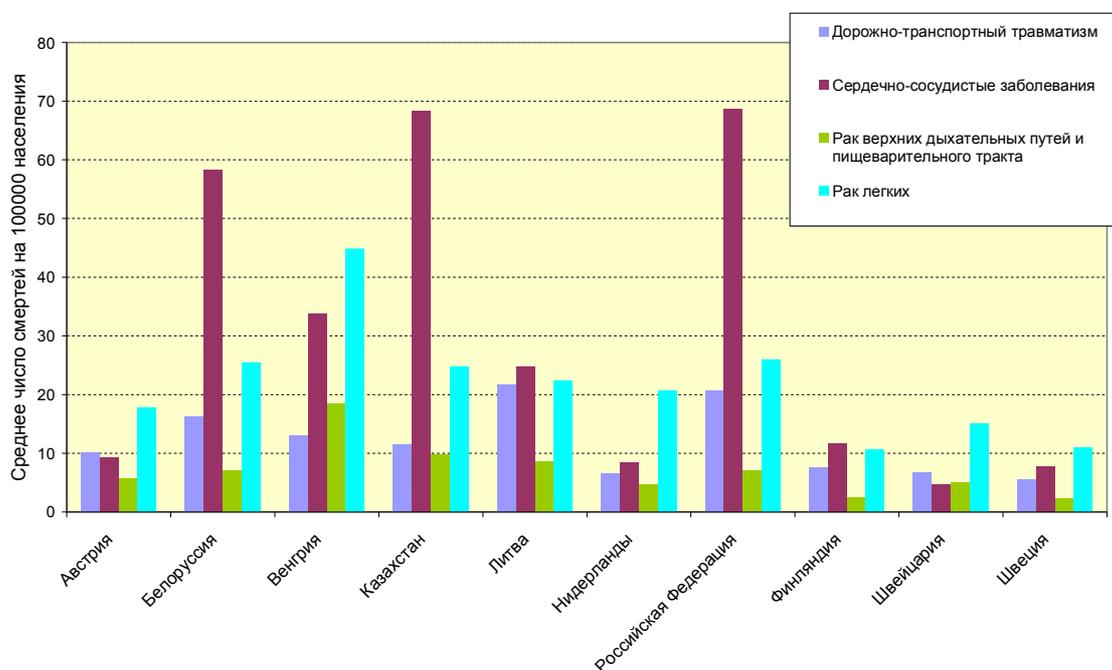


Рис. 6. Смертность, предотвратимая с помощью первичной профилактики на 100 000 населения в возрасте 0–64 года по ряду европейских стран, 1998–2002 г.

Построено по данным: The European health report 2005: public health action for healthier children and populations. WHO Regional Office for Europe. WHO. 2005.

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.

Различия в показателях предупреждаемой смертности в РФ и ряде зарубежных стран¹⁷ отражают ряд интересных особенностей. Так, уровень предотвратимой смертности с помощью первичной профилактики, т.е. мер, позволяющих уменьшить подверженность населения поведенческим и профессиональным факторам риска в возрасте 0-64 лет (1998-2002) в связи с дорожно-транспортным травматизмом в РФ в сравнении с Австрией и Германией был выше в 2,3 раза., Нидерландами и Швецией – в 3 раза, а в связи с сердечнососудистыми заболеваниями, соответственно, - в 7,5 раз, в 8,3, 8,3 и 8,9 раза. Это отражает существующую реальную возможность сокращения в России этого вида смертности, напрямую обусловленной уровнем качества первичной медико-социальной помощи (Рис. 6).

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), так и на микроуровне (среднее число обращений в амбулаторные учреждения, уровень доходов на душу населения, потребление алкоголя и табака)¹⁸.

Проведение политики, направленной на снижение к 2025 году в России уровня смертности от неинфекционных заболеваний и травматизма до современного уровня этих показателей¹⁹ в развитых странах Западной Европы (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 год.

¹⁷ The European Health Report 2005: public health action for healthier children and populations WHO. 2005, p. 18

¹⁸ 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).

¹⁹ «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.

СТРАТЕГИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ ПРЕОДОЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО НЕРАВЕНСТВА В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Совершенствование системы здравоохранения – одно из коренных условий успешной реализации стратегии социально-экономического развития страны, а состояние здоровья населения – важнейшая цель этого развития. Модернизация системы здравоохранения направлена в первую очередь на обеспечение доступной и качественной медицинской помощи для широких слоев населения.

Ограничение доступности и снижение качества медицинской помощи неминуемо приводит к негативным социально-политическим последствиям, требует значительных дополнительных затрат на восстановление утраченного трудового потенциала российского общества.

Принятая мировым здравоохранительным сообществом на 51 сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 1998 г. Всемирная декларация по здравоохранению подтвердила высокую политическую значимость приверженности этическим концепциям солидарности и социальной справедливости в целях предупреждения распространения социально-экономического неравенства в охране здоровья населения.¹

Перспективы развития современного здравоохранения определяются правоммерностью выбора между различными вариантами политики в области здравоохранения, который должен основываться на четкой системе ценностей и важнейших этических принципах Всеобщей декларации прав человека, равенства в вопросах охраны здоровья и солидарности в предпринимаемых действиях. Как подчёркивается в Декларации, в Европейском регионе они выражаются в двух измерениях. С одной стороны, отмечается растущее неравенство в области здоровья между государствами-членами ВОЗ, с другой – широкие, а в настоящее время, зачастую, даже увеличивающиеся

¹ Здоровье-21: Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ: введение. ВОЗ. 1998. (Европейская серия по достижению здоровья для всех, № 5); 1999 (Европейская серия по достижению здоровья для всех, № 6)

различия в отношении здоровья между отдельными группами населения внутри каждой страны.

Анализ хода успешного реформирования здравоохранения европейских стран в течение последних 30-ти лет показал² перспективность и в российской практике использования апробированных новых концептуальных подходов к охране здоровья населения. Исследование показало, что для достижения высокого уровня результативности необходима ориентация здравоохранения на сбалансированность трёх составляющих процесса развития, которые постоянно должны находиться в фокусе проведения реформ.³ 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.

При этом должна быть учтена и Хартия, принятая на конференции по реформированию здравоохранения государств-членов Европейского Региона ВОЗ в Любляне (1996). Люблянская конференция приняла Хартию, в которой подчеркивается, что целями реформ здравоохранения должно быть, прежде всего, улучшение здоровья людей. Согласно Хартии европейские системы здравоохранения должны быть:

- движимы ценностями человеческого достоинства, справедливости, солидарности и профессиональной этики;
- направленными на поддержание и сохранение здоровья;
- сфокусированными на людях, позволяя гражданам оказывать влияние на службы здравоохранения и нести ответственность за собственное здоровье;
- сфокусированными на качестве, включая оптимизацию соотношения затраты/эффективность;

² Каткова И.П., Андриюшина Е.В., Катков В.И. Современные стратегии охраны здоровья населения России и реформирования здравоохранения. Народонаселение. - М.: ИСЭПН РАН. 2008, №2., с.32-45

³ 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

- основанными на стабильном финансировании, достижении полного охвата и равноправного доступа;
- ориентированными на первичную медико-санитарную помощь.

Принципы принятой в Любляне Хартии приемлемы как принципы развития всеобъемлющей концепции реформ здравоохранения в других странах и, в частности, в России.

Исходя из таких позиций, в рамках программного документа ВОЗ «Здоровье для всех в 21-м столетии» была поставлена задача сократить к 2020 г. существующий в настоящее время разрыв в состоянии здоровья населения между государствами-членами европейского региона, как минимум, на одну треть.

Мировым здравоохраненческим сообществом было признано, что бедность, независимо от того, определяется ли она уровнями доходов, социально-экономическим положением, условиями жизни или уровнем образования, является крупнейшей отдельной детерминантой плохого здоровья. Определяют цели развития здравоохранительной политики положения ВОЗ о том, что даже в считающихся благополучными обществах проявления неравенства в вопросах здоровья и его охраны в настоящее время усиливаются с расширением социально-экономических различий, с социальной дифференциацией между всеми различающимися в социально-экономическом плане группами населения, общества в целом и на протяжении всего жизненного цикла.

Кроме того, здесь сформулированы основные концептуальные подходы развития современного здравоохранения в целях обеспечения равенства в вопросах охраны здоровья. В связи с этим полагают, что к 2020 г. разрыв в уровне здоровья между социально-экономическими группами внутри стран должен быть сокращен, по крайней мере, на одну четверть во всех государствах-членах ВОЗ за счет значительного улучшения уровня здоровья групп населения, не получающих достаточного обслуживания.

Это предполагает:

- сокращение разрыва в ожидаемой продолжительности жизни между социально-экономическими группами, по крайней мере, на 25%;

- более ровное распределение основных показателей заболеваемости, инвалидности и смертности в различных социально-экономических группах;
- значительное улучшение влияющих на здоровье социально-экономических условий, и прежде всего сокращение различий в уровне доходов, образования и доступа к трудоустройству;
- значительное сокращение контингентов населения, проживающих в условиях бедности;
- защиту групп населения с особыми потребностями, обусловленными состоянием их здоровья или их социальными или экономическими обстоятельствами, от какой бы ни было изоляции и предоставление им необходимого доступа к соответствующей медико-санитарной помощи.

Как отмечают Р.Б. Салтман и Дж. Фигейрас⁴ (2000), стабильность такой важной социальной системы, как здравоохранение, является результатом сочетаемости ценностей общества (называемых господствующей системой мировоззрения) и социальной структуры институтов здравоохранения. По мнению авторов, эта структура состоит из процессов, законов и правил, определяющих распределение ресурсов и властных полномочий в секторе здравоохранения, а также объем и виды имеющихся в наличии средств. Эти ресурсы и форма их организации являются прямым отражением социальных ценностей. Авторы подчёркивают, что в большинстве современных демократических обществ отмечается определенная конфликтность между главными ценностями: равенством, индивидуальной автономией и эффективностью. При этом необходимо иметь в виду⁵:

- Равенство подразумевает коллективную заботу о справедливости для каждого отдельного индивидуума. В очень общем плане равенство можно определить как восприятие того, что люди (коллективно) считают справедливым для равного распределения между индивидуумами или группами.
- Индивидуальная автономия является одной из главных ценностей системы здравоохранения и социальной сферы в целом. Понятие автономии

⁴ Р.Б. Салтман и Дж. Фигейрас Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных данных. - М.: Гэотар, Медицина, 2000.

⁵ Цит. по Р.Б. Салтман и Дж. Фигейрас.

включает в себя две основные концепции: автономию действий (возможность добровольных и сознательных действий) и способность к самостоятельным действиям (полагаясь на свой собственный здравый смысл и необходимые ресурсы для достижения желаемого результата).

- Эффективность определяется желанием достижения максимальных социальных благ (в области здравоохранения или доступа к медицинскому обслуживанию) при минимальных издержках.

С точки зрения М. Whitehead (1991)⁶, для проведения грани между неизбежными, закономерными различиями и теми, которые необходимо считать излишними и несправедливыми необходимо учитывать семь основных определяющих признаков различий в вопросах здоровья:

1. Естественные биологически обусловленные градации различий
2. Причиняющее ущерб здоровью поведение, если оно выбрано самостоятельно, без принуждения, как, например, при занятиях или участии в определенных видах спорта или времяпровождении.
3. Носящие временный, преходящий характер преимущества одной группы над другой, когда эта группа первой перешла к укрепляющему здоровье поведению (при условии, что другие группы в состоянии ликвидировать свое отставание более и менее быстро).
4. Вредное для здоровья поведение, когда степень выбора образа жизни значительнейшим образом ограничена.
5. Вынужденные нездоровые и вызывающие постоянно стрессы условия жизни и труда.
6. Недостаточный доступ к основным видам медико-санитарного иного государственного или общественного обслуживания.
7. Естественный отбор или связанная со здоровьем социальная мобильность, обуславливающая тенденцию к движению вниз, опусканию больных в социальном плане.

По мнению М. Whitehead, различия в отношении здоровья, обусловленные первыми тремя выше названными признаками, в целом не могут рассматриваться как проявления неравенства в вопросах здоровья. Вытекающие из 4, 5 и 6 пунктов различия могут приниматься многими за различия, кото-

⁶ М. Whitehead. Концепции и принципы равенства в вопросах охраны здоровья. ВОЗ, 1991, с. 6

рых можно избежать, а вытекающие из них различия в отношении здоровья могут быть найдены несправедливыми. Что же касается седьмого положения, связанного, в том числе, с тенденцией к тому, что больные люди становятся беднее, то при определении характера несправедливости необходимо иметь в виду, что первоначальное нездоровье, о котором идет речь, могло возникнуть несправедливо, и поэтому такой ситуации можно было бы избежать.

В настоящее время в мире растёт понимание значимости системной сути современного здравоохранения, основанного на интегральной деятельности всех организаций, структур и ресурсов, предназначенных для реализации мер, принципиальная цель которых – укрепление, поддержание или восстановление здоровья, что в значительной степени предопределяет здоровье и успешность жизнедеятельности населения⁷.

Поиск оценок различий в отношении здоровья и их причин становится характерным для деятельности правительств ряда стран. Например, в Литве выявлено более 20 имеющихся источников показателей здоровья или социально-экономического развития, которые можно использовать для составления карты и диаграмм проявлений неравенства доступа к медицинскому обслуживанию в этой стране. В Испании, Нидерландах, Соединенном Королевстве, Финляндии и Швеции в последнее время созданы специальные комиссии для оценки различий в отношении здоровья. В Норвегии предпринимается попытка составить новые показатели для обеспечения более точного отражения проявлений неравенства в вопросах здоровья и его охраны, а в Швеции отмечается необходимость комплексного подхода к показателям, связанным с половыми и социально-экономическими различиями.⁸

Именно для активизации содействия продвижению такой идеологии в практику мирового здравоохранения в 1999 г. ВОЗ была предложена интегральная модель межстранового мониторинга, характеризующего уровень прогрессивности развития национальных систем здравоохранения.

Исходя из задач общей оценки степени успешности функционирования систем здравоохранения каждой из стран в процессе формирования этой статистической системы разработаны агрегированные показатели. Общие дос-

⁷ Усовершенствованные системы здравоохранения спасают жизни. Основы Европейской стратегии ВОЗ по развитию систем здравоохранения. ВОЗ, Европейское региональное бюро. 2005. С. 1-11.

⁸ Exploring the process of health policy development in Europe (Исследование процесса развития политики здравоохранения в Европе). Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (в печати)

тижения систем здравоохранения в реализации поставленных перед ними целевых задач были оценены комплексно с учётом уровня здоровья населения, индексов отзывчивости и справедливости финансового вноса в систему здравоохранения⁹.

На основе анализа индекса достижения целей можно отметить, что 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, Российская Федерация - на 100 месте. Необходимость принятия действенных целенаправленных мер по совершенствованию российской системы охраны здоровья очевидна.¹⁰

В 2008 г. каждый мальчик, родившийся в США, имел высокую вероятность прожить на 14 лет дольше, в Австрии и Норвегии - на 16 лет, в Японии - на 17 лет, (соответственно, девочки - на 7, 9 и 12 лет), чем родившиеся в России.

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 (на основе данных о вероятности смерти детей в возрасте до 5 лет). 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.

Отметим, что результаты исследования общественного мнения относительно актуальности реформ оказались неутешительными для Соединенных Штатов: около 60% опрошенных американцев высказались в пользу проведения глубоких преобразований в системе здравоохранения.¹¹

В развитых Европейских странах в числе двух важнейших приоритетов совершенствования системы здравоохранения признаётся обеспечение снижения неравенства в уровнях здоровья и доступа к службам здравоохранения

⁹ Каткова И.П., Андриюшина Е.В., Катков В.И. Современные стратегии охраны здоровья населения России и реформирования здравоохранения. Народонаселение. - М.: ИСЭПН РАН. 2008, №2., с.32-45

¹⁰ Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2001 г. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. С. 184-187, 202-205.

¹¹ Борьба миров: государственные и частные системы здравоохранения. Washington Profile. <http://www.washprofile.org/?q=ru/node/5459> (по состоянию на 19.08.2007)

всего населения (Франция, Германия, Испания, Швеция, Великобритания и др.). На 1-м месте по уровню обеспечения справедливости и доступности медицинской помощи находится здравоохранение Чили, на 2-м - Великобритании, на 3-м - Японии, Россия - на 69 месте.

Концепции преодоления социально-демографических различий в доступности медицинской помощи, широко признаваемой в западноевропейских странах, в России уделяется меньшее внимание.

Существуют значительные региональные вариации в состоянии здоровья населения России, обусловленные социально-экономическими факторами. Так, например, жители Москвы, родившиеся в 2004 году, имеют высокую вероятность прожить на 19,4 лет дольше своих соотечественников, проживающих в Псковской области.

В отличие от общеевропейской точки зрения, утверждающей, что чем выше уровни ВВП, тем выше показатели ОПЖ населения, проблемы справедливости распределения уровня здоровья в России отражают наличие социального градиента в современных тенденциях демографических процессов в регионах РФ, так как место рождения и жительства человека определяют его жизнеспособность в независимости от региональных уровней ВВП¹². 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)¹³. 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.

¹² Российское здравоохранение в ракурсе мировых тенденций: Колл. монография / Под редакцией проф., д.э.н. А.Ю. Шевякова и проф., д.м.н. И.П. Катковой. - М.: ИСЭПН РАН, 2009

¹³ Доклад о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации 2006/2007. Регионы России: цели, проблемы, достижения. Программа развития ООН (ПРООН), 2007.

Таблица 1. Динамика ожидаемой продолжительности жизни с рождения и Валового регионального продукта на душу населения (ППС межд. долл.) по ряду регионов России (2001, 2007)

РЕГИОН	ВРП		ОПЖ	
	2001	2007	2001	2007
г. Москва	17454	33603	67,4	72,5
г. Санкт-Петербург	7015	16817	66,19	69,86
Московская область	5288	13587	64,77	66,93
Белгородская область	6153	13738	67,38	70,33
Республика Татарстан	9812	18080	67,63	69,44
Ленинградская область	6914	13587	61,99	66,93
Республика Саха (Якутия)	9017	13629	64,37	66,17
Саратовская область	4975	8710	65,42	68,01
Липецкая область	7605	15373	66,53	67,31
Республика Карелия	5912	11437	62,91	65,12
Курганская область	3475	7141	64,95	66,66
Камчатский край	4469	8862	63,79	66,15
Магаданская область	5867	11549	65,06	63,57
Чукотский АО	6183	15614	62,54	58,72
Республика Тыва	2244	5022	56,48	59,16
Республика Марий Эл	3569	7412	64,58	66,16
Ивановская область	2694	5696	63,18	65,55
Еврейская авт. область	2991	8935	62,27	61,94

Источник: Доклад о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации 2004. Москва, 2004с.99.
Доклад о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации 2009. Москва, 2010.с. 48;

И в 2007 г. проблемы неравенства в охране здоровья по-прежнему актуальны для российских регионов. Так, за период 2001-2007 гг. при росте ВРП по Москве в 1,9 раза, в г. Санкт-Петербурге – в 2,4 раза, Белгородской области – в 2,2 раза, Республике Татарстан – в 1,8 раза ожидаемая продолжительности жизни при рождении соответственно увеличилась в 1,02-1,07 раз. Но, в то же время, в Магаданской области и Чукотском АО при росте ВРП в 2,0 и 2,5 раз ОПЖ за рассматриваемый период сократилась на 1,49 и 3,82 года соответственно. В Еврейской автономной области при росте ВРП в 3 раза ОПЖ практически не изменилась (уменьшилась на 0,33 года). Для жителей Московской области, имеющих ВРП в 2007 г. 13587 \$ППС, ОПЖ в 66,93 года аналогична ОПЖ для жителей Курганской области, имеющих ВРП в 1,9 раз меньший по сравнению с Московской областью, и составляющей 66,66 лет. Уровень ОПЖ 66,16 лет имеют жители Камчатского края, Республики Марий Эл. (Табл.1).

Исследования ВОЗ показывают¹⁴, что число лет, проведенных человеком в нездоровом состоянии, значительно выше для жителей бедных стран. В среднем, представитель наиболее "здоровой" нации проводит в нездоровом состоянии 9% своей жизни, в то время, как для наименее "здоровых" стран это показатель равен 14%. По этому показателю мировым лидером является Япония, где граждане проживают в среднем 74.5 года здоровой жизни. В числе других лидеров по продолжительности здоровой жизни - Австралия, Франция, Швеция, Испания, Италия, Греция, Швейцария, Монако и Андорра (во всех этих странах упор делается на государственные медицинские программы). США занимает 24 место в рейтинге - или в среднем 70 лет здоровой жизни для новорожденных 1999 года.

Однако главная проблема системы здравоохранения США - ее фактическая недоступность для людей с низкими доходами, у которых нет медицинской страховки.

Американские эксперты считают, что среднестатистический показатель затрат на здравоохранение скрывает реальное неравенство различных слоев населения США в доступе к медицинским услугам. Так, по данным Министерства Здравоохранения США (Department of Health and Human Services), люди с низким уровнем доходов и образования, как правило, умирают раньше образованных богачей.

Как отмечали ещё в 1995 г. В.М. Школьников и др.¹⁵: в России, как и в других экономически развитых странах, чем выше уровень образования группы населения, тем ниже в ней уровень смертности. Например, для 20-летних мужчин с высшим образованием вероятность дожития до 60 лет составляла в 1989 г. 0,836, а для лиц с неполным средним образованием, — только 0,585 (0,927 и 0,835 у женщин, соответственно). Соответствующая разница в ожидаемой продолжительности жизни 20-летних составляла 7 лет у мужчин и 2 года у женщин. Дифференциация смертности в зависимости от уровня образования, с точки зрения авторов, объясняется двумя обстоятельствами: более рациональными стереотипами индивидуального поведения

¹⁴ <http://www.washprofile.org/?q=ru/node/5459> на 19.11.2007

¹⁵ Школьников В., Милле Ф., Вален Ж. Ожидаемая продолжительность жизни и смертность населения России в 1970-1993 годах: анализ и прогноз. М.: Фонд «Здоровье и Окружающая среда», Серия докладов «Здоровье для всех – Всё для здоровья в России» под редакцией д-ра А.К. Дёмина №1. 1995. -126 с.

среди наиболее образованных групп населения и различиями в характере труда (лица с высшим образованием в основном заняты умственным трудом).

Российская региональная дифференциация смертности, с точки зрения В.М. Школьниковой, имеет явный северо-восточный градиент смертности. Это находит выражение в том, что в Сибири, на Дальнем Востоке, на Урале и на севере европейской части РФ смертность выше, а продолжительность жизни населения ниже, чем на Северном Кавказе, в Поволжье и Центральном Черноземье. Центральный район обычно находится примерно в середине ранжира.

Следует согласиться с авторами, что именно за счёт наличия социально-экономического градиента смертности в этих районах в последующем произошло резкое повышение смертности, высокий уровень которой сохраняется до сих пор.

Показатель отзывчивости систем здравоохранения характеризует степень адекватности функционирования системы здравоохранения ожиданиям и удовлетворения потребностей населения, напрямую не связанных 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.

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 поделила 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.

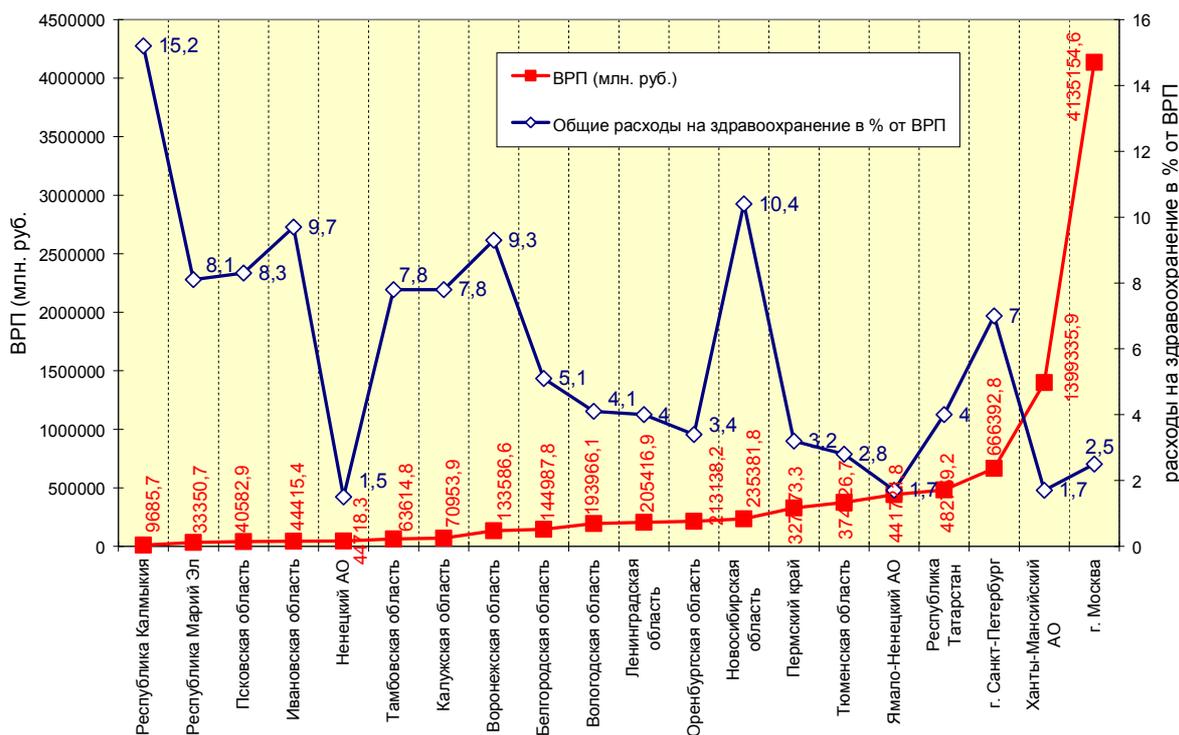


Рис. 1. Особенности финансирования здравоохранения по ряду Регионов РФ.

Построено по данным: Шишкин С.В. и др. Мониторинг экономических процессов в здравоохранении. Государственный университет-Высшая школа экономики. Отчёт о НИР. Москва 2009.

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 лечением 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.¹⁶

Российские регионы характеризуются чрезвычайным разнообразием как в уровнях общих расходов на здравоохранение в процентах от ВРП (Рис. 1), так и доли в них частного финансирования (Рис. 2).

Необходимо отметить, что, с нашей точки зрения, происходит углубление тенденций дифференциации российских регионов по уровню недостаточного финансирования здравоохранения. На основе расчётов, проведенных в исследовании,¹⁷ установлено, что в 2005 г. общие расходы на здравоохранение, измеряемые в процентах от валового регионального продукта, значительно и непредсказуемо варьировали по регионам страны, составляя от 1,5% ВРП в Ненецком автономном округе до 16,9% ВРП в Кировской области.

Весьма впечатляют данные о том, что уровни этих расходов в Вологодской и Ленинградской областях составляют 4% от ВРП, в Республике Татарстан – также 4%, в Пермском крае – 3,2%, в Оренбургской области – 3,4%. Лидерами по наименьшему уровню общих расходов на здравоохранение являются Ханты-Мансийский и Ямало-Ненецкий автономные округа, где общие расходы на здравоохранение составляют по 1,7% от ВРП.

Если в целом по развитым странам по мере роста ВВП растут и уровни общих расходов на здравоохранение, то в таких региональных российских лидерах по уровню ВРП, какими являются г. Москва и Тюменская область, уровень общих расходов на здравоохранение составляет 2,5% и 2,8% ВРП

¹⁶ Ефименко С.А. Социология пациента. Автореф. дисс. на соискание уч. ст. доктора социологических наук. Москва, 2007. с.

¹⁷ Шишкин С.В. и др. Мониторинг экономических процессов в здравоохранении. Госуниверситет-Высшая школа экономики. Отчёт о НИР. Москва 2009.

(соответственно). С нашей точки зрения, эти ведущие по уровню социально-экономического развития регионы явно стремятся занизить свои перспективные возможности повышения уровня развития здравоохранения.

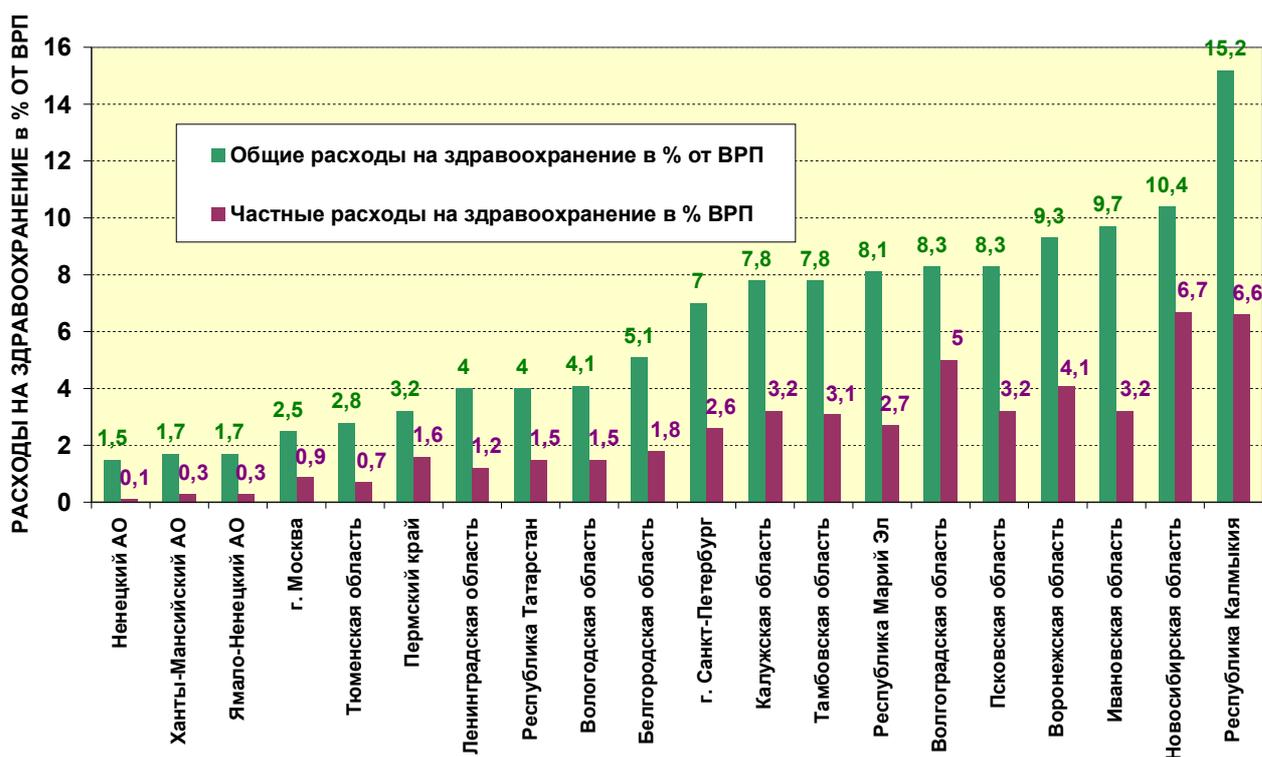


Рис. 2. Общие и частные расходы на здравоохранение в % от ВРП (2005 г.)

Построено по данным: Шишкин С.В. и др. Мониторинг экономических процессов в здравоохранении. Государственный университет-Высшая школа экономики. Отчёт о НИР. Москва 2009.

Фактически, вновь в российских регионах за счёт финансового обеспечения здравоохранения решаются другие ситуационные проблемы. Как показали результаты исследования¹⁸, пока в России ведутся споры о путях финансового обеспечения здравоохранения, на практике в Волгоградской, Оренбургской, Самарской и Курской областях начинает значительно расширяться значимость частного финансирования в развитии здравоохранения по сравнению с государственным. Хорошо известно, что уровень государственного финансирования здравоохранения предопределяет распространённость платности здравоохранения. По уровню частных расходов на здравоохранение, измеряемых в процентах от ВРП, в 2005 г. лидировали Новосибирская область, Республика Калмыкия, Волгоградская, Пензенская, Воронежская области.

¹⁸ См.: Шишкин С.В. и др.

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.

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.

В 2006 г. объём 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.

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 благосостояние населения и его участие в социальных программах» (НОБУС)¹⁹ в январе-апреле

¹⁹ Бесстремьянная Г.Е., Заборовская А.С., Шишкин С.В. Доступность социальных услуг: императивы реформ. Независимый институт социальной политики, Москва. Доклад на международной научно-практической

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.

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.

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 практики.; Л. Овчарова. Немонетарные методы измерения бедности. Немонетарное измерение абсолютной бедности: ограничения в доступе к медицинскому обслуживанию. Россия, НОБУС. ИСЭПН РАН, 2003.

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. Согласно исследованиям экспертов ВОЗ, в одиннадцати 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 Перу²⁰ показал, что выход из системы ОМС наиболее обеспеченных групп населения чреват серьёзными неблагоприятными последствиями для его дальнейшего функционирования, т.к. из-за значительного снижения уровня финансирования обострятся проблемы доступности медицинских услуг, увеличится потребность в платных видах помощи, теневые выплаты могут получить ещё большее распространение.

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 стра-*

²⁰ Эрнан Фуэнзалида. Варианты выхода из системы обязательного медицинского страхования в странах латиноамериканской 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.

не 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.

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 медицинской 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.

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.

И.Н. Веселкова, к.э.н.

Москва, Российская академия государственной службы
при Президенте Российской Федерации

СНИЖЕНИЕ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ И ЕГО СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ

Проблемы депопуляции в России в 1990-е годы тесно связаны с резко усилившейся ролью смертности в формировании демографических и социально-экономических потерь. Основным источником роста смертности и деградации структуры ее причин стало увеличение численности и расширение состава маргинальных групп населения, что необходимо учитывать при разработке и проведении мероприятий, направленных на улучшение демографической ситуации, на разных уровнях управления.

Российская Федерация отличается высокой степенью территориальной дифференциации экономических, социальных и этнических процессов. Все это и многое другое сказывается на демографическом поведении многонационального населения России, вносит существенную дифференциацию в характер демографических процессов, влияет на глубину депопуляции, охватившую большинство регионов страны.

Современная демографическая обстановка в России сложилась на фоне длительных неблагоприятных тенденций развития народонаселения, начиная еще с 1970-х годов. В то же время эволюция демографических процессов в области рождаемости, смертности, естественного прироста, миграции оказалась резко усиленной экономическим кризисом и падением уровня жизни значительной части населения в переходный период 1990-х годов.

С 1992 г. Россия живет в условиях депопуляции. За 18 лет (1992–2009 гг.) естественная убыль населения составила почти 13 млн. человек, и хотя частично (на 6,2 млн. человек) она была компенсирована миграцией, число жителей России к началу 2010 г. снизилось до 141,9 млн. человек против 148,6 в начале 1993 г., то есть уменьшилось на 6,7 млн. человек.

Сокращение рождаемости в России на фоне высокой смертности привело к глубоким демографическим диспропорциям и нарушению процессов воспроизводства поколений. Негативные демографические тенденции, бы-

строе сокращение общей численности населения и принципиальное изменение демографического баланса между поколениями имеют глубокие корни, связанные с устаревшей системой экономических, политических и социальных институтов. В результате страна с рыночной экономикой, находящейся в процессе постиндустриального перехода, живет с незавершенной демографической модернизацией¹ и имеет модель социальной политики, сложившуюся в условиях индустриального социалистического общества².

Начиная с 2001 г. демографическая ситуация в России начала улучшаться, особенно заметно после 2005 г. (табл. 1).

Таблица 1. Показатели естественного и миграционного движения населения России

Показатели	2000	2005	2006	2007	2008	2009
Число родившихся						
тыс. человек	1267	1457	1480	1610	1714	1762
на 1000 населения	8,7	10,2	10,4	11,3	12,1	12,4
Число умерших						
тыс. человек	2225	2304	2167	2080	2076	2010
на 1000 населения	15,3	16,1	15,2	14,6	14,6	14,2
Естественная убыль (прирост)						
тыс. человек	-958	-847	-687	-470	-362	-248
на 1000 населения	-6,6	-5,9	-4,8	-3,3	-2,5	-1,8
Миграционный прирост						
тыс. человек	363	126	155	258	257	259
на 1000 населения	2,5	0,9	1,1	1,8	1,8	1,8

Это связано с рядом обстоятельств, среди которых, прежде всего, проведение активной демографической политики. С 2007 г. начал реализовываться комплекс новых мер государственной помощи семьям с детьми. Наиболее важными из них являются материнский (семейный) капитал и ежемесячное пособие по уходу за ребенком до 1,5 лет. Их особое значение связано с тем, что они учитывают очередность рождения, а именно поддержку семей с несколькими детьми. Стимулирование вторых и последующих рождений важно для обеспечения в будущем воспроизводства населения.

¹ Вишневецкий А.Г. Незавершенная модернизация в России // SPERO. 2009. № 10. С. 55–82.

² Малева Т.М., Овчарова Л.Н. Социальный контекст модернизации // Модернизация в России: условия, предпосылки, шансы / Под ред. В.Л. Иноземцева. – М., 2009. С. 5–97.

С 2005 г. проводится также активная политика в области снижения смертности. В соответствии с Национальным приоритетным проектом «Здоровье» за истекшие годы улучшилось оказание первичной медицинской помощи; расширилась доступность высокотехнологичных видов медицинской помощи; произошло усиление профилактической направленности здравоохранения; существенно возросло внимание к охране материнства и здоровья детей, снижению смертности населения от предотвратимых причин и т. д.

По данным Росстата, общее число родившихся в 2009 г. по сравнению с 2000 г. увеличилось на 497 тыс. или на 39,2%. Успехи в снижении смертности были не столь впечатляющи: общее число умерших сократилось на 211 тыс. человек, или на 10,5%. В результате роста рождаемости и сокращения смертности естественная убыль населения России уменьшилась в 3,8 раза, и миграционный прирост ее даже несколько превысил, в результате чего численность населения за 2009 год не изменилась. Такова картина улучшения демографической ситуации в целом по России, которая заметно изменилась в благоприятную сторону в абсолютном большинстве ее регионов.

Лучшие результаты отмечаются в республиках Тыва и Алтай, Иркутской и Тверской областях, Пермском и Красноярском краях. Менее благоприятно складывалась демографическая ситуация в Московской и Ленинградской областях, в Чукотском и Ненецком автономных округах, в республиках Саха (Якутия) и Мордовия. Хотя регионам России в целом присуща благоприятная динамика демографических показателей, между ними сохраняется огромная дифференциация. Если в 2009 г. в Чеченской республике общий коэффициент смертности был ниже общего коэффициента рождаемости в 5,5 раза, то в Псковской области тот же показатель смертности был выше показателя рождаемости в 2 раза.

Состояние здоровья для каждого человека, для населения в целом, для общества и страны имеет чрезвычайное значение и определяется не только его демографической ролью, воздействуя на общую численность числом умерших и не родившихся. Здоровье – это характеристика и человеческого потенциала и человеческого капитала, определяющего экономическую мощь страны. Здоровье – это главный компонент качества жизни, вполне адекватно измеряемого продолжительностью предстоящей здоровой жизни в условиях свободного выбора; это целевая установка жизнедеятельности населения.

Качество жизни непосредственно связано с масштабами, интенсивностью, уровнем заболеваемости и смертности населения.

В первом десятилетии XXI века продолжался рост заболеваемости населения по основным классам болезней. Наиболее высокие темпы отмечались по нозологиям системы кровообращения – в 1,5 раза за 2007–2008 гг. и органов мочеполовой системы – 1,3 раза за тот же период. В 2008 г. больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, зарегистрировано 109,6 млн. чел., что близко к общей численности населения. Особую озабоченность вызывают болезни социальной этиологии, остающиеся на высоком уровне. В России сегодня больных СПИДом около полумиллиона человек. Быстро растет численность заболевших с впервые в жизни установленным диагнозом наркомании, туберкулеза.

Прирост первичной инвалидности составляет около 1 млн. человек ежегодно. К началу 2009 г. численность инвалидов, состоящих на учете в органах социальной защиты населения, составляла 13,0 млн. человек против 5,5 млн. человек на начало 1995 г.

Показатель ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) является важной интегральной характеристикой не только уровня смертности, но и качества жизни населения. Несмотря на позитивные тенденции, ОПЖ в 2009 г. в целом по России составляла лишь 68,7 года, у мужчин – 62,8, а у женщин на 12 лет больше, то есть 74,7 года. Это значительно ниже показателей развитых стран, а в Европе это одни из самых низких показателей. По величине ОПЖ Россия не входит даже в первые 100 стран, в то время как по уровню экономического развития она занимает 50 место, а по уровню реальных доходов – 55. Это означает, что столь значительное негативное состояние продолжительности и качества жизни определяется не развитием экономики, а условием распределения создаваемого в обществе продукта.

По заключению экспертов ВОЗ, здоровье определяется на 50–55% условиями и образом жизни, на 8–10% – развитием и успехами здравоохранения страны, на 15–20% – генетикой и наследственностью и на 20–25% экологическими условиями.

Официальная статистика показывает, что здоровыми в России являются менее трети детей, чуть более половины имеют функциональные отклоне-

ния, а остальные – хронически больны. Нездоровье детей в целом определяется низким уровнем здоровья беременных и кормящих матерей, а также условиями и уровнем жизни семей, находящихся за границей бедности. Около 50% рождаются у родителей с доходами ниже ПМ или с риском оказаться в таких группах населения³.

Второй комплекс факторов связан с потерей эффективной трудовой мотивации, которая приводит к резкому снижению здоровья и росту смертности. Шоковая модель социально-экономической трансформации российского общества вошла в противоречие с возможностями медико-биологической адаптации человека к меняющимся условиям жизни, вызывая чрезмерный стресс, снижающий сопротивляемость организма. В результате роста социального и экономического неравенства происходит маргинализация населения, формирующая бедность и нищету, бомжей и беспризорность, уличных проституток и социальное сиротство. Эти группы в наибольшей степени охвачены болезнями социальной этиологии (резистентная форма туберкулеза, все формы гепатита, сифилис, ВИЧ-инфекция), плохо поддающимся стандартным технологиям лечения.

Третий комплекс социально-демографических факторов здоровья базируется на низкой оценке человеческой жизни, как на государственном, так и индивидуальном уровне. В результате главным становится не человек, а экономический рост, определяющий все аспекты социальной политики, включая интенсивность модернизации здравоохранения.

Активная маркетинговая сфера охраны здоровья стала основной линией и направлением ее развития, которая проводилась, начиная с 1990-х годов. Главная забота руководства медицинскими учреждениями сосредоточена на определении источников, масштабов и интенсивности денежных потоков. Предпринятые меры в этой отрасли касались лишь отдельных аспектов организации лечебной помощи, не затрагивая ее основное ядро – новые технологии и их эффективное использование. В результате система охраны здоровья оказалась фактически разрушенной и не способной выполнять свои задачи даже в пределах тех финансовых ресурсов, которые направлялись в нее. Оче-

³ Римашевская Н.М. Состояние и динамика здоровья населения России // Демографические перспективы России и задачи демографической политики / Под ред. Л.Л. Рыбаковского, А.Е. Ивановой. – М., 2010 (Вып. 2). С. 80.

видно, что финансирование должно быть существенно увеличено (до 5–6% от ВВП), но при условии оптимизации его использования.

Современная (с 2005 года) ситуация характеризуется сокращением смертности и ростом продолжительности жизни российского населения. С 2005 по 2009 г. ОПЖ мужчин выросла почти на 4 года, женщин – на 2,3 года.

С точки зрения максимальных уровней ОПЖ, которых Россия добивалась в прошлом, современные показатели проигрывают около 1,6–2 лет продолжительности жизни (в целом для всего населения). Это отставание определяется почти полностью мужчинами, поскольку для женщин показатели практически те же, что и в лучшие годы (меньше на 0,3 года в сравнении с 1987 г., и больше на 0,6 года в сравнении с 1965 г.), а для мужчин они ниже на 2,5–3 года. Таким образом, пока страна даже не восстановила те позиции, которых ей удалось добиться в прошлом.

Современный рост продолжительности жизни есть результат эволюционного сокращения смертности, подготовленного социально-экономическим оздоровлением, которое постепенно затронуло все группы населения на интервале трудоспособности, захватывая ранние пенсионные возраста. Тот факт, что позитивные тренды постепенно сформировались на всем возрастном интервале, который и определял в предшествующие годы основные потери продолжительности жизни, позволяет рассчитывать на устойчивость и долговременный характер начавшегося снижения смертности.

Без изменений остается гендерный парадокс здоровья, проявляющийся в том, что ОПЖ у мужчин на 12–13 лет (самая высокая разница в мире) меньше, а индивидуальный потенциал здоровья женщин в среднем (по всем возрастным группам) на 10% ниже. Социальные факторы, влияющие на здоровье мужчин и женщин, связаны с двойной нагрузкой женщин; большими рисками, которые берут на себя мужчины и меньшей озабоченностью самосохранительным поведением. Все это должно учитываться и определяться гендерным характером социальной политики.

Регионы России различаются как по уровню ожидаемой продолжительности жизни, так и по темпам ее изменения. На протяжении всего рассматриваемого периода лидирует Южный федеральный округ, а в отстающих числятся Сибирский и Дальневосточный округа. Что касается отдельных

территорий, то самые высокие показатели ОПЖ отмечаются в Республиках Ингушетия, Дагестан, Москве, наиболее низкие – в республике Тыва, Амурской и Магаданской областях (рис. 1).

