

**Российская академия наук
Институт социально-экономического
развития территорий**

**Шабунова А.А.,
Калашников К. Н., Калачикова О. Н.**

Общественное здоровье и здравоохранение территорий

Вологда 2010

Александра Шабунова

**Общественное здоровье и
здравоохранение территорий**

«ИСЭРТ РАН»

2010

Шабунова А. А.

Общественное здоровье и здравоохранение территорий /
А. А. Шабунова — «ИСЭРТ РАН», 2010

ISBN 978-5-93299-153-4

[GoBack](#) В монографии представлены результаты исследований здоровья населения и работы системы здравоохранения. Изложено современное состояние, тенденции и проблемы демографического развития, общественного здоровья населения на мировом, страновом и региональном уровнях. Обоснованы стратегические направления решения выявленных проблем. Книга адресована работникам органов управления здравоохранением, образованием, социальной защитой, научным работникам, преподавателям высших учебных заведений и студентам, а также широкому кругу читателей, кому не безразличны здоровье и судьба русского народа.

ISBN 978-5-93299-153-4

© Шабунова А. А., 2010
© ИСЭРТ РАН, 2010

Содержание

К читателям	6
Предисловие	8
Глава 1. Концептуальные основы общественного здоровья	11
1.1. Общественное здоровье и его измерение	11
1.2. Исторические аспекты развития общественного здоровья	24
Конец ознакомительного фрагмента.	32

**А. А. Шабунова, К. Н. Калашников,
О. Н. Калачикова**

**Общественное здоровье и
здравоохранение территорий**

© Шабунова А. А., Калашников К. Н., Калачикова О. Н., 2010

©ИСЭРТ РАН, 2010

Все права защищены. Никакая часть электронной версии этой книги не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме и какими бы то ни было средствами, включая размещение в сети Интернет и в корпоративных сетях, для частного и публичного использования без письменного разрешения владельца авторских прав.

К читателям



Будущее Российской Федерации, её инновационное поступательное развитие невозможно без сохранения и преумножения человеческого капитала, который во многом определяется общественным здоровьем населения. Поэтому одной из приоритетных задач государственной власти становится проведение эффективной политики, направленной на сохранение и укрепление здоровья, осознание его ценности большинством населения, формирование ответственности каждого за своё здоровье и здоровье своих детей. В условиях современного финансово-экономического кризиса проблема сохранения здоровья становится ещё более острой, так как чаще возникают ситуации, при которых происходит ухудшение условий и снижение уровня жизни широких слоёв населения.

Предлагаемая монография обобщает материалы многолетних исследований Института социально-экономического развития территорий РАН, посвящённых изучению различных аспектов общественного здоровья и здравоохранения. Внимание авторов сконцентрировано на ключевых проблемах, выявленных на основе развёрнутого анализа общественного здоровья и определяющих его факторов. При этом рассмотрены проблемы различных уровней: межстранового, регионального и индивидуального. Наиболее подробно представлены возможные перспективы развития общественного здоровья и здравоохранения в регионе. Сделан упор на необходимость межсекторального сотрудничества в деле укрепления общественного здоровья.

Исследования, положенные в основу книги, выполнены при поддержке Департамента здравоохранения Вологодской области и в тесном взаимодействии с ним. Это придаёт результатам представляемой работы не только научную, но и практическую значимость.

Вместе с тем органы исполнительной и представительной власти области получают возможность на базе положений и выводов, представленных в книге, расширить участие всех структур регионального сообщества в выработке действенных мер по укреплению здоровья населения.

И. Поздняков, первый заместитель Губернатора Вологодской области

Предисловие

Человечество с каждой ступенью своего развития становится более монолитным, цельным организмом, что подтверждается процессом глобализации. Усиливается взаимозависимость общества и индивида, в том числе и в плане здоровья. Реализация людьми общественных интересов, выполнение социальных задач во многом определяется состоянием индивидуального здоровья. В свою очередь, состояние здоровья индивидов напрямую зависит от того, насколько здорово само общество. Такая взаимозависимость позволяет говорить о здоровье как о социальном феномене.