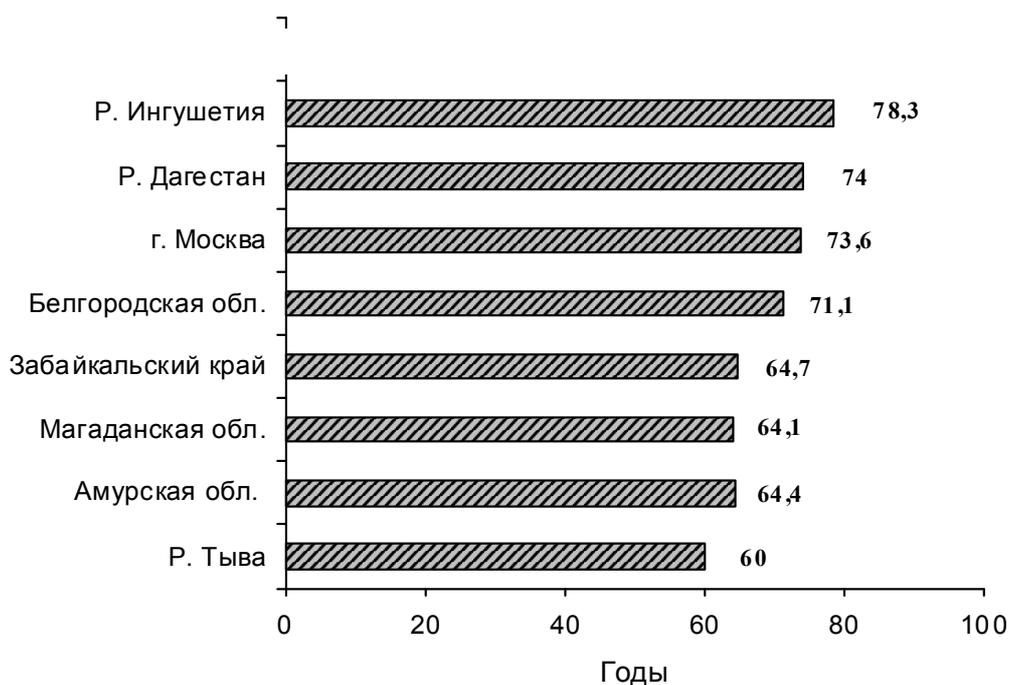


Рис. 1. Ожидаемая продолжительность жизни по регионам России в 2009 году (лет)

Дальнейшие перспективы снижения смертности связаны с возможностью сокращения потерь от двух основных причин: болезней системы кровообращения и травм и отравлений, которые, то суммарно, то порознь определяли основные позитивные сдвиги продолжительности жизни в последние несколько лет. И именно по этим причинам мы имеем наибольшее отставание от развитых стран мира (табл. 2). По мнению специалистов, смертность россиян во многом преждевременна и предотвратима.

Прежде всего «избыточное число смертей» в России по сравнению с Западом отмечается в средних возрастах от внешних причин: самоубийств, отравлений, травм, убийств и т. п. Как ни низок в России средний возраст смерти от болезней системы кровообращения (67,9 лет у мужчин и 77,9 лет у женщин), от внешних причин россияне погибают намного более молодыми: мужчины, в среднем, на 24,3 года моложе, женщины – на 27,9 года. Именно внешние причины занимают непропорционально большое место в распределении смертей по причинам смерти, особенно у мужчин. Их доля в общем числе мужских смертей почти втрое выше, чем на Западе. Это – главная неблаго-

приятная особенность российского распределения смертей по причинам смерти. В России внешние причины несут ответственность за 18,2% мужских смертей, тогда как от рака погибает 13,2% (на Западе доля смертей от внешних причин у мужчин в 4 с лишним раза ниже, чем доля смертей от рака)⁴.

Таблица 2. Смертность населения по причинам смерти (на 100 тыс. населения)

	Инфекц. и паразитар. болезни	Злокач. новообразования	Болезни системы кровообращения	Болезни органов дыхания	Болезни органов пищеварения	Внешние причины
Россия	19,8	124,7	453,2	36,5	43,3	136,9
Великобритания	5,1	142,7	181,8	34,4	25,8	25,6
Германия	7,9	141,1	211,2	18,2	27,9	29,4
Италия	5,4	133,9	174,5	20,7	20,4	28,6
Канада	7,3	138,3	140,5	24,9	16,7	33,7
Польша	5,9	180,0	324,2	15,9	30,5	53,3
США	16,0	134,4	187,8	38,6	20,6	46,8
Франция	7,4	141,6	118,1	19,3	23,6	48,4
Швеция	5,3	115,6	175,8	14,9	14,1	29,9
Япония	8,2	119,2	106,4	16,0	15,1	39,4

Источник: Стандартизованные показатели с устранением влияния возрастной структуры. Российский статистический ежегодник. 2009: Стат. сб. / Росстат. – М., 2009, с. 738

Особое место в структуре причин российской смертности занимает смертность, связанная с употреблением алкоголя. Российская статистика фиксирует и публикует смертность от 7 причин, непосредственно связанных с алкоголем. Кроме того, большая доля случаев смерти от других причин и классов смерти также зависит от употребления алкоголя. По расчетам А.В. Немцова⁵, в России связанная с алкоголем смертность превышает 0,5 млн. человек в год. Эта величина включает прямые (например, отравления алкоголем) и непрямые алкогольные потери (например, сердечно-сосудистые смерти, наступление которых ускорило злоупотребление алкоголем). 60–70% случаев смерти от несчастных случаев, отравлений и травм также провоцируются употреблением спиртных напитков.

⁴ Доклад о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации. 2008. Россия перед лицом демографических вызовов. С. 69.

⁵ А.В. Немцов. Алкогольная смертность в России и пути снижения алкогольных потерь // Демографические перспективы России и задачи демографической политики. Вып. 2. С. 66–74.

Причины российского пьянства многообразны. И прежде всего – это легкая доступность алкоголя. Помимо этого существует и уровень базовых причин. Первая из них – бедность. Люди с низкими доходами потребляют больше алкоголя, чем с высокими и средними доходами. По данным фонда «ROMIR-monitoring», среднестатистический образ российского пьяницы – это мужчина средних лет, живущий в сельской местности или небольшом городе, с минимальной заработной платой или безработный. Вторая причина – низкий уровень культуры и образования.

К этим базовым явлениям (причинам), надо добавить низкую цену человеческой жизни в России, бесцветное, а часто и бесперспективное существование большей части населения, безработицу, жизнь в малых городах, лишившихся основного производства, беспризорность, социальное сиротство и многое другое, что является питательной средой пьянства. Для того, чтобы справиться со всеми этими социальными пороками и кардинально решить алкогольные проблемы страны, нужны большие денежные затраты и постоянное внимание к этой проблеме со стороны государства и общества.

Наиболее яркой иллюстрацией зависимости уровня смертности в России от образа жизни и поведения людей служат хорошо известные последствия злоупотребления алкоголем. Может быть, наиболее убедительным свидетельством связи между потреблением алкоголя и смертностью стала динамика смертности в период антиалкогольной кампании 1985–1987 гг. За три года ожидаемая продолжительность жизни у мужчин выросла на 3,1 года и почти вернулась к максимальному уровню 1964 г., а у женщин увеличилась на 1,3 года и достигла своего исторического максимума в России. Впоследствии антиалкогольная кампания сошла на нет, и все полученные достижения были утрачены, но сам факт благотворных последствий снижения потребления алкоголя в тот период сомнений не вызывает.

Исследование, проведенное А.Е. Ивановой и В.Г. Семеновой, доказало, что причина смерти «другие болезни сердца», в значительной мере определяются алкогольными кардиомиопатиями. Среди умерших «от других болезней сердца» в возрастах старше 20 лет, алкогольные кардиомиопатии составляют от 70% до 95% в зависимости от пола и возраста⁶.

⁶ Атлас демографического развития России / Под ред. Г.В. Осипова и С.В. Рязанцева. – М., 2009. С. 121.

Еще в 2003 году были рассчитаны коэффициенты вклада алкогольной смертности в общую смертность по ряду причин и классов смерти⁷. Общие алкогольные потери в России с 1990 по 2001 годы составили около 7 млн. чел. И эти потери не уменьшаются. Если посчитать алкогольные потери на основе этих оценок, то в 2008 году они составляли более 480 тыс. человек (примерно 23% от числа всех умерших в стране). По данным полевых обследований, проведенных в ряде типичных городов России, у мужчин трудоспособных возрастов не менее 40% смертей связаны со злоупотреблением алкоголем⁸.

Следует отметить еще один фактор, способствующий аномально высокой смертности россиян – курение. Согласно исследованиям, курение убивает в России от 330 до 400 тыс. человек ежегодно. Мировой опыт борьбы с курением и алкоголизацией показывает, что в общем комплексе необходимых мер особо эффективно повышение акцизов на табачную и алкогольную продукцию, которые в России крайне низки. По расчетам экспертов⁹, повышение акцизов на табак и алкоголь в 2 раза могут дать дополнительные поступления в бюджет в размере более 200 млрд. руб. Это позволит увеличить государственные расходы на семейную политику на 0,5% ВВП и заметно улучшить положение семей с детьми. Одновременно эти меры будут способствовать укреплению здоровья нации, значительному уменьшению смертности населения.

Что касается второй главной причины смертности в трудоспособных возрастах, то очень большая часть «избыточных смертей» приходится на мужчин и женщин в относительно молодых возрастах от болезней системы кровообращения (прежде всего, ишемической болезни сердца и нарушений мозгового кровообращения). Если бы удалось добиться успеха на этих направлениях, картина российской смертности сразу преобразилась бы, хотя все текущие задачи здравоохранения продолжали бы существовать, как они существуют во всех странах. Сохранялась бы и какая-то российская специфика, но отставание России от других стран резко бы сократилось.

⁷ Немцов А.В. Алкогольный урон регионов России. М., 2003. С. 62.

⁸ Доклад о развитии человеческого потенциала в РФ. 2008. Россия перед лицом демографических вызовов. М.: ПРООН, 2008. С. 76.

⁹ Юрьев Е.Л. Сценарии демографического развития России // Демографические перспективы России и задачи демографической политики. Вып. 2. С. 120–121.

Существующие резервы снижения «избыточной смертности» в России можно оценивать по-разному. Наиболее активно разрабатываемым направлением в последние годы является идеология так называемых предотвратимых потерь здоровья. Предотвратимость понимается как возможность сокращения смертности от причин, которые эксперты относят к предотвратимым при современных возможностях здравоохранения. При этом, возможности здравоохранения понимаются не узко – с точки зрения оказания медицинской помощи, но в понимании ВОЗ – как системы охраны здоровья населения.

Опрос экспертов, проведенный в разных российских территориях¹⁰, выявил довольно близкие оценки предотвратимости потерь здоровья населения. Причем и в случае сердечно-сосудистых заболеваний, и в случае внешних причин средняя оценка предотвратимости потерь оказалась достаточно близка, составляя около 45%. Это означает, что существующие уровни смертности можно сократить практически вдвое даже при существующих возможностях российской системы здравоохранения.

Очевидно, что в случае травм и отравлений, независимо от характера внешней причины, до 70% всех усилий, по мнению экспертов, должно быть направлено на оздоровление образа жизни, а 25% – на оказание качественной медицинской помощи. Проблема адекватной диагностики составляет не более 5% в структуре всей предотвратимости. Что касается сердечно-сосудистых заболеваний, то в этом случае усилия, по мнению экспертов, должны быть распределены равномерно: треть – на вопросы первичной профилактики, треть – на вопросы своевременного выявления, и треть – на задачи повышения качества медицинской помощи. Имеющиеся результаты свидетельствуют, что при достижении предотвратимых уровней смертности от болезней системы кровообращения и внешних причин продолжительность жизни российского населения могла бы возрасти на 3,5–2,5 года соответственно для мужчин и женщин¹¹.

Вторая разрабатываемая специалистами идея – это взгляд на проблемы снижения смертности с экономических позиций. По расчетам, низкий уровень здоровья населения России приводит к существенным экономическим

¹⁰ Стратегия демографического развития России / Под ред. В.Н. Кузнецова, Л.Л. Рыбаковского. М.: ЦСП, 2005. С. 36.

¹¹ Иванова А.Е. Тенденции смертности в России и резервы сокращения ее от преодолемых причин // Демографические перспективы России и задачи демографической политики. Вып. 2. С. 34–37.

потерям. По самым скромным оценкам¹², экономический ущерб в связи с заболеваемостью, инвалидизацией и смертностью занятого в экономике населения только в 2000 г. составил 6,5% ВВП. Суммарный экономический ущерб от потерь здоровья всего населения России, рассчитанный на перспективу, много больше этой величины. Как отмечается в докладе экспертов Всемирного банка «Преждевременная смертность: проблемы и пути решения в Российской Федерации», если к 2025 г. России удастся сократить смертность от инфекционных заболеваний до уровней западноевропейских стран, можно получить экономическую выгоду, сравнимую с 5% ВВП в 2002 г. или даже с 29%, если принимать во внимание улучшение состояния здоровья и повышение уровня жизни населения¹³. По расчетам сотрудников Всероссийского НИИ охраны и экономики труда, неудовлетворительное состояние здоровья работающего населения негативно отражается на экономике страны. В Российской Федерации экономические потери в связи с повреждением (утратой) здоровья работников, обусловленным вредными и (или) опасными условиями труда, в 2006 г., по экспертным оценкам, превысили 500 млрд. руб. (1,9% ВВП)¹⁴.

Как уже говорилось, злоупотребление алкоголем способствует 30% всех случаев смерти мужского населения. Поэтому весьма своевременно было принятие Правительством РФ в декабре 2009 г. «Концепции реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года». В Концепции предполагается выполнение амбициозной задачи: снижение фактического потребления алкогольной продукции на душу населения за 2010–2020 гг. с 18 литров до 8,5 литров, то есть в 2 раза. Намечено ограничение доступности спиртных напитков по месту, времени и возрасту, а также санкции за нарушение режима продажи, вплоть до уголовной ответственности. Предполагается существенно сократить, а затем и ликвидировать нелегальный алкогольный рынок. Таким образом, конкретные меры по исправлению алкогольной ситуации в стране определены.

¹² Шмаков Д.И., Прохоров Б.Б. Оценка стоимости человеческой жизни и экономического ущерба от потерь здоровья // Проблемы прогнозирования. 2002. № 3.

¹³ Атлас демографического развития России. С. 11.

¹⁴ Человек и труд. 2007. № 11. С. 27.

Вопросы обеспечения доступности и качества медицинской помощи остаются актуальными для жителей многих субъектов Российской Федерации, особенно для жителей села. Это означает, что наряду с продолжением уже начатых направлений реализации второго этапа Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года необходимо разрабатывать новые подходы, активизировать меры, направленные на улучшение демографической ситуации, на разных уровнях управления: федеральном, региональном, муниципальном, корпоративном.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ ПОЛИТИКИ ФИНАНСИРОВАНИЯ РОССИЙСКОГО 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.

Мониторинговые оценки ВОЗ динамики средней ожидаемая продолжительность жизни при рождении позволяют выявить, что в целом высокий уровень доходов на душу населения в европейских странах коррелирует с более высокими уровнями ожидаемой продолжительности жизни при рождении. Как правило, ожидаемая продолжительность жизни при рождении растёт по мере увеличения расходов на здравоохранение на душу населения, но, однако, по мере достижения относительно высоких уровней, с убывающей интенсивностью. Анализ Рис. 1 позволяет отметить, что существенное влияние на эти тенденции, в частности снижение ОПЖ из-за преждевременной смерти населения до 65 лет, оказывают и расходы, используемые на обеспечение здравоохранения как в целом среди европейских стран, так и в анализируемых нами странах.

За период 1993-2003 гг. в европейских странах 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%).¹ Следует отметить, что эти изменения происходили на фоне снижения средних темпов прироста ВВП в 1990-2003 гг. по сравнению с перио-

¹ The World Health Report 2006: working together for health. World Health Organization. 2006.. Pp. 174-198

дом 1980-1990 гг.² Однако в последующем при наращивании темпов роста ВВП страны вновь стали увеличивать вложения в здравоохранение.

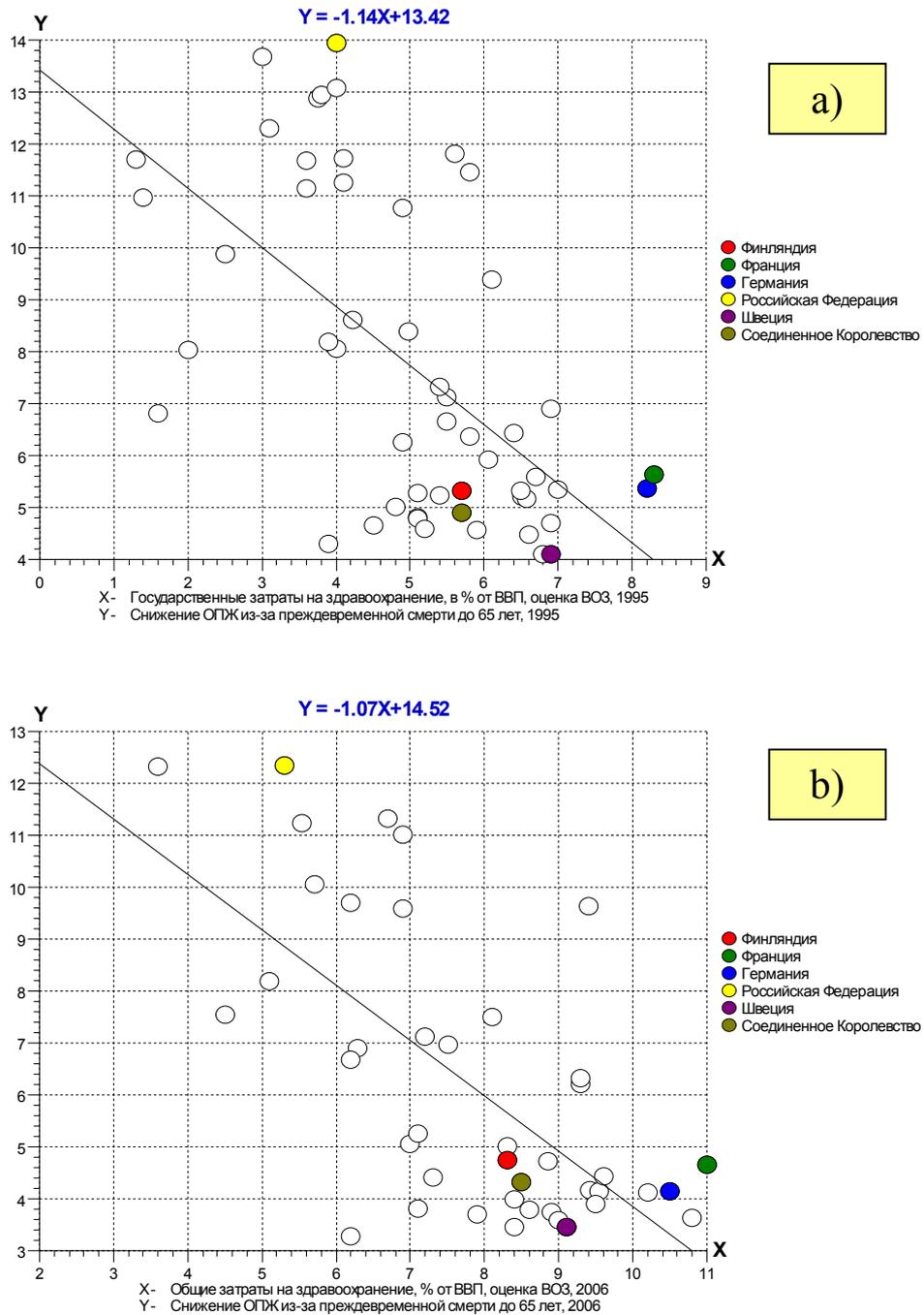


Рис. 1. Снижение ОПЖ из-за преждевременной смерти до 65 лет в 1995 г. (а) и 2006 г. (б) для населения ряда стран Европейского региона в зависимости от общих затрат на здравоохранение в процентах от ВВП соответствующих стран (по оценкам ВОЗ).

Построено по данным: *European Health for All Database. World Health Organization, Regional Office for Europe, 2010.*

² Доклад о состоянии здравоохранения в Европе. 2005. Действия общественного здравоохранения в целях улучшения здоровья детей и всего населения. С. 115-120.

В России, согласно данным ВОЗ³, уровень финансирования здравоохранения за период 1995-2008 годов сократился с 5,6% до 5,2% от ВВП. 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 процентных отчислений на здравоохранение от ВВП официальных по России и данных ВОЗ. Так, в 2000 г. они, по официальным данным по РФ, согласно статистической базе ВОЗ, составляли 2,9% против 5,4%, полученных на основе оценок ВОЗ и были в 1,9 раза выше по сравнению с официальными данными национальной статистики.

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. Фили⁴ приводит расчетные данные о том, что расходы государства и населения составили в 1997 г. 6,19% ВВП, в том числе 2,74% - расходы населения. Согласно оценкам ВОЗ в РФ в 1997 г. эти расходы соответственно составили: 7,3% и 2,3%, а результатам исследований, проведенных в этот период, - на долю теневой платной медицины приходится 7-17% российского бюджета здравоохранения. В затратах на платные медицинские услуги и лекарственные средства расходы на взятки составили 15,5%. Они послужили для 12 млн. россиян основным препятствием для получения медицинской помощи⁵.

В дальнейшем различия между официальными данными и оценками ВОЗ сокращались и дошли в 2004 г. в % от ВВП до 0,7%, в 2005 – до 0,6%, в 2006 г – до 0,5%, в 2007 – до 0,4%.

Следует отметить, что в процессе экономического роста в РФ в 2000-2004 гг. снижение ожидаемой продолжительности жизни при рождении из-за преждевременной смерти в возрастах до 65 лет по сравнению с 1997-1999 гг.

³ Источниками являются данные представленные странами, а так же оценки международных организаций, таких как Международный валютный фонд, Мировой банк, ООН и ОЭСР. Поэтому эти оценки могут несколько отличаться от официальных национальных статистических данных, представленных странами.

⁴ Ф. Фили. Краткое изложение результатов социологического исследования расходов населения на медицинскую помощь и лекарственные средства. Институт политики в здравоохранении Бостонского университета. 1998 (США).

⁵ Э. Трагакес и С. Лессоф. Системы здравоохранения: время перемен. Россия 2003. Европейское региональное бюро ВОЗ. 2003.

несколько увеличилось. В 2004 г. оно составляло 13,28 лет, что по сравнению с данными по Финляндии и Франции было выше в 5 раз, Германии и Соединённому Королевству – в 3 раза (Рис. 2).

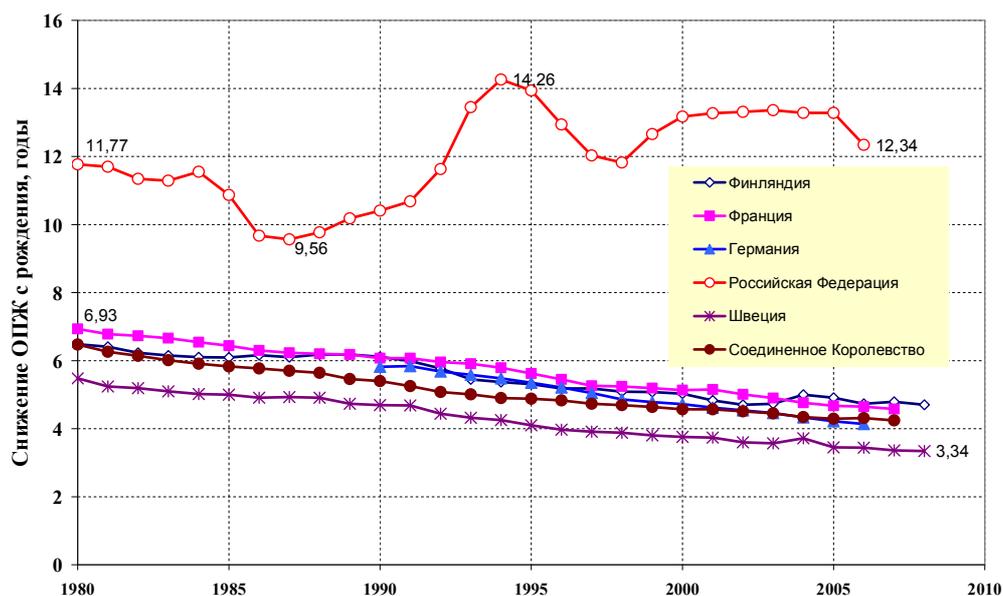


Рис. 2. Снижение ОПЖ из-за преждевременной смерти до 65 лет для населения некоторых стран Европейского региона ВОЗ

Построено по данным: *European Health for All Database. World Health Organization, Regional Office for Europe, 2010.*

За период 2000-2008 гг. общие затраты на здравоохранение в ППС\$ на душу населения в РФ увеличились с 412 до 866, т. е. в 2,2 раза, но общие затраты на здравоохранение в % от ВВП сократились с 5,4% до 5,2%. В то же время в Финляндии, Швеции, Соединённом Королевстве эти затраты в 2008 г., по сравнению с российскими, были выше в 1,6-1,7 раз, в Германии и Франции – в 2 раза. По сравнению с Россией в 2008 г. Финляндия по уровню общих затрат на здравоохранение в ППС\$ на душу населения превосходила российский уровень в 3,4 раза, Франция – в 4,4, Швеция и Соединённое Королевство – в 3,9 и 3,7 раза, соответственно.

Следует отметить, что для развитых стран при достижении высокого уровня финансирования здравоохранения характерно постоянное постепенное увеличение общих затрат на здравоохранение в % от ВВП. При уровне финансирования здравоохранения в отмеченных выше странах в 2008 г. в пределах от 8,4% до 11,8% от ВВП прирост общих затрат на здравоохранение в течение 1995-2008 годов различался в пределах от 0,3% до 2,2% от ВВП.

Однако для всех отмеченных выше стран характерно стремление к поиску путей сдерживания расходов на здравоохранение.

Но этот процесс чрезвычайно сложен. Так, опыт Нидерландов показал⁶, 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 похожими 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.

В действительности же реальные расходы на душу населения в этих странах сохранили тенденции к росту вплоть до 2007 г. в связи с ростом национальных уровней ВВП.

В 2000-2007 гг. в РФ общие расходы на здравоохранение в процентах от валового внутреннего продукта оставались неизменными, составляя 5,4%. За это время, однако, среди группы стран с высшим средним уровнем дохода, куда входит и Россия, они выросли с 6,2% до 6,4%. Эти данные отражают наличие в эти годы реальных неиспользованных предпосылок фактического увеличения общих затрат на российское здравоохранение на 1,2% от ВВП. Положительным моментом является увеличение на 11,3% за эти годы в структуре общих расходов на здравоохранение доли государственного финансирования, составившей 64,2%. В то же время по группе стран, отмеченных выше, имеет место увеличение этой доли на 3,2% при её уровне 55,2%.

⁶ Health and Health Care in the Netherlands. A.J.P. Schrijvers (ed.). Elsevier/De Tijdstroom. 1998. P. 223-236

В последние годы одним из важнейших условий успешного реформирования здравоохранения европейских стран стало усиление приоритетного значения вопросов здравоохранения при распределении общественных ресурсов в целях обеспечения устойчивости их деятельности. Несмотря на проблемы социально-экономического развития европейского региона, большинство правительств европейских стран повысило уровень своих обязательств в отношении финансирования здравоохранения, повысив тем самым приоритетность значимости здравоохранения в рамках общих государственных расходов (Рис. 3).

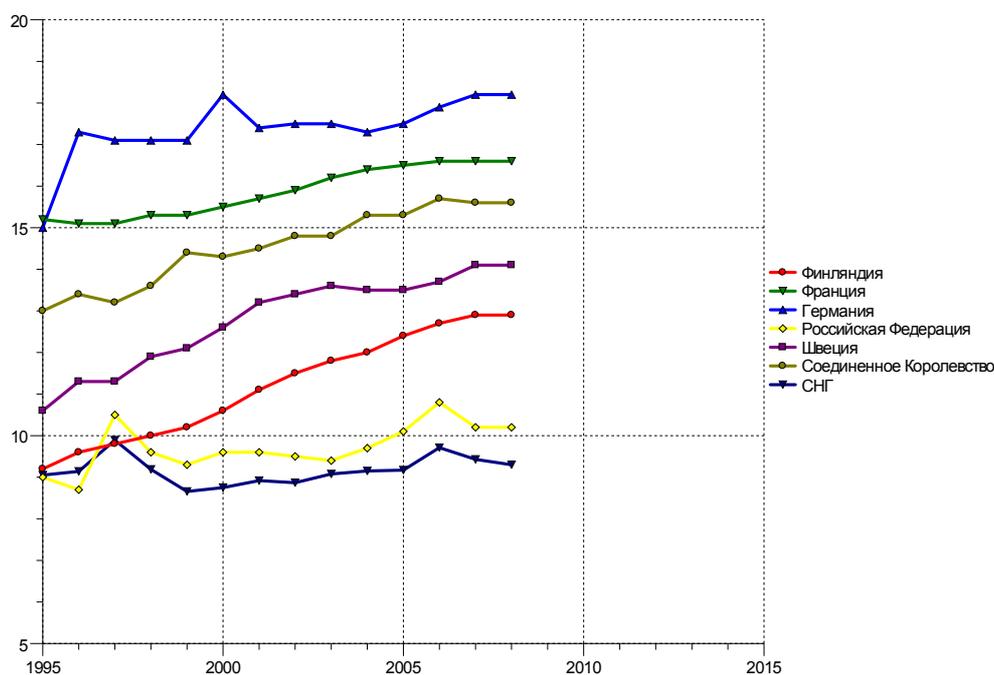


Рис. 3. Государственные затраты на здравоохранение, в % от общих государственных расходов, оценка ВОЗ

Источник: *European Health for All Database. WHO, 2010.*

Поэтому в структуре правительственных бюджетов общие расходы на здравоохранение большинства анализируемых нами стран составляли в 2008 г. от 12,9% до 15,6%, в США в 2007 г. – 19,5% в то время как в России эти расходы не превышали 10,2% бюджетных средств (в 2006 г. - 10,8%). Такие различия характеризуют приоритетность решения здравоохраненческих проблем населения в общей стратегии деятельности правительств стран.

В США средства, выделяемые на здравоохранение, постоянно наращиваются, увеличившись с 13,4% в 2000 г. до уровня 15,7% от ВВП, в 2007 г., составляя 7285 ППС\$ 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.

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 результаты⁷.

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.

В качестве позитивного момента можно отметить, что на фоне роста государственного финансирования в России в 2000-2007 отмечается снижение частных расходов на здравоохранение, в процентах от общих расходов на здравоохранение они снизились с 40,1% до 35,8%..

⁷ Борьба миров: государственные и частные системы здравоохранения. Washington Profile. <http://www.washprofile.org/?q=ru/node/5459> (по состоянию на 19.08.2007)

Но имеет место дальнейшее развитие отрицательной тенденции в Российской Федерации: увеличение доли частных расходов на здравоохранение, оплачиваемых наличными с 74,7% в 2000 г. до 82,1% в 2008 г. в общих частных расходах на здравоохранение, а в США - уменьшение с 25,5% до 22,6%. В то же время, в целом по группе стран с высшим средним уровнем дохода на душу населения они сократились с 77,7% до 69,0% (Рис. 4).

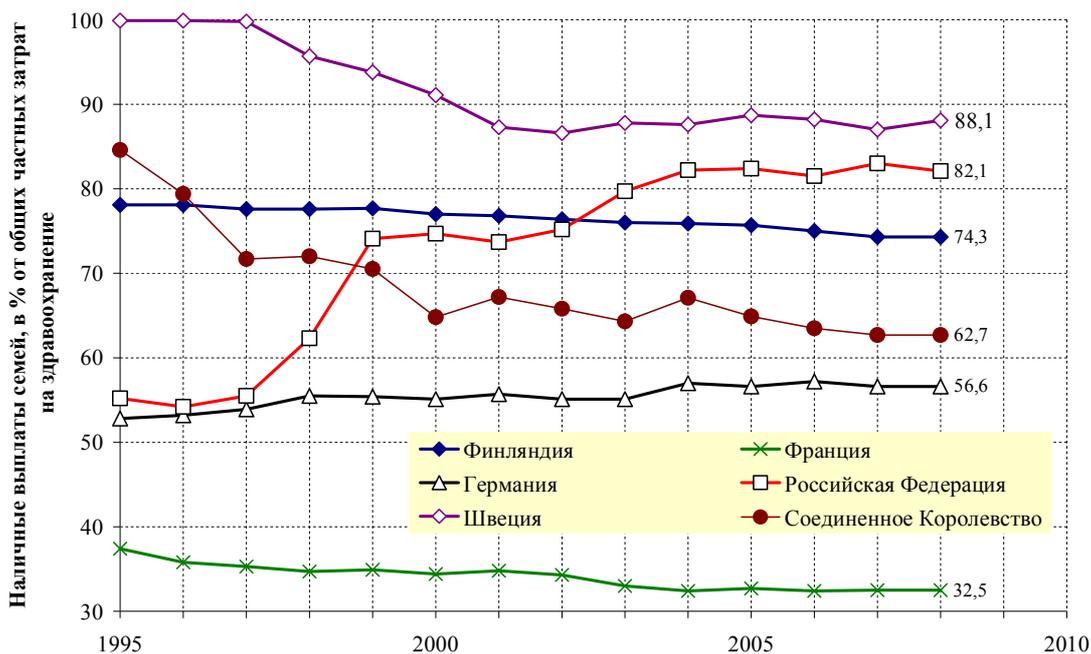


Рис. 4. Характеристика наличных выплат семьям на здравоохранение в процентах от общих частных затрат на здравоохранение для населения ряда Европейских стран за период с 1995 по 2008 годы.

Построено по данным: European Health for All Database. WHO, 2010.

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 соци-

ально-политических условиях явно несостоятелен, о чём свидетельствует сохраняющаяся высокая интенсивность вымирания российского населения.

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.

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 (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 год⁸.

Но частные программы добровольного медицинского страхования в структуре общих частных расходов в США на здравоохранение составляют:

⁸ «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.

в 2007 г. - 63,5%, а в Российской Федерации - 9,6% (в 2004 г. - 2,9%). В Великобритании доля этих расходов за 2000-2007 гг. сократилась с 15,6% до 6,9% в Германии – с 40,8% до 40,1%, в Японии увеличилась с 1,7% до 13,7%.

Существенным стимулом к развитию системы добровольного медицинского страхования в России, с нашей точки зрения, может стать система перевода представителей органов законодательной и исполнительной ветвей власти на практику заключения договоров добровольного медицинского страхования вместо широко используемой ведомственной медицины.

В Российской Федерации в общем объёме финансовых средств, расходовемых на здравоохранение, значимость доли наличных выплат семей чрезвычайно велика и составляет в 2008 г. 28,3%, в то время как во Франции – 6,8%, в Соединённом Королевстве – 10,8%, в Финляндии – 18,8% (Рис. 5).

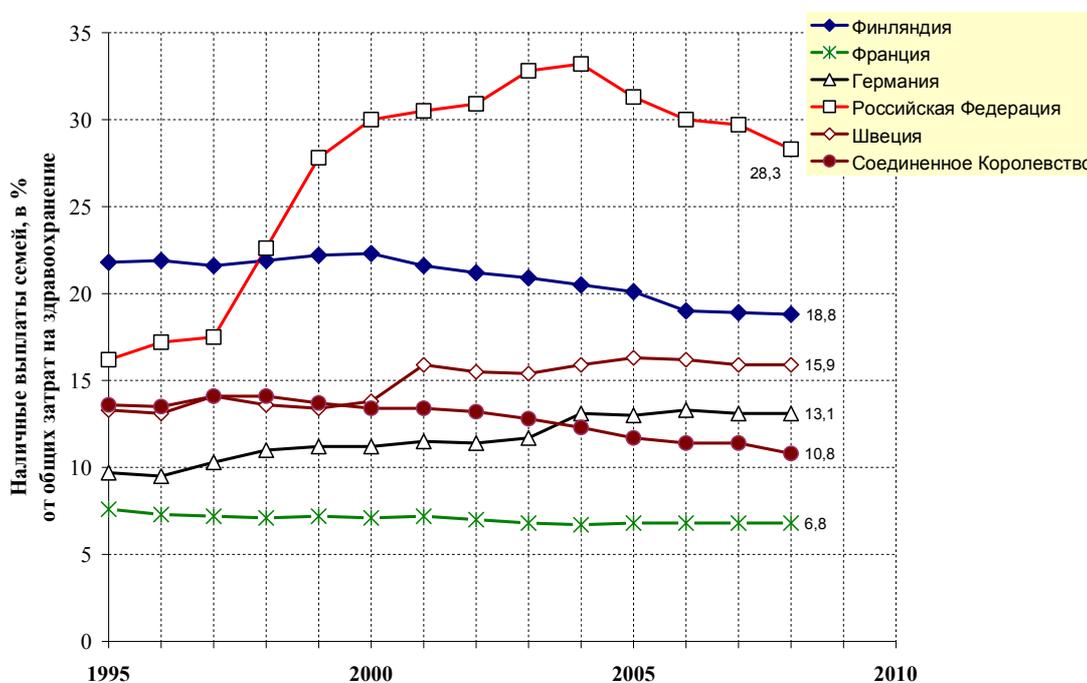


Рис. 5. Характеристика наличных выплат семей на здравоохранение в процентах от общих затрат на здравоохранение для населения ряда Европейских стран за период с 1995 по 2008 годы.

Построено по данным: *European Health for All Database. World Health Organization, Regional Office for Europe, 2010.*

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 (Рис. 6). Но именно это соотношение предопределяет возможности достижения справедливости в отношении как финансирования, так и доступности служб здравоохранения⁹.

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.

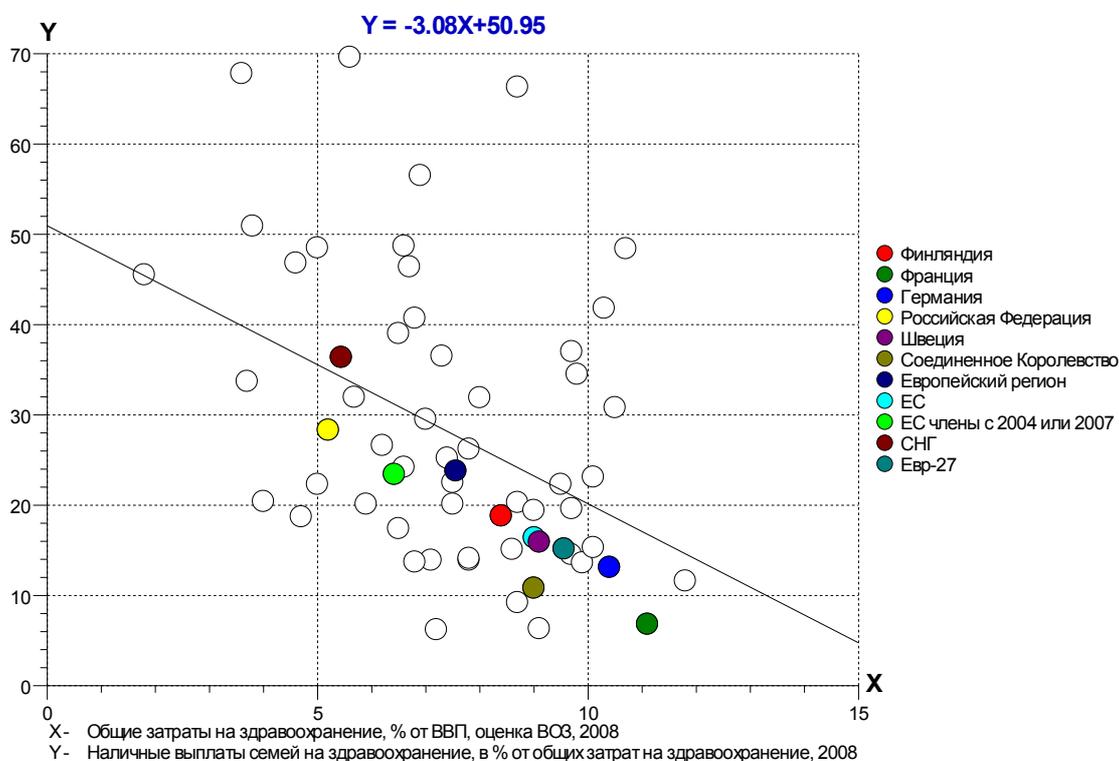


Рис. 6. Соотношение уровня государственных расходов на здравоохранение и доли оплаты наличными в общих расходах на здравоохранение в Европейском регионе ВОЗ, 2008.

Источник: *European Health for All Database. WHO, 2010.*

Поэтому в России в современный период социально-экономического развития так важно найти оптимальный подход, чтобы государственные расходы на здравоохранение были приведены в соответствие с государственными

⁹ 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.

ми доходами. Необходимо иметь в виду, что увеличение государственных расходов на здравоохранение должно быть обязательно подкреплено возможностями системы здравоохранения обеспечивать более эффективное достижение целей за счёт роста ВВП в стране.

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

При разработке индекса справедливости финансового взноса в систему здравоохранения ВОЗ (2000) 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 взноса 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.

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

Установленное избыточное число смертей в возрасте до 70 лет в России по сравнению со странами Запада на 100000 умерших в 2009 г. было равно 40045 – для мужчин и 16499 – для женщин¹⁰.

Для того чтобы выяснить, каким образом эффективность расходов на здравоохранение, обуславливающих снижение смертности, связана с качеством государственного управления (т.е., целенаправленное их использование) зарубежными исследователями 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%.

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.

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.), по оценке Всемирного банка (2008) реально достижение уровня государственных расходов на здравоохранение в 2016-2020 гг. 6% от ВВП. Для обеспечения реализации этого прогноза (табл. 1) важно постепенное, но постоянное наращивание вложений в российское здравоохранение. Тем не менее, этот уровень будет

¹⁰ Доклад о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации за 2008. Россия перед лицом демографических вызовов. Под общ. Ред. А.Г. Вишневого и С.Н. Бобылёва. - М., «Сити -Принт» 2009.

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.

Таблица 1. Прогнозируемый уровень государственных расходов на здравоохранение в Российской Федерации в 2008-2020 гг. (% ВВП, среднегодовой показатель)

2006-2007	2008-2010	2011-2015	2016-2020
3,5	4,5	5,5	6,0

Источник: Реформирование системы здравоохранения Российской Федерации в целях улучшения состояния здоровья населения: основные задачи на 2008 год и последующий период. ВБ, 2008. Департамент социальных программ. С. 13

ВОЗ в рамках межстранового мониторинга успешности развития здравоохранения в мире 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.

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 ресур-

сов¹¹. 130-е место в таблице о рангах означает, что в недрах сформировавшейся российской системы здравоохранения имеется огромный "нерастраченный" здравоохранительный потенциал.

При этом в целях повышения эффективности российского здравоохранения необходимо обратить внимание на используемые в европейских странах подходы к формированию стратегических решений по укреплению здоровья населения.

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 банка¹² 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 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.

¹¹ 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.

¹² Укрепление систем здравоохранения. Информационная записка. ВБ., Москва-Вашингтон, Ноябрь, 2005.

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)¹³ подчёркивается важность снижения предотвратимой смертности от неинфекционных заболеваний. В комментариях к трём мониторинговым показателям снижения смертности от ишемической болезни сердца и от цереброваскулярных 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)¹⁴ 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 необходимо рассматривать 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.

¹³ Приложение к Докладу о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации 2005. Россия в 2015 году: цели и приоритеты развития. с. 17.

¹⁴ 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.

СОЦИАЛЬНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ КАПИТАЛИЗАЦИИ ТРУДА ДЛЯ ЗАНЯТОГО НАСЕЛЕНИЯ

Рыночная экономика усилила негативное влияние производственной среды на здоровье работающих, обусловленное капитализацией¹ труда, 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, в условиях которой резко снизилась территориальная и экономическая доступность медицинской помощи.

«Капитал не спрашивает о продолжительности жизни рабочей силы. Интересует его единственно тот максимум рабочей силы, который можно привести в движение в течение рабочего дня. Он достигает этой цели сокращением жизни рабочей силы...» (Маркс К., Энгельс Ф. Соч., т.23, с. 275). «Капитал потребляет рабочую силу так быстро, что рабочий уже в среднем возрасте оказывается более или менее одряхлевшим». (Маркс К., Энгельс Ф. Соч., т.23, с. 656). «Капиталистическое производство... является расточителем людей, живого труда, расточителем не только тела и крови, но нервов и мозга». (Маркс К., Энгельс Ф. Соч., т.25, ч.1, с. 100-101). Надо учитывать, что сегодня не ко всем капстранам современного мира цитаты классиков применимы полностью. Они относятся, прежде всего, к нашей действительности, которая исторически совпала с начальной стадией реставрации отечественного капитализма.

В начале были надежды, что российский капитализм, пройдя через криминал, станет обретать цивилизованные формы. Такие, например, как в тех странах, где экономический рост сочетается с развитием производства, инвестициями и выравниванием социальных уровней. Были надежды, что завладев нефтью, газом, лесом, минеральными ресурсами, черным и цветным металлами, отечественные капиталисты будут развивать современные технологии добычи и переработки сырья, разведывать и осваивать новые месторождения, обеспечивать экологическую и производственную безопасность.

¹ Капитализация – превращение прибавочной стоимости в капитал.

Но вот текст выступления генерального прокурора Юрия Чайки на совместном заседании коллегий прокуратуры и Министерства природных ресурсов: «Предприятиями нефтегазодобывающего комплекса допускается превышение установленных объемов добычи полезных ископаемых, не выполняются требования закона о рекультивации земель. Теряются большие запасы попутно залегающих природных ресурсов, разработка ведется способами, нарушающими правила сохранности недр. Зачастую добыча и транспортировка углеводородного сырья сопровождаются незаконной вырубкой лесов, захоронением отходов бурения. Из-за неудовлетворительного состояния и некачественного обслуживания трубопроводов, ненадлежащего контроля за ними ежегодно происходят тысячи аварий, приводящих к гибели людей, производственному травматизму, загрязнению огромных по площади территорий и водных акваторий.