При современном воспроизводстве населения изменились социально-экономические ценности общества, значение и роль человека и социальной сферы в динамике общественного развития. В этих условиях развитая человеческая личность представляет собой важнейший компонент общественного богатства, конечный результат экономического развития. Экспертами Всемирной организации здравоохранения доказано, что улучшение качества и увеличение продолжительности жизни населения ведёт к ускорению экономического развития государства, росту его валового национального продукта¹.

В то же время в России продолжительность жизни мужчин в 2008 г. составила 61,8 года, что, по оценкам ВОЗ, сопоставимо с бедными странами Африки. Разрыв между показателями продолжительности жизни российских женщин и мужчин достиг невиданной для современной истории развитых стран величины – 13 лет. В трудоспособном возрасте умирает каждый десятый мужчина. Растёт число социальных заболеваний. Туберкулёзом в современной России заболевают на четверть чаще, чем в 80-е гг. XX века, и в десять раз чаще, чем на Западе. Вместе с беднейшими африканскими и азиатскими государствами Российская Федерация входит в чёрный список 15 самых неблагополучных по туберкулёзу стран.

Важнейшей проблемой в сфере здоровья и здравоохранения является системное нарушение прав граждан на охрану здоровья и фактическое неравенство в получении медицинских услуг вопреки установке Всемирной организации здравоохранения: здоровье для всех и каждого. По определению ВОЗ, равенство в здравоохранении – это справедливость и равнодоступность медицинской помощи². В современных российских условиях поддержание здоровья и получение качественного лечения в случае болезни для многих людей оказывается недоступным.

В переходный период 1990-х гг. в России не только снизился уровень здоровья населения, но и сформировалось негативное отношение к сохранению своего здоровья, что отрицательно влияет на формирование здоровья нынешних и отразится на здоровье будущих поколений. Значит, каждое последующее поколение будет иметь меньший уровень биологического человеческого капитала, что определяет и меньшую физическую дееспособность.

В 90-е гг. XX века правительства многих стран начали реализацию национальных программ по борьбе с факторами риска предотвратимых заболеваний и получили значительные результаты. Например, в Финляндии снижение смертности среди мужчин в период с 1970 по 2002 г. достигло 65 %³. В то же время в России, даже в период относительного экономического благополучия (2000–2007 гг.), смертность от предотвратимых причин оставалась в 3–4 раза выше, чем в развитых странах. Мероприятия, осуществлявшиеся в рамках национального

¹ Инвестиции в здоровье: ключевое условие успешного экономического развития стран Восточной Европы и Центральной Азии / Всемирная организация здравоохранения 2008 г., от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения (гл. 4, с. 138].

² Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения, Нью-Йорк, 22 июля 1946 года.

³ Доклад о состоянии здравоохранения в Европе / Европейское региональное бюро ВОЗ. – Копенгаген, 2002.

проекта «Здоровье», который стартовал в 2005 г., лишь незначительно смягчили ситуацию, не изменив общего отрицательного тренда.

Для трансформирующейся России все большую актуальность приобретает формирование единой государственной политики сохранения здоровья и развития здравоохранения. В последние годы принят ряд стратегических документов, определяющих векторы дальнейшего социального развития страны, в том числе и в направлении сохранения народонаселения: Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации до 2020 г.,⁴ Концепция развития здравоохранения РФ до 2020 г.⁵ и др. Их реализация должна вывести Россию на качественно новый уровень развития, который обеспечит ей устойчивый долгосрочный рост и возможность достижения лидирующих позиций не только за счёт развития новых технологий, но и за счёт улучшения здоровья и качества жизни населения.

Настоящая монография продолжает серию публикаций по результатам изучения проблем общественного здоровья населения на фоне исторических событий конца XX – начала XXI века⁶. В книге отражены территориальные особенности уровня и образа жизни населения и их влияние на формирование здоровья. Важное место уделяется анализу тенденций в реформирующейся системе здравоохранения.