Создается такое впечатление, что в погоне за сверхприбылью руководители предприятий забывают, что они осуществляют свою деятельность на территории нашей Родины, а не на какой-то чужой планете. Что любое негативное воздействие на окружающую среду может повлечь за собой непредсказуемые экологические изменения, которые негативно отразятся на жизни и здоровье населения, на последующих поколениях». Как говорится, «без комментариев».

Были надежды, что государство обуздает олигархический капитализм, прекроет утечку миллиардных капиталов и их распыление в оффшорах. Но государство отменило конфискацию как вид наказания, тем самым сделав невозможным возвращение в страну вывезенных миллиардов и привлечение их на инвестирование приоритетных национальных проектов, анфилада которых по своему жанру является базовой социальной программой.

Как показывает опыт стран с развитой рыночной экономикой, именно социальная составляющая стала для них локомотивом развития в последние десятилетия, превратилась из фактора «собеса» в катализатор экономического роста, позволяющий обеспечивать реализацию современной концепции охраны труда, а именно, новый превентивный подход к управлению профессиональными рисками², важнейшими принципами которого являются: ин-

² Профессиональные риски – травматизм и заболеваемость работающих вследствие воздействия на организм опасных и вредных факторов производственной среды и трудового процесса.

формирование работников о соответствующих рисках, устранение вредных или опасных факторов производственной среды, снижение их уровня, внедрение безопасных технологий, использование средств индивидуальной и коллективной защиты, медицинская профилактика, страхование работающих. Объективные основы для этого в развитых странах сложились во второй половине XX века.

Идея необходимости поддержания безопасности производства и охраны здоровья работников была сформулирована еще в 1966 г. в ст. 7 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах. Пакт впервые дал расшифровку права каждого человека на благоприятные условия труда, которое было заложено в ч. 1 ст. 23 Всеобщей декларации прав человека (1948 г.), в числе которых было названо право работников на "труд в условиях, отвечающих требованиям безопасности и здоровья" ("safe and healthy working conditions"). Следовательно, уже в документе МОТ присутствовало слово "здоровье". Однако специалисты ряда стран долгое время использовали эту формулировку в несколько измененном виде, переводя ее как "профессиональная безопасность и гигиена труда". Таким образом, в юридической традиции многих стран (и Россия не стала здесь исключением) понятие "гигиены" без видимых оснований фактически подменило собой термин "здоровье", ввиду чего последний на долгие годы вообще выпадал из терминологического ряда, связанного с охраной труда. Сохранить оригинальное звучание термина удалось в основном англоязычным странам, и по сей день именуящим привычную нам "безопасность и гигиену труда" именно "профессиональной безопасностью и здоровьем" ("occupational safety and health").

Именно этот лингвистический аспект определяет, что же следует гарантировать работникам вместе с безопасностью - только ли гигиену или в целом здоровье? Если ответ ограничивается безопасностью и гигиеной труда, то обязательства перед работниками исчерпываются необходимостью обеспечить им эти параметры лишь в рамках производственного (трудового) процесса, причем отправной точкой становятся сами условия труда. В том случае, когда они безопасны и гигиеничны в целом, согласно неким стандартам обязанности по обеспечению охраны труда на производстве можно считать выполненными. Именно так до последнего времени выглядела общая идея охраны труда. Однако если иметь в виду здоровье (или "профессиональное

здоровье") работников, то появляется обязанность более комплексной ответственности. В этом случае возникает вопрос, в каком состоянии здоровья работник находился до вступления в трудовые отношения, не ухудшилось ли это состояние в процессе трудовой деятельности и не ухудшится ли оно впоследствии, в том числе по завершении им профессиональной карьеры, вплоть до конца его жизни, т.е. отправной точкой здесь служит сам работник - конкретный человек, с его вполне конкретными физическими, физиологическими, психологическими и ментальными особенностями.

Следует отметить, что сегодня отражение современной концепции охраны труда прослеживается в соответствующей терминологии практически повсеместно. Многие страны уже учли новые веяния и поспешили перейти на исходную терминологию, восстановив ключевое положение понятия "здоровье" в терминологическом ряду охраны труда. Таким образом, одна уточненная формулировка послужила базой для полного обновления концепции охраны труда в мире.

В Конституции РФ (ст.7) заявлено, что Российская Федерация – социальное государство, политика которого направлена на обеспечение достойной жизни и развития человека, а в статьях 20, 37, 41, 42 прописаны права граждан на: жизнь, охрану здоровья и медицинскую помощь, благоприятную окружающую среду, на труд в безопасных условиях. Последнее положение было закреплено в Трудовом кодексе РФ в ст. 219 «Право работника на труд, отвечающий требованиям безопасности и гигиены».

С вступлением в действие Федерального закона от 30.06.2006 №90-ФЗ «О внесении изменений в Трудовой кодекс Российской Федерации» эта статья (219) теперь называется «Право работников на труд в условиях, отвечающих требованиям охраны труда», а статья 220 устанавливает гарантию такого права. В данной статье заложена норма, провозглашающая обеспечение приоритета сохранения жизни и здоровья работников. Из этой нормы следует, что никакие материальные или иные выгоды работодателя не могут быть поставлены выше жизни и здоровья работника.

Трудовой кодекс РФ устанавливает обязанность работодателя обеспечивать информирование работников об условиях и охране труда, о риске повреждения здоровья и полагающихся им компенсациях и средствах индиви-

дуальной защиты (ст.202 ТК РФ). В свою очередь, работник, согласно Кодексу, имеет право на получение достоверной информации от работодателя, соответствующих государственных органов и общественных организаций об условиях и охране труда на рабочем месте, о существующем риске повреждения здоровья, а также о мерах по защите от воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов (ст. 219 ТК РФ). Это обуславливает переход категории профессионального риска из сферы научной теории непосредственно в сферу потребления, а информация о риске повреждения здоровья в процессе труда становится поднадзорным правом потребителя, то есть работника.

Однако, несмотря на наличие Трудового кодекса и других нормативных документов не удается снизить производственный травматизм и профессиональную заболеваемость. Это обусловлено не столько действиями самого работника, сколько бездействием работодателя и ослаблением государственного надзора за исполнение трудового законодательства. Организаторы производства не заинтересованы в капитальных вложениях в основные фонды, так как это приводит к росту себестоимости продукции. Разрушение отраслевой системы управления охраной труда привело к фактическому сокращению на многих предприятиях соответствующих служб, в результате чего существенно ослаблен контроль за технической безопасностью. Ликвидация в 2005 г. федерального Министерства труда усугубила положение дел в этой важнейшей сфере жизнедеятельности человека.

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. Сложившаяся ситуация носит характер системного долговременного кризиса.

Анализ условий труда и показателей здоровья работающего населения России в течение 1990-х – 2000-х годов свидетельствует об их разнонаправленных тенденциях. Что касается условий труда, то старение и износ основ-

ных производственных фондов, сокращение работ по реконструкции и техническому перевооружению, сопровождающиеся снижением ответственности работодателей и руководителей производств за состояние условий и охраны труда и т. д., привели к тому, что в 2008 г., по данным Роспотребнадзора, условия труда на 77% предприятий в России были отнесены к опасным и неблагоприятным. В отдельных регионах России остается чрезвычайно высоким удельный вес предприятий, крайне неблагополучных по критерию опасности для здоровья: в Кемеровской области – 56,6%, Чукотском автономном округе – 53,4%, Костромской области – 50,2%. Кроме того, растет доля работников, занятых тяжелым физическим трудом. По официальным данным в целом по стране за период с 2003 по 2008 гг. она выросла почти в 2 раза. Сохраняется тенденция роста занятости женщин на вредных и тяжелых работах.

За период с 1990 по 2008 гг. на фоне роста доли занятых во вредных и опасных условиях труда в стране на 47%, уровень производственного травматизма снизился на 62%. В 2000-е годы процесс снижения регистрируемого уровня травматизма на производстве ускорился. По данным Росстата только за 5 лет с 2003 по 2008 гг. число зарегистрированных производственных травм снизилось почти вдвое со 106,7 тыс. до 58,4 тыс. случаев.

На самом деле в настоящее время в России нет объективных условий для снижения уровня производственного травматизма. Происходит массовое сокрытие несчастных случаев на производстве, которое следует приравнять к «сокрытию должностными лицами фактов и обстоятельств, создающих угрозу для жизни и здоровья людей, что влечет за собой ответственность в соответствии с федеральным законом», как это прописано в статье 41 Конституции Российской Федерации. Только за 2008 г. Государственной инспекцией труда в Москве было выявлено 413 сокрытых случаев производственного травматизма, из них – 139 со смертельным исходом, в Кировской области 104 случая травматизма, со смертельным исходом – 9, в Пензенской области соответственно 43 и 6 случаев и т.д.³

Неудовлетворительная регистрация травматизма обусловлена многими факторами, среди которых важное место принадлежит экономической со-

³ Материалы VIII Всероссийского конгресса «Профессия и здоровье». М., 2009, стр.198.

ставляющей и состоянию законодательной базы в стране. Низкие штрафные санкции и отсутствие эффективных мер по предотвращению нелегитимных действий работодателей в части сокрытия от регистрации и учета несчастных случаев на производстве способствуют эскалации этого процесса в условиях разрушенной системы медико-профилактического обеспечения работающих.

В условиях рыночной экономики произошла практически полная ликвидация принадлежавших промышленным предприятиям медсанчастей, врачебных и фельдшерских здравпунктов, санаториев-профилакториев, спортивно-оздоровительных комплексов, центров здоровья, учреждений общественного и диетического питания. Это, безусловно, сказалось на качестве медицинской помощи работающему населению, в том числе на профилактике. Отсутствие вертикали взаимодействия и преемственности среди разнообразных структур, осуществляющих медицинское обеспечение, работающих на различных этапах, начиная с первичного медико-санитарного звена до центров профпатологии, ведет к низкой выявляемости профзаболеваний, особенно на ранних стадиях.

Низкое качество проведения медицинских осмотров обусловлено слабой обеспеченностью ЛПУ врачебными кадрами, и в первую очередь профпатологами; недостаточной оснащенностью медицинских учреждений, где проводятся медицинские осмотры, диагностическим оборудованием; несовершенством системы лицензирования на оказание медицинских услуг и аудита медицинских учреждений как элемента системы управления качеством; отсутствием специальной подготовки медицинских кадров по профпатологии. Все это подтверждают и результаты проведенных в соответствии с приоритетным национальным проектом «Здоровье» дополнительных медицинских осмотров работающих во вредных и/или опасных условиях труда. При обследовании 3,6 млн. человек не было выявлено ни одного случая профессионального заболевания.⁴

Вместе с тем, национальный проект «Здоровье» призван исправить сложившуюся в российском здравоохранении ситуацию. Он нацелен на развитие первичной медико-санитарной помощи, усиление профилактического направления здравоохранения (проведение дополнительных осмотров и до-

⁴ Н. Измеров. Глобальный план действий по охране здоровья работающих на 2008-1017 гг. //Здравоохранение, №10, 2008.

полнительной диспансеризации работающих, формирование у населения культуры здоровья и повышение мотивации к его сохранению, обучение и повышение квалификации медработников, разработку программ по реабилитации и профилактике заболеваний и т.д.), на обеспечение населения высоко-технологичной медицинской помощью.

Особое значение эти меры приобретают в связи со снижением количества граждан трудоспособного возраста и их доли в общей численности населения страны, а также ростом среднего возраста работников. По прогнозным оценкам Росстата к 2026 г. численность населения трудоспособных возрастов сократится на 12-17 миллионов, а его доля в общей численности – с 62,9% в 2009 г. до 53-56% в 2026 г. Это приведет к росту демографической нагрузки на 1000 трудоспособных граждан с 582 человек нетрудоспособного возраста (дети и лица пенсионного возраста) в 2008 г. до 776 – 878 человек в 2026 г. При этом свыше 60% нагрузки составят лица старше 60 лет, что чревато демографической перегрузкой на трудоспособное население.⁵ Такого феномена нет нигде в мире, а надежды на рост рождаемости не вселяют оптимизма.

В постсоветский период на три смерти в России приходится только два рождения. Таковы данные исследования, опубликованного профессором Американского института предпринимательства Николасом Эберштадтом в книге «Демографический кризис России в мирное время». Это не просто обширный демографический кризис, это далеко идущий всепроникающий кризис человеческих ресурсов, поясняет автор.

По мнению исследователя, несмотря на все признаки надвигающейся катастрофы, политическая элита России еще не осознала масштаба происходящих изменений. Американские ученые уверены, что в ближайшие двадцать лет проблема быстрого сокращения трудоспособного населения скажется на всех сферах жизни российского общества. Из-за резкого демографического кризиса, России придется пересмотреть свое место на мировой арене, а возможно, даже свое политическое устройство и географические границы.⁶

⁵ Справка к докладу «Проблемы здоровья населения трудоспособного возраста в Российской Федерации». М., РАМН, 2009.

⁶ www.bbc.co.uk/russian/international/2010/08/100806

Проблемой современной России является интенсификация труда, одним из выражений которой служит рост избыточной занятости. Избыточная занятость (рабочая неделя превышает 50 часов) наиболее характерна для лиц, которые имеют две и более работы. Их численность составляет около трех млн. человек. Кроме того, велика доля работников с избыточной занятостью в строительстве – 18%, на транспорте – 19%, в добыче полезных ископаемых – 33%. Несомненно, что группа населения с интенсивной занятостью и более высокими доходами платит слишком высокую цену за свои «успехи в уровне жизни», расплачиваясь личным здоровьем и преждевременной смертностью.

Говоря о смертности, мы оцениваем ситуацию (согласно нашей статистики) во всем населении трудоспособного возраста, включая занятых и не работающих. Между тем, рост смертности наибольший именно среди неработающих, т.е. в современной российской действительности даже избыточная занятость, по-видимому, менее вредна для здоровья и продолжительности жизни, чем отсутствие таковой.

Грядущий прием России во Всемирную торговую организацию чреват негативными последствиями нового всплеска роста безработицы. По результатам исследований ГУ– Высшей школы экономики⁷ почти четверть России (22 региона) подвергнется сильнейшему депрессивному воздействию при вступлении в ВТО. Это та территория, где экономика недостаточно диверсифицирована и где сконцентрированы производства, относящиеся к наиболее уязвимым отраслям, которые не выдержат конкуренции под натиском зарубежных производителей.

По мере развития второй волны глобального финансово-экономического кризиса ситуация на региональном уровне будет только накаляться. Причем, по экспертным оценкам, наиболее уязвимыми окажутся так называемые моногорода, где остановка градообразующих предприятий может сопровождаться массовой безработицей. Таких моноградов в России насчитывается до 460. В результате нас ожидают массовое закрытие предприятий, существенный рост безработицы и все то, что с этим связано: со-

⁷ Доклад «Анализ и оценка возможных экономических последствий присоединения Российской Федерации к ВТО для наиболее чувствительных отраслей и секторов российской экономики с учетом соответствующих региональных аспектов». М., ГУ-ВШЭ, 2007.

кращение или полная ликвидация социальных программ, обнищание и повышение смертности населения, что послужит катализатором депопуляционного процесса в Российской Федерации.

Если по данным официальной статистики безработица в России на начало (февраль) 2010 г. составила 2,3 млн. человек, а рассчитанная по методике МОТ – 6 млн. человек (кто не стоит на учете, но не имеет стабильного заработка) или 9,3% экономически активного населения страны, то депрессия производства выжмет в эту армию еще десятки, если не сотни тысяч людей. Можно легко представить себе, что значит в провинции оказаться без работы. Уже сейчас безработица наиболее распространена среди молодежи – в возрастной группе 20 – 24 года она достигает 12,3%, а в возрасте до 20 лет – 29,2%, что ведет к утрате эффективной трудовой мотивации, развитию социального стресса, распространению алкоголизации и наркомании, росту и омоложению смертности в стране. Кроме того, по данным статистики рост безработицы на один процент увеличивает преступность на пять процентов.*

Другая проблема современной России – здоровье и уровень смертности работающего населения. Ежегодно в нашей стране умирает свыше 700 тысяч человек в трудоспособном возрасте. Из общего числа впервые признанных инвалидами более 20% утрачивают трудоспособность в возрасте 45–50 лет. Не последнюю роль в том, что работники выбывают из трудового строя, играют производственный травматизм и профзаболевания, отсутствие ответственности работодателя за создание безопасных условий для труда и здоровья. Последнее вызывает особую тревогу. В России более чем каждый пятый работник трудится в условиях, не отвечающих санитарно-гигиеническим требованиям.

Анализ структурных выплат лицам, пользующимся правом на отдельные виды компенсаций за работу во вредных или опасных условиях труда,

* В докладе МОТ, озаглавленном «Глобальные тенденции молодежной занятости в 2010 году» (ILO Global Employment Trends for Youth 2010), отмечается, что в конце 2009 г. из примерно 620 млн. экономически активных молодых людей от 15 до 24 лет 81 млн. человек не имели работы. Это самый высокий показатель молодежной безработицы за все время проведения оценок. С 2007 г. по 2009 г. безработица среди молодых выросла с 11,9% до 13%. Данная тенденция «будет иметь серьезные последствия для молодежи, ведь новые группы молодых людей, которые в будущем выйдут на рынок труда, присоединятся к уже безработным». Авторы доклада предупреждают: «кризис оставил наследство в виде «потерянного поколения» - молодых людей, выброшенных с рынка труда и потерявших надежду заработать средства на достойную жизнь», которая во многом определяется состоянием здоровья и трудовым долголетием человека.

свидетельствует о том, что наибольший удельный вес составляют работники, получающие дополнительные дни к основному отпуску, относительная численность которых неуклонно возросла за последние годы и достигла свыше 30%.

Увеличение относительной численности граждан, которым устанавливается хотя бы один вид компенсации за вредные или опасные для здоровья производственные условия, является следствием сложившейся тенденции замены на предприятиях системной работы по улучшению условий и охраны труда предоставлением тех или иных компенсаций, чаще всего – дополнительных дней к отпуску. По мнению специалистов Международной организации труда, сложившийся в России механизм компенсаций является одним из серьезнейших препятствий к улучшению ситуации с безопасностью производства и жизнедеятельности. То, что работники не всегда хотят улучшения условий труда, которое привело бы к потере льгот, отмечают и многие работодатели, и авторы научных исследований.⁸

Сегодня в странах с развитой экономикой основные попытки смягчить негативное влияние окружающей производственной среды на здоровье работающих идут главным образом в направлении развития принципа социальной ответственности бизнеса и всемерного повышения правовой культуры общества, в том числе культуры охраны труда, которая трактуется как высокий уровень развития системы сохранения жизни и здоровья работников в процессе трудовой деятельности.⁹ Проблема повышения превентивной культуры охраны труда многофункциональна и включает управленческие решения, предъявляет повышенные требования к работникам службы охраны труда, как в области инженерной экологии, так и в таких областях знаний, как трудовое и экологическое право, промышленная санитария, которые способствуют созданию безопасной и здоровой производственной экосистемы.

На предприятиях (в основном с привлечением иностранных инвестиций), где управление охраной труда и обеспечение его безопасности организовано с учетом международных норм и правил, достигнута устойчивая динамика снижения производственного травматизма или полная его ликвидация. Не случайно в законодательствах многих стран проблемы, связанные с

⁸ О.П.Фролов. Экономические проблемы охраны труда работников. Кадры предприятия, 2010, №10.

⁹ Российская энциклопедия по охране труда в 3-х томах. М., Изд. НЦ ЭНАС, 2006, т.1, стр.438

созданием безопасных условий труда, занимают приоритетное место. Зарубежные предприниматели давно убедились, что охрана труда и здоровье работников – один из действенных рычагов, способствующих увеличению прибыли, повышению их имиджа среди конкурентов.

В промышленно развитых странах твердо осознали, что травматизм на производстве, профессиональные заболевания и общая заболеваемость работников не могут быть спутниками успешного бизнеса, экономического и социального развития государства – это доказанная практикой реальность. Каждый доллар, вложенный в улучшение условий труда и защиту здоровья, например, по программе CITIBANK, позволяет сберечь 4,56 доллара.

Российская ситуация требует выработки новых подходов к реализации конституционного права каждого работника на охрану 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, ликвидация производственного травматизма и профессиональной заболеваемости, что призвано способствовать решению одной из основных задач демографической политики Российской Федерации на период до 2025 г. – сокращению уровня смертности не менее чем в 1,6 раза, прежде всего в трудоспособном возрасте от внешних причин.

Решение указанной задачи нацелено на сокращение смертности и травматизма от несчастных случаев на производстве и профзаболеваний за счет перехода в сфере охраны труда к системе управления профессиональными рисками, включая экономическую и правовую мотивацию для улучшения производственных условий. Поэтому ратификация Россией Конвенции МОТ № 187 от 2006 г. «Об основах, содействующих безопасности труда», обуславливает необходимость отражения ее положений в российском законодательстве. Однако в нем до сих пор отсутствует экономико-правовой механизм, побуждающий работодателя принимать эффективные меры по обеспечению здоровых и безопасных условий труда.

Поскольку материальные и моральные стимулы, которые широко использовались для этого в советский период, в условиях олигархического ка-

питализма не действуют – государству, как органу политической власти, следует ужесточить свой контроль и надзор, а также экономические санкции и юридическую ответственность собственников крупного бизнеса (заводо- и шахтовладельцев, фабрикантов и т.п.), а не только 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 и обеспечить их профессиональное долголетие.

О.В. Медведева, к.м.н., О.Е. Коновалов, д.м.н., Д.И. Кича, д.м.н.

Рязань, ГОУ ВПО РГМУ,
Москва, ГОУ ВПО РУДН

МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ СОВРЕМЕННОЙ СЕМЬИ

Характеризуя проблемы современной семьи, следует учитывать существующие тенденции демографических процессов и, прежде всего, то, что с начала 90-х годов XX века в России отмечается период длительной депопуляции¹. Принятые в стране в 2006 г. меры по улучшению демографической ситуации, по некоторым оценкам, дали положительный демографический результат, который выразился и в увеличении рождаемости, однако долгосрочная тенденция ее снижения привела к столь низкому значению показателя, что он по-прежнему далек от уровня, необходимого для обеспечения простого воспроизводства населения².

Характеризуя основные причины низкого уровня рождаемости в России, большинство исследователей связывает их с трансформацией института семьи и брака³.

Трансформация современной семьи сформировала у населения представление о предпочтительности малодетной семьи, состоящей только из супружеской пары с детьми или без детей. В 2008 г. в Рязанской области за-

¹ Андрушина Е.В. Здоровье россиянок на рубеже веков / Е.В. Андрушина, И.П. Каткова, Н.М. Римашевская. – М., 2004. – 249 с.; Володин Н.Н. Анализ демографической ситуации в Российской Федерации и меры по ее улучшению / Н.Н. Володин // Национальные проекты. - 2006. - №6. - С.78-80; А.П. Багирова. Факторы репродуктивного поведения населения (Анализ межстрановых и межрегиональных различий) / А.П. Багирова, А.М. Ильшев // Социальные исследования. – 2009. - № 2. - С. 37-46

² Белов В.Б. Проблемы повышения рождаемости на современном этапе / В.Б. Белов, А.Г. Роговина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2008. - № 6. - С. 3-6; Медико-демографические особенности в регионах России / В.Б. Белов [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2008. - №3. - С.3-6; Репродуктивное здоровье и поведение женщин России: медико-психосоциальное исследование / В.Ю. Альбицкий [и др.]. — Казань: Медицина, 2001. — 248с

³ Захаров С.В. Трансформация брачно-партнерских отношений в России: «золотой век» традиционного брака близится к закату? / С.В. Захаров // Родители и дети, мужчины и женщины в семье и обществе (по материалам одного исследования): сб. аналитических ст. / Научн. ред.: Т.М. Малева, О.В. Синявская. - М.: НИСП, 2007. – Вып.1.- С. 75-126.; Римашевская Н.М. Социально-экономические и демографические проблемы современной России / Н.М. Римашевская // Вестник РАН. - 2004. - Т.74, №3. - С. 209-218.

регистрировано 363730 семейных ячеек, причем 32,9% из них – бездетны. С учетом сложившихся тенденций, существенно модифицировалась структура причин бездетности и малодетности семей, в том числе, вырос удельный вес сознательных отказов от рождения ребенка.

В последние годы репродуктивное поведение населения претерпело значительные изменения: наблюдается увеличение числа бездетных и однодетных семей на фоне роста внебрачных рождений, что косвенно свидетельствует о распространенности незарегистрированных брачных союзов.

В Рязанской области стабильно регистрируются одни из самых низких коэффициентов рождаемости – от 7,8‰ в 1995 г. до 9,4‰ - в 2007 г., в 2008 г. уровень рождаемости на 16,5% ниже, чем в России. При этом в соответствии с данными, опубликованными Росстатом в сборнике «Регионы России» (2009), Рязанская область занимает 77-е место в Российской Федерации по величине этого показателя.

Рязанская область имеет показатели весьма близкие к коэффициентам ЦФО, однако, более низкие, чем в России. Динамика показателей рождаемости в конце XX в. отражала переход к новому типу репродуктивного поведения, в результате чего уже в 1994 г. доля первенцев в Рязанской области составила 65,1%, тогда как удельный вес детей, родившихся третьими и более по счету - 9,4%, а для г. Рязани - всего 4,2%. Короткий период (1983-1988 гг.) относительного подъема (до 13,2‰-14,1‰) сменился в последующие годы резким падением коэффициентов и сохраняющимся в последующие годы стойким снижением: уровень рождаемости в конце 90-х годов был менее 8‰ и почти вдвое ниже показателей 80-х годов.

Следует отметить, что впервые с 1987 г, в 2007 г. в Рязанской области отмечается увеличение показателя на 13,2%, с сохранением роста в 2009 г. (10,1‰). Однако говорить об устойчивой тенденции улучшения демографической ситуации на основе данных столь короткого периода было бы преждевременно, тем более, что уровень рождаемости продолжает оставаться низким. В 2009 г. показатель, по сравнению с 2008 г., остался на том же уровне, а выраженная устойчивая тенденция снижения коэффициента рождаемости по значениям многолетней динамики сохраняется: Темп среднего прироста = -1,6 (рис. 1).

Рождаемость сельского населения Рязанской области существенно ниже, чем городского. Основной причиной этого можно считать уменьшение доли жителей в возрасте 20-39 лет в общей численности сельского населения.

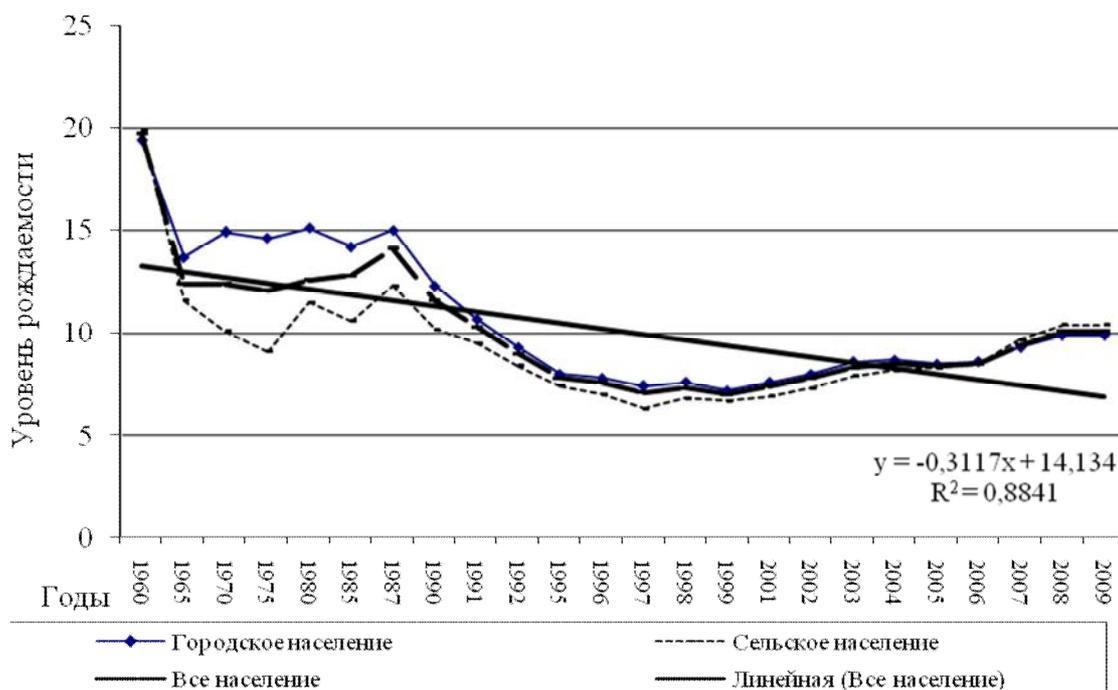


Рис. 1. Динамика общего коэффициента рождаемости Рязанской области за 1960-2009 гг. (на 1000 населения)

За 1998-2008 гг. коэффициенты общей и возрастной плодovitости ЦФО были ниже, чем в России. Снижение числа рождений во второй половине 90-х годов происходило исключительно за счет падения рождаемости у женщин в возрасте до 25 лет: только с 1998 по 1999 гг. коэффициент снизился на 8%.

Уровень рождаемости в возрастных группах старше 25 лет сохранялся относительно стабильным, отмечался даже рост показателя, особенно у женщин старше 30 лет. В частности, показатель рождаемости у женщин 30-34 лет вырос на 32,7% с 2005 по 2008 гг. в России и на 30,9% в ЦФО; у женщин 35-39-лет на 45,5% и на 45,7%; в возрастной группе 40-44 года – на 53,3% и на 55,5%, соответственно, за этот же период. На основании этого можно предположить, что для России и для ЦФО, в частности, характерна трансформация возрастной модели рождаемости в сторону «постарения».

Уже в 1998 г. в ЦФО вклад матерей в возрасте старше 30 лет в итоговую рождаемость превышал вклад матерей в возрасте до 20 лет (18,5% против 13,4%), результатом этого стала постепенная трансформация всей возрастной модели рождаемости: в 2008 г. это соотношение составило уже 30,8% и 9,5% ($p < 0,01$). Подобную тенденцию можно объяснить, как реализацией отложенных рождений, так и изменением репродуктивного поведения населения в целом.

Самый высокий показатель в 2008 г. во всех субъектах ЦФО отмечается у женщин в возрасте 20-24 года – от 78,0 до 93,2 (на 1000 женщин данной возрастной группы), но и снижение числа рождений, по-прежнему, происходит исключительно за счет сокращения рождаемости у женщин именно этого возраста.

В 2008 г. средний возраст матери при рождении ребенка в России (27,2 года) выше, чем был в 1995 г. (24,8 года), при этом он увеличился, как в России, так и в Рязанской области (на 2,4 и 2,5 года соответственно). Изменение возрастного профиля рождаемости отмечается, как у городского (на 2,6-2,8 года), так и у сельского населения (на 2,1 года), при этом, в городах оно более выражено. Это служит подтверждением тому, что вклад молодых матерей в величину суммарной рождаемости сокращается.

Динамика показателей брачности населения Рязанской области (рис. 2) характеризуется снижением числа браков на 1000 жителей с 11,4 в 1958 г. до 5,6 в 1998 г. ($p < 0,01$).

С 1985 г. в Рязанской области отмечался достаточно стабильный уровень брачности, с небольшими колебаниями в отдельные годы: наибольший показатель отмечался в 1985 г. (9,0‰), а наименьший - в 2000 г. (5,9‰).

Частота разводов резко увеличивалась: с 1,3 в 1958 г. до 4,3 – в 1995 г. ($p < 0,01$) на 1000 жителей. При этом число разводов на 100 браков возросло в 5,2 раза. Разводимость продолжала расти и в последующие годы (ее максимум отмечался в 2002 г. - 8,0‰), в 2009 г. уровень разводимости все еще достаточно высок – 5,1‰ – и превышает уровень 2005 г. на 24,4%.

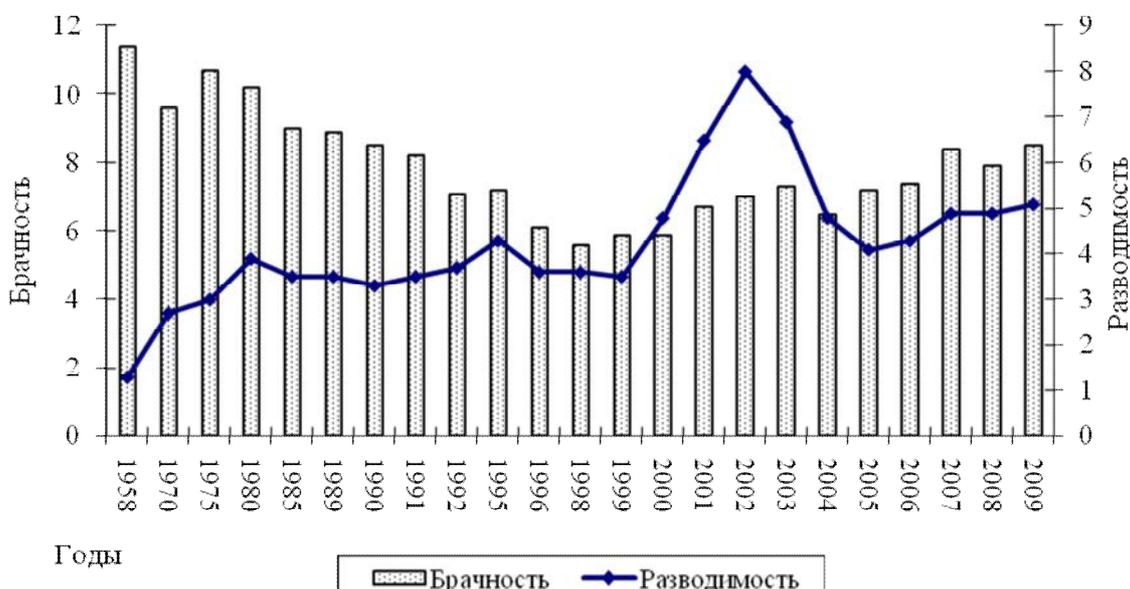


Рис. 2. Динамика брачности и разводимости населения Рязанской области за 1958-2009 гг. (на 1000 населения)

По числу разводов на 100 браков после 1958 г. наименьшее соотношение отмечалось в 1975 г. (28,0), затем показатель стал расти и в 2002 г. составил 114,3, то есть количество разводов в Рязанской области превысило количество заключенных браков. Следует отметить, что Рязанская область стала единственной в ЦФО, в которой уровень разводимости превысил уровень брачности (8,0 и 7,0 на 1000 населения соответственно). К 2009 г. ситуация изменилась, однако количество разводов составляет более половины (59,9%) от заключенных в том же году браков.

Определенную роль в динамике брачности могло сыграть и распространение незарегистрированных брачных союзов, сведения о числе которых впервые были собраны при проведении переписи населения 2002 г.: из общего числа супружеских пар в России (34 млн.) - 3 млн. (8,9%), состояли в незарегистрированном браке. В Рязанской области в 2002 г. 7,0% браков не были зарегистрированы. В активном репродуктивном возрасте (20-29 лет) этот показатель составил 10,2% у женщин и 11,3% у мужчин.

Распространение незарегистрированных брачных союзов привело к увеличению числа детей, рожденных вне юридического брака: в период между переписями их доля увеличилась более чем в 2 раза и составила 22,5% от общего числа ежегодных рождений (в 1989 г. почти каждый одиннадцатый

ребенок, в 2002 г. - почти каждый пятый). При этом 41,0% детей рожденных вне брака, зарегистрированы по совместному заявлению отца и матери, то есть фактически признаются отцом, что предполагает определенную стабильность взаимоотношений между родителями, а рождение внебрачного ребенка - во многом осознанный шаг, при отказе от регистрации брачных отношений, как со стороны мужчин, так и женщин (рис. 3).

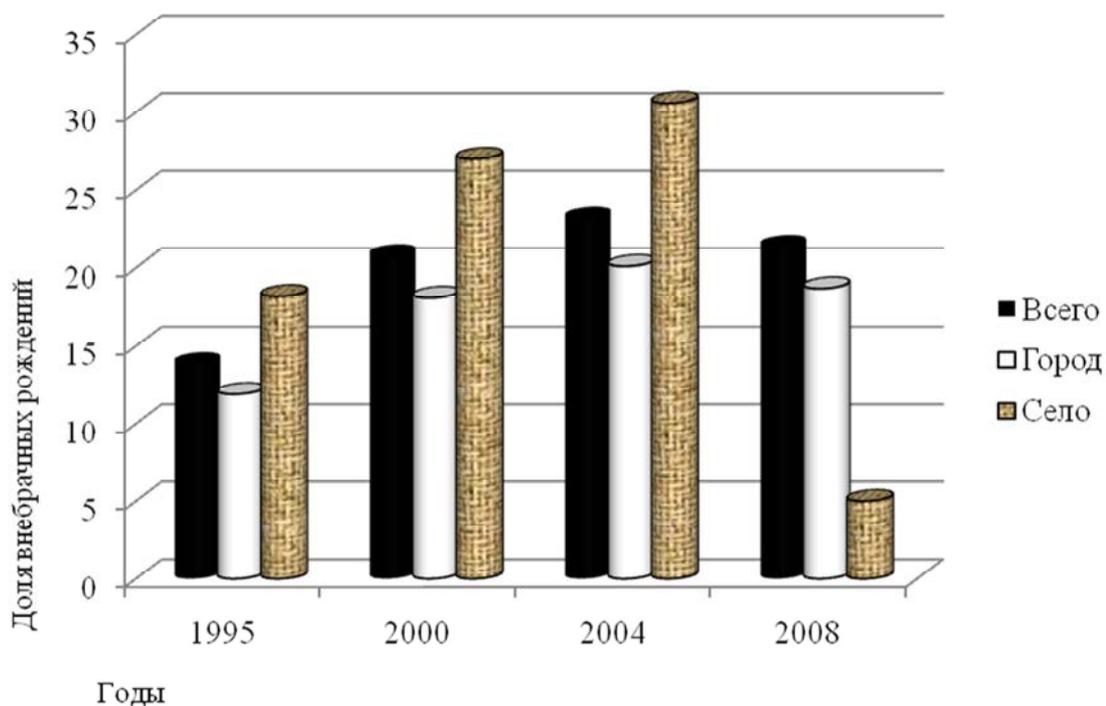


Рис. 3. Родившиеся у женщин, не состоящих в зарегистрированном браке в Рязанской области за 1995-2008 гг. (%)

В 2007 г. в Рязанской области проживало 26 тыс. семей (7% от общего числа), в которых оба супруга моложе 30 лет. Каждая третья молодая семья в своем составе не имела детей. Причем в городских поселениях, на которые приходится 77% семей, где оба супруга моложе 30 лет, этот показатель составил 32,2%, в сельской местности - 19,7%. Подавляющее большинство (84,5%) молодых супружеских пар с детьми имеют одного ребенка, 14,4% - двух, 0,9% - трех и 0,1% - четырех детей.

Для выявления реально действующих обстоятельств, приводящих значительную часть семей к резкому ограничению рождаемости, по специально разработанной программе проведен опрос 2015 мужчин и женщин, состоящих в юридическом, и 887 мужчин и женщин – в консенсуальном браке

(consensual–common-law-union, по определению, является брачным союзом (браком), основанном на обычном праве, заключенном без необходимого юридического или религиозного оформления). Последние были включены в исследование, поскольку их распространение ведет к снижению рождаемости, а, следовательно, к ухудшению демографической динамики и режима воспроизводства населения.

При проведении исследования учитывались случаи, когда возраст женщины на момент вступления в брачный союз был менее 35 лет. В разработку включались семьи, в которых для обоих супругов настоящий брак, независимо от его вида, являлся первым. В основу формирования исследуемой совокупности были положены также стабильность семьи и проживание в Рязанской области в течение супружеской жизни. В итоге была сформирована группа наблюдения, состоящая из 2902 супружеских пар.

В проведенном нами исследовании акцент делался на семьи, проживающие в юридическом (группа I) и консенсуальном (группа II) союзе. Последние, как показывают многочисленные исследования, обладают определенной спецификой, в том числе и в отношении репродуктивного поведения.

Семьи, независимо от формы брака, в значительной степени ограничивают свой состав: большинство брачных пар имеют одного ребенка, или вообще остаются бездетными. 79,1% семей I группы имеют детей, доля двухдетных семей в этой группе составила 16,5%, а семей с тремя детьми вообще не было. Таким образом, среди семей I группы, имеющих детей, подавляющее большинство составили однодетные семьи (62,6%). Во II группе подавляющее большинство семей (78,1%) бездетно (в I группе удельный вес таких семей составил 20,9%), а 21,9% имеют одного ребенка.

По итогам обследования среднее желаемое число детей составило 1,96, при этом 2,01 у женщин и 1,83 – мужчин, зарегистрировавших брак. У респондентов-мужчин, состоящих в консенсуальном браке, среднее желаемое число детей еще ниже – 1,80, немногим выше оно и у женщин – 2,0, а в целом, значительно ниже границы простого замещения поколений.

Существенно ниже среднее ожидаемое число детей: у женщин, состоящих в юридическом браке, ниже, чем у женщин, проживающих в консенсуальном союзе – 1,75 и 1,96 соответственно. Ожидания мужчин I группы

немного выше (1,79), но все равно не достигают уровня простого воспроизводства.

Ориентацию на однодетную семью имеют 49,9% опрошенных семей, собираются иметь двоих детей 42,5%, 6,6% – троих и более, а 2,1% - не хотят иметь детей.

Более половины (53,6%) респондентов, имеющих брачный стаж более 5 лет в I группе, и почти все семьи II группы (80,0%) закончили формирование семьи.

В ориентировках на двух- и трехдетную семьи выявлены существенные различия у зарегистрировавших и не зарегистрировавших брак респондентов.

Доля семей II группы, брачный стаж которых не превышает 5 лет, желающих иметь 2-х детей, в 1,5 раза больше ($p < 0,05$), чем в I группе. Установки семей, имеющих брачный стаж более пяти лет, также значительно различаются: у семей, зарегистрировавших брак, удельный вес респондентов, желающих иметь двух детей, в 2,2 раза больше ($p < 0,05$).

На трехдетную семью ориентированы 8,9% молодых семей и 7,0% семей со стажем супружеской жизни более 5 лет в I группе, тогда как в семьях, не регистрирующих брак, доля респондентов, которые хотели бы иметь трех детей, составила всего 2,0% ($p < 0,01$).

Обращают на себя внимание молодые семьи, зарегистрировавшие юридический брак, среди которых 4,1% не желают иметь детей, что было бы более логично для семей, проживающих в фактическом браке и имеющих определенный брачный стаж, однако их удельный вес в 2,3 раза меньше ($p < 0,05$).

Следовательно, то число детей, которое респонденты (в том числе и молодые семьи), независимо от формы брака, хотели бы иметь при наличии оптимальных для этого условий, меньше необходимого для обеспечения простого воспроизводства населения. Из этого можно сделать вывод о том, что в репродуктивные планы в семьях имеют выраженную направленность на уменьшение количества детей.

Тем не менее, считая наличие более одного ребенка необходимым условием для создания прочной семьи, одна пятая часть матерей I группы в возрасте до 20 лет и почти половина в возрасте 20-24 лет, имеющих только

одного ребенка, отвечают, что они полностью реализовали свои планы в отношении рождения детей (18,7% и 43,3% в соответствующих возрастных группах). То есть, чем моложе респонденты, тем менее привлекательна для них перспектива рождения более одного ребенка.

Репродуктивные планы мужчин выглядят иначе: одна треть из них в возрасте 30-34 (30,1%) и больше половины 35-39 лет (61,5%) также считают, что они реализовали свои планы в отношении рождения детей и завершили формирование семьи. Однако почти все молодые мужчины (в возрасте до 30 лет), независимо от формы брака, планируют иметь детей и в последующем.

Таким образом, к числу наиболее отрицательных тенденций демографических процессов Рязанской области, относится снижение рождаемости до уровня, не обеспечивающего простого замещения населения. Общие и специальные показатели рождаемости имеют неблагоприятную динамику, что создало критическую ситуацию в отношении воспроизводства населения. Фиксируемое в настоящий момент увеличение абсолютного числа рождений, объясняется не столько повышением интенсивности повторных рождений, сколько аккумуляцией рождений, в основном, первых, в связи с чем, в дальнейшем можно предположить ухудшение демографической ситуации.

Изменения брачно-семейной структуры населения Рязанской области в современных условиях характеризуются низким уровнем регистрируемых браков и высоким уровнем разводов. В 2009 г. количество разводов составляет более половины (59,9%) от заключенных в этом же году браков.

Кроме того, согласно полученным данным, у семей отмечается уменьшение потребности в детях и расхождение репродуктивных установок жен и мужей.

Для репродуктивного поведения обследованных семей, независимо от формы брака, характерно значительное ограничение своего состава: большинство брачных пар имеют одного ребенка, или остаются бездетными.

С учетом региональных особенностей брачно-семейного состояния и репродуктивного поведения семей, а также их мнения о мерах, которые могли бы стимулировать реализацию отложенных рождений, следует конкретизировать основные задачи региональной семейной политики, способствующие как сохранению здоровья семей и демографического потенциала, так и

повышению рождаемости в регионе. К таким приоритетным задачам относятся:

- укрепление института семьи, повышение значимости стабильного, юридически зарегистрированного брака;
- создание условий семьям для рождения и воспитания, как минимум, двух детей;
- формирование репродуктивных установок семей на рождение 2-3-х детей;
- сокращение количества аборт;
- сохранение здоровья семей как необходимого условия для реализации возможности иметь желаемое число детей.

В этом случае социально-экономическая поддержка семей, в зависимости от числа детей и очередности рождения, будет выступать стимулом формирования репродуктивного поведения.

ЛИНИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Линии репродуктивного поведения представляют собой последовательность репродуктивных действий и событий, обусловленную величиной и силой потребности в детях и характеризующуюся предупреждением / прерыванием беременности или отказом от них на различных этапах репродуктивного периода. Впервые линии репродуктивного поведения были выделены и проанализированы по результатам опроса двухдетных женщин, проведенного в 1978 г. в Москве под руководством А.И.Антонова специалистами Центра по изучению проблем народонаселения МГУ. В качестве ключевого индикатора при выделении линий репродуктивного поведения, характеризующих сильную или ослабленную потребность в детях, было взято наличие или отсутствие абортов. Однако представляется целесообразным при дифференциации линий репродуктивного поведения учитывать не только прерывание беременности, но и ее предупреждение, т.е. использование контрацепции, не делая их, однако, равноценными. Т.е. выделять линии репродуктивного поведения с использованием или без использования контрацепции, но без абортов, до рождения первого ребенка и между рождениями детей, а также линии поведения с абортами. Использование или не использование контрацепции так же, как и принятие решения о прерывании беременности, может рассматриваться как репродуктивный выбор. Кроме того, эффективное предупреждение беременности может привести к отсутствию абортов и, тем самым, в известной степени завуалировать ослабленную потребность в детях. Одной из характеристик линий репродуктивного поведения является откладывание рождения ребенка, которое может привести к невозможности его в будущем из-за бесплодия или существенно пониженной плодовитости в связи с ухудшением с возрастом репродуктивного здоровья, в т.ч. в связи с абортами, а также в связи с прекращением брака. Таким образом, с точки зрения конечного результата, т.е. числа рожденных детей, безразлично, какая именно

линия репродуктивного поведения будет выбрана. Линии репродуктивного поведения являются одной из важнейших его характеристик.

Результаты социологического опроса молодежи в возрасте от 18 до 35 лет (1000 респондентов), проведенного летом 2010 г. в 18 регионах Российской Федерации¹, показали, что почти половина опрошенных (47,7%; женщины – 44,5%, мужчины – 52,7%²), состоящих в первом браке, использовали какие-либо способы предохранения от беременности после вступления в первый брак и до рождения первого ребенка.

В каждом десятом браке (10,0%; женщины – 9,3%, мужчины – 11,1%) в период после его начала и до рождения первого ребенка были аборты.

При этом в 8,5% браков (женщины – 7,4%, мужчины – 10,3%) до появления на свет первенца имели место как аборты, так и использование контрацепции. В 39,2% (женщины – 37,1%, мужчины – 42,4%) браках использовалось только предохранение от беременности, а прерываний ее не было, а в 1,1% (женщины – 1,3%, мужчины – 0,7%) – было, наоборот, только аборты без использования контрацепции. Таким образом, доля первых браков, в которых до рождения первенца использовалась контрацепция, или делались аборты, или имело место и то, и другое, составляет 48,8% (женщины – 45,8%, мужчины – 53,4%).

Это существенно больше, чем было по результатам обследования 1500 человек молодежи в 2006 г. в тех же 18 регионах, когда этот показатель составил 36,1% (женщины – 36,2%, мужчины – 36,0%), и по ответам состоящих в первом браке женщин, участвовавших в 2009 г. в обследовании "Семья и рождаемость" (33,4%).

Соответственно, в 51,2% (женщины – 54,2%, мужчины – 46,6%) первых браков после их начала и до рождения первого ребенка не было ни предохранения от беременности, ни абортов.

¹ Опрос проводился Центром социального прогнозирования (руководитель – Шереги Ф.Э.) в рамках проекта "Научное обоснование приоритетных направлений и мер воздействия на репродуктивное и самосохранительное поведение населения в связи с реализацией мер демографической политики" (руководитель – д.э.н., проф. Рыбаковский Л.Л.) по заказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

² Речь не идет о том, в каких случаях использовали способы предохранения от беременности женщины, а в каких – мужчины. И те, и другие отвечали на вопрос "Если Вы сейчас состоите в браке, то предохранялись (предохраняетесь) ли Вы с супругой(ом) от беременности – После вступления в данный брак до рождения первого ребенка", т.е. об использовании способов предохранения от беременности в их браке. Так как опрошенные мужчины и женщины не состоят в браке между собой и, следовательно, речь в их ответах не идет об одних и тех же браках, то эти ответы различаются.

Одним из важнейших факторов, дифференцирующих линии репродуктивного поведения до рождения ребенка, является то, зарегистрирован брак или нет. Если среди респондентов, состоящих в первом зарегистрированном браке, 58,3% (женщины – 60,0%, мужчины – 55,4%) отметили, что после вступления в брак и до рождения первого ребенка в их семейной жизни не было ни предохранения от беременности, ни аборт, то среди тех, чей первый брак не зарегистрирован таковых только 21,9% (женщины – 25,6%, мужчины – 17,6%), т.е. в 2,7 раза меньше.

В то же время почти каждый пятый (19,2%; женщины – 20,5%, мужчины – 17,6%) из них, наоборот, отметил, что после вступления в брак и до рождения первенца было как предохранение от беременности, так и аборт. Если к ним добавить тех, кто отметил наличие абортов в этот период, но отсутствие использования контрацепции, то получается, что аборт после вступления в брак и до рождения первого ребенка, среди тех, чей первый брак не зарегистрирован, были у 23,6% (женщины – 25,6%, мужчины – 21,7%). Среди тех, чей первый брак зарегистрирован, таковых 6,7% (женщины – 5,9%, мужчины – 8,1%), т.е. в 3,5 раза меньше. Таким образом, среди состоящих в незарегистрированном первом браке почти четверть респондентов указали на наличие абортов до рождения первого ребенка. Эта величина очень существенна и не может не вызывать серьезного беспокойства не только с точки зрения рождаемости, но и с точки зрения сохранения репродуктивного здоровья. Ведь речь здесь идет об аборте до рождения первого ребенка, т.е., по сути дела, об искусственном прерывании первой беременности.

Доля использовавших те или иные способы предохранения от беременности до рождения первого ребенка среди состоящих в первом зарегистрированном браке составляет 41,1% (женщины – 38,9%, мужчины – 44,6%), а при незарегистрированном браке – 75,3% (женщины – 71,8%, мужчины – 79,4%), т.е. в 1,8 раза больше.

Более молодые респонденты чаще отмечали, что в их семьях до рождения первого ребенка использовалась контрацепция. Особенно это проявилось по ответам женщинам: 1975-1979 год рождения – 38,8%, 1980-1984 – 46,2%, 1985-1989 – 47,0%, 1990 год рождения и моложе – 53,8%.

В этих различиях находит отражение, прежде всего, изменение масштабов распространенности незарегистрированных браков у женщин разных поколений. Если же посмотреть долю женщин, использовавших контрацепцию до рождения первого ребенка, дифференцированно для состоящих в зарегистрированном и незарегистрированном браке, то различия между поколениями практически исчезают.

Таблица 1. Линии репродуктивного поведения до рождения первого ребенка у состоящих в первом браке (%)

Год рождения	После вступления в брак до рождения первого ребенка			
	не использование контрацепции и отсутствие абортов	не использование контрацепции, но наличие абортов	использование контрацепции, но отсутствие абортов	использование контрацепции и наличие абортов
Оба пола				
1974 и ранее	63,6	–	27,3	9,1
1975-1979	51,4	0,9	37,4	10,3
1980-1984	52,9	1,4	37,7	8,0
1985-1989	50,5	1,0	40,4	8,1
1990 и позднее	36,8	–	57,9	5,3
Женщины				
1974 и ранее	... ⁽³⁾
1975-1979	59,6	1,6	32,3	6,5
1980-1984	52,5	1,3	37,2	9,0
1985-1989	51,5	1,5	40,9	6,1
1990 и позднее	46,2	–	46,2	7,6
Мужчины				
1974 и ранее
1975-1979	40,0	–	44,4	15,6
1980-1984	53,3	1,7	38,3	6,7
1985-1989	48,5	–	39,4	12,1
1990 и позднее

Так, среди опрошенных женщин, состоящих в зарегистрированном первом браке, родившихся в 1974 году и ранее, доля тех, кто указал на использование контрацепции до рождения первого ребенка, составила 33,3%⁴,

³ Показатель не приводится, так как рассчитан менее, чем для 10 человек.

⁴ Рассчитано в % от 9 женщин.

1975-1979 гг. рождения – 38,2%, 1980-1984 гг. – 41,8%, 1985-1989 гг. – 37,3%, 1990 г. рождения и моложе – 28,6%⁵. Ни о какой тенденции изменения доли использующих контрацепцию до рождения первого ребенка при переходе к более молодым поколениям здесь говорить не приходится. Среди состоящих в незарегистрированном первом браке, может быть, она просматривается в несколько большей мере: 1975-1979 гг. рождения – 42,9%⁶, 1980-1984 гг. – 72,7%, 1985-1989 гг. – 80,0%, 1990 год рождения и моложе – 83,3%⁷. Однако здесь столь малы совокупности респонденток, для которых рассчитываются эти показатели, что вполне могут иметь место случайные колебания величины показателя.

Заметно выше у женщин доля указавших на использование каких-либо способов предохранения от беременности до рождения первого ребенка среди вступивших в первый брак в 2005 г. и позднее: до 1995 г. – 35,3%, 1995-1999 гг. – 43,3%, 2000-2004 гг. – 33,3%, 2005 г. и позднее – 51,3%. Однако и здесь, как и с годом рождения, главным фактором является более высокая доля состоящих в незарегистрированном браке среди вступивших в первый брак в последние годы. У состоящих в зарегистрированном первом браке таких различий практически нет: до 1995 г. – 35,3%, 1995-1999 гг. – 41,4%, 2000-2004 гг. – 32,1%, 2005 г. и позднее – 41,7%. В то же время у них можно говорить о заметном сокращении доли имевших аборт до рождения первого ребенка: вступившие в брак до 1995 г. – 11,8%, в 1995-1999 гг. – 6,9%, в 2000-2004 гг. – 5,6%, в 2005 г. и позднее – 4,8%.

Наряду с фактором регистрации брака существенным образом на линии репродуктивного поведения до рождения первого ребенка влияет число рожденных детей.

Среди женщин, которые состоят в первом браке и к моменту обследования уже родили двоих детей, 78,5% не использовали контрацепции до рождения первого ребенка (у 76,1% – в этот период не было и абортов). У родивших одного ребенка этот показатель составляет 64,0%, а среди не имеющих детей – 33,3%. Т.е. многие из бездетных, пока, женщин не имеют детей не потому, что еще не успели их родить, а потому, что сознательно отклады-

⁵ Рассчитано в % от 7 женщин.

⁶ Рассчитано в % от 7 женщин.

⁷ Рассчитано в % от 6 женщин.

вают рождение первенца. Среди них доля использующих до рождения первого ребенка какие-либо способы предохранения от беременности в 1,9 раза больше, чем у уже родивших одного ребенка. А у последних она, в свою очередь, в 1,7 раза больше, чем у имеющих двоих детей. Более того, среди не имеющих детей заметно выше доля делавших аборты.

Таблица 2. Линии репродуктивного поведения до рождения первого ребенка у состоящих в первом браке в зависимости от числа рожденных детей (%)

Число рожденных детей	После вступления в брак до рождения первого ребенка			
	не использование контрацепции и отсутствие абортов	не использование контрацепции, но наличие абортов	использование контрацепции, но отсутствие абортов	использование контрацепции и наличие абортов
Оба пола				
нет детей	30,7	0,7	55,0	13,6
один	61,3	0,6	32,9	5,2
двое	69,5	3,4	20,3	6,8
Женщины				
нет детей	32,1	1,2	52,4	14,3
один	63,0	1,0	33,0	3,0
двое	76,1	2,4	16,7	4,8
Мужчины				
нет детей	28,6	–	58,9	12,5
один	58,9	–	32,9	8,2
двое	52,9	5,9	29,4	11,8

Есть основания полагать, что не откладывание появления первенца приводит к рождению меньшего числа рожденных детей, а, наоборот, ориентация на рождение меньшего числа детей обуславливает откладывание рождения первого ребенка. Это подтверждают и данные о различиях в линиях репродуктивного поведения до рождения первого ребенка в зависимости от репродуктивных ориентаций (желаемое и ожидаемое число детей). Строго говоря, даже ни сами по себе репродуктивные ориентации определяют линии репродуктивного поведения, а стиль жизни, ценностные ориентации, система потребностей обуславливают желание иметь меньшее число детей и отложить их рождение на более поздний срок.

Таблица 3. Желаемое и ожидаемое число детей в сочетании с использованием контрацепции до рождения первого ребенка

Если Вы сейчас состоите в браке, то предохранялись (предохраняетесь) ли Вы с супругой(ом) от беременности – после вступления в данный брак до рождения первого ребенка?	Женщины		Мужчины	
	Среднее желаемое число детей	Среднее ожидаемое число детей	Среднее желаемое число детей	Среднее ожидаемое число детей
да	2,28	1,41	2,38	1,59
нет	2,38	1,68	2,53	1,79

Ориентация, в среднем, на относительно большее число детей сопряжена с не использованием контрацепции в браке до рождения первого ребенка. У тех, кто не предохранялся от беременности до рождения первенца, по сравнению с теми, кто делал это, ожидаемое число детей выше, в среднем на 0,27 у женщин и на 0,20 у мужчин. По среднему желаемому числу детей различия меньше, но тоже заметны – соответственно, на 0,10 и на 0,15.

.Таблица 4. Использование контрацепции после вступления в брак до рождения первого ребенка в сочетании с желаемым и ожидаемым числом детей

Число детей	Доля использовавших (использующих) контрацепцию после вступления в брак до рождения первого ребенка при данном числе детей (в %):			
	Женщины		Мужчины	
	желаемое	ожидаемое	желаемое	ожидаемое
1	58,3	51,7	66,7	53,4
2	45,1	38,5	49,4	49,4
3	39,5	18,2	46,4	30,8

Доля использующих те или иные средства предупреждения беременности до рождения первого ребенка среди тех, кто, при наличии благоприятных условий, хотел бы иметь только одного ребенка, у женщин в 1,3 раза больше, чем среди желающих иметь двоих детей, и почти в 1,5 раза больше, чем среди тех, кто хотел бы иметь троих детей. У мужчин, соответственно, в 1,35 раза и в 1,4 раза.

Еще больше различия в зависимости от ожидаемого числа детей. Доля использующих контрацепцию до рождения первого ребенка среди тех, кто собирается иметь только одного ребенка, у женщин в 1,3 раза больше, чем среди собирающихся иметь двоих детей, и в 2,8 раза больше, чем среди тех,

кто собирается иметь троих детей. У мужчин, соответственно, в 1,1 раза и в 1,7 раза.

Таблица 5. Желаемое и ожидаемое число детей в сочетании с наличием аборт до рождения первого ребенка

Были ли в данном браке аборты – после вступления в данный брак до рождения первого ребенка?	Женщины		Мужчины	
	Среднее желаемое число детей	Среднее ожидаемое число детей	Среднее желаемое число детей	Среднее ожидаемое число детей
да	2,17	1,17	2,44	1,44
нет	2,36	1,61	2,45	1,72

Еще существеннее различаются репродуктивные ориентации у тех, чьей семейной жизни были аборты до рождения первого ребенка, и у тех, у кого их не было. Если у мужчин среднее желаемое число детей в этих двух группах респондентов практически одинаковое, то у женщин, делавших аборты до рождения первого ребенка, желаемое число детей, в среднем, на 0,19 больше, чем у тех, кто их не делал.

Таблица 6. Наличие аборт после вступления в брак до рождения первого ребенка в сочетании с желаемым и ожидаемым числом детей

Число детей	Доля тех, у кого в семье были аборты после вступления в брак до рождения первого ребенка, при данном числе детей (в %):			
	Женщины		Мужчины	
	желаемое	ожидаемое	желаемое	ожидаемое
1	20,8	12,2	0,0	15,3
2	12,0	7,7	13,3	7,7
3	5,3	0,0	10,7	7,7

В значительно большей степени различается у этих двух групп респондентов среднее ожидаемое число детей. У женщин, не имевших искусственного прерывания беременности до рождения первого ребенка, оно на 0,44 больше, чем у тех, кто делал аборт в этот период семейной жизни. По ответам мужчин различие меньше, но тоже весьма существенно (0,28).

Доля женщин, делавших аборты до рождения первого ребенка среди тех, кто, при наличии благоприятных условий, хотел бы иметь только одного

ребенка, в 1,7 раза больше, чем среди желающих иметь двоих детей, и почти в 4 раза больше, чем среди тех, кто хотел бы иметь троих детей.

У тех женщин, кто собирается иметь только одного ребенка, доля имевших аборт до рождения первенца в 1,6 раза больше, чем среди собирающихся иметь двоих детей. Среди тех же, кто собирается иметь троих детей, аборт до рождения первого ребенка не делал никто.

Схожие результаты были получены и в обследовании демографического поведения молодежи, проведенном в 2006 г. Разница в среднем желаемом числе детей между женщинами, использовавшими контрацепцию или имевшими аборт до рождения первого ребенка, и теми, кто не делал ни того, ни другого составляла 0,09, а по среднему ожидаемому числу детей – 0,14 (у мужчин – 0,21).

Таким образом, ориентация на большее число детей определяет более частый отказ от использования контрацепции и производства абортов до рождения первого ребенка.

Различия в линиях репродуктивного поведения до рождения первого ребенка сохраняются и при дифференцированном анализе в зависимости от того, зарегистрирован или не зарегистрирован брак. Среди тех женщин, у которых первый брак зарегистрирован, при отсутствии рождений не используют контрацепцию до рождения первого ребенка 41,2% (при незарегистрированном браке – 21,2%), при наличии одного ребенка до его рождения не использовали контрацепцию 63,9%, при наличии двух детей до рождения первенца – 78,6%.

Две трети респондентов (66,7%; женщины – 69,8%, мужчины – 58,8%), состоящих в первом браке и имеющих двоих и более детей, использовали какие-либо способы предохранения от беременности между рождениями первого и второго ребенка.

В каждом пятом браке (21,1%) в период между рождениями первого и второго ребенка были аборты. Такой ответ дали 28,6% женщин и не дал ни один мужчина (либо в их браках, действительно, не было абортов, либо они не знают о них).

При этом в 18,6% браков между рождениями первого и второго ребенка имели место как аборты, так и использование контрацепции. В 47,5% бра-

ках использовалось только предохранение от беременности, а прерываний ее не было, а в 1,7% – наоборот, были только аборты, но не использовалась контрацепция. Таким образом, доля первых браков, в которых между рождением первого и второго ребенка использовалась контрацепция, или делались аборты, или имело место и то, и другое, составляет 67,8% (женщины – 72,1%, мужчины – 56,2%).

Соответственно, в 32,2% (женщины – 27,9%, мужчины – 43,8%) первых браков между рождением первого и второго ребенка не было ни предохранения от беременности, ни абортов.

Длина интервала между рождением первого и второго ребенка у состоящих в первом браке среди родивших второго ребенка в 2005 г. и позднее была, в среднем, больше, чем у тех, кто родил его в 2000-2004 гг. Исходя из этого, можно было бы предполагать, что и доля использовавших контрацепцию, делавших аборты, т.е. предпринимавших те или иные действия для откладывания рождения второго ребенка, у родивших его в 2005 г. и позднее будет выше. Однако результаты исследования этого не показали. Если доля указавших на наличие в их семьях абортов между рождением первого и второго ребенка не различалась между родившими второго ребенка в 2000-2004 гг. (19,0%) и 2005 г. и позднее (18,8%), то доля использовавших в этом интервале контрацепцию у родивших второго ребенка в 2005 г. и позднее была заметно меньше (55,9%), чем у родивших его в 2000-2004 гг. (81,1%). Такой, казалось бы, противоречивый результат получился потому, что средний интервал между рождением первого и второго ребенка у родивших второго ребенка в 2005 г. и позднее был заметно большим, чем у тех, у кого он родился в 2000-2004 гг., как среди тех, кто не пользовался в этом интервале контрацепцией (31,6 месяца против 23,0), так и среди тех, кто пользовался ей (63,5 месяца против 42,3).

С одной стороны, откладывание рождений свидетельствует о более осознанном подходе к рождению детей, стремлению сначала "встать на ноги". Однако, скорее всего, это будет негативно отражаться на динамике уровня рождаемости. Во-первых, с возрастом происходит ухудшение здоровья, в т.ч. репродуктивного, что может помешать реализации репродуктивных намерений, т.е. откладывание рождения детей может привести к невозможности иметь их. Во-вторых, с возрастом у людей формируется представление об

определенном жизненном стандарте, образе жизни, и если ребенок появляется в относительно молодом возрасте, то уклад жизни формируется с учетом этого ребенка. Откладывание же появления первенца может вести к тому, что ребенок будет восприниматься как угроза сохранению сложившегося образа жизни. В еще большей мере это относится к 2-3 детям, без которых невозможно воспроизводство населения, преодоление негативной демографической динамики.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА СРЕДИ ПОДРОСТКОВ В РОССИИ: ФАКТОРЫ РИСКА

Острой медико-социальной проблемой остается состояние психического здоровья населения. Одно из наиболее часто встречающихся и отличающихся тяжестью последствий психических расстройств - депрессия. Этот недуг является четвертой по распространенности причиной потери трудоспособности (вслед за инфекционными, сердечнососудистыми и респираторными заболеваниями). И как ожидается к 2020 г. займет второе место среди болезней в мире (после сердечнососудистых), а в более развитых регионах мира выйдет на первое место¹.

Депрессия может поражать людей в различные периоды жизни. Все больше исследований подтверждают наличие депрессивных состояний в подростковом возрасте. Согласно исследованиям зарубежных ученых этим недугом страдают от 2 до 9% детей и подростков. По данным Российского мониторинга экономики и здоровья (РМЭЗ) нервные расстройства и депрессии в течение последних 12 месяцев, предшествующих опросу, в 2004 г. наблюдались у 6% российских детей 0-17 лет. Причем распространенность депрессии увеличивается с возрастом, особенно к подростковому периоду. Так, в возрасте 14-17 лет 11% подростков сообщили о симптомах психических расстройств.

Депрессии оказывают негативное воздействие на рост и развитие детей, школьную успеваемость, взаимоотношения со сверстниками и в семье. Возрастающими проблемами, также связанными с депрессией, являются насилие, наркомания и поведенческие расстройства. Кроме того, биологические механизмы депрессии и тревоги вызывают различные соматические нарушения, которые иногда могут способствовать развитию даже такой тяжелой патологии, как онкологическая. Один из самых трагических исходов депрессивного состояния – суициды, проблема которых является актуальной для

¹ Всемирная организация здравоохранения. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. ООО Издательство «Весь мир». 2001.
<http://www.who.int/whr/2001/en/>.

России: порой целые города охватывают эпидемии детских и подростковых самоубийств.

Для решения этой проблемы необходима достоверная информация о причинах, способствующих развитию депрессий и нервных расстройств у подростков. Изучению этого вопроса и посвящена работа.

В основу исследования легли данные Российского мониторинга экономики и здоровья (РМЭЗ), проведенного в 2004 г. (полное описание методологии обследования представлено на сайте РМЭЗ²). Тогда была получена информация о состоянии здоровья, образе и условиях жизни 815 детей (430 мальчиков и 385 девочек) в возрасте 14—17 лет (табл.1). Статистический анализ факторов, провоцирующих возникновение симптомов психических заболеваний (депрессий и нервных расстройств) среди подростков, был проведен с помощью метода логистической регрессии.

Исследование показало, что если в детстве различия по признаку пола в распространенности депрессии практически не наблюдаются, то среди подростков депрессия чаще встречается у девочек (14% против 8% соответственно для подростков женского и мужского пола) (табл.1). Одна из причин, которая может объяснить большую распространенность депрессий среди девочек, заключается в том, что они более социально ориентированы, зависят от положительных социальных отношений и чувствительны к потерям этих отношений³. Это увеличивает уязвимость девочек к межличностным стрессам, которые являются обычными в подростковом возрасте. Также в качестве причины различий в распространенности депрессий между подростками мужского и женского пола указываются вариации настроения, связанные с циклическими гормональными изменениями у девочек. Другой причиной является распространенность актов полового и бытового насилия, которому могут подвергаться подростки женского пола. Согласно обзору исследований ВОЗ, распространенность актов бытового насилия на протяжении всей жизни женщины составляет от 16 до 50%⁴.

² <http://www.cpc.unc.edu/projects/rims>

³ Allgood-Merten B., Lewinsohn P. A., Hops H. Sex differences and adolescent depression // *Journal of Abnormal Psychology*. 1990. 99. P. 55–63.

⁴ World Health Organization. 1997. Violence against women. Geneva. (Unpublished document WHO/FHR/WHD/97.8)

В связи с выявленными гендерными различиями логистический анализ был проведен отдельно для мальчиков и девочек. В первой модели (Модель 1) было исследовано воздействие различных факторов на распространенность депрессий среди подростков с учетом их возраста. Затем в модель последовательно добавлялись социально-экономические факторы для того, чтобы выявить механизмы, объясняющие связь между ними и депрессией. В последней модели (Модель 4) была учтена вся совокупность факторов (табл.2 и табл.3).

Выявлен значительный риск развития депрессий у детей, чьи матери страдают этим недугом. Зарубежные исследования также свидетельствуют о том, что 20%-50% детей и подростков, подверженных депрессии, имеют, так называемую, «семейную историю» этого заболевания⁵. Не совсем понятно, происходит ли распространение психических расстройств среди членов семьи под воздействием генетических факторов или психосоциальных причин (в семьях, в которых родители находятся в депрессии, создаются такие условия, под воздействием которых увеличивается вероятность психических расстройств у детей: например, родители в состоянии депрессии не способны заниматься полноценным воспитанием своих детей; если один из родителей страдает депрессией, то в доме может сложиться атмосфера повышенной конфликтности, семейных раздоров и стресса). Однако, трудно установить, является ли депрессия у подростков результатом семейных проблем, или же, наоборот, семейные проблемы вызваны психическими расстройствами у ребенка: неблагоприятная семейная обстановка может привести к депрессии, но и депрессия может вызвать негативное, критическое отношение семьи к подростку и быть причиной страданий родителей и других домочадцев.

Как показало исследование, депрессия подростков может быть следствием курения матери: наблюдается более чем 3-х кратный риск развития психических расстройств у тех детей, матери которых ранее курили, но бросили к моменту обследования. Результаты зарубежных исследований указывают, что к депрессии может приводить внутриутробное воздействие никотина на детей курящих матерей⁶. Никотин, монооксид углерода и другие ток-

⁵ Kovacs M., Devlin B., Pollock M., Richards C., Mukerji P. A controlled family history study of childhood-onset depressive disorder // Archives of General Psychiatry. 1997. 54. P. 613–623.

⁶ Xu Z., Seidler F.J., Ali S.F., Slikker W. Jr., Slotkin T.A. Fetal and adolescent nicotine administration: effects on CNS serotonergic systems // Brain Res. 2001. 28. P. 166-78.

сичные компоненты табачного дыма легко проникают в плаценту, оказывая прямое воздействие на поступление кислорода к плоду. Если дети курящих матерей в детском или подростковом возрасте обращаются к курению, это может маскировать их биологическую предрасположенность к депрессии. Первая же попытка отказа от курения приводит к проявлению симптомов депрессии⁷.

Исследование позволило выявить существенный риск развития психических расстройств у подростков, которые живут в семьях, которым приходится отказываться от медицинских услуг по причине недостаточности материальных средств. Как показали многие зарубежные исследования бедность, низкий социально-экономический статус – важный фактор риска развития депрессии и других психических расстройств и у взрослых, и у детей⁸. Можно выделить несколько механизмов, приводящих к депрессии, вызванной бедностью: связь между материальным неблагополучием и психическими расстройствами может быть опосредована другими стрессовыми факторами, которые условно можно разделить на внешние и внутренние. К первым, например, относится качество родительского воспитания (известно, что в семьях с низким социально-экономическим статусом дети с наибольшей вероятностью подвергаются жестокому обращению⁹, родители могут страдать расстройствами поведения, злоупотреблять алкоголем), доступ к качественной медицинской помощи, питанию, адекватному жилищу. К внутренним факторам можно отнести самооценку, поведение с риском для здоровья, некоммуникабельность.

Проведенное исследование выявило тесную связь между психическими расстройствами у мальчиков-подростков и табакокурением, что подтверждает ранее полученные другими исследователями результаты¹⁰. Взаимосвязь между потреблением табака и психическими расстройствами носит сложный

⁷ Balfour D.J., Ridley D.L. The effects of nicotine on neural pathways implicated in depression: a factor in nicotine addiction? // *Pharmacol Biochem Behav.* 2000. 66(1). P. 79-85.

⁸ Spence S., Najman J. M., Bor W., O'Callaghan M. J., Williams G. M. Maternal anxiety and depression, poverty and marital relationship factors during early childhood as predictors of anxiety and depressive symptoms in adolescence // *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines.* 2002. 43. P. 457–469

⁹ Buka S. L., Stichick T. L., Birdthistle I., Earls F. J. *Youth exposure to violence: Prevalence, risks, and consequences* // *American Journal of Orthopsychiatry.* 2001. 71. P. 298–310.

¹⁰ Lasser K., et al. Smoking and mental illness: a population-based prevalence study // *Journal of the American Medical Association.* 2000. 284. P. 2606-2610

характер. Традиционно считалось, что люди в состоянии депрессии склонны к тому, чтобы курить больше. Потребление никотина посредством курения служит попыткой индивида самолечения своего негативного эмоционального состояния¹¹. Однако новые данные указывают на то, что здесь наблюдается обратная связь.

Исследования свидетельствуют о том, что подростки, страдающие депрессией, раньше курили еще больше – т.е. курение привело к возникновению депрессии¹². Причины широкого распространения курения среди лиц, страдающих психическими расстройствами, могут быть объяснены нейрохимическим механизмом¹³: никотин является высоко активным химическим веществом, которое оказывает разнообразное воздействие на мозг (приводит к увеличению дофамина в части мозга, которая тесно связана с психическими расстройствами).

Некоторые исследования заставляют предполагать наличие сложной двунаправленной связи между депрессией и курением: было обнаружено, что наличие депрессии в начале периода наблюдения повышало риск развития ежедневного курения, а ежедневное курение в начале повышало вероятность депрессии к моменту завершения периода наблюдения¹⁴. Таким образом, несмотря на то, что вопрос о причинно-следственных связях остается открытым, установленным следует считать тот факт, что дети и взрослые, страдающие психическими расстройствами, подвергают свое здоровье еще большей опасности, продолжая много курить.

Согласно еще одной гипотезе, предложенной исследователями, существуют факторы, которые увеличивают склонность среди взрослых¹⁵ и подростков¹⁶ одновременно и к депрессии, и к курению, такие как, например,

¹¹ Eysenck H. Personality and the maintenance of the smoking habit / Dunn W. (Ed.) Smoking behavior: Motives and incentives. Washington DC: Winston. 1973.

¹² Goodman E., Capitman J. Depressive symptoms and cigarette smoking among teens // Pediatrics. 2000. 106(4). P. 748-755.

¹³ Batra A. Tobacco use and smoking cessation in the psychiatric patient // Forschritte de neurilogie-Psychiatrie. 2000. 68. P. 80-92.

¹⁴ Fergusson D.M., Goodwin R.D., Horwood L.J. Major depression and cigarette smoking: results of a 21-year longitudinal study // Psychol Med. 2003. 33(8). P. 1357-67.

¹⁵ Breslau N. Psychiatric comorbidity of smoking and nicotine dependence // Behavior Genetics. 1995. 25(2). P. 95-101.

¹⁶ Koval J. J., Pederson L. L., Mills C. A., McGrady G. A., Carvajal S. C. Models of the relationship of stress, depression, and other psychosocial factors to smoking behavior: A comparison of a cohort of students in grades 6 and 8 // Preventive Medicine. 2000. 30. P. 463-477.

низкая самооценка. Проведенное исследование, скорее, подтвердило последнюю гипотезу для мальчиков-подростков. Низкая самооценка связана с возникновением психических расстройств у них в Модели 1: те, кто согласен с утверждением, что им особенно нечем гордиться, имеют 2-кратный риск развития депрессии по сравнению с подростками, оптимистически оценивающими самих себя. При этом непонятно, определяет ли низкая самооценка подверженность депрессии (и представляет постоянный стиль мышления как часть индивидуальности человека), является ли проявлением депрессии (появляется только, когда человек находится в состоянии депрессии), и/или является следствием предыдущего, возможно оставшегося незамеченным, эпизода депрессии. При одновременном учете всех факторов (Модель 4) влияние низкой самооценки на возникновение депрессий уменьшилось и стало незначимым, т.к., как уже было сказано выше, низкая самооценка тесно связана с курением. Для девочек-подростков первоначально (Модель 1) низкая самооценка не оказывала влияние на психическое здоровье. Но при учете всех факторов (Модель 4) влияние самооценки увеличилось и стало статистически значимым. Установлено, что низкая самооценка у девочек обусловлена злоупотреблением алкоголем матерью; и действуя вместе, эти два фактора более чем в 2 раза увеличивают риск психических расстройств у девочек.

Сыновья злоупотребляющих алкоголем матерей также подвержены риску психических расстройств. Согласно зарубежным исследованиям, этот риск сохраняется и во взрослой жизни¹⁷. Риск для детей пьющих матерей может быть обусловлен как внутриутробным действием алкоголя, так и влиянием неблагоприятной атмосферы в семьях пьяниц. Взаимоотношения в таких семьях лишены искренности, внимания, заботы и тепла. Основные средства воспитания у пьющих родителей, как правило, — окрик или физическая расправа. Безразличие родителей к своим детям, постоянные скандалы в семье, безнадзорность подростков, педагогическое бессилие семьи, неумение и нежелание родителей заниматься детьми — все это калечит психику молодых людей.

Установлено, что физическая активность — это мощное средство улучшения не только физического, но и психического здоровья: подростки, зани-

¹⁷ Chassin L., Pitts S. C., DeLucia C., Todd M. A longitudinal study of children of alcoholics: Predicting young adult substance use disorders, anxiety, and depression // Journal of Abnormal Psychology. 1999. 108. P. 106-119.

мающиеся физическими упражнениями в свободное от учебы время, практически в 2 раза реже страдают депрессиями и нервными расстройствами по сравнению со сверстниками, которые не занимаются спортом (Модель 1). Существует несколько теорий, объясняющих этот феномен. С одной стороны, занятия физическими упражнениями помогают формированию позитивной самооценки¹⁸. С другой, физически активный образ жизни дает возможность общаться с другими людьми, и тем самым ослабляет чувство изоляции. Положительное воздействие физической активности также может объясняться биологическими механизмами. Ученые обнаружили, что физическая активность высвобождает в мозге химические вещества, называемые эндорфинами. Они действуют подобно морфину: ослабляют болевые ощущения и поднимают настроение. При учете в модели всех факторов (Модель 4) связь между физической активностью и депрессией стала незначимой, что может быть объяснено статистически. Нездоровый образ жизни имеет обыкновение аккумулироваться: отсутствие физической активности тесно связано с другими видами нездорового поведения (курением и злоупотреблением алкоголем).

Согласно исследованию симптомы депрессии у девочек тесно связаны с употреблением алкоголя (Модель 1). Несколько зарубежных исследований также подтвердили наличие такой связи для подростков¹⁹. Однако не совсем понятно, что является причиной, а что - следствием. Депрессия провоцирует злоупотребление алкогольными напитками, что может быть частично объяснено попыткой индивида самолечения депрессивных симптомов с помощью алкоголя. Или потребление алкоголя (особенно долгосрочное) может быть виновником возникновения депрессии. А может быть существуют другие факторы (факторы окружающей среды и/или генетические), которые существенно увеличивают уязвимость к обоим типам расстройства. Среди них можно выделить потребление алкоголя родителями, низкий уровень родительского мониторинга, психоэмоциональные расстройства родителей и т.п. Проведенное исследование показало, что связь между возникновением де-

¹⁸ Maxwell K., Tucker L. Effects of weight training on the emotional well-being and body image of females: predictors of greatest benefit // American Journal of Health Promotion. 1992. 6. P. 338-344.

¹⁹ Kaplow J.B., Curran P.J., Angold A., Costello E. The prospective relation between dimensions of anxiety and the initiation of the adolescent alcohol use // J Clin Child Psychol. 2001. 30. P. 316-326.

прессии среди девочек и употреблением ими алкогольных напитков может быть частично объяснена алкогольным злоупотреблением матери (Модель 4).

Полученные результаты свидетельствуют о том, что неблагоприятные жилищные условия (высокая плотность заселения) являются фактором риска развития депрессий у мальчиков-подростков (Модель 1-3). Зарубежные исследования также подтверждают влияние перенаселенности на психическое здоровье: возникновение депрессии, других психических расстройств, и даже смертность по причине несчастных случаев и насилия (включая самоубийства)²⁰.

Дети в особенности подвержены неблагоприятному воздействию перенаселенности, результатом которой являются повышенная возбудимость, напряженность, агрессия и более низкие уровни взаимодействия с другими детьми, плохая успеваемость²¹. Влияние скученности на психическое здоровье подростков может быть обусловлено неблагоприятными материально-бытовыми условиями, невозможностью владения личными вещами (например, постелью), социальной изоляцией (когда ребенок не может пригласить в гости друзей).

Негативный эффект перенаселенности может быть опосредован эмоциональной неадекватностью родителей, их злоупотреблением психоактивными веществами. При одновременном учете всех факторов (Модель 4) коэффициенты шансов (OR), характеризующие связь между жилищными условиями и подростковой депрессией, уменьшились и стали незначимыми. Выяснилось, что влияние стесненных жилищных условий на возникновение депрессии у мальчиков опосредовано их курением: те из них, кто проживают в неблагоприятных условиях, с большей вероятностью курят (что, возможно обусловлено стрессами, связанными с проживанием в стесненных обстоятельствах), что провоцирует у них возникновение депрессий и нервных расстройств.

Установлено, что дети, растущие в неполных семьях, подвержены большему риску психических заболеваний. Исследование, проводившееся в течение восьми лет и охватившее миллион детей и подростков Швеции, так-

²⁰ Mitchell R. Some Social Implications of High Density Housing // American Sociological Review. 1971. Vol.36. P. 18-29.

²¹ Standing conference on public health. Housing, Homelessness and Health: Working Group Report. London: Nuffield provincial Hospital Trust. 1994.

же указывает на серьезные долгосрочные последствия для тех, кто живет только с одним родителем²²: дети из неполных семей в два раза чаще страдали психическими заболеваниями, совершали попытки суицида, имели проблемы алкогольного характера. Такая связь может быть опосредована другими семейными, экономическими и социальными обстоятельствами. Депрессия, например, может являться результатом стресса, перенесенного ребенком из-за развода или смерти одного из родителей. Или может быть обусловлена тем, что в неполных семьях материальных ресурсов и времени ребенку уделяется меньше по сравнению с полными семьями, что негативно отражается на качестве отношений родитель-ребенок, приводит к тому, что ребенок чувствует себя одиноким, заброшенным, что в итоге может провоцировать развитие психических расстройств у него.

Проведенное исследование частично подтверждает материальную гипотезу для мальчиков: при введении в модель переменных, характеризующих социально-экономическое положение семьи, происходит некоторое уменьшение значения коэффициентов шансов (OR) и значимости типа семьи (Модель 2). Более важным представляется механизм, через который тип семьи связан с плохим материальным положением, что оказывает влияние на психопатологию (возникновение депрессий, потребление алкоголя) у женщин, что в свою очередь негативно отражается на психическом здоровье детей (Модель 3).

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что многие из факторов формирования путей развития психических расстройств и неудовлетворительного состояния психического здоровья подростков поддаются воздействию. Ключевым элементом охраны психического здоровья является профилактика, нацеленная не только на детей, но и их на родителей, общество в целом. Доказано, что макрополитические меры, направленные на улучшение уровня жизни, качества жилья, сокращение потребления психоактивных веществ, содействие физической активности, способны снизить заболеваемость психическими расстройствами.

²² Weitoft G.R., Hjern A., Haglund B., Rosén M. Mortality, severe morbidity, and injury in children living with single parents in Sweden: a population-based study // The Lancet. 2003.- Vol. 361. Issue 9354. P. 289-295.

Таблица 1. Основные характеристики подростков и условий их проживания

	Мальчики (n = 385)	Девочки (n = 430)	Все подростки	χ^2	P-value
Возраст (%)				2,590	0,459
Среднее значение (стандартное отклонение)	15,53 (1,12)	15,49 (1,12)	15,51 (1,12)		
14	24,2	26,3	25,2		
15	25,3	22,3	23,9		
16	24,2	27,6	25,8		
17	26,2	23,8	25,1		
Наличие депрессий и нервных расстройств (%)				8,726	0,003
Да	7,9	14,3	10,9		
Нет	92,1	85,7	89,1		
Курение подростка (%)				62,06	0,000
Да	26,1	5,7	16,4		
Нет	73,9	94,3	83,6		
Потребление алкоголя подростком (%)				0,820	0,365
Да	25,6	22,9	24,3		
Нет	74,4	77,1	75,7		
Физическая активность подростка в свободное от учебы время (%)				0,039	0,840
Да	31,1	31,7	31,4		
Нет	68,9	68,3	68,6		
Самооценка подростка (%)				0,059	0,807
Низкая	73,9	73,1	73,5		
Высокая	26,1	26,9	26,5		
Социально-демографический тип семьи (%)				0,022	0,989
Полная	70,1	69,9	70,0		
Неполная /другие родственники	29,9	30,1	30,0		
Не хватает денег на оплату медицинских услуг (%)				0,073	0,787
Да	26,2	27,1	26,6		
Нет	73,8	72,9	73,4		
Курение матери (%)				4,044	0,132
Не курит и никогда не курила	73,5	69,1	71,4		
Курила, но бросила	6,8	10,9	8,7		
Курит	19,7	20,1	19,9		
Потребление алкоголя матерью (%)				0,588	0,899
Не употребляет	46,6	44,0	45,8		
1 раз в месяц	17,3	19,2	18,2		
2-3 раза в месяц	23,2	22,3	22,8		
4 раза в месяц и более	13,0	13,6	13,3		
Депрессия матери (%)				0,013	0,911
Да	24,5	24,1	24,3		
Нет	75,5	75,9	75,7		
Жилищные условия (%)				1,145	0,285
10 м ² или менее общей площади на человека	22,2	19,1	20,7		
Более 10 м ² общей площади на человека	77,8	80,9	79,3		

Таблица 2. Детерминанты распространенности психических расстройств среди подростков-мальчиков, РМЭЗ, 2004 г. Коэффициенты шансов OR (с 95%-ми доверительными интервалами)

	Модель 1	Модель 2	Модель 3	Модель 4
Возраст подростка				
14	1,25 (0,45-3,48)	1,01 (0,35-2,91)	1,16 (0,36-3,77)	0,83 (0,23-2,95)
15	1,47 (0,54-4,03)	1,49 (0,53-4,19)	1,84 (0,58-5,89)	1,46 (0,42-5,12)
16	1,20 (0,43-3,35)	1,03 (0,35-3,02)	0,85 (0,23-3,14)	0,49 (0,11-2,25)
17	1	1	1	1
<i>Значимость</i>	-	-	-	-
Социально-демографический тип семьи				
Полная	1	1	1	1
Неполная /другие родственники	2,21 (1,10-4,44)	1,92 (0,93-3,99)	1,70 (0,71-4,08)	1,31 (0,52-3,30)
<i>Значимость</i>	P<0,05	-	-	-
Не хватает денег на оплату мед. услуг (да)	2,29 (1,13-4,66)	2,23 (1,10-4,85)	3,08 (1,33-7,13)	3,69 (1,53-8,92)
<i>Значимость</i>	P<0,05	P<0,05	P<0,01	P<0,005
Жилищные условия				
10 м ² или менее общей площади на человека	2,76 (1,33-5,73)	2,78 (1,32-5,85)	2,64 (1,07-6,50)	2,15 (0,83-5,60)
Более 10 м ² общей площади на человека	1	1	1	1
<i>Значимость</i>	P<0,01	P<0,01	P<0,05	-
Депрессия у матери (да)	2,73 (1,26-5,93)		2,57 (1,10-6,01)	3,53 (1,40-8,90)
<i>Значимость</i>	P<0,01		P<0,05	P<0,01
Курение матери				
Не курит и никогда не курила	1		1	1
Курила, но бросила	3,40 (1,15-10,05)		3,40 (1,05-11,00)	3,24 (0,93-11,35)
Курит	0,99 (0,35-2,76)		0,59 (0,18-1,86)	0,42 (0,12-1,48)
<i>Значимость</i>	-		P<0,05	P<0,05
Частота употребление алкоголя матерью				
Не употребляет	1		1	1
1 раз в месяц	1,70 (0,59-4,89)		1,77 (0,58-5,44)	1,70 (0,51-5,59)
2-3 раза в месяц	1,30 (0,45-3,73)		1,28 (0,41-4,00)	1,22 (0,37-4,02)
4 раза в месяц и более	2,47 (0,99-7,22)		3,15 (0,96-10,30)	4,32 (1,13-16,53)
<i>Значимость</i>	-		-	-
Курение подростка (да)	2,15 (1,00-4,62)			3,34 (1,15-9,73)
<i>Значимость</i>	P<0,05			P<0,05
Потребление алкоголя подростком (да)	1,20 (0,53-2,63)			0,44 (0,14-1,40)
<i>Значимость</i>	-			-
Физическая активность подростка в свободное время (нет)	2,30 (1,14-4,65)			2,31 (0,94-5,67)
<i>Значимость</i>	P<0,05			-
Самооценка подростка (низкая)	2,03 (0,99-4,17)			1,34 (0,53-3,42)
<i>Значимость</i>	P<0,05			-

Таблица 3. Детерминанты распространенности психических расстройств среди подростков-девочек, РМЭЗ, 2004 г. Коэффициенты шансов OR (с 95%-ми доверительными интервалами)

	Модель 1	Модель 2	Модель 3	Модель 4
Возраст подростка				
14	1	1	1	1
15	0,98 (0,40-2,39)	0,95 (0,40-2,37)	0,77 (0,27-2,22)	0,73 (0,24-2,26)
16	1,72 (0,80-3,73)	1,56 (0,70-3,48)	1,22 (0,49-3,06)	1,24 (0,48-3,23)
17	1,45 (0,64-3,29)	1,34 (0,58-3,12)	1,06 (0,40-2,86)	0,99 (0,34-2,91)
<i>Значимость</i>	-	-	-	-
Социально-демографический тип семьи				
Полная	1	1	1	1
Неполная / другие родственники	2,04 (1,15-3,62)	1,92 (1,06-3,47)	1,48 (0,70-3,13)	1,58 (0,72-3,48)
<i>Значимость</i>	P<0,05	P<0,05	-	-
Не хватает денег на оплату мед. услуг (да)	3,14 (1,76-5,60)	3,11 (1,72-5,62)	2,33 (1,15-4,70)	2,71 (1,26-5,82)
<i>Значимость</i>	P<0,001	P<0,001	P<0,05	P<0,01
Жилищные условия				
10 м ² или менее общей площади на человека	1,30 (0,66-2,57)	1,17 (0,56-2,39)	1,06 (0,46-2,44)	1,20 (0,50-2,85)
Более 10 м ² общей площади на человека	1	1	1	1
<i>Значимость</i>	-	-	-	-
Депрессия у матери (да)	4,88 (2,55-9,35)		4,41 (2,15-9,00)	4,88 (2,27-10,48)
<i>Значимость</i>	P<0,001		P<0,001	P<0,001
Курение матери				
Не курит и никогда не курила	1		1	1
Курила, но бросила	3,18 (1,37-7,41)		3,23 (1,27-8,25)	3,61 (1,33-9,83)
Курит	1,63 (0,75-3,54)		1,47 (0,62-3,49)	1,83 (0,73-4,60)
<i>Значимость</i>	P<0,05		P<0,05	P<0,05
Частота употребления алкоголя матерью				
Не употребляет	1		1	1
1 раз в месяц	2,90 (1,20-6,99)		2,11 (0,80-5,52)	2,05 (0,75-5,63)
2-3 раза в месяц	2,64 (1,12-6,23)		1,96 (0,77-4,99)	1,76 (0,66-4,73)
4 раза в месяц и более	3,74 (1,46-9,54)		2,16 (0,74-6,25)	1,81 (0,57-5,72)
<i>Значимость</i>	P<0,05		-	-
Курение подростка (да)	0,83 (0,23-2,95)			0,18 (0,02-1,68)
<i>Значимость</i>	-			-
Потребление алкоголя подростком (да)	1,86 (0,99-3,50)			1,37 (0,58-3,23)
<i>Значимость</i>	P<0,05			-
Физическая активность подростка в свободное время (нет)	1,81 (1,00-3,27)			1,48 (0,68-3,24)
<i>Значимость</i>	P<0,05			-
Самооценка подростка (низкая)	1,45 (0,80-2,66)			2,62 (1,21-5,65)
<i>Значимость</i>	-			P<0,01

А.Н. Злобин, д.м.н., С.В. Антипенков, к.м.н.
г. Жуковский МО, Городская клиническая больница

**УПРАВЛЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫМИ ПРОЦЕССАМИ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ ЛПУ
(на примере МУЗ «Городская клиническая больница» г.о. Жуковский МО)**

Инновационная экономика, инновационное обучение и т.п. термины стали уже привычными, однако инновация как явление в нашей стране еще не получила должного развития. Появилась наука «инноватика», учебная дисциплина «Инновационный менеджмент» и практическая инновационная деятельность¹. Инновациям стали уделять внимание на национальном уровне².