Представленное в монографии исследование базируется не только на данных официальной статистики, характеризующей здоровье на популяционном уровне, но и на результатах социологических исследований, которые дают возможность понять механизмы формирования здоровья на микроуровне. Институтом социально-экономического развития территорий РАН проводятся следующие исследования:

- социально-экономический мониторинг здоровья детей, осуществляемый с момента рождения в режиме реального времени (ведётся с 1995 г.);
- мониторинг физического здоровья населения Вологодской области (с 1998 г.);
- мониторинг психического здоровья населения Вологодской области (с 1998 г.);
- исследование репродуктивного здоровья (с 2004 г.).

Осуществление широкого спектра исследований стало возможным благодаря многолетнему сотрудничеству ИСЭРТ РАН с Правительством Вологодской области и Департаментом здравоохранения.

Авторы книги осознают, что они не могли охватить всего многообразия материалов по рассматриваемой проблеме. Задача состоит в том, чтобы отразить основные тенденции в развитии общественного здоровья и здравоохранения в России в межкризисный период (1998–2008 гг.) и определить главные направления практических мероприятий и научных исследований.

Исследование выполнено коллективом отдела исследования уровня и образа жизни населения Института социально-экономического развития территорий РАН в составе:

- Шабуновой А. А., к.э.н., доцента (главы 1 и 2; § 5.1; заключение; общая редакция);
Калашникова К. Н., асп. (§ 5.2, 5.3);
Ласточкиной М. А., к.э.н. (§ 3.5; глава 4);
Калачиковой О. Н., асп. (§ 3.3; глава 4);

⁴ Концепция 2020 [Электронный ресурс] / Министерство экономического развития Российской Федерации. – Режим доступа: www.economy.gov.ru

⁵ Концепция развития здравоохранения до 2020 года [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.zdravo2020.ru/concept

⁶ Репродуктивный потенциал населения региона: состояние, тенденции, перспективы / В. А. Ильин, А. А. Колинко, К. А. Гулин, А. А. Шабунова, М. А. Копейкина, Е. Л. Вологодина. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2005. – 208 с; Шматова Ю. Е., Фалалеева О. И., Гулин К. А. Общественное психическое здоровье: тенденции и проблемы. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2006. – 186 с; Проблемы сохранения человеческого потенциала: медико-демографические аспекты / А. И. Попугаев, Н. А. Рыбакова, К. А. Гулин, Н. А. Короленко, А. А. Шабунова, Г. В. Тихомирова. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2006. – 157 с; Эффективность здравоохранения региона / В. А. Ильин (руководитель), А. А. Колинко, М. Д. Дуганов, К. А. Гулин [и др.]. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2006. – 192 с.

Рыбаковой Н. А, д.б.н.; Маланичевой Н. А., асп. (§ 3.1; глава 4);

Морева М. В., к.э.н. (§ 3.2);

Артеменко В. В., асп. (§ 3.4; глава 4).

Авторский коллектив выражает глубокую признательность за всемерное содействие проводимым исследованиям ведущим специалистам Департамента здравоохранения Вологодской области – заместителю начальника департамента к.м.н. *Дуганову Михаилу Давидовичу*, заместителю начальника департамента, начальнику отдела лечебно-профилактической деятельности и стандартизации к.м.н. *Короленко Наталье Александровне*, начальнику отдела охраны материнства и детства *Вологдиной Елене Леонидовне*.

Авторы благодарят также всех, кто участвовал в проведении исследований, без чьей поддержки и помощи работа над книгой была бы невозможна.

Глава 1. Концептуальные основы общественного здоровья

1.1. Общественное здоровье и его измерение

Основа существования любого государства – наличие общества (населения), на развитие которого и направлена государственная деятельность. Качество народонаселения (уровень жизни, образования, здоровья и т. д.) является важным критерием функционирования и развития страны (государства).

Качество народонаселения и отдельного человека связывается с такой категорией, как здоровье. В настоящее время «максимально достижимый уровень здоровья» признается одним из неотъемлемых прав человека и народа, выступает как важнейшее условие и средство, как одна из конечных целей общественного развития. Наоборот, низкий уровень здоровья населения осознаётся как прямая угроза национальной безопасности любого государства, как препятствие его социально-экономическому прогрессу.

В своём обращении к россиянам Президент Российской Федерации Д. А. Медведев отметил: «Повышение качества медицинского обслуживания, стимулирование рождаемости, безопасность на дорогах и производстве, борьба с пандемией алкоголизма, развитие физической культуры, массового спорта должны стать и стратегическими, и при этом повседневно решаемыми государственными задачами»⁷.