В публикациях и выступлениях, посвященных перспективам развития нашей страны, термин инновация становится распространенным и где-то даже - модным. При этом положение с однозначностью понимания и толкования термина «инновация» остается совершенно неудовлетворительным. В частности, этот термин трактуется как просто перевод с английского «innovation» (нововведение); и как такое нововведение, которое связано с новой техникой и технологией; и как нововведение, обеспечивающее достижение нового уровня выпускаемой продукции; и как нововведение, достойное патентования; и некоторые другие формулировки³.

По данным материалов из Википедии (свободной энциклопедии) термин «инновация» трактуется как успешно реализованное, внедренное новшество. При этом она характеризуется введением на рынок продукции (товаров и услуг) с новыми потребительскими свойствами или качественным повышением эффективности производственных систем.

Впервые термин «инновация» появился в научных исследованиях культурологов в XIX веке и означал введение некоторых элементов одной культуры в другую.

Экономические закономерности нововведений начали изучаться только в начале XX века. Понятие экономической инновации было впервые разрабо-

¹ Нестеров А.В. Инновации – системный подход // Компетентность, 2007. - №6 (47). – С.3 – 13.

² Стратегия развития науки и инноваций в РФ на период до 2015 г. // www.sci-innov.ru

³ Азгальдов Г.Г., Костин А.В. Интеллектуальная собственность, инновации и квалиметрия // Экономические стратегии, 2008. - №2(60). – С.162 – 164

тано австрийским экономистом Йозефом Шумпетером в 1911 году в работе «Теория экономического развития». В частности Й. Шумпетер выделил две стороны хозяйственной жизни:

√ - статическую (рутинный кругооборот связан с постоянным повторением и возобновлением производства – участвующие в нем организации из своего опыта знают принципы своего поведения, им легко предвидеть результаты своих действий и легко принимать решения, так как ситуация понятна);

√ - динамическую (инновационный кругооборот означает развитие – особое, различимое на практике и в сознании людей состояние, которое действует на них как внешняя сила и не встречается в состоянии хозяйственного кругооборота).

При этом новшества в экономике внедряются, как правило, не после того, как у потребителя стихийно возникнут новые потребности и произойдет переориентация производства, а тогда, когда само производство приучит потребителя к новым потребностям⁴.

В современных условиях повышение эффективности производства можно достичь преимущественно за счет развития инновационных процессов, получающих конечное выражение в новых технологиях, новых видах конкурентоспособной продукции. Поиск и использование инноваций непосредственно на предприятиях является актуальной проблемой⁵.

В этой связи особое значение в работе предприятия приобретает применение механизмов управления инновационными процессами, а именно инновационный менеджмент.

Инновационный менеджмент – одно из направлений процесса управления, ориентированное на получение новых положительных качеств различного свойства (продуктового, технологического, информационного, организационного, собственно управленческого и др.) в результате разработки и реализации нестандартных управленческих решений (О.М. Хотяшева, 2008). По сути, инновационный менеджмент – это взаимосвязанный комплекс действий, нацеленный на достижение или поддержание необходимого уровня

⁴ Инновационный менеджмент Учебно-методические материалы. // Автор-сост. А. Н. Алексеев. 2-е издание, переработанное и дополненное – М.: МИЭМП, 2008 – 48 с.

⁵ Хотяшева О.М. Инновационный менеджмент // Хотяшева О.М. — СПб.: Питер, 2008

жизнеспособности и конкурентоспособности предприятия с помощью механизмов управления инновационными процессами. Объектами инновационного менеджмента принято считать инновацию и инновационный процесс. При этом под инновационными процессами понимают процесс создания, освоения, распространения и использования инноваций.

В результате вышеизложенного, учитывая тему данной публикации, возникает резонный вопрос: какое отношение имеет система здравоохранения в РФ, в том числе оказание медицинской помощи на муниципальном уровне к производству, а тем более к инновационной деятельности.

На наш взгляд – самое непосредственное отношение. Ведь, по сути, основной задачей деятельности учреждения здравоохранения является оказание качественной медицинской помощи, медицинских услуг, ориентированных на потребителя, т.е. пациента. Потребность населения в качественной медицинской помощи, удовлетворенность медицинской помощью, а также ее доступность для широких слоев населения являются одними из основных индикаторных показателей эффективности функционирования системы здравоохранения, независимо от уровня оказания медицинской помощи.

По данным ряда авторов, система здравоохранения в РФ на современном этапе функционирует в сложных социально-экономических условиях. На фоне острейшего дефицита средств отрасль финансируется по остаточному принципу, а функционирует по затратному – с крайне низкой эффективностью использования имеющихся ресурсов и несбалансированностью объемов оказываемой медицинской помощи (А.Л. Линденбратен, 2001, В.И. Стародубов, А.А. Калининская с соавт., 2007).

На муниципальном уровне на сегодняшний день обращаются за медицинской помощью около 80% населения страны, где сосредоточено наибольшее количество проблем отечественного здравоохранения (И.Г. Новокрещенова, 2008).

Следует отметить, что проводимые на протяжении двух последних десятилетий реформы здравоохранения не принесли ожидаемого эффекта. Проблемы муниципального здравоохранения, на фоне продолжающегося экономического кризиса в значительной мере обострились.

При этом имеет место парадоксальная ситуация когда при возрастающей потребности взрослого населения в наукоемких, специализированных видах медицинской помощи на фоне существующего дефицита ресурсного обеспечения ЛПУ имеет место неэффективное использование имеющихся ресурсов муниципального здравоохранения.

Очевидно, что применение рутинного подхода в управлении ресурсами многопрофильного ЛПУ не может в полной мере способствовать повышению качества оказания медицинской помощи.

В сложившейся ситуации становится актуальным использование инновационных механизмов управления ресурсами многопрофильных ЛПУ.

Качество оказания медицинской помощи взрослому населению на муниципальном уровне в определенной мере зависит от доступности специализированных видов медицинской помощи.

В Решении Коллегии Министерства здравоохранения Московской области от 31.08.2007 года (Протокол №5/1) «Состояние стационарной специализированной медицинской помощи в медицинских округах, перспективы ее развития» отмечено, что обеспеченность населения Московской области специализированными профилями коек не отвечает фактическим потребностям.

Оказание наукоемкой, специализированной медицинской помощи населению на муниципальном уровне является, по сути, **инновацией**.

Нами сформулированы основные причины, сдерживающие развитие специализированных видов медицинской помощи на муниципальном уровне:

1. Ухудшение состояния материально-технической базы ЛПУ муниципальных образований (износ основных фондов, дефицит ресурсоемкого диагностического и лечебного оборудования и т.д.).
2. Дефицит высококвалифицированных врачебных кадров и среднего медицинского персонала.
3. Недостатки действующей бюджетно-страховой системы финансирования ЛПУ (несбалансированность тарифов оплаты медицинских услуг в системе ОМС, в том числе отсутствие возможности приобретения расходных материалов за счет средств ОМС при оказании специализированных видов медицинской помощи и др.)

4. Отсутствие мотивации у руководителей и медицинского персонала ЛПУ муниципальных образований в развитии специализированной медицинской помощи, а также недостаточная эффективность внутрибольничного менеджмента.

Вместе с тем, нами определены условия для развития специализированных видов медицинской помощи на муниципальном уровне.

Наряду с укреплением материально-технической базы и совершенствованием системы финансирования ЛПУ муниципальных образований одним из основных условий развития специализированной медицинской помощи на муниципальном уровне является повышение эффективности использования имеющихся ресурсов муниципального здравоохранения.

Основными направлениями по оптимизации ресурсного обеспечения муниципального учреждения здравоохранения, на наш взгляд, являются:

- √ - повышение квалификации кадров (врачебных и среднего медицинского персонала);
- √ - оптимизация коечного фонда стационара;
- √ - развитие стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи;
- √ - широкое внедрение на муниципальном уровне инновационных технологий при оказании медицинской помощи взрослому населению.

Возможности развития наукоемких, специализированных видов медицинской помощи на примере МУЗ «ГКБ» г.о. Жуковский.

Муниципальное учреждение «Городская клиническая больница» - это крупное многопрофильное лечебное объединение, на базе которого населению города Жуковский оказывается первичная медико-санитарная помощь (амбулаторно-поликлиническая и стационарная), а также специализированная помощь межмуниципального уровня по трем профилям: кардиология, урология, челюстно-лицевая хирургия. Кроме того, на базе МУЗ «ГКБ» функционирует отделение гемодиализа областного уровня на 6 диализных мест.

Таблица 1. Основные показатели деятельности стационара круглосуточного пребывания (2003–2009 гг.)

Показатель	Годы				2009 к 2003 в % (+увеличение, - снижение)
	2003	2005	2007	2009	
Среднегодовое число коек	831	678	643	624	- 25
Обеспеченность больничными койками на 10 тыс. населения (норм. 60.0)	88	67	63	60	- 32
Частота госпитализации на 1000 населения	212	179	197	208	- 2
Количество пролеченных больных	19982	18159	20126	21686	+ 9
Средняя занятость койки в году (в днях)	325	310	333	343	+ 6
Среднее число пребывания больного на койке (в днях)	13,1	11,2	10,4	9,8	- 26
Оборот койки	24,8	27,6	32,1	35,2	+ 42
Общая летальность (в %)	1,8	1,9	1,9	2,1	+ 13

С 2003 года в МУЗ «ГКБ» г. Жуковский начат процесс приведения коечного фонда стационара в соответствие с расчетными нормативами исходя из плановых заданий территориальной Программы государственных гарантий.

Таблица 2. Характеристика врачебных кадров МУЗ «ГКБ» г.о. Жуковский с 2003 по 2009 гг.

Показатель	Годы				2009 к 2003 в % (+увеличение, - снижение)
	2003	2005	2007	2009	
Штатные должности	461	473	492	498	+ 6,1
Физические лица	267	256	269	282	+ 5,6
Занятые ставки	422	431	458	469	+ 11
Обеспеченность на 10 тыс. населения	28,2	25,3	26	27	- 4,3
Укомплектованность (%)	58	54	55	57	-1,6
Наличие сертификата	182	216	248	268	+47,3
Наличие высшей квалификационной категории	84	83	91	94	+ 11,9
Наличие ученой степени доктора медицинских наук	2	3	3	3	+ 50
Наличие ученой степени кандидата медицинских наук	6	8	13	17	+ 183

В результате проведенной реструктуризации коечного фонда стационара отмечено сохранение выполнения объемов стационарной медицинской помощи при сокращении коечного фонда, снижения уровня госпитализации и уменьшения сроков пребывания на койке (Таблица 1).

С 2003 по 2009 г.г. отмечено изменение показателей, характеризующих врачебные кадры (Таблица 2).

Повышение квалификации кадров, оснащение МУЗ ГКБ современным диагностическим и лечебным оборудованием создало предпосылки для внедрения инновационных технологий обследования и лечения взрослого населения.

С 2003 года в МУЗ «ГКБ» г.о. Жуковский внедрены следующие новые медицинские технологии, ранее не оказываемые на муниципальном уровне:

1. Челюстно-лицевая хирургия

1.1. Оперативные малоинвазивные вмешательства с использованием эндоскопической техники при повреждениях и заболеваниях челюстно-лицевой области.

1.2. Применение методов аутопластики нижней челюсти в комбинации с современными костнопластическими материалами при замещении посттравматических дефектов.

2. Кардиологический профиль

2.1. Проведение стресс-эхокардиографического исследования.

2.2. Чреспищеводная эхокардиография.

2.3. Чреспищеводное электрофизиологическое исследование

2.4. Программирование ЭКС

2.5. Сочетанное мониторирование ЭКГ + АД

2.6. Усиленная наружная контрпульсация у больных хронической ИБС

3. Травматологический профиль

3.1. Лечебно-диагностическая артроскопия крупных суставов;

3.2. Миниинвазивный накостный остеосинтез;

3.3. Остеосинтез переломов различных локализаций имплантатами с угловой стабильностью;

3.4. Внутрикостный миниинвазивный остеосинтез имплантатами с блокированием под контролем ЭОП;

3.5. Эндопротезирование тазобедренного сустава при переломах шейки

- бедренной кости;
- 3.6. Остеосинтез переломов костей таза стержневыми аппаратами внешней фиксации;
- 3.7. Транспедикулярная фиксация под контролем ЭОП при переломах позвоночника.
4. Офтальмологический профиль
- 4.1. Факоэмульсификация катаракты с имплантацией мягких ИОЛ на ультразвуковой установке «Инфинити»;
- 4.2. Yag-лазерная дисцезия вторичной катаракты;
- 4.3. Yag-лазерная иридотомия;
- 4.4. Лазерная трабекулопластика;
- 4.5. Лазерная гониопластика;
- 4.6. Панретинальная лазеркоагуляция сетчатки при диабетической ангиоретинопатии;
- 4.7. Лазеркоагуляция сетчатки при тромбозе ЦВС и её ветвей;
- 4.8. Лазеркоагуляция сетчатки при периферической дистрофии;
- 4.9. Лазерстимуляция при дистрофических заболеваниях сетчатки и зрительного нерва, при миопии, спазмах аккомодации, амблиопии, при заболеваниях роговицы на аппарате «Макдел»;
- 4.10. Компьютерная периметрия на периметре HAMPHRI.
5. Гинекологический профиль
- 5.1. Использование в процессе лечения биполярной коагуляции плазмонетического генератора;
- 5.2. Внедрение методики экстраперитонеальной вагинопексии проленовыми протезами типа PROLIFT anterior-posterior. APOGI-PERIGI.
- 5.3. Лечение спаечной болезни методом внутриабдоминального введения препаратов (мезогель, интерсид);
- 5.4. Метод озонотерапии в лечении воспалительных заболеваний.
6. Урологический профиль:
- 6.1. Чрескожные малоинвазивные вмешательства на мочеполовой системе под рентген-контролем.
- 6.2. Контактная трансуретральная электроимпульсная уретеролитрипсия, пиелолитотрипсия
- 6.3. Контактная пневматическая цистолитотрипсия

6.4. Чрескожная контактная нефролитотрипсия

7. Колопроктологический профиль

7.1. Низкая передняя резекция прямой кишки

7.2. Брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением и формированием колоректального анастомоза

7.3. Экстирпация прямой кишки

Проведение реструктуризации объемов медицинской помощи, пере-профилирование коечного фонда стационара, подготовка специалистов позволили в 2010 году открыть в МУЗ ГКБ отделение сердечно-сосудистой хирургии мощностью 30 коек. На базе вновь открытого отделения в настоящее время оказывается специализированная сердечно-сосудистая хирургическая помощь, в том числе с использованием рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения. В отделении выполняются реконструктивные и шунтирующие оперативные вмешательства на аорте и ее ветвях:

- √ аорто-бедренное шунтирование;
- √ бедренно-подколенное шунтирование;
- √ эндартерэктомия при стенозах сонной артерии.

При оказании медицинской помощи населению на муниципальном уровне основным стратегическим инновационным процессом мы считаем увеличение доли наукоемкой, специализированной медицинской помощи в общем объеме оказываемых населению медицинских услуг

Таким образом, управление инновационными процессами в многопрофильном ЛПУ способствует повышению эффективности использования имеющихся ресурсов муниципального здравоохранения и создает реальные предпосылки для устранения диспропорции между потребностью и доступностью населения в специализированных видах медицинской помощи, что в полной мере способствует повышению доступности и качества оказания медицинской помощи для широких слоев населения.

Д.И. Кича, д.м.н., О.Е. Коновалов, д.м.н., Н.С. Брынза, к.м.н., А.В. Фомина, д.ф.н.
Москва, ГОУ ВПО РУДН;
Тюмень, Департамент здравоохранения Тюменской области

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ С УЧАСТИЕМ СЕМЬИ

Проблема низкой рождаемости, тенденции роста частоты осложнений беременности и родов, заболеваемости новорожденных, патологических родов обуславливают особую значимость модернизации здравоохранения. Увеличение финансирования здравоохранения в рамках национального проекта «Здоровье» и дополнительного финансирования в целях модернизации здравоохранения ещё более обостряет проблемы обеспечения качества медицинской помощи. В этих условиях особо остро стоит задача научного обоснования и поиска таких инновационных методов и форм родовспоможения и работы с населением, которые способны содействовать модернизации лечебно-профилактической акушерской помощи, не требуя значительных финансовых вливаний в здравоохранение.

Следует отметить и то, что на фоне названных выше процессов растет неудовлетворенность женщин оказываемой им акушерско-гинекологической помощи – качеством медицинских услуг в акушерско-гинекологических учреждениях удовлетворены от 46 до 75% женщин, родовспоможение становится все более затратным, а ожидаемый эффект нередко не достигается (О.Г. Фролова, 2006).

Результаты научных исследований в сфере здравоохранения позволили признать семью в качестве сложнейшей структурной и функциональной медико-социальной детерминантой, способствующей эффективности воздействия на качество медицинской помощи женщинам и младенцам, превосходящие все известные в здравоохранении малозатратные подходы. (Д.И. Кича и О.Е. Коновалов, 1996-2010). По нашему убеждению и полученным научным данным инновационной технологией в этом плане может стать семейно-

ориентированная технология. Частично эта технология подразумевает методику охраны репродуктивного здоровья, известную как «Родовспоможение, ориентированное на участие семьи», разрабатываемую тюменским здравоохранением в рамках международного проекта «Мать и дитя».

Изучение динамики и важнейших показателей репродуктивного здоровья женщин Тюменской области показало наличие серьёзных проблем в охране здоровья женщин и новорожденных.

В 1998-2007 гг. уровень общей рождаемости в Тюменской области увеличился в 1,4 раза: с 9,8 до 14,0 на 1000 населения. Наибольшая рождаемость регистрировалась в возрастных группах 20 — 24 года и 25 — 29 лет, при этом её уровни находились в пределах, соответственно 85,8 — 100,1 и 77,0 — 94,6 на 1000 женщин соответствующего возраста. В тоже время коэффициент общей плодовитости на изучаемой территории вырос с 36,3 до 48,1 на 1000 женщин репродуктивного возраста.

В 2003-2007 гг. в результате увеличения в Тюменской области рождаемости с 11,5‰ до 14,0‰ и сокращения общей смертности с 14,7‰ до 13,1‰, в 2007 году регистрировался естественный прирост населения на уровне 0,9%.

В 1998-2007 гг. прослеживалась умеренная тенденция к снижению перинатальной смертности в Тюменской области, темп среднего прироста ($T_{\text{ср.пр.}}$) составил (-3,0%), и выраженная тенденция к снижению этого показателя в Уральском федеральном округе ($T_{\text{ср.пр.}} = -5,1\%$), при этом ее уровни в конце изучаемого периода составили 7,5 и 8,1 на 1000 родившихся. В то же время, выраженными тенденциями к снижению характеризовалась динамика перинатальной смертности в результате родовой травмы ($T_{\text{ср.пр.}} = -19,0\%$), врожденной пневмонии ($T_{\text{ср.пр.}} = -13,4\%$), геморрагических и гематологических нарушений у новорожденных ($T_{\text{ср.пр.}} = -10,4\%$), инфекционных болезней, специфичных для перинатального периода ($T_{\text{ср.пр.}} = -10,2\%$), дыхательного расстройства новорожденного ($T_{\text{ср.пр.}} = -7,3\%$) и врожденных аномалий ($T_{\text{ср.пр.}} = -5,3\%$). Умеренной тенденцией к росту характеризовалась динамика перинатальной смертности в результате внутриутробной гипоксии и асфиксии в родах.

Первые два ранговых места в структуре причин перинатальной смертности в Тюменской области в 1998, 2003 и 2007 годах занимали внутриутробная гипоксия и асфиксия в родах и врожденные аномалии, при этом их уровни, соответственно, находились в пределах 4,1 — 5,3 и 0,9 — 1,7 на 1000 родившихся, а удельные веса — 39,8 — 65,8% и 10,7 — 18,5%. На третьем ранговом месте в структуре причин перинатальной смертности в начале изучаемого периода находилось дыхательное расстройство новорожденного (0,9 на 1000 родившихся), при этом их доля в общем уровне перинатальной смертности составила 8,7%. В середине изучаемого периода это место занимали геморрагические и гематологические нарушения у новорожденных, их распространенность составила 0,5 на 1000 родившихся, а удельный вес в структуре причин — 5,7%. В 2007 году третьей по распространенности причиной перинатальной смертности в Тюменской области были инфекционные болезни специфичные для перинатального периода (0,4 на 1000 родившихся), вклад которых в общий уровень перинатальной смертности составил 4,7%.

В 1998-2007 гг. распространенность аборт в Тюменской области в расчете на 100 детей, родившихся живыми и мёртвыми снизилась в 2,3 раза: с 180,5 до 80,1, тогда как их частота в расчете на 1000 женщин фертильного возраста сократилась в 1,7 раза: с 65,6 до 38,4. На этом фоне прослеживается неблагоприятная тенденция к увеличению удельного веса самопроизвольных абортов с 10,9% в 1998 году до 14,5% в 2007 году.

В 1998-2007 гг. в Тюменской области регистрировалось увеличение удельного веса абортов при сроке беременности до 12 недель с 88,2 до 94,9%. В то время, как доли абортов при сроках беременности 13 — 21 неделя и 22 — 27 недель сократились соответственно в 2,5 и 1,9 раза и в 2007 году составили 3,6% и 1,5%. Наряду с этим регистрировалось снижение частоты использования внутриматочных спиралей женщинами Тюменской области в 1,4 раза: с 253 до 178 на 1000 женщин фертильного возраста.

Исследование показало, что 1998 — 2003 гг. частота использования гормональных контрацептивов женщинами, находящимися под наблюдением в женских консультациях Тюменской области выросла в 1,5 раза: с 80,1 до 123,6 на 1000 женщин фертильного возраста, а в последующий период сократилась в 1,4 раза до 91,6 на 1000 женщин фертильного возраста.

В 1998-2007 гг. регистрировалось увеличение доли беременных с ранней (до 12 недель) постановкой на учет в женской консультации (с 63,3% до 73,6%).

Удельный вес нормальных родов в Тюменской области в 1998 и 2003 гг. существенно не отличался и составлял соответственно 25,3% и 26,2%. В 2007 году этот показатель увеличился в 1,7 раза, по сравнению с 2003 годом, и составил 45,0%.

Обращает на себя внимание, что в 1998 — 2003 гг. уровень материнской смертности в Тюменской области вырос с 45,2 до 52,7 на 100 тыс. родившихся живыми. В последующий период регистрировалось выраженное снижение материнской смертности (в 4,9 раза) до уровня 10,9 на 100 тыс. родившихся живыми.

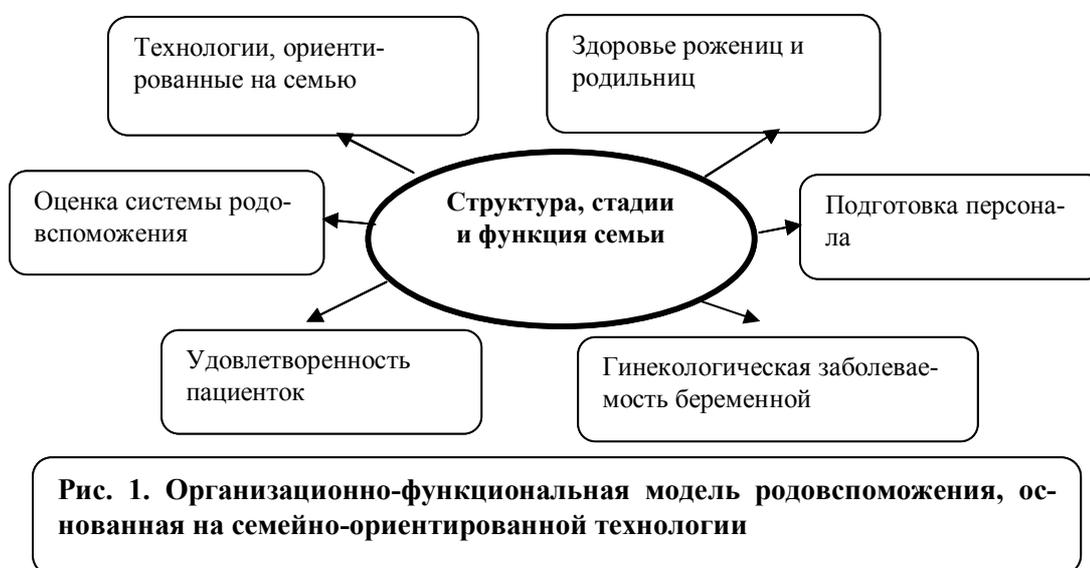
Ввиду изложенного, приобретает особую актуальность проблема введения новой технологии в процесс родовспоможения, которая получила развитие в наших исследованиях как «технология родовспоможения, ориентированная на семью (ТРОС), требующая обоснования и разработки в современных условиях.

Цель данной публикации заключается в представлении результатов разработки и внедрения организационно-функциональной модели медицинской помощи роженицам, родильницам и новорожденным, основанной на семейно - ориентированной технологии родовспоможения. При этом в ходе внедрения особое внимание уделялось определению уровня удовлетворенности пациенток медицинской помощью в акушерских стационарах семейно-ориентированной технологии ведения родов и послеродового периода.

В реализации плана и программы исследования были использованы общепринятые социально-гигиенические и статистические методы. Концептуальной позицией было рассмотрение семьи как пациента медицинской помощи, как помощника медперсонала (Д.И. Кича – 1996). Системообразующими компонентами медико-социального анализа семьи в рамках модели родовспоможения опирающейся на семью принята характеристика трех важных компонентов - структуры, функции и стадии развития семьи (О.В. Гринина, И.П. Каткова, Д.И. Кича, 1994-1998).

Для оценок результатов работы по эффективности семейно-ориентированной технологии среди обследованных беременных женщин были отобраны две группы: экспериментальная группа, с применением инновационной модели родовспоможения, и контрольная группа, рутинного родовспоможения.

Проведенные исследования позволили дать научное обоснование и разработать организационно-функциональную модель медицинской помощи роженицам и родильницам, основанную на семейно-ориентированной технологии. Модель основана на проведенных оценках состояния здоровья рожениц и родильниц и новорожденных, организации помощи при родовспоможении, оценке функций, стадии развития и структуры семьи беременной женщины, оценке качества системы родовспоможения, удовлетворенности пациенток помощью в родах (рис. 1).



Семейно-ориентированная технология родовспоможения, обоснования и разработанная нами в ходе исследования – это комплекс новых организационных, медицинских, психологических и просветительных методов, которые формируют современную гуманную модель помощи семье в ходе беременности, родов и послеродового периода. Достижение оптимизации социально-психологического взаимодействия между матерью, отцом, младенцем, другими членами семьи при введении ТРОС достигается обучением медицинского персонала и определением круга обязанностей на всех этапах оказания медицинской помощи по беременности и родам, подготовкой беременной и членов её семьи к рождению ребенка, создание индивидуальных родо-

вых палат и организация совместного пребывания матери и ребенка после родов, внедрение в родовспомогательных учреждениях гибких правил, моделирующих «домашнюю» обстановку при родах и в послеродовом периоде.

Векторный компонент ТРОС при наблюдении за беременной, роженицей и родильницей, обоснованный в исследовании, – это характеристики структуры и функции семьи, находящейся на определенной стадии развития. Исходя из этого, был разработан алгоритм оценки эффективности участия семьи в осуществлении семейно-ориентированной технологии родовспоможения (рис. 2).



Рис. 2. Алгоритм оценки эффективного участия семьи в процессе беременности, родов и послеродового периода

Основные и важные характеристики структуры, которые должны учитываться при формировании семейно-ориентированной технологии, полная или неполная семья, количество членов семьи, количество детей, возраст беременной, образование супругов.

Важнейшими для изучения функциями семьи в аспекте применения технологии семейной ориентации при беременности и родах являются медицинская, репродуктивная, образовательная (просветительная), в современных условиях важна оценка экономической функции семьи.

Применение семейно-ориентированной технологии строится в зависимости от стадии развития семьи, количества родов и здоровья членов семьи. Все параметры семьи при включении алгоритма семейно-ориентированной технологии приводятся в действие по вектору оптимизации помощи бере-

менной женщине – роженице - родильнице - новорожденному, на основе интенсификации функций и взаимодействия семьи и учреждений родовспоможения.

Внедрение разработанной модели ТРОС в практику работы учреждений родовспоможения поставило задачу разработки системы оценки ее качества. С этой целью в ходе исследования был разработан и детально описан алгоритм процесса родовспоможения в рамках модели семейно-ориентированной технологии с его оценкой. При этом был применен процессный подход на основных этапах помощи в родах. Оценка удовлетворенности женщин медицинской помощью в родильных домах после внедрения семейно-ориентированной технологии стала важнейшим разделом работы алгоритма. В ходе социологического исследования было изучено мнение родильниц об изменении качества медицинской помощи в родильных домах, внедривших в свою работу принципы семейно-ориентированной технологии ведения родов. Были проведены два исследования: первое в 2004 - 2006 гг. на начальном этапе внедрения программы ТРОС и второе - на этапе ее реализации в 2007 г.

В 2006 г. по сравнению с 2004 г. заметно сократилась доля женщин, указывающих на наличие ограничений возможности сидеть во время родов (с 25% до 7,9%), ходить (с 13% до 4,1%), употреблять какие либо напитки (с 24% до 7,5%) и продукты питания (с 23% до 7,2%). При этом в 2004 г. относительный риск появления указанных запретов был от 2,9 до 9,7 раз выше, чем в 2006 г ($p < 0,05$).

В 2006 г. доля отрицательных ответов на вопрос «Имели ли Вы контакт "кожа к коже" с ребенком в родовом зале?» составила 2,3% и была в 10 раз меньше, чем в 2004 г. Существенно сократилась доля респонденток отрицательно ответивших на вопросы «Первое прикладывание ребенка к груди произошло в течение первого часа после родов?» - соответственно с 89,2% до 79% и «Если Вашей подруге потребуются такого же рода услуги, Вы посоветуете ей обратиться в это ЛПУ?» - с 53,9% до 24,3% соответственно.

В 2004 г. на тесный контакт с ребенком в родовом зале указали 77% родильниц, то в 2006 г. величина этого показателя увеличилась до 97%. При этом, если в 2004 г. на протяжении первого часа после рождения к груди бы-

ло приложено 55% новорожденных, то в 2006 г. это реализовано уже у 74% детей. Установлено, что 50 — 95% женщин, рожавших в 2007 году, указали на наличие ограничений и неприятных процедур в период предыдущих родов. При текущих родах подобные ограничения отметили только 6 - 39% женщин.

Опрошенные женщины в 37-44% случаев указывали на отсутствие в период прошлых родов контакта с ребенком в родовом зале, либо на его позднее осуществление. Во время настоящих родов доля таких ответов сократилась до 7-3%.

Только 64% пациенток отметили, что при предыдущих родах их дети в родильном доме находились на грудном вскармливании и лишь каждая вторая женщина подтвердила факт прикладывания ребенка к груди в течение первого часа после родов. Во время настоящих родов эти показатели увеличились соответственно до 94% и 87%. 57% пациенток указывали на то, что при предыдущих родах, их дети находясь в стационаре, не получали воду, сладкую воду, молочную смесь или что-либо другое. Факт совместного пребывания с ребенком подтвердили 77% женщин. Во время настоящих родов величина этих показателей выросла соответственно до 84% и 81%.

Относительные риски распространенности нарушений, связанных с несоблюдением тесного контакта матери и ребенка в родовом зале и отсутствия раннего прикладывания к груди и обеспечения грудного вскармливания во время предыдущих родов были соответственно в 2,7 - 58,0 и 1,7 - 11,1 раз выше, чем при настоящих родах ($p < 0,05$).

Социологическое исследование показало, что 9-14% опрошенных женщин были не удовлетворены качеством медицинской помощи, оказанной им в период предшествующих родов, тогда как при настоящих родах негативных оценок не было.

Разработана, научно обоснованна и внедрена в практику здравоохранения инновационная организационно-функциональная модель медицинской помощи роженицам, родильницам и новорожденным, основана на активизации медицинской, репродуктивной образовательной функций семьи, с учетом структуры и стадии развития семьи без ресурсных издержек. Модель включает знание семьи, ориентацию на совместное пребывание матери и но-

ворожденного, кормление «по требованию» ребенка, раннее прикладывание к груди, исключительно грудное вскармливание, раннюю выписку из родильного дома, присутствие близких вместе с роженицей, проведение партнерских родов, организацию индивидуальных родовых залов и др., а также исключение элементов агрессивного ведения родов.

Разработанные мероприятия позволили значительно оптимизировать процесс родовспоможения. Лечебно-диагностический процесс оказания медицинской помощи родильницам экспериментальной группы, опирающийся на семейно-ориентированные технологии родовспоможения, по сравнению с женщинами из контрольной группы, характеризуется: менее широким и интенсивным назначением различных диагностических и лечебных манипуляций; более низкой хирургической активностью во время родов и в послеродовом периоде; меньшим охватом пациенток медикаментозной терапией и объемом назначаемых им курсовых доз лекарственных средств; снижением элементов агрессивного ведения родов.

Результативность медицинской помощи в части профилактики осложнений родов и послеродового периода у родильниц и новорожденных в основной группе пациенток, была значительно выше, чем в контрольной. Семейно-ориентированные технологии ведения самопроизвольных родов, позволили повысить результативность предупреждения среди родильниц состояний, связанных с агрессивным ведением родов на 35,5%, родовых травм, дыхательных и сердечно-сосудистых нарушений у новорожденных - на 21,2%.

Данные свидетельствуют, что в опытной группе, в пересчете на 100 родильниц делалось 70,6 оперативных вмешательств, а в контрольной группе 101,5, т.е. в 1,4 раза больше ($p < 0,05$). Избранный подход хорошо себя зарекомендовал среди женщин без факторов риска и среди родильниц из групп риска, у которых роды осложнялись слабостью родовой деятельности, внутриутробной гипоксией плода и плацентарными нарушениями. Сведение к минимуму применения агрессивной технологии ведения родов позволит уменьшить прямые затраты в 1,5 – 2 раза.

Таким образом, в ходе реализации программы ТРОС без дополнительных экономических издержек были получены положительные медицинские результаты.

При этом, значительно повысилась удовлетворенность беременных качеством медицинской акушерской помощи. Данные сравнительной характеристики лечебно-диагностического процесса оказания медицинской помощи роженицам и родильницам являются убедительным доказательством преимуществ использования семейно-ориентированной технологии и могут быть рекомендованы к применению в практике родовспоможения.

Главная отличительная черта организации лечебно-диагностического процесса в контрольной группе родильниц связана не с особенностями течения у них родов, а с корпоративной культурой их ведения, которая по сравнению с пациентками из опытной выборки отличалась большей агрессией, а, следовательно, и более высокой частотой возникновения состояний, характеризующих агрессию в родах.

Реализация семейно-ориентированного подхода ведения самопроизвольных родов позволила оптимизировать и гуманизировать некоторые компоненты ведения родов и послеродового периода :

- снизить частоту ограничительных мероприятий и неприятных процедур, не влияющих на качество медицинской помощи пациенткам; сократить в 1,8 – 3,2 раза частоту распространенности запретов присутствовать родственникам и близким рожениц в родовых залах;
- более чем в 2 раза уменьшить интенсивность использования агрессивных технологий по сравнению с группой, где использовались рутинные методы родовспоможения;
- более чем в 3 раза уменьшить относительный риск нарушений, связанных с несоблюдением тесного контакта матери и ребенка в родовом зале;
- при этом, если 9-14% опрошенных женщин были неудовлетворены качеством медицинской помощи, оказанной им в период предшествующих родов, принятых с применением рутинной технологии, при настоящих родах, для ведения которых использовались семейно-ориентированные технологии родовспоможения, негативных оценок не было.

Анализ наличия сопутствующих заболеваний в исследуемых выборках женщин не выявил достоверных отличий в частоте их возникновения.

В ходе исследования структуры сопутствующих заболеваний, установлено, что в опытной группе на долю анемии приходилось более 59% всех сопутствующих заболеваний, тогда как в контрольной группе величина данного показателя составляла 29%.

При этом у рожениц контрольной выборки ведущие позиции в структуре сопутствующих заболеваний занимали экстрагенитальные заболевания, доля которых составила 35,5% и была в 5,1 раза меньше, чем в опытной группе. Удельные веса отеков, протеинурии и гипертензивных расстройств в структуре сопутствующих заболеваний в исследуемых выборках женщин не имели существенных отличий.

Полученные результаты доказали высокую эффективность и роль оздоровительного профилактического потенциала семьи в оптимизации родов и послеродового периода.

Семейно-ориентированная технология родовспоможения, обоснованная и разработанная в ходе исследования, рекомендуется как комплекс новых организационных, медицинских и информационных методов, которые формируют современную гуманную модель помощи семье, способствующую социальному взаимодействию между матерью, отцом, младенцем, другими членами семьи: обучение медицинского персонала и определение круга обязанностей на всех этапах оказания медицинской помощи по беременности и родам; подготовка беременных и членов их семьи к рождению ребенка; создание индивидуальных родовых; организация совместного пребывания матери и ребенка после родов; внедрение в родовспомогательных учреждениях гибких правил, моделирующих «домашнюю» обстановку при родах и в послеродовом периоде. Векторный компонент семейно-ориентированной технологии при наблюдении за беременной, роженицей и роженицей – это характеристики структуры и функции семьи, находящейся на определенной стадии развития.

Опыт проведенных исследований и представленных здесь результатов свидетельствует о том, что использование потенциала семьи с целью оптимизации медицинской помощи населению практически не имеет ограничений, а определяется лишь уровнем подготовки и мотивации медицинского персонала и менеджмента учреждений лечебно-профилактической помощи.

А.Е. Иванова, д.э.н., С.А. Федоткина, к.м.н.
Москва, ЦНИИОИЗ МЗ,
Красноярск, КГЭИ

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ МОЛОДЕЖИ В ОТНОШЕНИИ МЕР ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКИ

С середины текущего десятилетия в России активно реализуются меры демографической политики, нацеленные на выполнение задач, сформулированных в Концепции демографической политики РФ до 2025 г. Помимо федеральных мер, в субъектах РФ разработаны программы, призванные решать специфические задачи в сфере увеличения рождаемости и снижения смертности, связанные с особенностями демографической ситуации в регионе. На решение задач в сфере демографического развития выделены значительные средства федерального бюджета, бюджетов регионов и муниципальных образований. Очевидно, что исполнительные органы власти озабочены оценкой результативности реализуемых мер. Между тем, действенность мер демографической политики не в последнюю очередь зависит от информированности населения в отношении этих мер и общественного мнения в отношении их результативности¹.

Для исследования репродуктивного и самосохранительного поведения населения, а также оценки общественного мнения в отношении мер демографической политики в июле 2010 г. было проведено выборочное социологическое обследование. Целевой группой были молодые люди в возрасте от 18 до 35 лет включительно. Опрос проводился Центром социального прогнозирования в 18 субъектах Федерации, представляющих все федеральные округа. Выборка в 1000 человек репрезентативна по социально-демографическим

¹ Акьюлов Р.И., Франц О.Б., Акьюлова Е.И. Семейная и молодежная политика как формы регулирования воспроизводства населения региона//Экономика региона. 2009. № 4. С. 13-19; Архангельский В.Н., Зверева Н.В. Современная политика в области рождаемости в России: предварительные итоги и перспективы. //Федерализм. М., 2010. № 2, с. 69-84; Сочнева Е. Демографическая политика: какие меры приносят наибольший эффект. //Человек и труд. М., 2008, № 12. С. 24-26; Стародубов В.И., Иванова А.Е. Анализ изменений и прогноз смертности населения в связи с мерами демографической политики. //Социальные аспекты здоровья населения. Информационно-аналитический вестник. 2009. № 1(9) <http://vestnik.mednet.ru/content/view/101/30/>; Тихомирова Т.М., Галочкина Ж.С., Луковенко А.А. Сравнительный анализ эффективности демографической политики в России и США// Экономика природопользования. 2010. № 3. С. 33-40.

признакам (пол, возраст, состояние в браке, уровень образования, место жительства) для молодежи России.

Как показал опрос, значительная часть молодежи не знает о проведении мер демографической политики в сфере улучшения здоровья и снижения смертности (табл. 1).

Наименьшая информированность относится к мерам, касающихся сохранения жизни и здоровья новорожденных. Это тем более странно, поскольку опрос проводился среди молодых людей, подавляющая часть которых состоит в браке или собирается завести семью и детей. Более 80% респондентов не знают о новом стандарте диспансерного наблюдения детей в течение первого года жизни; около 78% опрошенных не информированы об обследовании новорожденных и детей 1-го года жизни на проблемы со слухом; 75% не знают о строительстве, реконструкции и оснащении перинатальных центров в субъектах РФ, внедрении технологий по выхаживанию новорожденных с низкой массой тела; около 70% опрошенных не знают о дородовой диагностике нарушений развития ребенка, а также - обследовании новорожденных на наследственные и врожденные заболевания.

Таблица 1. Доля респондентов, не знавших о проведении следующих мер демографической политики, %

Меры демографической политики	Мужчины	Женщины	Оба пола
Создание медицинских центров для оказания квалифицированной помощи больным с сосудистыми заболеваниями	60,0	54,0	56,6
Создание медицинских центров для оказания онкологической помощи	57,6	53,5	55,3
Создание сети медицинских центров для оказания временной помощи пострадавшим в ДТП	73,3	71,6	72,4
Строительство, реконструкция и оснащение перинатальных центров в субъектах РФ, внедрение технологий по выхаживанию новорожденных с низкой массой тела	80,6	70,7	75,0
Новый стандарт диспансерного наблюдения детей в течение первого года жизни	85,2	80,8	82,7
Обследование новорожденных на наследственные и врожденные заболевания	76,1	66,3	70,6
Обследование новорожденных и детей 1-го года жизни на проблемы со слухом	81,3	74,9	77,7
Дородовая диагностика нарушений развития ребенка	75,9	65,4	70,0
Создание сети Центров здоровья	70,7	63,7	66,8
Увеличение числа квот на оказание высокотехнологической медицинской помощи	49,2	58,4	54,4

Можно было предположить, что женщины более информированы о мерах в отношении здоровья детей, однако результаты опроса свидетельствуют,

что принципиальных гендерных различий нет. Респондентки действительно несколько лучше информированы, но и среди них 65-75% ничего не знают о мерах в отношении новорожденных и детей первого года жизни.

Несколько лучше обстоит дело с информацией о создании медицинских центров для оказания квалифицированной помощи больным с сосудистыми заболеваниями, а также онкологической патологией. Не слышали об этих мерах лишь немногим более половины респондентов (55-57%). Аналогичные результаты получены в отношении такой меры, как увеличение числа квот на оказание высокотехнологической медицинской помощи (54%).

Такая широко рекламируемая программа, как создание сети Центров здоровья для профилактики заболеваний и укрепления здоровья оказалась неизвестна почти 67% молодых людей. Вместе с тем, именно на этот контингент должен быть сделан основной акцент в деятельности Центров здоровья, поскольку в этих возрастах еще можно предотвратить развитие хронических заболеваний, прежде всего, путем оздоровления образа жизни.

Таблица 2. Доля респондентов, не знавших о проведении следующих мер демографической политики в зависимости от уровня образования, %

Меры демографической политики	Неполное среднее, включая начальное	Среднее общее и специальное	Высшее, включая незаконченное
Создание медицинских центров для оказания квалифицированной помощи больным с сосудистыми заболеваниями	45,5	57,3	56,2
Создание медицинских центров для оказания онкологической помощи	45,5	60,9	50,1
Создание сети медицинских центров для оказания своевременной помощи пострадавшим в ДТП	90,9	74,6	69,7
Строительство, реконструкция и оснащение перинатальных центров в субъектах РФ, внедрение технологий по выхаживанию новорожденных с низкой массой тела	63,6	79,5	71,0
Новый стандарт диспансерного наблюдения детей в течение первого года жизни	72,7	83,3	82,4
Обследование новорожденных на наследственные и врожденные заболевания	54,5	76,3	65,4
Обследование новорожденных и детей 1-го года жизни на проблемы со слухом	54,5	80,5	75,5
Дородовая диагностика нарушений развития ребенка	54,5	75,1	65,4
Создание сети Центров здоровья	72,7	69,6	64,0
Увеличение числа квот на оказание высокотехнологической медицинской помощи	81,8	86,9	85,5

Можно было ожидать, что существует социальная дифференциация в отношении информированности о мерах демографической политики.

Как показал анализ в зависимости от уровня образования, принципиальных различий между образовательными группами нет, хотя можно говорить о наличии небольших, но систематических отличий в пользу более образованных групп (табл. 2). Из анализа следует исключить группу респондентов с образованием ниже среднего, поскольку в силу малой численности, результаты для нее грешат статистической недостоверностью. Фактически в сравнительном анализе участвуют респонденты со средним образованием, общим и/или специальным, и высшим, включая незаконченное и послевузовское.

В отношении большинства мер, прежде всего, касающихся сохранения жизни и здоровья детей, респонденты с высшим образованием информированы несколько лучше. Так, о строительстве, реконструкции и оснащении перинатальных центров в субъектах РФ, внедрении технологий по выхаживанию новорожденных с низкой массой тела, не знают около 80% респондентов со средним и 71% с высшим образованием; об обследовании новорожденных на наследственные и врожденные заболевания не информированы 76% респондентов со средним образованием и 65% с высшим; о дородовой диагностике нарушений развития ребенка 75% и 65% соответственно.

Вместе с тем, в отношении практически трети, включенных в опрос мер, различия между образовательными группами оказались практически несущественны. Это относится и к вопросам расширения квот на высокотехнологичную помощь, и к созданию центров для оказания квалифицированной помощи больным с сосудистыми заболеваниями, и к созданию сети медицинских центров для оказания своевременной помощи пострадавшим в ДТП.

Что касается вариации информированности в зависимости от характера занятий (табл. 3), то можно четко выделить самые неинформированные группы практически в отношении всех проводимых мер, это: респонденты, которые всегда занимались только домом, никогда не работали, и не ищут работу, а также те, кто занимаются только личным подсобным или приусадебным хозяйством. Выявить наиболее информированную категорию не представляется возможным, поскольку относительно лучшее знание в отношении действия одних мер сочетается с высоким уровнем незнания в отношении других. Вместе с тем, по совокупной информированности можно выделить учащихся, а также лиц, которые работали, но сейчас не работают и не собираются в ближайшее время.

Таблица 3. Доля респондентов, не знавших о проведении следующих мер демографической политики в зависимости от характера занятий, %

	ХАРАКТЕР ЗАНЯТИЙ								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Создание медицинских центров для оказания квалифицированной помощи больным с сосудистыми заболеваниями	64,3	54,9	33,3	51,8	57,0	59,1	57,9	50,0	54,9
Создание медицинских центров для оказания онкологической помощи	78,6	63,4	53,3	59,0	58,7	51,6	60,5	75,0	52,8
Создание сети медицинских центров для оказания своевременной помощи пострадавшим в ДТП	85,7	77,5	60,0	74,7	73,3	72,7	78,9	100,0	63,4
Строительство, реконструкция и оснащение перинатальных центров в субъектах РФ, внедрение технологий по выхаживанию новорожденных с низкой массой тела	100,0	77,5	80,0	74,7	79,7	73,2	68,4	100,0	71,8
Новый стандарт диспансерного наблюдения детей в течение первого года жизни	100,0	90,1	86,7	78,3	80,2	84,1	78,9	100,0	80,3
Обследование новорожденных на наследственные и врожденные заболевания	100,0	77,5	80,0	68,7	76,2	67,7	68,4	100,0	69,7
Обследование новорожденных и детей 1-го года жизни на проблемы со слухом	85,7	80,3	73,3	74,7	82,0	74,7	76,3	75,0	81,0
Дородовая диагностика нарушений развития ребенка	92,9	70,4	86,7	65,1	76,7	68,5	68,4	100,0	69,0
Создание сети Центров здоровья	78,6	74,6	60,0	66,3	73,8	66,9	73,7	75,0	56,3
Увеличение числа квот на оказание высокотехнологической медицинской помощи	85,7	85,9	93,3	81,9	87,8	87,0	92,1	100,0	83,1

Характер занятий: **1** - Всегда занимались только домом, никогда не работали, и не ищут работу; **2** - Работали, но сейчас не работают, ищут работу; **3** - Работали, но сейчас не работают, и не собираются в ближайшее время; **4** - Нет постоянной работы, но есть случайные нерегулярные заработки; **5** - Работают в бюджетной организации; **6** - Работают во внебюджетной организации; **7** - Индивидуальный предприниматель; **8** - Занимаются только личным подсобным или приусадебным хозяйством; **9** - Учатся

Таким образом, исключительная погруженность в домашние и хозяйственные заботы, и отсутствие внесемейной занятости существенно снижает уровень информированности респондентов за пределами круга своих интересов, в том числе и о проводимых мерах демографической политики в сфере улучшения здоровья и снижения смертности. Относительно лучше информированы учащиеся, а также лица, ранее работавшие, сохраняющие внесемейные интересы и имеющие время и средства для их реализации (работали, но сейчас не работают, и не собираются в ближайшее время).

Тот факт, что молодые люди довольно плохо информированы о действующих мерах демографической политики, отнюдь не снижает значимость достижения общественного согласия в отношении принятия дополнительных мер. При этом, с учетом полученных результатов, необходима более активная информационно-разъяснительная работа в отношении принимаемых мер, с тем, чтобы имеющиеся возможности были востребованы нуждающимися в этом группами.

Среди значительного числа мер, предлагаемых на втором этапе реализации Концепции демографической политики, этапе 2011-2015 г., можно выделить несколько групп (табл. 4). Первая группа – меры в области охраны материнства и детства, вторая – сохранение здоровья работающих; третья – создание условий для сохранения здоровья пожилых и инвалидов; четвертая – улучшение медико-социальной помощи сельским жителям; пятая – профилактика заболеваний и оздоровление образа жизни; шестая – улучшение медицинской помощи; седьмая – меры по сокращению бедности. Таким образом, предлагаемые меры охватывают все целевые группы и задействуют стратегии, учитывающие основные детерминанты здоровья населения, а не только собственно медицинскую помощь.

По мнению респондентов, значимость мер по охране материнства и детства варьирует в диапазоне от 3,9 до 4,4 баллов по 5-бальной шкале. Наибольшей популярностью пользуется мера, связанная с повышением профессионального уровня акушеров-гинекологов – около 60% опрошенных сочли, что она имеет максимальное значение для улучшения здоровья и снижения смертности. Вопросы квалификации врачей, по мнению опрошенных, даже более значимы, чем развитие медицинских технологий – хирургии новорожденных для своевременной коррекции врожденных пороков у детей (4,2 бал-

ла). Это вполне объяснимо, поскольку с развитием и внедрением в практику высоких технологий, в первую очередь повышаются требования к квалификации медицинского персонала. В группе мер, связанных с охраной материнства и детства, наименее значима, по мнению респондентов, такая мера, как проведение диспансеризации подростков на предмет репродуктивного здоровья: лишь немногим более трети респондентов (37,3%) сочли ее максимально значимой для улучшения здоровья населения. По-видимому, неверно было бы интерпретировать эти результаты, как свидетельство недооценки молодыми людьми проблем репродуктивного здоровья. Скорее всего, скепсис связан с технологией выполнения задачи, поскольку проводимые диспансеризации (детей, работающего населения) не дали видимых результатов, во всяком случае, население о них не информировано.

Группа мер, связанная с охраной здоровья работающих, получила довольно низкие оценки – 3,7-3,8 баллов; лишь около трети респондентов сочли эти меры высоко значимыми с точки зрения их влияния на улучшение здоровья населения. Это тем более странно, поскольку в нашей стране все еще велик удельный вес рабочих мест с вредными и опасными условиями труда, а система медсанчастей на предприятиях, существовавшая в советское время, практически распалась. Подобные оценки, возможно, означают, что современная молодежь избегает занятости на подобных рабочих местах, или недооценивает существующие риски в силу недостаточной информированности.

Меры, направленные на социальное обслуживание пожилых и инвалидов, создание для них доступной среды жизнедеятельности, получили оценку в 4,1 балла, при этом 41-44% опрошенных сочли эти меры высоко значимыми с точки зрения их влияния на здоровье и снижение смертности. Такой уровень оценки симптоматичен, поскольку опрос проводился среди молодых людей. Вместе с тем, учитывая величины желаемой длительности жизни, высказанные респондентами (около 88 лет), а также современное состояние дел, хорошо известное молодежи, в том числе, на примере своих родителей, достаточно высокий уровень поддержки данных мер не кажется удивительным.

Таблица 4. Оценка респондентами значимости возможных мер с точки зрения их влияния на улучшение здоровья и снижение смертности населения, %

	Значимость возможных мер с точки зрения их влияния на улучшение здоровья и снижение смертности населения					средняя
	1	2	3	4	5	
Развитие здравпунктов на предприятиях	5,1	10,0	23,3	25,8	35,8	3,8
Проведение периодических медосмотров, дополнительной диспансеризации работающего населения для профилактики заболеваний	3,4	7,4	22,5	31,0	35,7	3,8
Сокращение рабочих мест с вредными и опасными условиями труда	4,4	10,5	24,6	27,5	33,0	3,7
Внедрение обучающих технологий безопасной работы	3,1	8,9	25,7	32,7	29,6	3,8
Развитие хирургии новорожденных для своевременной коррекции врожденных пороков у детей	1,0	4,4	15,7	27,7	51,2	4,2
Повышение профессионального уровня акушеров-гинекологов	0,8	2,7	12,5	26,3	57,7	4,4
Усовершенствование реабилитационной помощи детям-инвалидам	2,1	5,7	15,3	29,1	47,8	4,1
Проведение диспансеризации подростков о состоянии репродуктивного здоровья	2,9	6,3	22,4	31,1	37,3	3,9
Медицинская и социально-психологическая помощь женщинам в случаях незапланированной беременности	1,9	6,3	18,8	30,1	42,9	4,1
Оснащение сельских медицинских учреждений средствами транспорта и связи, укрепление их кадрового и материально-технического потенциала	1,9	3,3	15,8	26,3	52,7	4,2
Повышение доступности медицинской помощи сельскому населению путем организации выездных поликлиник	1,5	3,9	15,7	27,1	51,8	4,2
Обеспечение комплексной медико-социальной помощи пожилым на селе	1,6	4,0	15,2	28,3	50,9	4,2
Оказание Центрами здоровья услуг по профилактике заболеваний и ведению здорового образа жизни	3,1	7,4	22,0	26,7	40,8	3,9
Меры по сокращению спроса и ограничению предложения алкоголя	6,9	7,8	18,7	24,1	42,5	3,9
Меры по сокращению спроса и ограничению предложения табачных изделий	6,9	8,1	19,2	23,3	42,5	3,9
Развитие центров высоких медицинских технологий: увеличение их числа и географии размещения по территориям страны	2,3	4,8	17,5	28,6	46,8	4,1
Внедрение стандартов оказания медицинской помощи населению при основных заболеваниях, гарантирующих одинаковое качество и доступность ее на всей территории РФ	1,8	4,0	15,4	28,7	50,1	4,2
Модернизация скорой медицинской помощи с целью сокращения времени доставки больного или пострадавшего и сроков оказания ему специализированной помощи	1,1	3,6	10,8	27,3	57,2	4,4
Полное финансовое обеспечение гарантий государства на бесплатные для населения виды медицинской помощи	0,9	3,3	12,5	24,0	59,3	4,4
Государственное регулирование цен на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные средства	1,1	2,5	14,4	22,7	59,3	4,4
Меры, направленные на предотвращение безработицы путем профессионального обучения, организации общественных работ, помощи по переезду, организации предпринимательской деятельности	3,7	7,0	22,2	26,7	40,4	3,9

	Значимость возможных мер с точки зрения их влияния на улучшение здоровья и снижение смертности населения					средняя
	1	2	3	4	5	
Меры по обеспечению доходов населения в соответствии с уровнем квалификации и востребованности на рынке труда	2,7	4,0	20,8	28,8	43,7	4,1
Дополнительная материальная поддержка семьям в трудной жизненной ситуации на основе социального контракта (ответственность семьи: здоровый образ жизни, активный поиск работы, забота о детях)	2,3	5,3	18,6	27,2	46,6	4,1
Расширение сети социального обслуживания пожилых и инвалидов, материально-техническое и кадровое обеспечение учреждений соц. обслуживания	1,7	4,5	20,6	31,5	41,7	4,1
Реализация программ, нацеленных на создание доступной среды для инвалидов (здания, дороги, рабочие места, информация, связь)	1,7	5,1	16,8	32,2	44,2	4,1

Еще одной уязвимой группой с точки зрения охраны здоровья, является сельское население. Все меры, направленные на улучшение медицинского обслуживания сельских жителей, получили одинаково высокую поддержку – 4,2 балла, при этом более половины респондентов сочли эти меры высоко значимыми. Главными проблемами сельского здравоохранения является изношенность материально-технической базы учреждений и дефицит кадров, низкая доступность медицинской помощи жителям отдаленных населенных пунктов, и потребность в комплексном решении медико-социальных проблем пациентов, поскольку речь идет в основном о пожилых людях. На решение всех этих проблем и нацелен комплекс предлагаемых мер.

Центральным направлением современной стратегии охраны здоровья населения становится профилактическая деятельность. Создание сети Центров здоровья, разработка Концепции антиалкогольной политики, аналогичной политики противодействия табакокурению – наглядное свидетельство наметившегося поворота. Вместе с тем, меры по профилактике заболеваний и оздоровлению образа жизни пока не находят должной поддержки в молодых группах населения, что подтверждается исследованиями по алкогольному поведению². В среднем значимость этих мер с точки зрения влияния на улучшение здоровья и снижение смертности оценивается респондентами в 3,9 балла, и лишь немногим более 40% респондентов считают эти меры высоко значимыми. Подобная оценка свидетельствует о недостаточной инфор-

² Краткие итоги выборочного обследования "Влияние поведенческих факторов на состояние здоровья населения" http://www.gks.ru/free_doc/2008/demo/zdr08.htm; Халтурина Д.А. Алкогольная политика: мировой опыт и российские реалии. // Наркология. 2007. № 5. С. 10-18.

мационно-разъяснительной работе, поскольку очевидно, что без сокращения спроса на алкоголь и табак, меры по ограничению предложения не дадут оздоровительного эффекта, а приведут лишь к расширению теневого предложения, о чем предупреждают эксперты.

Наибольшей поддержкой респондентов пользуются меры в улучшения оказания медицинской помощи. Их значимость варьирует от 4,1 до 4,4 баллов. Максимальные оценки получили меры, связанные с полным финансовым обеспечением государственных гарантий бесплатной медицинской помощи, модернизацией скорой медицинской помощи с целью сокращения времени доставки больного и оказания ему специализированной помощи, а также регулированием цен на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные средства – около 60% опрошенных считают эти меры высоко значимыми с точки зрения их влияния на улучшение здоровья и снижение смертности населения, что соответствует мнению экспертов о приоритетных направлениях развития здравоохранения³. Развитие центров высоких медицинских технологий оценивается респондентами в 4,1 балла, высоко значимыми эту меру сочли менее половины респондентов. Таким образом, акцент респондентами сделан на проблеме доступности и качества преимущественно стандартных видов медицинской помощи, т.е. на выполнении государством собственных гарантий.

И, наконец, группа мер, прямо или косвенно посвященная борьбе с бедностью. Как ни странно, эти меры получили у респондентов средний уровень поддержки – 3,9-4,1 балла, при том, что лишь 40-45% опрошенных сочли их высоко значимыми. Возможно, что такая оценка связана с восприятием этих мер в контексте влияния на здоровье и снижение смертности, поскольку респонденты не видят прямой зависимости между бедностью и здоровьем. Поэтому предложения, направленные на преодоление безработицы, дополнительную поддержку семьям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, а также меры по обеспечению доходов населения в соответствии с уровнем квалификации и востребованности на рынке труда, не оценены респондентами как приоритетные.

³ Медик В.А. Роль здравоохранения в реализации концепции демографической политики на региональном уровне. //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2009. № 2. С. 3-7

В целом, обсуждая полученные результаты, можно констатировать, что молодые люди пребывают в своеобразном плену убеждений, что за здоровье отвечает система здравоохранения, а еще точнее – медицинская помощь, поэтому наиболее значимыми для сохранения здоровья и сокращения смертности респонденты считают меры по совершенствованию именно медицинской помощи: повышение квалификации врачей, обеспечение доступности услуг, отнесенных к государственным гарантиям бесплатной медицинской помощи, и регулирование цен на лекарства. Даже в сфере здравоохранения меры, направленные на расширение сферы высоких медицинских технологий, внедрение стандартов и пр. поддерживается меньшим числом респондентов. Тем более меньшая значимость придается межведомственным усилиям по сохранению здоровья.

Если обратиться к современным программам по профилактике заболеваний и укреплению здоровья европейских стран, то межведомственный подход лежит в основе всех стратегий охраны здоровья населения. Но для того, чтобы эта идеология была воспринята общественными институтами и населением, понадобилось не одно десятилетие целенаправленных усилий как в информационно-политической плоскости, так и в практической деятельности. Достаточно вспомнить, что первые общеевропейские, под эгидой ВОЗ предложенные программы, появились еще в 1970-е годы. Таким образом, и в России понадобятся значительные усилия и время для достижения общественного согласия по вопросам межведомственного подхода к охране здоровья населения.

Проведенный анализ показал также, что существует хотя и не принципиальная, но, тем не менее, заметная социальная дифференциация оценки дополнительных мер демографической политики. На поверхности эта дифференциация выступает как различия по образованию, причем респонденты с высшим и послевузовским образованием оценивают практически все предлагаемые меры, как менее значимые с точки зрения их влияния на улучшение здоровья и снижение смертности населения. Наибольшие различия касаются оценки мер в области социальной политики, борьбы с бедностью, улучшения условий труда, оздоровления образа жизни. В отношении мер, затрагивающих собственно вопросы медицинской помощи, различия минимальны.

В основе различий по образованию лежит дифференциация респондентов по характеру занятий. Максимально высокую оценку значимости практически всех мер дали лица, никогда не работавшие, всегда занимавшиеся домом (традиционные домохозяйства), или занятые личным и подсобным хозяйством, т.е. респонденты, как правило, имеющие среднее образование. Высокообразованная категория респондентов представлена в значительной мере учащимися и предпринимателями, первые из которых дали минимальные оценки, вероятно, в силу возрастного экстремизма, а в основе суждений вторых, как правило, превалировали финансово-экономические критерии.

О.А. Кислицына, д.э.н.

Москва, ИСЭПН РАН

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДРОСТКИ – ПОКОЛЕНИЕ, КОТОРОЕ ПОТЕРЯЛА РОССИЯ?!

Подростковый период является стадией жизни, имеющей высочайший потенциал для интеллектуального и физического развития. Для России проблема потенциальных возможностей сохранения здоровья подростков особенно актуальна в связи с тем, что страна никак не может выйти из беспрецедентного демографического кризиса, а заметное ухудшение здоровья подрастающего поколения рассматривается как угроза безопасности личности, общества и государства.

Сегодняшние юноши и девушки – это дети, которые родились в драматичный период нашей истории, в начале 90-х годов, характеризуемый ухудшением условий жизни, глубоким их реформированием с ломкой сложившихся стереотипов, социальным расслоением, всплеском коррупции, нравственной деградацией общества. Детство современных подростков пришлось на годы, когда родителям (даже самым любящим и заботливым), оказавшимся перед фактом, что надо бороться за существование, не хватало времени и сил заниматься семьей. Детям передан стресс, который пережили их родители в девяностые годы. Это не могло не отразиться на их здоровье. Дети, подростки, молодежь оказались предоставленными сами себе, а, на самом деле, брошенными обществом на произвол судьбы. Их воспитателями стали телевидение, видео- и компьютерные игры, а также улица – кузница кадров для преступных группировок. Пиво, табак, наркотики, ранний секс – стали атрибутом молодежной среды. Так возникло «потерянное поколение». Поколение больное физически и духовно. В подтверждение приведем несколько фактов.

В России зарегистрирован беспрецедентный для мирного времени уровень смертности среди подростков 15-19 лет, намного опережающий аналогичный показатель не только в развитых странах, но и в государствах Центральной и Восточной Европы (рис.1). При этом основными причинами смерти являются внешние причины – травмы в результате несчастных случаев, отравления, самоубийств или насилия. На их долю приходится 80% случаев раннего ухода из жизни. Риск смерти для юношей примерно в 3 раза выше,

чем для девушек (уровень смертности на 100 тыс. составляет соответственно 147,5 и 62), что объясняется большей вероятностью для юношей умереть от внешних причин (115,1 для юношей против 40,5 для девушек).

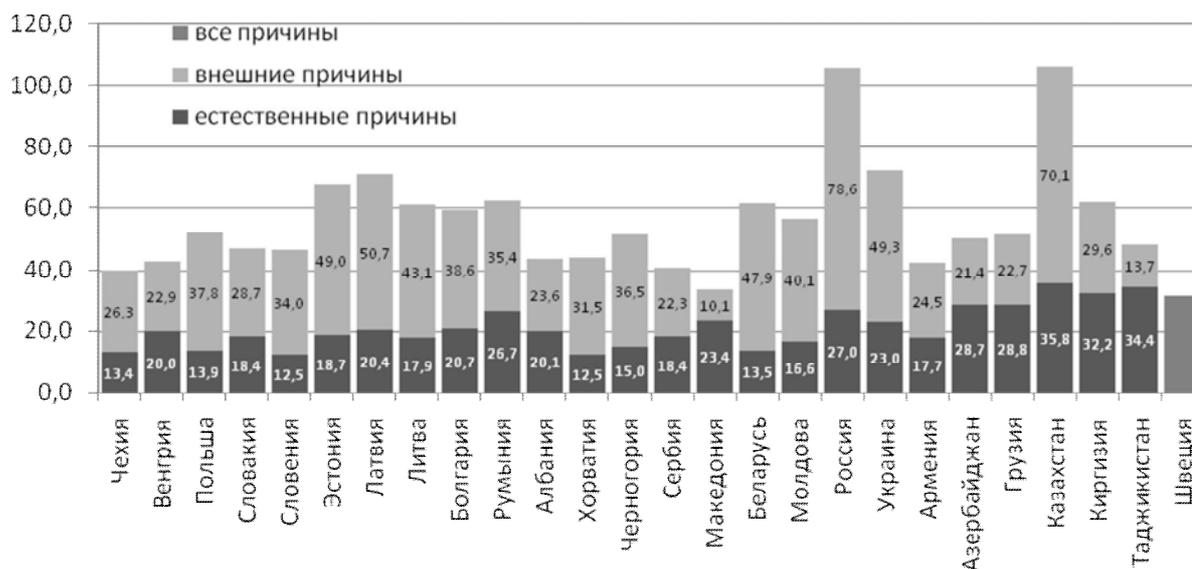


Рис.1. Уровень смертности молодых людей в возрасте 15-19 лет (на 100 тыс. населения соответствующего возраста), 2008 г.

Источник: TransMONEE 2010 DATABASE. UNICEF Innocenti Research Centre. www.unicef-irc.org

Среди ведущих причин подростковой смертности выделяются дорожно-транспортные происшествия. Наряду с увеличением автомобильного парка с начала 90-ых гг., в России наблюдалось драматическое ухудшение дорожной безопасности, обусловленное сочетанием таких факторов как плохие дороги, злоупотребление алкогольными напитками водителями и пешеходами, низкое качество догоспитальной помощи. В результате Россия относится к странам Европейского региона с самым высоким уровнем смертности от дорожно-транспортного травматизма в возрастной группе 1–19 лет (рис. 2)

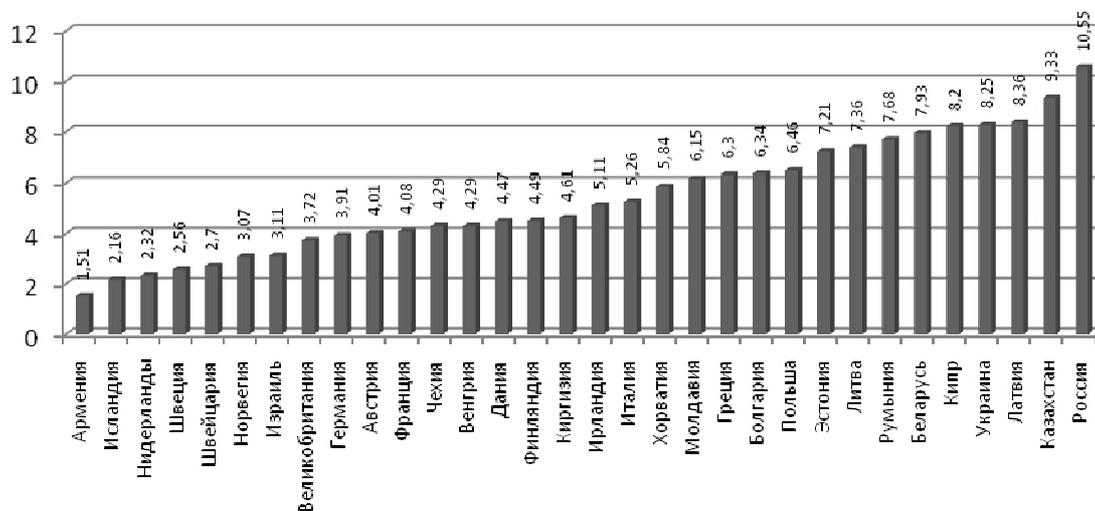


Рис.2. Уровень смертности детей и подростков 1-19 лет (на 100 тыс. населения соответствующего возраста), 2006-2008

Источник: European mortality database

Следующей по распространенности причиной смерти в результате травм являются самоубийства. Порой целые города охватывает эпидемия детских и подростковых суицидов, по уровню которых среди юношей 15-19 лет России вновь опережает большинство европейских стран (рис. 3).

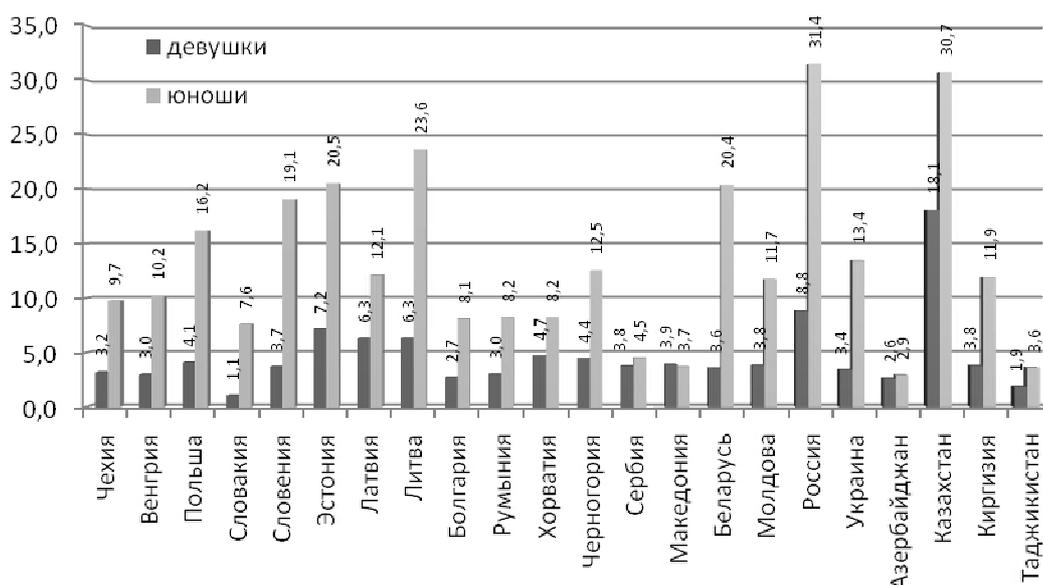


Рис.3. Уровень смертности молодых людей в возрасте 15-19 лет по причине суицидов (на 100 тыс. населения соответствующего возраста), 2008 г.

Источник: TransMONEE 2010 DATABASE. UNICEF Innocenti Research Centre. www.unicef-irc.org

Важнейшей причиной подростковой травматической смертности являются убийства. По этому показателю среди молодежи Россия также является лидером, намного опередив страны Европейского региона (рис. 4). Молодые россияне убивают друг друга чаще на бытовой почве, нежели в военных конфликтах. Среди основных причин, по мнению экспертов, можно выделить невозможность самореализации и повсеместное употребление алкоголя.

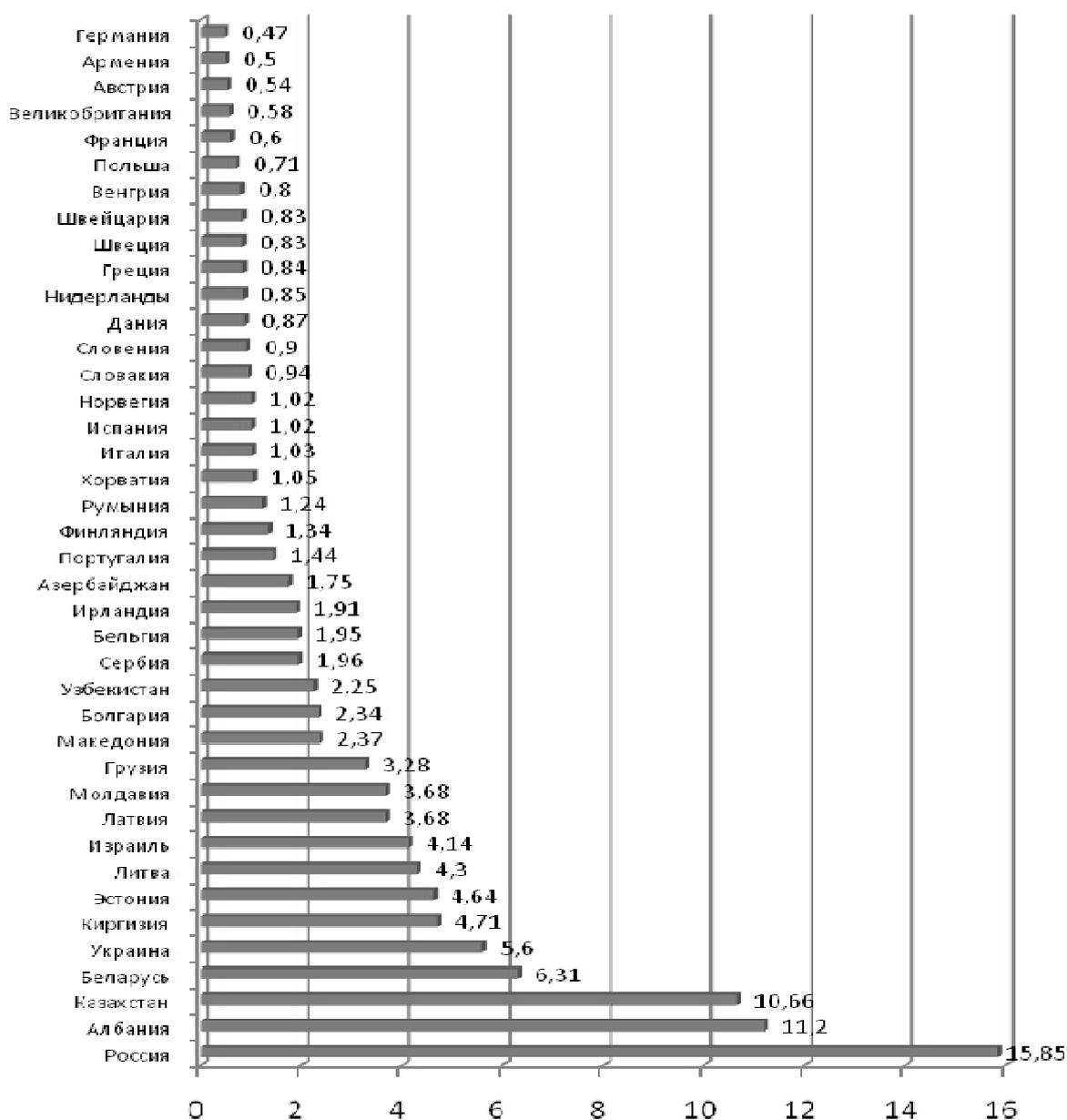


Рис. 4. Уровень смертности молодых людей в возрасте 10-29 лет по причине убийств (на 100 тыс. населения соответствующего возраста), 2004-2006

Источник: WHO, European report on preventing violence and knife crime among young people. WHO Regional Office for Europe. 2010

Российские подростки чаще, по сравнению со своими Европейскими сверстниками, не только умирают, но и жалуются на плохое здоровье (рис.5).

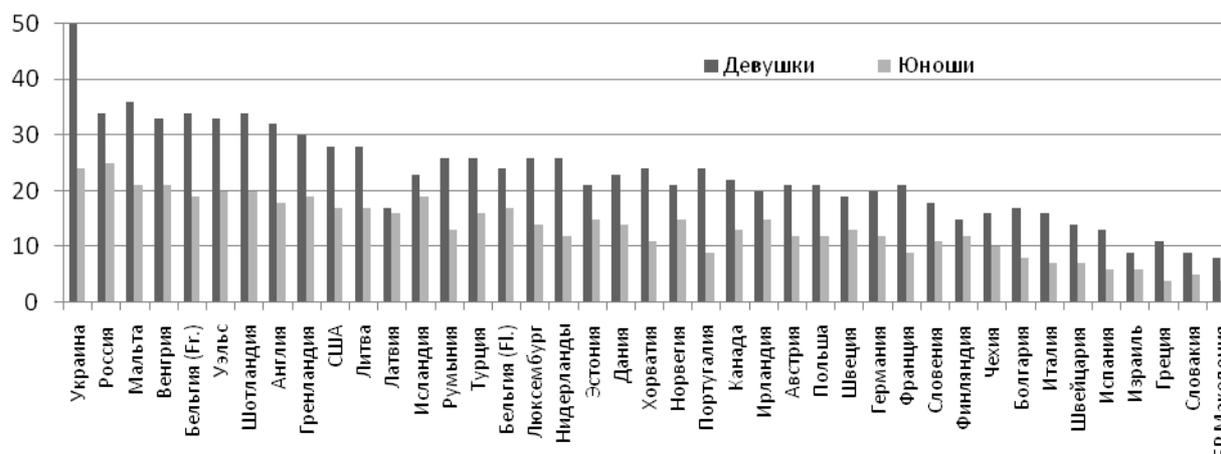


Рис. 5. Доля подростков 15 лет, оценивших свое здоровье как среднее и плохое (по 4-х балльной шкале)

Источник: Inequalities in young people's health: HBSC international report from the 2005/2006 Survey <http://www.hbsc.org>

В 2008 г. на 100 подростков было зарегистрировано 125 больных соответствующего возраста с впервые в жизни установленным диагнозом. Больше всего молодых россиян беспокоят болезни органов дыхания, доля которых составила 45,8%; на втором месте по числу первичных обращений находятся травмы и отравления (11,7%); третье место занимают патологии нервной системы и органов чувств (9,3%), на четвертом – поражения кожи и подкожной клетчатки (6,6%), далее следуют болезни органов пищеварения (5,5%), мочеполовой (4,7%) и костно-мышечной (4,6%) систем, инфекционные и паразитарные болезни (3,4%).

Одной из основных проблем здравоохранения, требующих незамедлительного решения, об остроте которой можно судить по числу детских и подростковых суицидов, остается распространенность психических заболеваний. По данным исследователей Института мозга Российской академии наук, проблемы с психическим здоровьем имеют 15% детей, 25% подростков, 40% призывников¹. Особенностью психических заболеваний является то, что они зачастую приводят к глубокой социальной и психологической дезадаптации, а в подавляющем большинстве являются причиной инвалидности.

¹ Татьяна Дмитриева: психические заболевания являются основной угрозой здоровью и общему благосостоянию нации. 06.10.2009. <http://m.remEDIUM.ru/pda/news/russian/detail.php?ID=29614>

Негативные изменения в здоровье подростков приводят к ограничениям их возможностей в выборе профессии (25-50% подростков) и снижению годности к воинской службе (35% юношей) ².

Раннее (до достижения полной психофизиологической зрелости) и безответственное начало половой жизни (к 15 годам треть российских подростков имеет сексуальный опыт (рис.6)) негативно сказывается на состоянии репродуктивного здоровья подрастающего поколения. Проблемы в этой сфере имеют 70% девушек и 50% юношей ³. Более того, по мнению экспертов, каждый пятый подросток в будущем не сможет иметь детей ⁴.

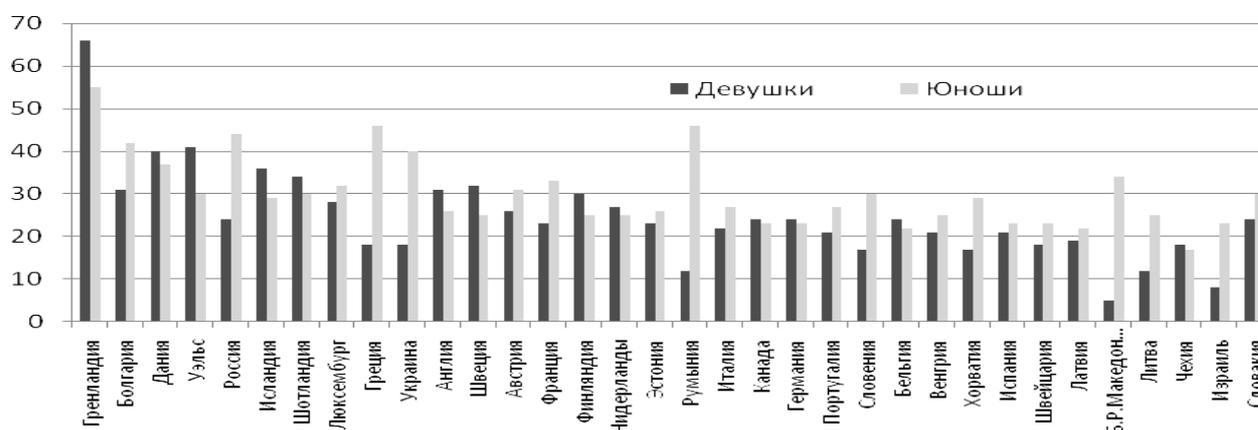


Рис. 6. Доля подростков в возрасте 15 лет, которые имели сексуальные контакты

Источник: Inequalities in young people's health: HBSC international report from the 2005/2006 Survey. <http://www.hbsc.org/>

Молодые люди в нашей стране быстро переняли зарубежную тенденцию к ранним половым связям, но совершенно не задумались о последствиях, о чем свидетельствует количество подростковых беременностей, половина из которых заканчивается абортми (рис.7). В 2008 г. из общего числа всех искусственно прерванных беременностей 10% пришлось на девушек в возрасте до 19 лет. По этим показателям Россия вновь «опережает» большую часть стран Европейского региона, уступая лишь Болгарии и Румынии.

² UNICEF (2002). Children and disability in Russia. Innocenti Research Centre. MONEE Country Analytical Report 2002

³ Баранов А, Щеплягина Л, Ильин Ф, Кучма В. (2005) Состояние здоровья детей как фактор национальной безопасности // Российский педиатрический журнал 2

⁴ Русанова Н. (2007) Репродуктивное здоровье детей – основа будущей рождаемости / Доклад, представленный на интерне-конференции. <http://ecsocman.edu.ru/db/msg/308041/print.html>

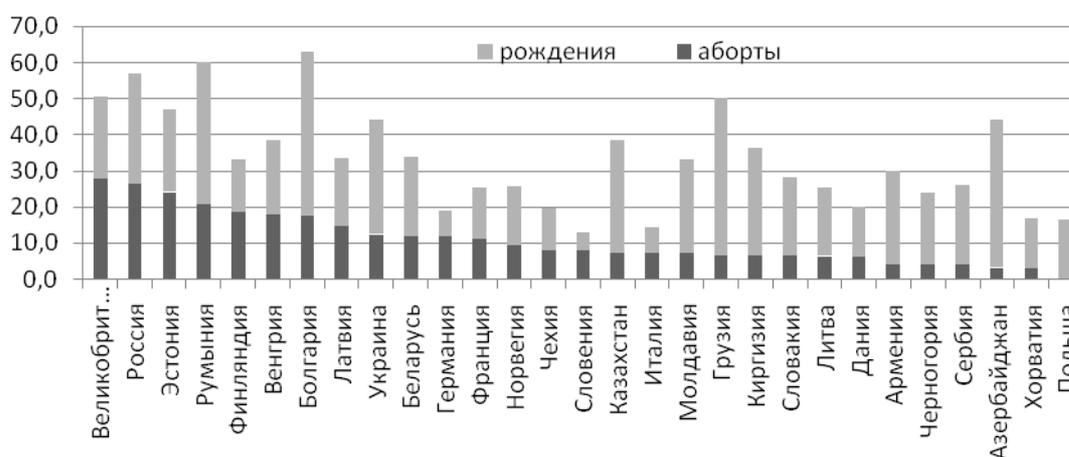


Рис. 7. Число абортов и живорождений у женщин в возрасте от 15 до 19 лет (на 1000 женщин в возрасте 15-19 лет)

Источник: TransMONEE 2010 Database, UNICEF Innocenti Research Centre. www.unicef-irc.org/ Sexuality education in Europe. A reference guide to policy and practice. The SAFE Project / IPPF European Network. Brussels. 2006

В связи с более широким распространением добрачных сексуальных отношений, когда подростки часто не имеют постоянного полового партнера, а также вовлечением детей и подростков в сферу оказания платных интимных услуг, крайне высок риск заболеваний, вызванных инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП).

Показатель заболеваемости сифилисом у девушек 15-17 лет в 2008 г. превышает на 30% общую заболеваемость взрослого населения России и в разы – показатели, зарегистрированные среди сверстников в странах Центральной и Восточной Европы (рис.8).

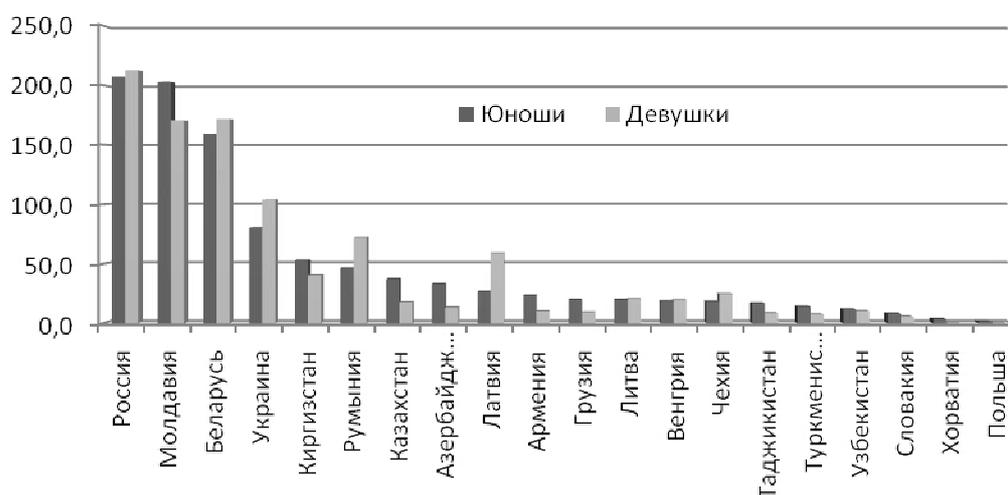


Рис. 8. Заболеваемость ИППП среди подростков 15-17 лет (впервые зарегистрированные случаи сифилиса и гонореи на 100 тыс. населения соответствующего возраста), 2008г.