В свою очередь, здоровье населения оказывает значимое влияние на развитие экономики, науки и культуры, на все процессы, происходящие в обществе. Как отмечают специалисты, «здоровье – не просто благо, это один из экономических ресурсов общества»⁸, так как здоровье прямо или косвенно влияет на производительность труда и развитие экономики в целом. Как правило, экономический рост государства и повышение индивидуального достатка населения, совершенствование социальной инфраструктуры и организации медицинской помощи сопровождаются снижением показателей смертности и увеличением ожидаемой продолжительности жизни населения.

Государства Европейского региона одобрили совместную Европейскую политику «Здоровье для всех» на 30-й сессии Регионального комитета в 1980 г., подтверждённую 51-й Всемирной ассамблеей здравоохранения. В принятой 16 мая 1998 г. «Всемирной декларации по здравоохранению» ещё раз указано, что обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав каждого человека и что в отношении здоровья все имеют равные права, равные обязанности и равную ответственность.

В Декларации подтверждается, что улучшение здоровья и благосостояния людей является конечной целью социального и экономического развития общества. Отмечается важность нивелирования социального и экономического неравенства для улучшения здоровья всего населения; а также необходимость соблюдения этических концепций равенства, солидарности и социальной справедливости; настоятельная необходимость осуществления политики достижения здоровья для всех через соответствующие региональные и национальные политики и стратегии.

⁷ Медведев Д. Россия, вперёд! [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.kremlin.ru/news/5413> (дата обращения: 10.09.2009).

⁸ Щепин О. П., Царегородцев Г. И., Ерохин В. Г. Медицина и общество. – М.: Медицина, 1983. – С. 8.

Согласно Уставу Всемирной организации здравоохранения, здоровье – состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие физических дефектов и болезней. При этом «благополучие – динамическое состояние ума, характеризующееся некоторой психической гармонией между способностями, потребностями и ожиданиями работающего и теми требованиями и возможностями, которые предъявляет и предоставляет окружающая среда»⁹. Однако это определение не может быть использовано для оценки здоровья и на популяционном, и на индивидуальном уровне. По мнению ВОЗ, в медико-санитарной статистике под здоровьем на индивидуальном уровне понимается отсутствие выявленных расстройств и заболеваний, а на популяционном – процесс снижения уровня смертности, заболеваемости и инвалидности.

Общественное здоровье является характеристикой одного из важнейших свойств, качеств, аспектов общества как социального организма. Общественное здоровье нельзя сводить к совокупности показателей здоровья отдельных людей. О нём говорят как об общественном богатстве, т. е. факторе, без которого не может создаваться вся совокупность материальных и духовных ценностей.

В современной научной литературе понятие «общественное здоровье» рассматривается по меньшей мере в двух аспектах. С одной стороны, – как система (public health as system) научных и практических мер и обеспечивающих их структур медицинского и немедицинского характера, деятельность которой направлена на реализацию концепции охраны и укрепления здоровья населения, профилактику заболеваний и травм, увеличение продолжительности активной жизни и трудоспособности. С другой стороны, – как ресурс (public health as resource) – медико-социальный ресурс и потенциал общества, способствующий обеспечению национальной безопасности страны¹⁰.

Ю. П. Лисицын, много лет отдавший изучению общественного здоровья, определяет его как здоровье населения, обусловленное комплексным воздействием социальных и биологических факторов окружающей среды, оцениваемое социально-экономическими, демографическими показателями, характеристиками физического развития, заболеваемости и инвалидности, при определяющем значении экономического и политического строя и зависящем от условий общественной жизни.

В целом, характеризуя общественное здоровье, можно сказать, что это такое состояние, качество общества, которое обеспечивает условия для образа жизни людей, не обременённых заболеваниями, физическими и психическими расстройствами, т. е. такое состояние, когда обеспечивается формирование здорового образа жизни¹¹.