Источник: TransMONEE 2010 DATABASE, UNICEF Innocenti Research Centre. www.unicef-irc.org

Высокий уровень заболеваемости ИППП среди детей и подростков не только сам по себе опасен для их репродуктивного здоровья, но создает эпидемиологические условия для распространения этих заболеваний, что в свою очередь способствует быстрому распространению ВИЧ-инфекции. В настоящее время Россия переживает одну из самых масштабных ВИЧ-эпидемий в Европе. По данным статистики на 31.12.2008 г. кумулятивное число ВИЧ-инфицированных составило 434 812 человек, в том числе 57 342 молодых людей в возрасте 15–19 лет. Однако эти цифры представляют лишь вершину айсберга: по оценкам, реальное число ВИЧ-инфицированных россиян – около 1 млн.⁵

Будущее российской нации под угрозой из-за распространенности табакокурения, потребления алкоголя и других нелегальных наркотиков в подростковой среде.

В последнее десятилетие прошлого века в России вместе с ростом алкоголизации населения, начался процесс омоложения алкоголизма, т.е. в поле внимания врачей-наркологов стали попадать дети 12-13 лет. В 2008 г. наблюдалось 1982 (30 на 100 тыс.) подростка, больных алкоголизмом, и еще 63 тыс. (999 на 100 тыс.) были взяты на учет в связи с употреблением алкоголя с вредными последствиями. Официальные данные учета употребляющих алкоголь подростков значительно ниже, чем результаты специальных наблюдений, проведенных с помощью анонимного анкетирования. Согласно обследованию молодежи алкогольные напитки, включая пиво, в России пьют свыше 80% подростков, а средний возраст начала употребления спиртного снизился с 16 до 13 лет⁶. По данным Европейского школьного обследования потребления алкоголя и других наркотиков (ESPAD, 2007) Россия относится к числу стран, в которых подростки очень рано приобщаются к алкоголю (рис.9). 25% опрошенных мальчиков и 17% девочек отметили, что испытывали состояние опьянения до того как им исполнилось 13 лет.

⁵ UNAIDS/WHO (2008) Epidemiological Facts Sheet on HIV and AIDS. Russian Federation. 2008 Update / UN-AIDS/WHO Working group on Global HIV/AIDS and STI

⁶ Рашид Нургалиев: Свыше 80 процентов российских подростков пьют алкогольные напитки // «Российская Газета» 6 октября 2010

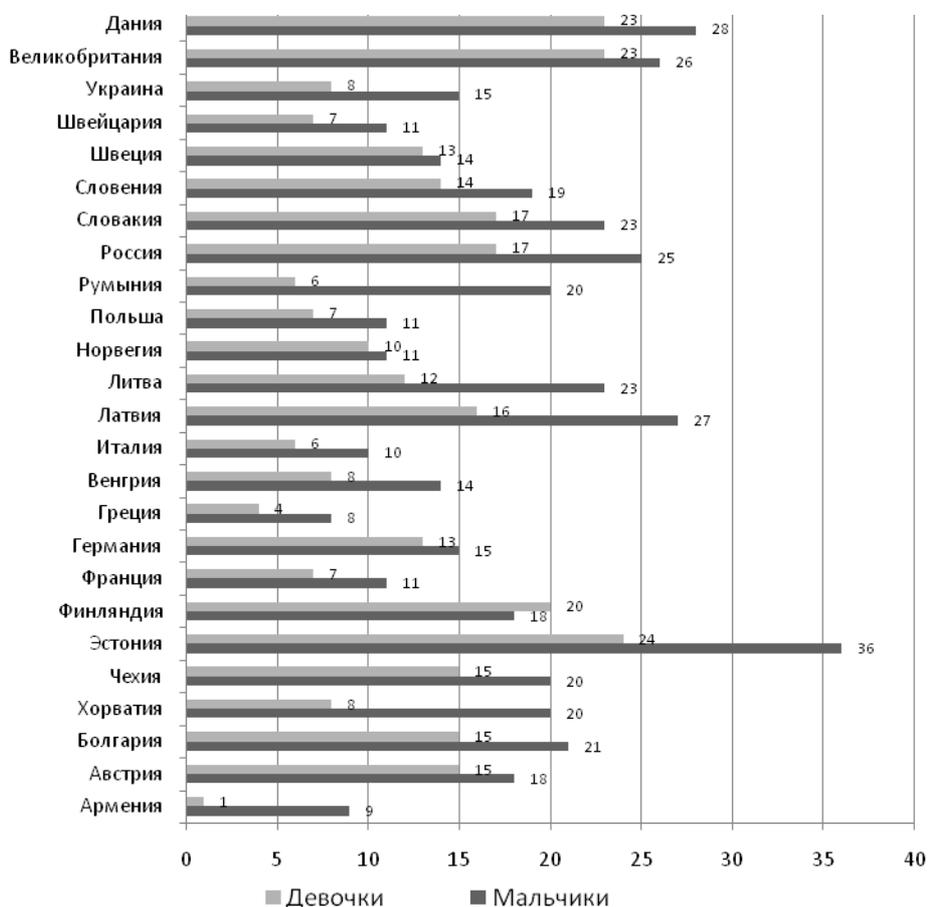


Рис. 9. Доля подростков, испытавших опьянение в возрасте 13 лет и младше, 2007 г.

Источник: European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs 2007

Россия является одной из самых курящих стран мира. К этой вредной привычке все чаще приобщаются дети и подростки. Согласно данным Европейского школьного обследования потребления алкоголя и других наркотиков (ESPAD, 2007) 66% 15-16-летних россиян (73% юношей и 57% девушек) пробовали курить хоть раз в своей жизни (рис.10). 35% (41% юношей и 29% девушек) курили в течение последних 30 дней, предшествующих опросу. Российские подростки начинают курить намного раньше своих сверстников в других странах Европейского региона. Доля подростков, выкуривших до достижения 13-летнего возраста первую сигарету, составила 54% среди мальчиков и 31% среди девочек, а ставших регулярными курильщиками – 14% и 7% соответственно (рис.11).

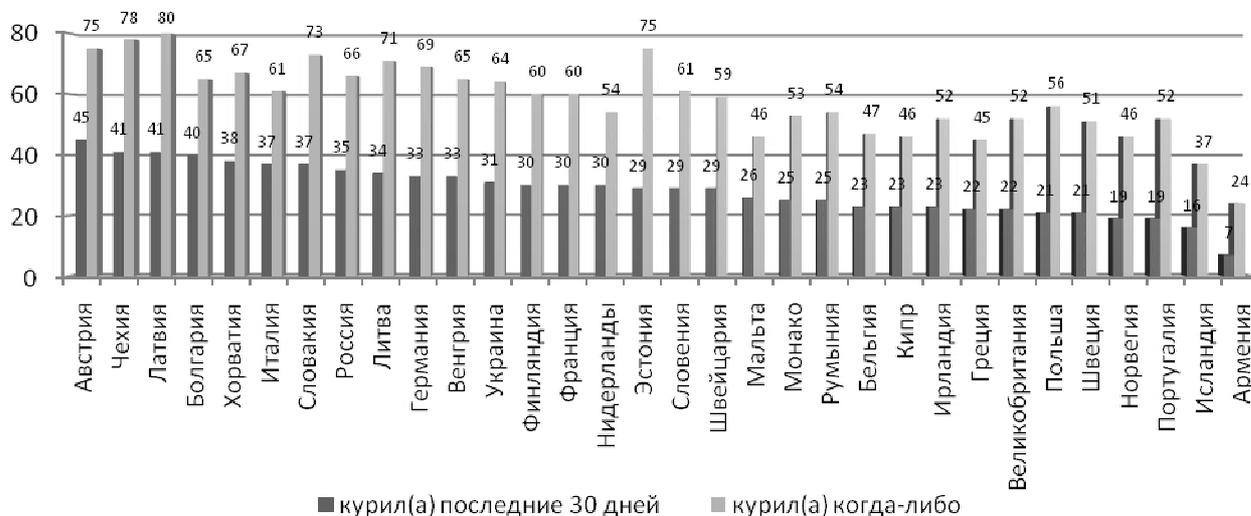


Рис. 10. Распространенность курения среди 15-16-летних подростков

Источник: European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs 2007

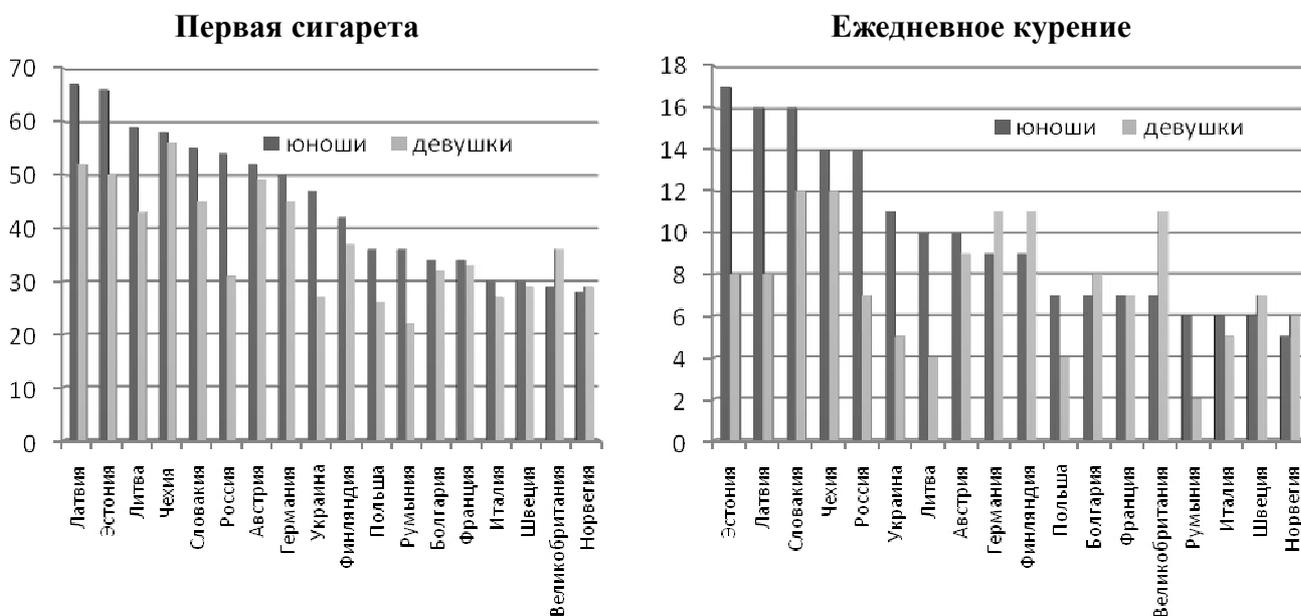


Рис. 11. Доля подростков 15-16 лет, выкуривших первую сигарету или начавших курить ежедневно до достижения 13-летнего возраста

Источник: European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs 2007

Масштаб наркомании в России, по словам руководителя ФСКН России В.Иванова, достиг «апокалипсических» размеров. Если официально в стране зарегистрировано более 620 тыс. наркозависимых, то их число, рассчитанное по методике ООН, в несколько раз больше — 2,5 млн. человек. По данным

независимых социологических исследований реальная численность потребителей наркотиков в стране превышает официальную в 8–10 раз ⁷. Из общего числа наркоманов в России, 20% - это школьники, 60% - молодежь от 16 до 30 лет, 20% - люди более старшего возраста. Средний возраст приобщения к наркотикам – 15-17 лет, при этом резко увеличивается распространение употребления наркотиков среди детей 9-13 лет. Ежегодно в стране умирает свыше 100 тыс. наркоманов, причем 8-10 тыс. умирают от передозировки. До 90% наркозависимых в нашей стране потребляют наркотики опиатной группы, более половины из которых – тяжелые наркотики. Проще говоря, 90% наркоманов у нас «сидят» на героине. По масштабам употребления инъекционных наркотиков Россия занимает одно из первых мест в мире (рис.12).

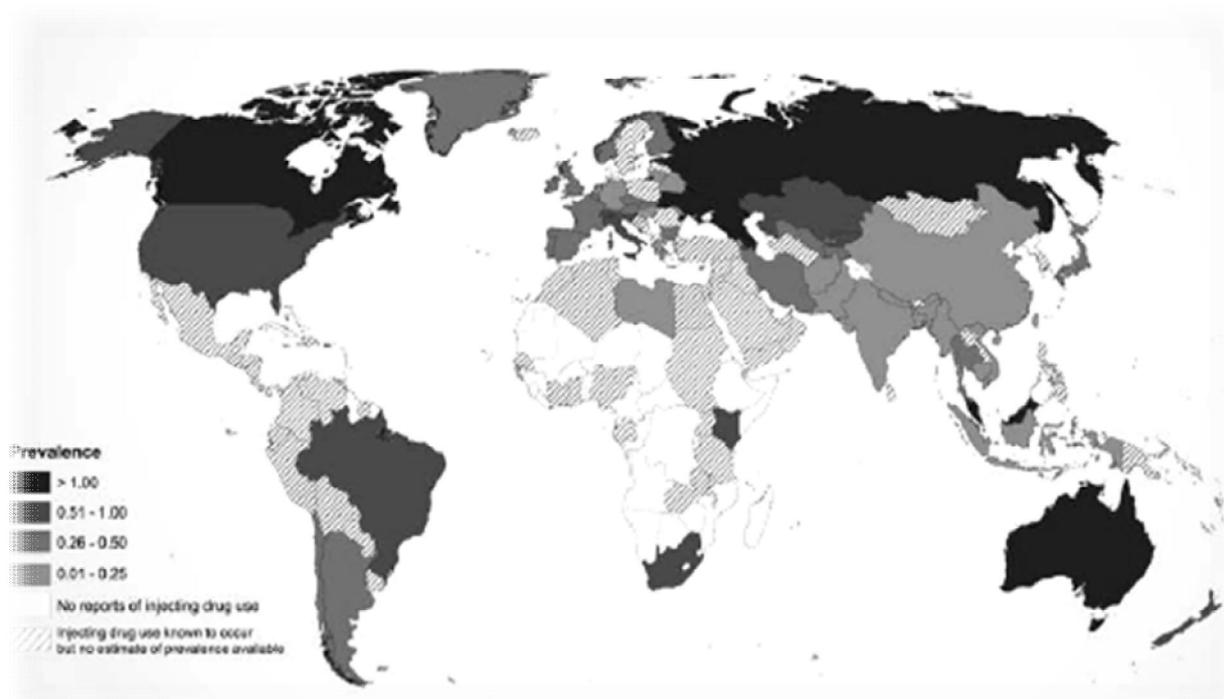


Рис. 12. Распространенность инъекционного потребления наркотиков в возрастной группе 15-49 лет

Источник: United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) World drug report 2009

Краткий обзор состояния здоровья подростков позволяет сделать вывод, что если в ближайшие годы не будут предприняты меры, общество столкнется с серьезными проблемами в будущем.

⁷ Федеральная целевая программа "Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 2005 - 2009 годы" / Утверждена постановлением Правительства РФ от 13.09.2005 № 561

Кроме того, согласно мнению исследователей, несмотря на то, что перемены 90-х и нулевых годов оказали влияние практически на все слои общества, в наибольшей степени они затронули подростков, многие из которых стали фаталистичны и утратили веру в свое будущее^{8, 9}. Они более материалистичны, циничны, в большей степени сосредоточены на зарабатывании денег в качестве главной цели жизни¹⁰. Для них более не существует «честных» или «нечестных» способов улучшения своего материального положения – только лишь «легкие» или «трудные»¹¹. Эти факторы наряду с распространением употребления психоактивных веществ вызывают общую деградацию личности.

Ко всему вышесказанному стоит добавить, что по данным ЮНЕСКО в России 2,5 млн. детей школьного возраста не посещают школьные занятия. По данным российских экспертов, это число давно уже перевалило за три миллиона (более 10% населения соответствующего возраста).

Больные, плохо образованные, духовно неразвитые... Кажется, что российское общество теряет свое молодое поколение, а значит – свое будущее.

⁸ Amirkhanian YA, Kelly JA, Issayev DD. (2001) AIDS knowledge, attitudes and behavior in Russia: results of a population-based, random-digit telephone survey in St. Petersburg // International Journal of STD & AIDS 12(1)

⁹ Kalichman SC. et al. (2000) The emerging AIDS crisis in Russia: review of enabling factors and prevention needs // International Journal of STD & AIDS 11(2)

¹⁰ Фонд имени Питирима Сорокина. Ценности в современной России: итоги экспертного исследования // <http://www.salvador-d.ru/files/cennosti.ppt>.

¹¹ Kuchins AC. (2002) Russia after the fall. Carnegie Endowment for international Peace. The Brooking Institutional Press

РЕЙТИНГИ КАЧЕСТВА ГОСУДАРСТВЕННОГО УПРАВЛЕНИЯ

Оценки качества государственного управления в последние годы становятся все более популярными. При этом в зависимости от содержания проблемы под качеством государственного управления понимается различный диапазон характеристик государства и его институтов. Иногда под этим понятием подразумевают качество государства в целом как единства трех ветвей власти - законодательной, исполнительной, судебной, иногда для оценки государственного управления используются другие характеристики, например, уровень развития гражданского общества или конкурентоспособность государства.

С точки зрения конечного результата качество государственного управления проявляется в его воздействии на социально-экономическое развитие страны, региона, их сравнительное положение¹. Интуитивно понятно, что такое воздействие значительно. Однако убедительно выразить его в количественных оценках не всегда удается, поэтому и попытки оценить государственное управление через его конечный эффект в экономике хотя и интересны, но в основном с исследовательской точки зрения². Их практическое применение вряд ли возможно, поскольку сравнение различных наборов социально-экономических показателей не позволяет сделать вывод о качестве управленческой системы, ее вкладе в динамику развития. Кроме того, чтобы измерить этот вклад, нужно, прежде всего, формализовано описать саму систему государственного управления. Без этого невозможно сравнивать его различные модели, а значит, и сопоставлять с соответствующими им конечными результатами.

Эти и подобные им индексы базируются на экспертных оценках, дают сравнительную характеристику государственного устройства в целом и сис-

¹Алескеров Ф.Т., Головшинский К.И., Клименко А.В. Оценки качества государственного управления. Препринт WP8/2006/02. – М.: ГУ ВШЭ, 2006. – 36 с.

²Эванс П., Раух Дж. Бюрократия и экономический рост. - Экономическая социология 2006. Т. 7. № 1. С. 38-61 (<http://www.ecsoc.mses.ru>)

темы государственного управления в частности. Их главный недостаток с точки зрения практики реформирования состоит в том, что на основе анализа этих индексов невозможно понять, что конкретно нужно изменить в системе управления, чтобы повысить итоговую оценку и рейтинг страны. Для принятия управленческих решений они, собственно, и не предназначены.

Тем не менее, описание различных методов и моделей оценки (рейтинга) качества государственного управления продолжает вызывать интерес политических кругов и научной общественности, поскольку результаты межстрановых сравнений, основанных на рейтингах качества государственного управления, по-прежнему являются предметом научных дискуссий и политических спекуляций.

Ряд экспертов сомневаются, что имеется научно обоснованная связь между качеством государственного управления в наименее развитых странах и эффективностью/целесообразностью выделения в эти страны финансовой и гуманитарной помощи. Поэтому представляется важным более детально рассмотреть соответствующие вопросы в настоящей главе. Вот эти вопросы:

1. Можно ли объективно измерить уровень государственного управления в отдельной стране?
2. Связан ли уровень коррупции с качеством/эффективностью государственного управления?
3. Могут ли страны, в которых уровень государственного управления оценивается, как невысокий/недостаточный, сделать что-то для его улучшения?

На эти и ряд других вопросов в своей статье «Десять мифов о государственном управлении и коррупции», опубликованной в журнале «Финансы и развитие», выпускаемым Международным валютным фондом, попытался ответить директор глобальных программ в Институте Всемирного банка Дэниел Кауфман³.

Перечислим эти десять мифов:

1. Государственное управление и борьба с коррупцией – это одно и то же;

³ Кауфман Д. Десять мифов о государственном управлении и коррупции – Финансы и развитие, 2005. (<http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/rus/2005/09/pdf/basics.pdf>)

2. Государственное управление и коррупцию невозможно измерить количественно;
3. Недооценка значения государственного управления и борьбе с коррупцией в целях развития;
4. Государственное управление – это роскошь, которую могут себе позволить только богатые страны;
5. Для улучшения государственного управления должно смениться несколько поколений, хотя его ухудшение может происходить довольно быстро;
6. Представление о том, жесткий контроль организаций и стран «доноров» может способствовать успешной реализации проектов развития даже в странах/секторах с высоким уровнем коррупции;
7. «Для борьбы с коррупцией нужно бороться с коррупцией» посредством создания новых комиссий и ведомств и переписывания законов, указов и регламентов поведения чиновников;
8. Для повышения эффективности государственного управления необходимо сосредоточивать внимание исключительно на ошибках государственного сектора, оставляя «за бортом» олигархов и другие круги, преследующие частные интересы;
9. Страны мало что могут сделать для совершенствования государственного управления;
10. Недооценка роли международных финансовых организаций (МФО) в помощи преобразованиям, повышающим качество управления.

В упомянутой статье Кауфман убедительно опровергает эти мифы и показывает, что за последние годы во Всемирном банке были разработаны агрегированные показатели государственного управления, которые охватывают 212 стран и территорий, построены на основе более, чем 350 переменных, полученных из 33 разных источников и отражают мнения десятков тысяч респондентов в различных странах и регионах мира, а также тысяч экспертов частных компаний, НПО и организаций государственного сектора. Эти агрегированные показатели обобщают информацию о шести параметрах эффективности/качества государственного управления: (1) участие общественности и подотчетность, (2) политическая нестабильность и насилие, (3) эффективность

правительства, (4) регулятивное бремя, (5) верховенство закона и (6) взяточничество/коррупция.

В научной работе⁴ «Значение государственного управления» (2005) подробно описываются как отдельные показатели, входящие в «пул», необходимый для расчета шести индексов качества государственного управления, так и организации, которые являются источниками соответствующей информации, используемой для этой оценки. Также в данной публикации рассматриваются практические доказательства важной роли рассчитанных индексов для развития страны.

Авторы отмечают, что для расчета индексов государственного управления используется новая база данных, включающая более 300 показателей. Изложение начинается с авторского определения основного термина – государственное управление, как совокупность традиций и институтов, которые представляют власть в той или иной стране.

Для расчетов показателей используются два источника информации: во-первых, проводимые рейтинговыми агентствами и другими организациями опросы экспертов, которые отражают оценку уровня коммерческого риска в стране, а во-вторых, осуществляемое международными и неправительственными организациями анкетирование широких масс жителей той или иной страны. Это делается для того, чтобы представить оценку качества управления разными группами респондентов: гражданами страны, предпринимателями, иностранными инвесторами, гражданским обществом в целом. Затем, для каждой из шести групп, определяющих различные компоненты управления, авторами рассчитывается свой обобщенный/агрегированный показатель с помощью специальной математической модели, основанной на идеях оценки ненаблюдаемых переменных.

Опишем ключевые характеристики источников данных, которые коллектив Всемирного банка использовал в качестве основы для расчета обобщенных индексов. По используемому методу все источники можно разделить на опросы экспертов и на анкетирование либо менеджеров предприятий, либо широких масс граждан той или иной страны. Показатели, основанные на опросах экспертов, представляют собой оценку государственного управления, выработанную в ходе созданной каким-либо информационным агентством

⁴ Д. Кауфман, А. Краай, П. Зойдо-Лобатон. Значение государственного управления (http://www.worldbank.org/wbi/governance/working_papers.htm)

встречи экспертов по делам страны, региона или какого-либо сектора экономики. Как правило, начальная оценка государственного управления в той или иной стране основана на общедоступной информации и непосредственных знаниях экспертов об этой стране.

В большинстве случаев эксперты получали определенный список вопросов, от которого они отталкивались при вынесении своей оценки государственного управления. В работе⁵ приводятся эти списки вопросов. Первоначальная оценка экспертов затем еще раз пересматривается группой региональных и секторальных экспертов в целях вынесения окончательной оценки. Цель данной процедуры заключается не только в том, чтобы проверить качество начальной оценки, но и в том, чтобы улучшить качество проводимого между странами сравнительного анализа.

В ходе анкетирования значительное количество респондентов отвечает на различные вопросы, связанные с государственным управлением. Результатом анкетирования является усредненный показатель, отражающий общую оценку государственного управления респондентами. Как правило, участники анкетирования оценивают различные аспекты государственного управления по категориальной шкале. Однако анкеты, использованные в качестве источников, имеют некоторые различия: одни сориентированы на представителей делового мира, другие на беженцев, третьи на всех граждан.

Каждый из двух типов источников данных по оценке государственного управления имеет как свои преимущества, так и свои недостатки. Основное достоинство опросов экспертов заключается в том, что они изначально нацелены на дальнейшее проведение сравнительного анализа государственного управления в разных странах. Для этого в ходе их проведения значительное внимание уделяется тому, чтобы сразу выделить критерии сравнения. Однако полученные в ходе опросов экспертов показатели имеют также и недостатки. Как правило, некоторые показатели основаны на оценке небольшой группы экспертов, и, следовательно, качество показателя во многом зависит от знаний экспертов реалий той страны, которую они оценивают. Оценка государственного управления также во многом зависит от экономических факторов: страна с более хорошими экономическими показателями, как правило, получит более

⁵ Daniel Kaufman, Aart Kraay, Pablo Soido-Lobatón Aggregating Governance Indicators. Policy Research Working Paper 2195 – The World Bank, Development Research Group Macroeconomics and Growth and World Bank Institute Governance, Regulation and Finance, October 1999

высокую оценку государственного управления. Более того, оценка управления какой-то одной организации в большинстве случаев зависит от оценки других организаций. Показатели могут также обуславливаться политической или идеологической программой организации, осуществляющей оценку государственного управления. Несмотря на эти недостатки, есть, по крайней мере, две причины полагать, что, в общем, такие организации предоставляют довольно достоверную информацию об управлении. Авторы методологии утверждают, что показатели, получаемые различными неправительственными организациями посредством опроса экспертов, соответствуют показателям, полученным в результате анкетирования предпринимателей или всех граждан, а также, что ряд коммерческих рейтинговых агентств (например, EIU, DRI и PRS), продают свою информацию коммерческим покупателям по довольно высоким ценам, подтверждает ценность и полезность сделанных ими оценок.

Преимущество социологического анкетного опроса авторы метода видят в том, что оценку дает большое число респондентов, которые имеют непосредственное отношение к стране, которую они оценивают. К недостаткам метода относятся его относительная дороговизна по сравнению с анкетным опросом и то, что представленные в анкетах вопросы могут быть интерпретированы в разных странах в зависимости от культурного контекста по-разному.

После сбора исходной информации все показатели государственного управления объединяются в шесть групп, которые соответствуют шести основным аспектам управления. Авторы метода отмечают, что их классификация показателей в группы не является единственно возможной и окончательной. Она является всего лишь одной из попыток как можно более интересно и эффективно организовать базу данных по государственному управлению, так чтобы она при этом соответствовала наиболее распространенным концепциям государственного управления и определению, приведенному в начале раздела. Авторы отмечают также, что база данных исходных показателей является открытой и любой ее пользователь может поставить под сомнение как разделение отдельных показателей на шесть групп, так и каждый из шести предлагаемых агрегированных показателей. Авторы подчеркивают, что исследователи могут сами создавать агрегированные показатели, которые в большей степени соответствуют их целям.

По мнению авторов цитируемой работы использование для каждой из шести групп одного агрегированного показателя весьма удобно, поскольку агрегированные показатели охватывают значительно большее количество стран, чем исходные показатели, представляют, с сравнением с отдельными показателями более точную информацию, и, наконец, метод получения оценок показателей предложенный и апробированный авторами позволяет вывести количественную оценку точности как самих агрегированных показателей государственного управления, так и их составных компонентов. Это позволяет формально проверить выдвигаемые исследователями гипотезы об имеющихся межстрановых различиях в показателях государственного управления.

Авторы метода отмечают, что, несмотря на свою неточность, агрегированные показатели могут быть полезны по нескольким причинам. Во-первых, поскольку агрегированные показатели охватывают большее количество стран, чем отдельные показатели, их использование позволяет осуществлять более широкие, хоть и абсолютно точные, межстрановые сравнения. Во-вторых, несмотря на свою неточность, каждый агрегированный показатель более емко отражает качество определяемого им аспекта государственного управления, чем отдельный показатель. Более того, агрегированный показатель включает в себя системную информацию по данному аспекту. В-третьих, применяемая авторами модель интерпретации обобщенного показателя как ненаблюдаемой переменной, распределенной по нормальному закону, позволяет статистически проверять имеющуюся между странами разницу качества государственного управления, а не только проводить качественные сравнения. В-четвертых, используя информацию о точности оценки показателей, при дальнейшем анализе можно количественно оценить эффект влияния погрешностей измерения данных на результаты регрессионного моделирования, при котором независимыми переменными являются уже полученные ранее показатели государственного управления.

В таблице 1 приведены данные о международных организациях, принимавших участие в предоставлении Всемирному банку информации, необходимой для расчета агрегированных показателей качества управления.

Таблица 1. Международные организации, принимающие участие в предоставлении Всемирному банку информации, необходимой для расчета агрегированных показателей качества управления

Код	Источник	Публикация	Вид	Количество охваченных стран	Индекс
BERI ⁶	Business Environment Risk Intelligence	Business Risk Service	Опрос ⁷	50 наиболее развитых стран	0,44
CEER ⁸	Wall Street Journal	Central European Economic Review	Исследование	27 переходных экономик	0,85
DRI ⁹	Standard and Poor's DRI/McGraw-Hill	Country Risk Review	Опрос	106 развитых и развивающихся стран	0,23*
EBRD ¹⁰	Европейский банк реконструкции и развития	Transition Report	Опрос	26 переходных экономик	0,85
EIU ¹¹	Economist Intelligence Unit	Country Risk Service, & Country Forecast	Опрос	114 развитых и развивающихся стран	0,19*
FH ¹²	Freedom House	Freedom in the World		172 развитые и развивающиеся страны	0,03*
		Nations in Transit	Опрос	28 переходных экономик	0,82
GALLUP ¹³	Gallup International	50th Anniversary Survey	Исследование	44 наиболее развитые страны	0,50

⁶ Business Environment Risk Intelligence (BERI) является частной организацией, занимающейся анализом и составлением прогнозов относительно деловой среды в ряде стран. Агентство было основано в 1966 году, его головной офис находится в Женеве (Швейцария). Начиная с мая 1999 года информацию агентства BERI можно получить на сайте: <http://www.beri.com>

⁷ Под опросом понимается «опрос экспертов», а под исследованием . «исследование предприятий» (за исключением Gallup International, для которого это опрос граждан)

⁸ Обзор экономики стран ЦВЕ (CEER) является европейским направлением американской издательской компании The Wall Street Journal. С мая 1999 года информацию CEER можно получить на веб-сайте: <http://interactive.wsj.com/public/current/summaries/ceer98-2/htm>

⁹ DRI является консалтинговым и информационным агентством, которое предоставляет финансовым аналитикам, аналитикам бизнеса, стратегическим плановикам и политикам данные, аналитические обзоры и прогнозы относительно развития экономики в той или иной стране. Данное агентство было основано в 1973 году как отделение информационного агентства Standard and Poor's. С мая 1999 года всю информацию об агентстве DRI можно получить на веб-сайте: <http://204.151.55.106/index.htm>

¹⁰ ЕБРР является международной организацией, чья основная миссия состоит в том, чтобы содействовать ускорению процесса трансформации в странах ЦВЕ и СНГ, а именно поддерживать переход к открытой рыночной экономике и развитие частной предпринимательской деятельности. Головной офис ЕБРР находится в Лондоне, с мая 1999 года информацию о работе ЕБРР можно получить в Интернете по адресу: <http://www.ebrd.org>

¹¹ Economist Intelligence Unit (EIU) является коммерческой организацией, занимающейся анализом и составлением политических, экономических и деловых прогнозов для более чем 180 стран мира. Агентство EIU было основано в 1949 году и располагается сейчас в Лондоне. С мая 1999 года информацию агентства можно получить в Интернете по адресу: <http://www.eiu.com>

¹² Freedom House является неправительственной организацией, основная задача которой заключается в содействии внедрению ценностей демократии во всем мире. Агентство Freedom House было основано в 1941 году, его головной офис находится в Нью-Йорке. С мая 1999 года информацию о работе данного агентства можно получить в Интернете по адресу: <http://www.freedomhouse.org>

¹³ Ассоциация Gallup International представляет собой объединение 49 маркетинговых агентств из разных стран. Ассоциация была основана в 1947 году, ее головной офис находится в Швейцарии. С мая 1999 года информацию о данной ассоциации можно найти в Интернете по адресу: <http://www.gallup-international.com/survey1.html>

Код	Источник	Публикация	Вид	Количество охваченных стран	Индекс
GCS ¹⁴	Всемирный экономический форум	Global Competitiveness Survey	Исследование	54 развитые и развивающиеся страны	0,42
GCSA ¹⁵	Всемирный экономический форум	Global Competitiveness Survey, Africa	Исследование	23 африканские страны	0,73
HFWSJ ¹⁶	Heritage Foundation/Wall Street Journal	Economic Freedom Index	Опрос	154 развитые и развивающиеся страны	0,06*
PERC ¹⁷	Political Economic Risk Consultancy	Asia Intelligence	Исследование	11 азиатских стран	0,83
PRS ¹⁸	Political Risk Services	International Country Risk Guide	Опрос	140 развитых и развивающихся стран	0,10*
WCY ¹⁹	Institute Management Development	World Competitiveness Yearbook	Исследование	46 развитых стран	0,59
WDR ²⁰	Всемирный банк	World Development Report	Исследование	74 развитые и развивающиеся страны	0,25*

**Репрезентативный источник*

Для проверки корректности построения модели и ее предсказательных способностей авторы цитируемой публикации приводят ряд регрессионных

¹⁴ World Economic Forum (WEF) является независимой, неприбыльной организацией, объединившей ведущих бизнесменов, представителей правительства, науки и СМИ в целях содействия их сотрудничеству в экономических, социальных политических вопросах. Агентство WEF было основано в 1971 году, его головной офис находится в Женеве. С мая 1999 года информацию об агентстве WEF можно найти в Интернете по адресу: <http://www.weforum.org> Начиная с 1996 года WEF спонсирует ежегодную публикацию Global Competitiveness Report («Отчет о мировой конкуренции»), подготавливаемую в сотрудничестве с Гарвардским институтом международного развития (HID). В качестве дополнения к данному отчету WEF также публикует Global Competitiveness Survey («Исследование мировой конкуренции») на основе данных по 3 тыс. предприятий из 60 стран мира.

¹⁵ С 1998 года WEF также спонсирует издание Africa Competitiveness Report («Отчет о конкуренции в странах Африки»), которое тоже подготавливается совместно с HID. Дополнительной публикацией является Global Competitiveness Survey Africa («Исследование конкуренции в странах Африки»), подготовленный на основе данных по 650 предприятиям в 23 африканских странах.

¹⁶ Heritage Foundation является исследовательским и образовательным институтом, чья миссия заключается в разработке и содействии реализации качественной государственной политики. Heritage Foundation был основан в 1973 году, его головной офис находится в Вашингтоне. С мая 1999 года информацию о работе данного института можно получить в Интернете по адресу: <http://www.heritage.org>

¹⁷ Агентство Political Economic Risk Consultancy (PERC) специализируется на предоставлении стратегической информации и проведении анализа деятельности компаний в странах Восточной и Юго-Восточной Азии. PERC было основано в 1976 году, его штаб-квартира находится в Гонконге. С мая 1999 года информацию о работе данного агентства можно найти в Интернете по адресу: <http://www.asiarisk.com/perc.html>

¹⁸ Служба оценки политических рисков PRS является филиалом агентства Investment Business with Knowledge (IBC), основанного в США с целью обеспечения современной информации касательно международного бизнеса. PRS была основана в 1980 году, ее головной офис находится в Сиракузах, Нью-Йорк. С мая 1999 года информацию о работе данной службы можно найти в Интернете по адресу: <http://www.prsgroup.com>

¹⁹ Институт развития менеджмента является исследовательской и образовательной организацией, основанной в Лозанне (Швейцария). С мая 1999 года информацию о работе института можно получить в Интернете по адресу: <http://www.imd.ch>

²⁰ Всемирный банк является международной организацией, чья миссия заключается в сокращении бедности во всем мире. Всемирный банк был основан в 1945 году, его штаб-квартира находится в Вашингтоне. С мая 1999 года информацию о работе Всемирного банка можно получить в Интернете по адресу: <http://www.worldbank.org>

уравнений, взаимосвязи некоторых важных социально-экономических переменных (логарифм среднедушевого дохода, младенческой смертности и уровня грамотности взрослого населения) с описанными выше агрегированными характеристиками качества управления. Все представленные уравнения показывают существенную взаимосвязь социально-экономических параметров с каждым из шести агрегированных показателей качества управления.

Следует отметить, что значения показателей государственного управления измеряются с ошибкой, величина которой рассчитывается в предложенной авторами модели. На рисунке 1 приведены графики для каждого из шести агрегированных показателей качества государственного управления, на которых по оси абсцисс представлены различные страны, упорядоченные по возрастанию средних значений показателей, рассчитанных для каждой страны, а по оси ординат – собственно значения этих показателей, а также 90% доверительный интервал для каждого показателя (вертикальные линии). Из рисунка видно, что доверительные интервалы для разных стран существенно различаются.

Это объясняется тем, что по каждой стране имеется, во-первых, разное количество источников данных, а во-вторых, разные источники предоставляют различную информацию. Для того, чтобы проиллюстрировать неточность оценки агрегированных показателей еще более наглядно, на рисунке 1 на каждом графике проведены горизонтальные линии, разделяющие распределение оценки показателя на квартили.

При использовании агрегированных показателей необходимо помнить о том, что статистически вероятный диапазон значений каждого из данных показателей довольно велик, поэтому если две страны расположены на противоположных концах горизонтальной оси и диапазоны возможных значений их показателей не совпадают (по вертикальной оси), есть все основания полагать, что в государственном управлении между данными странами действительно имеются серьезные различия. В случае, когда две страны расположены не так далеко друг от друга по горизонтальной оси и диапазон возможных значений их показателей хоть частично совпадает, тогда можно говорить о том, что имеющиеся между ними различия показателей не столь важны.

Всемирный банк не только проводит работу по развитию методологии составления рейтингов качества управления, но и регулярно собирает, обоб-

щает и публикует все необходимые данные, доступные для расчета соответствующих индексов и для собственных исследований в этой области, для всех интересующихся рассматриваемой проблемой.

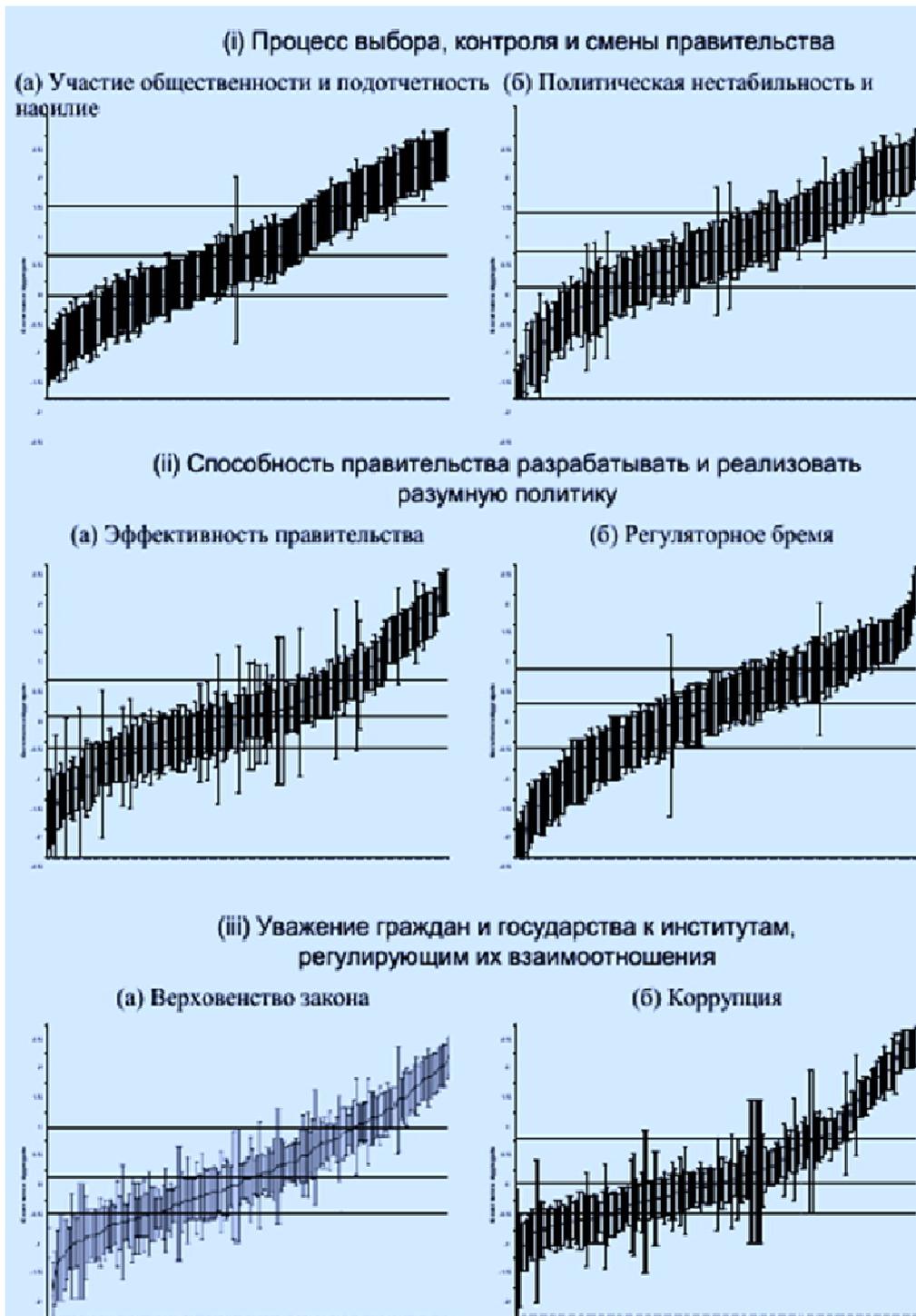


Рис. 1. Агрегированные показатели государственного управления

Примечание: Каждый график представляет оценку (на вертикальной оси) государственного управления в разных странах (на горизонтальной оси), а также 90% интервал доверия (вертикальные линии). Горизонтальные линии обозначают квартили распределения показателей государственного управления. Страны расположены в восходящем порядке слева направо: чем выше значение показателя, тем качественнее измеряемый им аспект государственного управления в данной стране

Большой интерес представляет информация о месте России в этом рейтинге по разным обобщенным индикаторам качества управления. Информация за 1998-2008 гг., необходимая для соответствующих расчетов доступна из большого количества публикаций Всемирного банка²¹, а также опубликованы в виде файлов данных в Интернете²². Всего для расчета агрегированных показателей за отдельные годы указанного периода использовалась информация по 212 странам мира.

На основе опубликованных данных нами были рассчитаны рейтинги стран для каждой компоненты качества управления за каждый доступный год рассматриваемого периода. С соответствующих таблиц Всемирного банка для каждой страны, данные по которой собирались Всемирным банком за соответствующий год, представлены следующие данные: точечная оценка агрегированного показателя управления по каждой из шести составляющих: участие общественности, политическая нестабильность, эффективность правительства, регулятивное бремя, верховенство закона и взяточничество, - а также стандартные ошибки этих показателей, нормированные значения показателя (в интервале 0-100%), и количество исходных переменных, на основе которых строились агрегированные показатели для данной страны. Мы рассчитали ранги (в порядке убывания соответствующих показателей) для всех данных, представленных в таблицах Всемирного банка, и в таблице 2 приводим значения ранговых мест, которые занимала Россия по каждому их агрегированных показателей за эти годы.

Из таблицы 2 видно, что ни по одному из агрегированных показателей, за исключением одного раза («эффективность правительства» в 2003 г.) наша страна не оказывалась в первой сотне ведущих стран мира. Если сопоставлять значения средних рангов за рассматриваемый период, то можно считать, что наиболее удачной в области государственного управления была по компоненте «эффективность правительства» (средний ранг 117), затем следует «регулятивное бремя» (средний ранг 131), после него – «участие общественности» (средний ранг 142), совсем рядом располагаются «взяточничество» и «политическая нестабильность» (средние ранги – 154 и 155, соответственно), а на последнем месте деятельность по компоненте «верховенство закона» (средний ранг 160).

²¹ Kaufmann at al., World Bank Policy Research, 1999-2009

²² <http://info.worldbank.org/governance/wgi/pdf/wgidataset.xls>

Таблица 2. Ранги Российской Федерации по агрегированным индикаторам, характеризующим различные составляющие качества управления в 1988-2008 гг.

Составляющие качества управления	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2000	1998	1996	Средний ранг за период
Участие общественности	164	164	162	150	143	131	120	131	133	122	142
Политическая нестабильность	160	165	163	168	170	152	131	142	145	149	155
Эффективность правительства	117	126	128	121	112	98	105	130	114	117	117
Регулятивное бремя	143	135	144	116	108	115	122	158	136	131	131
Верховенство закона	169	174	174	163	164	161	154	167	153	118	160
Взяточничество	176	172	161	149	153	141	155	169	153	114	154

Если считать, что наибольшие значения каждого агрегированного показателя управления по выбранной компоненте соответствует 100%, а наименьшее – 0%, то можно рассчитать (как это и сделано в описанных выше статистических таблицах) относительную эффективность управления (в процентах). Чтобы не перегружать изложение излишними деталями, приведем ниже только средние за период значения вышеперечисленных компонент качества управления:

- √ Участие общественности - 29,8%
- √ Политическая нестабильность - 21,5%
- √ Эффективность правительства - 42,0%
- √ Регулятивное бремя - 34,1%
- √ Верховенство закона - 20,2%
- √ Взяточничество - 21,5%

Конечно, приведенные цифры выглядят довольно пессимистично. Однако, положив руку на сердце, необходимо признать, что они очень похожи на правду. Остается узнать, а как обстоят дела у других стран: Евросоюза, Большой двадцатки, восточноевропейских стран с переходной экономикой, государств СНГ...