Здоровье населения находится в тесной взаимосвязи с показателями демографического развития территории. В конечном итоге здоровье – это способность популяции к воспроизводству, непрерывному возобновлению поколений и реализации их жизненного и трудового потенциала на этапах развития от зарождения жизни до её завершения в возрасте естественной продолжительности жизни или преждевременно от болезней и травм¹².

Популяция, обладая определённым жизненным и трудовым потенциалом, теряет его на каждом этапе развития поколений из-за травм, болезней, прерывания беременности, мертворожденности, преждевременной смертности и т. д. (рис. 1.1).

⁹ Устав ВОЗ. 2005 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/RU/constitution-ru.pdf> (дата обращения: 03.03.2010).

¹⁰ Калинина Т. В. Качество жизни населения как важнейшая составляющая общественного здоровья // Медицина – 2008. – № 4. – С. 7–9.

¹¹ Лисицын Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С. 71.

¹² Соломонов А. Д. Научные основы мониторинга здоровья населения на региональном уровне (на примере Ставропольского края): автореф. дис... докт. мед. наук. – М., 1998. – С. 14.

Переходя к вопросу об измерении общественного здоровья, отметим, что до сих пор не существует единого, общепризнанного «измерителя» здоровья, хотя имеется множество подходов к построению интегрального индекса здоровья¹³. С точки зрения Всемирной организации здравоохранения здоровье людей – качество социальное, в связи с этим для его оценки эксперты ВОЗ рекомендуют использовать следующие критерии:

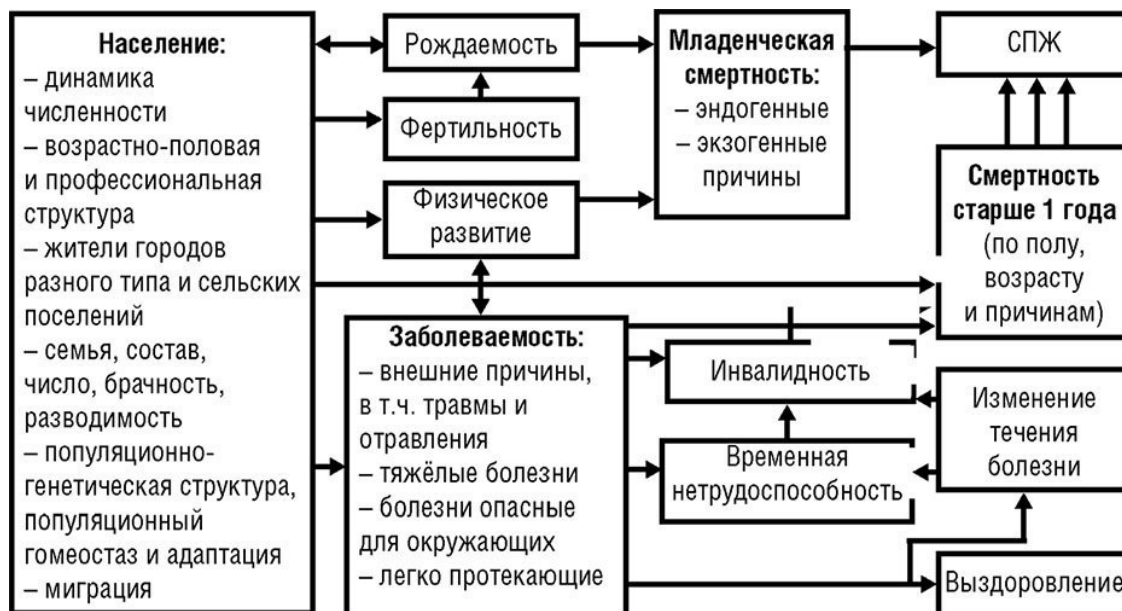


Рис. 1.1. Взаимосвязь медико-демографических процессов

Примечание. СПЖ – средняя продолжительность жизни.

Источник: Государственная политика вывода России из демографического кризиса / В. И. Якунин, С. С. Сулакшин, В. Э. Багдасарян и др.; под общ. ред. С. С. Сулакшина. – М.: Экономика, Научный эксперт, 2007. – С. 464.