К сожалению, авторы проекта Всемирного банка и соответствующих этому проекту моделей оценки ненаблюдаемых компонент качества управления не дают ответа на этот вопрос в виде одного обобщенного показателя

(рейтинга), а предлагают проводить различные попарные сравнения по отдельным компонентам.

Тем не менее, рейтинг можно все-таки попытаться построить, если использовать данные Всемирного банка, приведенные в цитируемых таблицах. Для этого заметим, что компоненты качества управления приводятся с соответствующими стандартными ошибками. Заметим также, что среднее (да и медианное) значение для каждой такой компоненты по совокупности стран, для которых были произведены расчеты, равно нулю. И, наконец, отметим, что из предположения нормальности полученных выборочных оценок вытекает, что с вероятностью 90% каждая такая (но уже истинная) оценка будет находиться в пределах двух стандартных отклонений вокруг выборочной оценки, полученной с помощью модели и методов, описанных выше в настоящем разделе.

Все это позволяет для каждой компоненты качества управления разделить совокупность оцениваемых стран на три части, обозначив эти группы символами “А”, “В” и “С”.

А. Первую часть, содержащую страны, истинная оценка по данной компоненте статистически значимо выше нуля. Эту часть стран можно обозначить символом “А” и назвать странами, в которых качество управления, измеренное по данной компоненте значимо выше среднего, рассчитанного группой Всемирного банка по всей совокупности 212 стран мира.

В. Вторую часть, содержащую страны, истинная оценка по данной компоненте статистически незначимо отличается от нуля. Эту часть стран можно обозначить символом “В” и назвать странами, в которых качество управления, измеренное по данной компоненте, находится на среднем уровне.

С. Третью часть, содержащую страны, истинная оценка по данной компоненте статистически значимо ниже нуля. Эту часть стран можно обозначить символом “С” и назвать странами, в которых качество управления, измеренное по данной компоненте значимо ниже среднего.

Поскольку всего в описываемой модели рассчитывается шесть компонент качества управления, то окончательный рейтинг страны можно записать в виде последовательности из шести букв, каждая из которых стоит на месте соответствующей компоненты качества управления (порядок этих компонент

нужно оставить такой, как они описываются в цитируемых выше публикациях Всемирного банка).

Таблица 3. Рейтинги стран мира по совокупности компонентов качества управления в 1988-2008 гг.

Наименование страны	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	1998	1996
Эстония	AAAA AA	ABBA AB								
Литва	AAAA AB	AAAA AB	AAAA AB	AAAA AA	AAAA AA	AAAA AA	AAAA AA	ABAA AA	ABAA AB	ABBA BB
Латвия	ABAA AA	AAAA AA	AAAA AA	AAAA AA	AAAA AA	AAAA AA	AAAA AB	ABAA BB	ABAA BB	ABBA BA
Украина	BVCC CC	BVCC CC	BVCC CC	CBVB CC	CBCC CC	CBCC CC	CBCC CC	CBCC CC	BVCC CC	BVCC CC
Казахстан	CACC CA	CBCC CA	CBVB CA							
Армения	CBVA CA	CBVB CA	CBVB CA	CBVB CA	CCVB CA	CBVB CA	CCVB CA	BCCB CA	CCCB CA	CBBC CB
Молдова	CBVB CA	CBVB CA	CCCC CA	CCCC CA	CBCC CA	CBCC CA	CBCC CA	BVVB CA	BBBB BB	BBBB BB
Беларусь	CBCC CA	CBCC CB								
Туркменистан	CBCC CC	CBCC CC	CBCC CC	CBCC CC	CCCC CC	CCCC CC	CBCC CC	CBCC CC	CBCC CC	CBCC CC
Грузия	CCVA CB	CBVB CA	CBVB CB	BCCC CA	BCCC CA	CCCC CA	CCCC CA	BCCB CA	BCCC CA	CBVB CA
Российская Федерация	CCVC CC	CCCC CC	CCCC CC	CCVB CC	CCVB CC	CCVC CC	CCCC CC	CCCC CC	CCCC CC	BCCB CC
Азербайджан	CCCB CA	CCCC CA								
Киргизстан	CCCB CA	CCCC CA	CCCC CA	CCCC CA	CCCB CA	CCCB CA	CCCB CA	CBVB CA	CBVB CA	CBVB CB
Таджикистан	CCCC CC									
Узбекистан	CCCC CC	CBCC CC	CBCC CC							

Если же для какой-то страны, в какой-то год и для какой-то компоненты качества управления измерения не проводились, то будем считать данные пропущенными, а на соответствующем месте упомянутой шестибуквенной последовательности будем ставить крестик – «х». Интересующийся читатель может найти в этой таблице любые подмножества стран мира и самостоятельно рассчитать соответствующие рейтинги.

Отметим здесь, что только немногие страны ежегодно в 1998-2008 гг. сохраняли наибольший рейтинг «AAAAAA» по всем шести компонентам эф-

фективности государственного управления. К их числу относятся всего 19 стран. Это Австралия, Австрия, Бельгия, Венгрия, Германия, Дания, Ирландия, Канада, Люксембург, Нидерланды, Новая Зеландия, Норвегия, Португалия, Словения, Финляндия, Франция, Швейцария, Швеция и Япония. Всего четыре страны ежегодно сохраняли наименьший рейтинг «ССССС». Это Нигерия, Сомали, Судан и Таджикистан.

В заключение в таблице 3 приведем рейтинги стран, входящих ранее в СССР, по совокупности компонентов качества/эффективности государственного управления и отметим, что Всемирный банк всячески пропагандирует свою методику, более того, некоторые его решения о выделении гуманитарной и/или экономической помощи (в том числе и Российской Федерации) принимались в прошлые годы, как с учетом обобщенных оценок отдельных компонент качества управления, так и для проведения исследований, направленных на поиск возможностей нахождения более эффективных механизмов государственного управления по странам.

С.П. Ермаков, д.э.н., Т.В. Куликова, Н.А. Шмаков, к.м.н.

Москва, ИСЭПН РАН,

Москва, ООО "Макс-М",

Москва, ГОУ ВПО ММА им. И.М. Сеченова

ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ РЕЙТИНГИ И РЕЙТИНГИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ (МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ)

Рейтинг (англ. rating) — числовой или порядковый показатель, отображающий важность или значимость определенного объекта или явления.¹ В целом, задача составления рейтинга социально-экономических объектов и процессов может быть отнесена к классу задач обоснования социально-экономических и политических решений, по результатам которых создается модель сравнения рассматриваемых объектов или процессов – рейтинг.

Можно выделить следующую последовательность этапов построения таких рейтингов²:

1. определение основных целей рейтингового оценивания;
2. разработка методологии и технологии рейтингового оценивания;
3. формирование системы показателей и критериев для рейтинговых моделей;
4. решение задачи измеримости показателей, используемых в рейтинговых моделях;
5. решение задачи агрегирования совокупности показателей в рейтинговую оценку;
6. содержательная интерпретация рейтинговых оценок и др.

ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ РЕЙТИНГИ

Несмотря на утверждение в 2007 году Правительством Российской Федерации «Концепции демографического развития РФ до 2020 года», демографический кризис в стране продолжает развиваться. Имеются также опре-

¹ <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%B5%D0%B9%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%B3>

² Быстров О.Ф. Методология построения и использования инвестиционных рейтингов в управлении экономикой. – Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора экономических наук. М. Институт экономики РАН, 2008, 52 с.

деленные сомнения в том, что контрольные показатели, прописанные в «Концепции демографического развития Российской Федерации до 2020 года», будут достигнуты. Это в первую очередь связано с тем, что в субъектах Федерации не определяются рекомендуемые или нормативные значения демографических показателей рождаемости, смертности и миграции, сбалансированные таким образом, чтобы их совокупное достижение в регионах приводило к выполнению контрольных нормативов «Концепции...».

Для преодоления этого недостатка необходима разработка методологии установления таких региональных нормативов, а также оценки того, каким образом такие нормативы могут быть достигнуты различными субъектами Российской Федерации. Это возможно только на основе детального межрегионального демографического анализа ситуации, основанной на оценке сегодняшнего состояния и объективных тенденций изменения отдельных компонент демографических процессов.

На основе оценки сегодняшнего состояния и объективных тенденций изменения демографической ситуации в регионах можно было бы предложить методику присвоения регионам т.н. «демографического рейтинга» (по аналогии с рейтингами надежности банков³ и рейтингами конкурентоспособности стран⁴, кодировки которого позволили бы лицам, принимающим решения о выделении субъектам Федерации дополнительных ресурсов на развитие социальной сферы и улучшение демографической ситуации, действовать более обоснованно. Охарактеризуем далее кратко авторский подход к основным этапам построения демографического рейтинга территорий РФ.

В связи с вышеизложенным **основная цель построения демографических рейтингов⁵** территорий РФ может быть сформулирована следующим образом: демографический рейтинг должен комплексно оценивать демографическую ситуацию в регионах РФ и тенденции ее изменения с целью помощи исполнительной и законодательной власти в сравнительной оценке ситуации и проведении текущего мониторинга выполнения основных положений

³ Анализ рейтингов российских банков / Е.Л. Головкин и др. Препринт WP#2002/033. – Российская экономическая школа, 2002. – 39 с.; Ахрамейко А. и др. Построение рейтинга банков с использованием методики расчета многоуровневого агрегированного показателя состояния банка // Эковест, 2002. – т.2. - №3. – Минск: Институт приватизации и менеджмента, с. 418-430

⁴ The Global Competitiveness Report 2008-2009. © 2008 World Economic Forum, /39-41; The World Competitiveness Yearbook, IMD 2009.

⁵ Первый этап построения демографического рейтинга

ний концепции демографического развития Российской Федерации на период до 2020 года.

Методология⁶ построения демографических рейтингов должна основываться на демографических показателях государственной статистики, ежегодно публикуемых официальными органами Росстата и предусматривать возможность унифицированного учета всех основных компонентов естественного и механического движения населения – рождаемости, смертности и миграции. Учитывая необходимость учета как типа поселения, в которых проживает населения РФ (город/село), так и гендерного аспекта демографического рейтинга, рейтинг может иметь иерархическую структуру.

Какие же демографические показатели должны использоваться для построения рейтинга⁷? Рассмотрим ответ на этот вопрос чуть более подробно, но вначале отметим, что соответствующие показатели, несомненно, должны иметь статистическую природу, поскольку именно это свойство демографических показателей позволяет обоснованно проверять статистические гипотезы о сравнении состояния составляющих демографического развития в рассматриваемых регионах с эталоном и о наличии/отсутствия тенденций изменения этих составляющих во времени.

Рассмотрение начнем с показателей рождаемости. Понятно, что ни общий, ни специальный коэффициенты рождаемости по территориям не могут быть положены в основу демографического рейтинга, поскольку их значения зависят не только от интенсивности деторождений женщин в различных возрастах, но и от возрастных структур всего населения (знаменатель общего коэффициента рождаемости) и женского населения репродуктивных возрастов (знаменатель специального коэффициента рождаемости). Наиболее перспективным представляется такой показатель, как суммарный коэффициент рождаемости (**СКР**), значение которого не зависит от возрастной структуры рассматриваемого населения. К сожалению, в демографической литературе отсутствуют описания статистических свойств СКР, поэтому он также не может быть положен в основу рейтинга состояния и тенденций рождаемости по регионам. Тем не менее, поскольку значения СКР основаны на использовании повозрастных коэффициентов рождаемости по пятилетним группам

⁶ Второй этап построения демографического рейтинга

⁷ Третий этап построения демографического рейтинга

женщин репродуктивного возраста, то повозрастные коэффициенты рождаемости вполне могут рассматриваться как именно те статистические показатели, которые могут быть положены в основу расчетов соответствующего рейтинга.

Рассмотрим теперь показатели смертности населения. Понятно, что, как и в предыдущем случае, показатель общей смертности не может быть положен в основу расчета демографических рейтингов смертности, поскольку его значения также в значительной мере зависят от половозрастных структур населения рассматриваемых регионов. В определенной степени этот недостаток отсутствует у стандартизованных показателей смертности⁸, однако определенный произвол в выборе стандартного населения при расчете данного показателя значительно снижает его преимущества. Весьма информативным в качестве основы для построения региональных рейтингов смертности населения является показатель ожидаемой продолжительности жизни при рождении (ОПЖР). Действительно, значения этого показателя определяются только половозрастными коэффициентами смертности, т.е. половозрастной интенсивностью смертности, и не зависят от возрастной структуры населения. Также для этого показателя можно рассчитать основные статистические характеристики (математическое ожидание и дисперсию), а, значит, с его помощью можно проверить интересующие нас статистические гипотезы о значимости отличия региональных значений ОПЖР от эталонных значений и о значимости ее роста/снижения по годам. К сожалению, поскольку демографический рейтинг должен основываться исключительно на официальной государственной статистике, публикуемой Росстатом, следует признать, что в статистических сборниках Росстата не публикуются данные о статистических свойствах показателей ОПЖР по регионам, и это не позволяет использовать показатели ОПЖР в качестве основы для расчета демографических рейтингов смертности. Тем не менее, половозрастные показатели смертности населения по своим статистическим свойствам вполне могут использоваться для формирования региональных рейтингов смертности населения.

Теперь коротко о миграции. Для построения рейтинга вполне достаточно рассматривать только ту часть миграции населения, которая в течение

⁸ Здесь имеется в виду стандартизация с помощью прямого метода стандартизации.

года уменьшает либо увеличивает численность населения того или иного региона.

В этом смысле для целей построения демографических рейтингов наиболее удачным следует признать следующее определение миграции: «Миграция населения — это один из видов мобильности, а именно — пространственная мобильность или в более узком и специальном значении слова под миграцией населения понимается совокупность переселений людей, то есть таких их перемещений по территории, которые неразрывно связаны со сменой ими мест жительства на относительно продолжительный срок» (В.И. Переведенцев, 1975). Такие перемещения населения, как правило, связанные со сменой постоянного места жительства, получили в последние годы название — «межпоселенные безвозвратные перемещения». Определенная таким образом миграция может непосредственно влиять на воспроизводство населения, то есть выступать как демографический процесс, в виде переселений или безвозвратной миграции и только в этом виде она будет интересовать нас в рамках построения демографических рейтингов.

Рассматривая миграцию населения обычно говорят о «выбывших» и «прибывших»⁹. Именно этот вид миграции — «межпоселенные безвозвратные перемещения», является демографическим процессом, оказывающим прямое, зачастую очень значительное, влияние на динамику численности населения, на изменения в возрастно-половой структуре населения, на собственно репродуктивные установки и другие параметры и факторы, имеющие отношение к демографическому развитию территории.

Какие же статистические показатели, имеющие отношение к миграции могут использоваться для расчета демографических рейтингов. Понятно, что ни сальдо миграции, ни общие показатели интенсивность прибывших и выбывших (например, на 1000 населения) нужными для построения рейтинга свойствами не обладают. Для построения рейтингов миграции необходимо так же, как и в двух предыдущих случаях использовать половозрастные коэффициенты интенсивности миграционных процессов.

Четвертый этап построения демографических рейтингов территории — решение задачи об измеримости показателей, используемых в рейтинговых

⁹ В международной миграции этим терминам соответствуют понятия «эмигранты» и «иммигранты»

моделях будет выполняться автоматически в том случае, если мы для каждого из трех составляющих процессов воспроизводства будем использовать показатели, приведенные к единой форме. Из рассуждений, представленных в предыдущих абзацах следует, что в качестве такой унифицированной формы нами будут использоваться соответствующие этим составляющим повозрастные показатели рождаемости, смертности, а также миграционного оттока и притока.

Перейдем теперь к пятому этапу построения демографического рейтинга – решению задачи агрегирования совокупности описанных выше унифицированных показателей интенсивности составляющих процессов. Отметим, прежде всего, что в настоящее время единых методов такого агрегирования в демографической литературе не представлено, однако, возможность и обоснованность такого агрегирования подтверждается соответствующими показателями для рождаемости (суммарный коэффициент рождаемости) и для смертности (ожидаемая продолжительность жизни при рождении).

Рассмотрим на примере смертности еще один способ агрегирования, связанный с расчетом такого показателя, как стандартизованное отношение смертности (СОС). Построение СОС основано на использовании косвенного метода стандартизации, в котором за стандарт берется не возрастная структура населения, а повозрастные интенсивности смертности для населения, которое принимается за стандарт. Заметим, что в данном случае этот стандарт выбирается не произвольно, а как правило, в данном качестве рассматриваются повозрастные интенсивности смертности той территории, частями которых являются рассматриваемые территории. В том случае, если к рассматриваемым территориям относятся субъекты Российской Федерации, то в качестве стандарта берутся повозрастные характеристики смертности для РФ в целом. Если к рассматриваемым территориям относятся города и муниципальные районы, расположенные в отдельном субъекте РФ, то за стандарт берутся повозрастные интенсивности смертности данного субъекта РФ.

Такой выбор стандарта представляется довольно логичным, поскольку основная цель рейтингового оценивания в данном случае и заключается в том, чтобы сравнить регионы (субъекты РФ) со страной в целом или муниципальные объекты, входящие в какой-то регион, с самим регионом, содержащим эти объекты.

Для описания метода приведем его простую формулу.

Обозначим:

ВИС_i – возрастной показатель интенсивности смертности населения РФ (на 1000 населения) для возрастной группы i ,

НС_{ki} – среднегодовая численность населения возрастной группы i для k -го субъекта РФ,

УМ_k – количество умерших за рассматриваемый год в k -том субъекте РФ.

СОС_k – Стандартизованное отношение смертности для k -го региона представляет из себя отношение фактического количества умерших в k -том регионе к гипотетическому количеству умерших в рассматриваемом регионе при условии, что повозрастные коэффициенты (интенсивности) смертности в этом регионе совпадают с повозрастными коэффициентами смертности в РФ (или в субъекте РФ, если расчет идет для муниципальных объектов). Приведем соответствующую формулу:

$$\text{СОС}_k = \text{УМ}_k / (\sum_i (\text{ВИС}_i * \text{НС}_{ki})) \quad (1)$$

Отметим, что расчет и статистически обоснованное использование стандартизованного отношения смертности возможно даже в случае небольшого количества наблюдений (в данном случае – количества умерших за год по муниципальным объектам), поскольку его распределение близко к нормальному а стандартная ошибка (co_СОС_k) вычисляется очень просто:

$$\text{co_СОС}_k = \sqrt{\text{УМ}_k} / (\sum_i (\text{ВИС}_i * \text{НС}_{ki})) \quad (2)$$

Понятно, что аналогично показателю СОС можно рассчитывать такие, несколько необычные для традиционной демографии показатели, как стандартизованное отношение рождаемости (СОР), стандартизованное отношение интенсивности прибытия (СОИП) и стандартизованное отношение интенсивности убытия (СОИУ) по территориям. Формулы (1) и (2) при этом не изменятся, если повозрастную интенсивность миграционных потоков считать на 1000 среднегодового населения по возрастным группам для рассматриваемых территорий, а повозрастную интенсивность рождаемости – на 1000 женщин для возрастных групп, относящихся к репродуктивным возрастам.

Теперь рассмотрим, каким образом можно использовать показатель СОС для расчетов демографических рейтингов. Нами предлагается рассчитывать два вида демографических рейтингов: *рейтинг положения территории* в более широкой совокупности территорий и *рейтинг динамики демографического развития* территории.

Как уже отмечалось ранее, **рейтинг положения** дает статистически обоснованную информацию для классификации территорий на три группы: территорий, в которых ситуация по рассматриваемой компоненте демографического процесса лучше, чем для той территории, в состав которых входит рассматриваемая. Применительно к субъектам РА это означает, что ситуация в субъекте лучше, чем в целом для Российской Федерации, а применительно к муниципальным объектам – что ситуации в данном муниципальном объекте (городе или районе), лучше, чем в целом по рассматриваемому субъекту. Именно такое сравнение позволяет дать лицам, принимающим решение (ЛПР), научно обоснованное заключение о положении всех объектов, которые составляют рассматриваемую территорию применительно к той или иной компоненте демографического развития (рождаемости, смертности, притоку или оттоку населения). В этом случае за стандарт берутся соответствующие возрастные коэффициенты для основной территории, а рейтинги рассчитываются для всех объектов, входящих в эту территорию.

Для расчета *рейтинга динамики демографического развития территории* за стандарт берутся повозрастные интенсивности компонентов демографического развития для этой территории, наблюдаемые в предыдущем году, а рейтинги рассчитываются по данным текущего года.

Приведем и проинтерпретируем результаты расчета рейтинга смертности субъектов Российской Федерации за 1999-2007 гг., основанного на описанном методе, с использованием показателей СОС, рассчитанных за указанный период для всех субъектов Российской Федерации. Вначале представим известное неравенство, показывающее, в каких пределах с вероятностью 0,95 находится неизвестное нам истинное значение показателя $СОС_k$ для k-го субъекта:

$$|СОС_k - 1| \leq 1,95 * со_СОС_k \quad (3)$$

После расчета показателей $СОС_k$ и их стандартных ошибок ($со_СОС_k$), а также с учетом неравенства (3), назначим рейтинги положения субъектам РФ следующим образом:

- если для какого-то субъекта РФ разность между значением $СОС$ и единицей ($СОС-1$) будет меньше, чем $-1,96*(со_СОС_k)$, то присвоим этому субъекту значение «А» (в наших обозначениях это означает, что смертность в данном субъекте РФ статистически значимо ниже, чем смертность в целом для РФ), т.е. ситуация со смертностью в данном объекте лучше, чем в целом по Российской Федерации;
- если для какого-то субъекта РФ разность между значением $СОС$ и единицей будет больше, чем $+1,96*(со_СОС_k)$, то присвоим этому субъекту значение «С» (в наших обозначениях это означает, что смертность в данном субъекте РФ статистически значимо выше, чем смертность в целом для РФ), т.е. ситуация со смертностью в данном объекте хуже, чем в целом по Российской Федерации;
- остальным субъектам РФ присвоим значение «В» (в наших обозначениях это означает, что смертность в данном субъекте РФ статистически значимо не отличается от смертности, наблюдаемой в целом по Российской Федерации).

Представленные рейтинги соответствуют неравенству (3), которое показывает, в каких пределах (с вероятностью 0,95) находится неизвестное истинное значение стандартизованного отношения смертности $СОС_k$, для k-го субъекта РФ.

Для установления рейтингов динамики модифицируем формулу (3):

$$|СОС_k(t) - СОС_k(t-1)| \leq 1,95 * со_СОС_k(t) \quad (4)$$

Здесь $СОС_k(t)$ – стандартизованное отношение смертности для k-го субъекта РФ в году t (текущем году), которое будет использоваться для расчета рейтинга динамики, а $СОС_k(t-1)$ – стандартизованное отношение смертности для k-го субъекта РФ в предыдущем году, которое выступает в данном случае как база сравнения. Тогда символы «А», «В» и «С», которые рассчитываются аналогично предыдущим (только вместо единицы из текущего значения $СОС_k(t)$ мы вычитаем значение за предыдущий год

$СОС_k(t-1)$), будут означать, соответственно: «**А** – наблюдается статистически значимое улучшение ситуации со смертностью в данном субъекте по сравнению с предыдущим годом», «**В** - нет оснований говорить о статистически значимом изменении смертности в данном субъекте по сравнению с предыдущим годом», и «**С** - статистически значимое улучшение ситуации со смертностью в данном субъекте по сравнению с предыдущим годом».

На основе показателей $СОС_k$ и вышеописанных правил нами были назначены *рейтинги положения* (за 1999-2007 гг.) и *рейтинги динамики* (за 2000-2007 гг.) для всех субъектов Российской Федерации. Кратко опишем полученные результаты.

Вначале рассмотрим различия территорий по **рейтингу положения**. Оказалось, что только 17 территорий за все рассматриваемые годы имели статистически значимую смертность меньшую, чем в эти годы наблюдалась для РФ в целом. Это города Москва и Санкт-Петербург, Белгородская, Волгоградская, Ростовская и Тюменская области, Краснодарский и Ставропольский края, а также Республики Адыгея, Башкортостан, Дагестан, Ингушетия, Татарстан, Кабардино-Балкария, Карачаево-Черкесия, Северная Осетия. Воронежская область и Республика Чувашия имели статистически значимо более низкую, чем в РФ смертность только в 1999-2005 гг., а Новосибирская область и Мордовская республика имели статистически значимо более низкую смертность, чем в РФ в 1999-2004 гг. В остальных территориях не наблюдалось устойчивых позитивных закономерностей.

В то же время в 38 территориях за все годы рассматриваемого периода отмечалась статистически значимо более высокая смертность, чем в Российской Федерации. Это Амурская, Архангельская, Брянская, Владимирская, Ивановская, Иркутская, Калининградская, Калужская, Камчатская, Кемеровская, Кировская, Костромская, Курская, Ленинградская, Магаданская, Мурманская, Новгородская, Пермская, Псковская, Рязанская, Сахалинская, Смоленская, Тверская, Тульская, Челябинская, Читинская, и Ярославская области, Красноярский Приморский края, Республики Бурятия, Дагестан, Карелия, Коми, Марий Эл, Тыва, Хакассия, а также Еврейская автономная область и Чукотский автономный округ.

Перейдем теперь к **рейтингу динамики**. Вначале кратко охарактеризуем наиболее неблагоприятные регионы с точки зрения динамики смертности. Так, в 1999 году 43 субъекта РФ имели смертность статистически значимо более высокую, чем в Российской Федерации в целом. Из этих территорий только Ярославская область и Республики Хакассия и Саха (Якутия) статистически значимо снизили смертность в 2000 году¹⁰, в то время как в 36 территориях смертность статистически значимо выросла. По итогам 2000 года уже 48 субъектов РФ имели статистически значимо более высокую смертность, чем в Российской Федерации. В 2001 году уже в 5 территориях с высокой смертностью она статистически значимо снизилась. Это были Красноярский край, а также Архангельская, Брянская, Самарская и Свердловская области. В 28 территориях входящих в группу территорий с высокой смертностью в 2001 году смертность продолжала повышаться, а всего за год в эту группу вошли уже 49 территорий.

В 2002 году только в трех территориях с высокой смертностью она статистически значимо снизилась. Это Камчатская область, Республика Саха (Якутия) и Чукотский автономный округ, а в 40 территориях смертность продолжала свой статистически значимый рост. По итогам года в этой группе оказалось 48 территорий. В 2003 году статистически значимый рост смертности произошел толь в 4 территориях с высокой смертностью: в Брянской и Владимирской областях, а также Республике Марий Эл, и снова в Республике Саха (Якутия). Однако ухудшение ситуации со смертностью в этой группе наблюдалось уже только в 24 территориях, правда, по итогам года в неблагоприятной группе снова оказалось 48 субъектов РФ.

В 2004 году в данной группе, наконец-то, произошел коренной перелом в динамике смертности – в 38 субъектах РФ смертность снизилась статистически значимо, а повысилась только в трех территориях – в Амурской, Магаданской и Читинской областях. Тем не менее, по итогам года группа со смертностью, статистически значимо превышающей среднероссийский уровень, увеличилась до 52 территорий. Ситуация практически не изменилась и

¹⁰ Отметим здесь, что статистически значимое снижение смертности не обязательно означает переход территории в более благоприятную группу. Это снижение означает лишь то, что смертность сократилась в данной территории по отношению к предыдущему году.

в 2005 году – по его итогам 50 субъектов РФ остались в группе с наиболее высокой смертностью.

В 2006 году уже в 50 территориях, входящих в группу с наиболее высокой смертностью, смертность снизилась статистически значимо, однако ее рост в предыдущие годы был весьма значителен, и по итогам года количество территорий, входящих в данную группу не изменилось. В 2007 году наблюдалась сходная картина – 50 территорий, входящих в данную группу показали статистически значимое снижение смертности, но общая численность группы выросла до 53 субъектов РФ.

Какова же была динамика изменения смертности в целом по российской Федерации за указанные годы? Оказывается, что в первые четыре года (2000-2003 гг.) смертность в целом по РФ статистически значимо увеличивалась, в 2004 году она статистически значимо снизилась, в 2005 году снова статистически значимо выросла, а два последних года (2006-2007 гг.) статистически значимо снижалась.

К числу территорий, которые продемонстрировали наиболее устойчивую положительную динамику отнесем единственный субъект РФ – г. Москву, для которой наблюдалось статистически значимое снижение смертности в течение 6 лет из 8 лет наблюдения (только в 2001 году смертность в городе статистически значимо не изменилась по отношению к предыдущему 1999 году, а в 2001 году она статистически значимо выросла). В других территориях ситуация была поскромней: 5 раз (из 8 рассматриваемых лет) ситуация со смертностью статистически значимо улучшалась в Ингушетии, Дагестане и в Архангельской области, 4 раза ситуация улучшалась в г. Санкт-Петербурге, Брянской, Владимирской, Липецкой, Московской, Свердловской и Ярославской областях, в Краснодарском и Красноярском краях в Калмыкии, Карелии, Мордовии, Якутии, Северной Осетии и Хакасии. В остальных субъектах Российской Федерации успехи в динамике изменения смертности были гораздо скромнее.

Таким образом, нами на примере анализа рейтингов смертности убедительно показано, что использование двух видов демографических рейтингов – рейтингов положения и рейтингов динамики предоставляет лицам, принимающим решение, новые возможности для обоснованного анализа демогра-

фической ситуации и позволяет достаточно быстро выделять территориальные и темпоральные (динамические) особенности ее развития.

РЕЙТИНГИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Оценка эффективности функционирования российской системы здравоохранения в целом и ее региональных подсистем имеет важнейшее значение для правильного выбора приоритетов государственной политики в сфере здравоохранения на федеральном и региональном уровнях.

В докладе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) еще в 2000 г. были предложены инновационные критерии и методика сравнительной оценки деятельности систем здравоохранения в разных странах. Важное место в общей методологии ВОЗ уделяется критериям, с помощью которых можно количественно измерить степень улучшения/ухудшения здоровья населения страны и/или ее отдельных территорий¹¹. Всемирная организация здравоохранения исходит из того, что главной целью систем здравоохранения является улучшение здоровья населения, для количественной оценки которого ВОЗ рекомендует показатель продолжительности жизни, скорректированной с учетом нарушений здоровья (DALE-disability adjusted life expectancy). Вместе с тем подход ВОЗ допускает и использование других показателей для оценки общего состояния здоровья. Так, в проекте по оценке глобального бремени болезней, выполненного в середине 90-х годов¹², ВОЗ применял показатель потерянных лет здоровой жизни, (DALY - disability adjusted life years). DALY – наиболее известный и наиболее часто применяемый показатель меры потерь здоровья¹³. Этот показатель удобен для того, чтобы выделить вклад различных причин потерь здоровья в общую величину таких потерь.

Использование подхода ВОЗ открывает возможности построения комплексных оценок эффективности работы территориальных систем здравоохранения и их сопоставления друг с другом и с другими странами. Вместе с

¹¹ World health report 2000: health systems: improving performance. World Health organization, 2000. <http://www.who.int/whr/2000/en/index.html>

¹² Murray CJL, Lopez AD. Regional patterns of disability- free life expectancy and disability-adjusted life expectancy: Global Burden of Disease Study. The Lancet, 1997, 349(9062):1347–1352

¹³ Murray CJL. Rethinking DALYs. In: Murray CJL, Lopez AD, eds. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, Harvard University Press, 1996:1–98

тем подход, рекомендуемый ВОЗ, требует значительной методологической и организационной работы по его адаптации к особенностям организации российской системы здравоохранения и отраслевой системы медицинской статистики. Для целей сравнительной оценки потерь здоровья населения и построения рейтинга здоровья населения в России в целом, а также в разных регионах (субъектах Федерации) предлагается использовать показатель потерянных лет здоровой жизни, (DALY - disability adjusted life years). Данный показатель, в отличие от показателя DALE позволяет обоснованно подойти не только к построению рейтинга территорий, но и рассчитывать рейтинги потерь здоровья населения от наиболее значимых классов и групп заболеваний, учитывая не только заболевания, которые непосредственно приводят к смертельному исходу, но и болезни, приводящие к не смертельным нарушениям здоровья (слепота, глухота, хромота, косметические уродства и др.), которые, тем не менее, доставляют много страданий и жизненных неудобств людям, имеющим перечисленные нарушения.

Для расчета показателей DALE и DALY необходимы данные свидетельств ЗАГС о смерти (данные имеются в электронном виде в территориальных управлениях Росстата) и данные счетов фактур о предоставлении медицинской помощи жителям территории в рамках системы обязательного медицинского страхования (данные имеются в электронном виде в территориальных управлениях ОМС). Для корректировки исходных данных, необходимой в связи с тем, что не все заболевания в нашей стране лечатся за счет средств ОМС (лечение психических, ряда инфекционных, туберкулеза и некоторых других заболеваний производится из бюджета здравоохранения), требуются также данные отраслевой статистики здравоохранения, имеющиеся в системах «Медстат».

Данные системы ОМС необходимы для расчета количества заболевших (incidence) и больных (prevalence) в населении. Отметим здесь, что количество заболевших – это не заболеваемость населения в ее традиционном для российской медицинской статистики понимании, как количество посещений людьми врачей с тем или иным установленным диагнозом, а количество больных – это именно количество больных, которое, в соответствии с традиционными российскими методиками определяется как количество обратившихся по поводу того или иного диагноза по крайней мере один (или боль-

шее количество) раз за последние три года. Понятно, что в данном способе оценки больных и впервые заболевших имеются ошибки, связанные с неполнотой учета болезней, вызванной, в частности, недостаточной доступностью квалифицированной медицинской помощи на местах, особенно в сельской местности, однако эти ошибки частично корректируются последующей процедурой. Полученные величины (количества больных и впервые заболевших) объединяются с количеством умерших в течение календарного года по половозрастным группам и заболеваниям (для заболеваемости и смертности используется один и тот же список болезней), после чего все эти данные используются специальной программой DISMOD, разработанной в рамках проекта ВОЗ по глобальному бремени болезней, для получения соответствующих непротиворечивых оценок¹⁴.

Разумеется, даже такой способ, использующий сложную эпидемиологически обоснованную математическую модель, дает неточную оценку рассматриваемых показателей. Известно, что фактическое значение количества больных для каждого отдельного заболевания среди населения рассматриваемой территории кроме упомянутых данных зависит также от значений показателей впервые заболевших, уровня выздоровления больных (recovery rate), уровня смертности больных от рассматриваемого заболевания (case-fatality), уровня смертности больных данным заболеванием от других причин смерти, длительности заболевания. Большинство из перечисленных факторов весьма трудно достоверно количественно измерить как с помощью показателей государственной статистики, так и с помощью выборочных эпидемиологических или клинических обследований. Для более точного определения согласованных значений этих факторов и показателей числа больных по заболеваниям и было разработано специальное программное обеспечение DISMOD. В программе DISMOD одновременно рассчитываются все перечисленные выше показатели, значения которых с помощью встроенных в программы специальных корректирующих процедур оказываются согласованными между собой в том смысле, что они (показатели) обеспечивают непротиворечивую оценку параметров в специальной мультистатусной эпидемиологической математической модели. Для работы программы и получения

¹⁴ Kruijshaar M.E., Barendregt J.J., Hoeymans N. The use of models in the estimation of disease epidemiology. - Bulletin of the World Health Organization 2002, 80 (8) pp. 622-627

согласованных оценок всех ее параметров пользователю необходимо ввести только три набора из перечисленных выше показателей: для условий Российской Федерации – это количества впервые заболевших, больных и умерших по рассматриваемым территориям и группам болезней.

В дополнение к оценке потерянных лет здоровой жизни в соответствии с рекомендациями ВОЗ имеется также возможность провести оценку потерянных лет жизни, а, следовательно, и оценить реальные экономические потери вследствие наиболее распространенных факторов риска, таких, как курение, потребление алкоголя, гиподинамия, избыточный вес, повышенное артериальное давление, неправильное питание и др., что позволит рассчитывать рейтинги факторов риска по территориям и более обоснованно разрабатывать средне- и долгосрочные планы развития систем здравоохранения и систем охраны здоровья населения.

Показатель DALY предлагается в будущем, по мере готовности информационной базы рассчитывать для каждого субъекта Федерации в целом и отдельно для всех входящих в него муниципальных образований.

Для оценки эффективности использования ресурсов в территориальных системах здравоохранения предлагается сравнивать показатели общего уровня здоровья с показателями ресурсного обеспечения систем здравоохранения в отдельных регионах. Для этого должны быть выделены группы регионов с однородными показателями ресурсного обеспечения и по каждой такой группе сравниваться региональные показатели DALY. Это даст возможность ранжировать регионы по уровню макроэффективности здравоохранения¹⁵.

Предлагаемая выше методология использовалась одним из авторов настоящей статьи для оценки текущих потерь здоровья населения Российской Федерации и прогноза этих потерь до 2020 года¹⁶. Приведем ниже некоторые результаты, опубликованные в упомянутом Атласе.

¹⁵ Ермаков С.П., Дуганов М.Д., Макеев А.Н., Колинко А.А. Финансовый макроанализ в здравоохранении. Рекомендации для использования на региональном и муниципальном уровнях. – М., 2000, 96 с.; Дуганов М.Д. Оценка эффективности расходов на здравоохранение на региональном и муниципальном уровнях. М.: ИЭПП, 2007, 112 с.

¹⁶ Здоровье России: Атлас / Под редакцией Л.А. Бокерия. Изд. 6-е. – М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2010. – 266 с., цв. илл., 315 карт (Раздел 2. Состояние здоровья и болезни населения. Подраздел «Общая характеристика состояния здоровья населения и оценка экономических потерь на основе глобального бремени болезней», с. 43-57).

Для прогноза потерь здоровья населения РФ до 2020 года использовался нормативный прогноз демографического развития России, в соответствии с которым было установлено, каким образом должна меняться смертность населения Российской Федерации, чтобы были достигнуты следующие контрольные значения показателей ожидаемой продолжительности жизни населения страны – 70 лет к 2015 году и 75 лет в 2025 году. Основное предположение прогноза состояло в том, что снижение смертности должно обеспечиваться во всех половозрастных группах населения, но, конечно, различными, хотя и взаимно согласованными темпами.

Для задания механизма такого согласования было принято решение считать, что темпы снижения смертности для мужского и женского населения должны совпадать во всех трудоспособных возрастах, в детских и подростковых возрастах эти темпы должны составлять от темпов снижения смертности в трудоспособных возрастах, а в пожилых возрастах – половину от темпов снижения для детских возрастов.

Оказалось, что для обеспечения достижения к 2015 году величины ожидаемой продолжительности жизни для всего населения, равной 70 годам, смертность населения трудоспособного возраста должна быть снижена к уровню 2008 года на 21,5%. Понятно, что обеспечить такое снижение смертности за столь короткий период – это задача чрезвычайно трудная. Предпосылками к решению этой задачи должно явиться принятие общероссийской и региональных программ снижения потерь здоровья населения, для чего мы и рассчитали соответствующие оценки и рейтинги.

Оказалось, что основные потери здоровой жизни в России (если просуммировать их по всем возрастам – это потери вовсе не вследствие преждевременной смертности, хотя и ее уровень за пределами по сравнению с развитыми странами, а потери вследствие нарушений здоровья, не приводящих непосредственно к смертельному исходу. Эти потери в 2007 году для мужского населения России составили 82,8%, а для женского населения – 91,8% общих потерь.

Если составить на основе расчета индексов DALY за 2007 год рейтинг заболеваний и групп болезней для населения РФ, то окажется, что суммарные потери здоровья на 60% определяются потерями вследствие неинфекционных заболеваний, причем вклад неинфекционных заболеваний максимален в пожилых и преклонных возрастах (70-80%).

На втором месте в рейтинге потерь здоровья населения России в 2007 году находились травмы (24% всех потерь), на третьем – сердечно-сосудистые болезни (20% потерь), на четвертом – большая группа болезней, объединяющая, в соответствии с установками ВОЗ, инфекционные болезни, причины материнской смертности, перинатальные состояния и нарушения питания (16% потерь), а на пятом месте – болезни органов дыхания (10% потерь, из которых 4/5 потерь приходилось на респираторные инфекции).

В соответствии с прогнозом потери лет здоровой жизни населения Российской Федерации будут устойчиво снижаться и к 2020 году составят 83% от уровня 2007 года, а структура потерь здоровья населения российской Федерации несколько изменится. Первое место останется за группой неинфекционных болезней (63% общих потерь), на второе место выйдут сердечно-сосудистые болезни (22% потерь), на третье место – травмы (21,5% потерь). Доля группы, включающей инфекционные болезни несколько уменьшится (14% потерь), хотя она и останется на четвертом месте. Доля и место болезней органов дыхания в общем списке болезней, которые приводят к наибольшим потерям здоровья останутся на прежнем уровне.

Высокий уровень преждевременной смертности в Российской Федерации по сравнению с наиболее развитыми странами во многом может быть обусловлен тем, что в РФ экстремально высокая заболеваемость¹⁷. Эта заболеваемость не приводит к высокой смертности населения России по сравнению с бывшими социалистическими странами Европы потому, что лечение большинства заболеваний в России по сравнению с этими странами значительно более эффективно. В сравнении же с развитыми европейскими странами это лечение не является столь эффективным и приводит к сверхсмертности российского населения.

В прогнозный период ожидается определенный рост доли потерь вследствие заболеваемости сердечно-сосудистыми болезнями, которые являются ведущей причиной смерти населения. Поэтому снижение смертности от сердечно-сосудистых болезней и до конца прогнозного периода будет оставаться одной из актуальных задач российского здравоохранения.

¹⁷ Как отмечалось ранее, под термином «заболеваемость», в соответствии с концепцией ВОЗ, понимается не заболеваемость по обращаемости, а количество впервые заболевших и общее количество больных в населении.

Что касается туберкулеза, являющегося сегодня одним из самых социально значимых заболеваний, то вклад фактора преждевременной смертности от туберкулеза в потери лет здоровой жизни на протяжении всего прогнозного периода будет чрезвычайно высоким. Это означает, что в прогнозируемом периоде нам не удастся справиться с этим чрезвычайно опасным заболеванием.

В цитируемой работе¹⁸ рассчитаны также ежегодные экономические потери государства вследствие нездоровья граждан России (как текущие, так и прогнозные), которые в 2020 году оцениваются почти в 12 трлн. руб.

По результатам прогнозных расчетов, наибольшие экономические потери Россия в 2020 году понесет за счет различного вида травм (36,9%), среди которых первое место занимают травмы внутренних органов (19,7%), второе – травмы конечностей (11,3%), и третье – травмы головы (5,9%). Второе место в экономических потерях займут респираторные инфекции (2,8 трлн. руб.), из которых 6,4% приходится на острые респираторные инфекции нижних дыхательных путей (грипп и пневмонии). Последующие места занимают цереброваскулярные болезни (2,2 трлн. руб.), ишемическая болезнь сердца (1,8 трлн. руб.) и болезни, связанные с повышенным артериальным давлением (1,7 трлн. руб.). На перечисленные болезни приходится 70% общих финансовых потерь. Оставшиеся потери приходятся на глаукому (1,1 трлн. руб.), сахарный диабет (0,6 трлн. руб.), рак молочной железы (0,1 трлн. руб.), туберкулез (64 млрд. руб.), анемию (43 млрд. руб.) и другие заболевания.

Следует отметить, что прогноз потерь здоровья населения России на 2020 год получен нами при большом количестве упрощающих предположений и с использованием ряда статистических приближенных моделей. Более точный прогноз будет возможен только если не менее, чем в 30% субъектов Российской Федерации будет проведена работа по точной оценке текущих потерь здоровья населения на основе рекомендаций ВОЗ, которые были апробированы этой организацией в процессе проведения работы по межстрановой оценке величин глобального бремени болезней мирового населения. Только такой путь позволит не только получить более обоснованные прогнозные оценки потерь здоровья населения Российской Федерации, но и пе-

¹⁸ Здоровье России: Атлас / Под редакцией Л.А. Бокерия. Изд. 6-е. – М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2010. – 266 с., цв. илл., 315 карт (Раздел 2. Состояние здоровья и болезни населения. Подраздел «Общая характеристика состояния здоровья населения и оценка экономических потерь на основе глобального бремени болезней», с. 43-57).

рейтинги к точным расчетам потерь здоровья населения по муниципальным объектам внутри российских территорий, получить вероятностные распределения соответствующих индексов потерь и подготовить научную базу для обоснованного в статистическом смысле расчета всевозможных рейтингов потерь здоровья населения России по территориям, группам заболеваний и факторам риска.

УДК 614.2 : 314(470)(082)

ББК 51.1(2) + 60.7

З – 46

Научно-исследовательское издание

Здоровье и социально-демографические процессы в России Сборник статей

Под редакцией профессора, доктора экономических наук А.Ю. Шевякова

Подготовка оригинал-макета: с.н.с. Катков В.И.

Подписано к печати 2 декабря 2010 г. Тираж 100 экз.

Формат 60х90/16 стр.196

Отпечатано ИСЭПН РАН

Ответственный за выпуск с.н.с. Яковлев Ю.С.

Адрес: 117218 Москва, Нахимовский проспект, 32

ISBN 978-5-89997-057-3



ISBN 978-5-89997-057-3

© ИСЭПН РАН, 2010

© Авторский коллектив, 2010