- ◆ отчисления валового национального продукта на здравоохранение;
- ◆ доступность первичной медико-социальной помощи;
- ◆ уровень иммунизации населения;
- ◆ степень обследования беременных квалифицированным персоналом;
- ◆ состояние питания детей;
- ◆ уровень детской смертности;
- ◆ средняя продолжительность предстоящей жизни;
- ◆ гигиеническая грамотность населения.

В отечественной науке при оценке здоровья населения чаще всего используют широко известные демографические показатели, показатели заболеваемости, инвалидности, физического развития и т. д. Величина перечисленных показателей не только определяет состояние здоровья населения, но и характеризует уровень социально-экономического развития страны в целом, степень медицинской грамотности населения, уровень и качество организации медицинской помощи.

Таблица 1.1

Показатели численности, состава и динамики населения

¹³ Женщина, мужчина, семья в России: последняя треть XX века. Проект «Таганрог» / под ред. Н. М. Римашевской. – М.: Изд-во ИСЭПН, 2001. – С. 57.

Наименование показателей	Методика расчёта показателей
1. Показатели численности и динамики населения	
1.1. Численность постоянного населения	Постоянное население равно наличному населению, из численности которого вычитаются временно присутствующие в момент переписи на данной территории и прибавляются временно отсутствующие жители этой местности.
1.2. Численность населения на начало периода (обычно на 01.01.)	Переписи населения обычно проводятся в декабре или январе, поэтому критический момент не совпадает с первым января. Чтобы получить численность населения на начало года, к данным переписи, если она проводилась в конце предшествующего года, прибавляют результаты естественного и миграционного движения населения за тот промежуток времени, который отделяет дату переписи от 1 января следующего года. Результаты естественного и миграционного движения вычитают, если перепись проводилась после 1 января текущего года. Подобным образом делается и оценка численности населения в межпереписные годы.
1.3. Среднегодовая численность населения (среднее население)	Сумма численностей населения на начало одного и другого года (к примеру, на 01.01. 2004 и 01.01.2005) делится на 2. Если имеются промежуточные данные, например на первое число каждого квартала, то проще всего найти среднеквартальные численности, сложить их и разделить на число кварталов. Так же можно поступить и для нахождения среднегодовой численности за ряд лет.
1.4. Доля региона, федерального округа, России в населении федерального округа, страны, мира	Численность населения региона делится на численность населения страны (федерального округа) и умножается на 100. Население должно быть в обоих случаях или наличное, или постоянное и приниматься на одну и ту же дату.
1.5. Темпы роста (сокращения) численности населения	Частное от деления численности населения на начало данного года (может быть принят прогнозный год) на численность населения на начало прошедшего года (любого года истекшего периода). Умножая результат деления на 100, получают темп роста в процентах *.
1.6. Темпы прироста (сокращения) численности населения	От темпа роста (сокращения) вычитается 100. Например, темп роста 105,2%. Тогда темп прироста равен $105,2 - 100 = 5,2\%$.
1.7. Средний темп роста населения	Из темпа роста извлекается корень той степени, которая равна продолжительности расчётного периода. Так, если темп роста за десять лет составляет 2,0042, то среднегодовые темпы равны 1,072. Это число получается при извлечении корня десятой степени.
1.8. Средний темп прироста населения	Среднегодовой темп прироста находится вычитанием из среднего темпа роста единицы: $1,072 - 1,0 = 0,072$ (или 7,2% в год). Следовательно, чтобы удвоить явление в течение 10 лет, нужны среднегодовые темпы прироста не менее чем 7%.

1.9. Абсолютный прирост (убыль) населения	Разность между численностью населения на начало и конец периода (или начало следующего периода).
2. Показатели компонентов динамики и состава населения	
2.1. Общий прирост населения: - абсолютный - относительный	Абсолютная величина общего прироста (убыли) населения равна сумме естественного прироста (убыли) и миграционного прироста (убыли). Эта величина должна совпадать с разностью между численностью населения на начало и конец периода. Относительная величина общего прироста находится делением абсолютной величины на среднегодовую численность населения.
2.2. Естественный прирост - абсолютный - относительный	Абсолютный естественный прирост (убыль) – это разность между числом родившихся и умерших в одно и то же время в данной местности. Относительный естественный прирост (убыль) – частное от деления абсолютной величины на среднегодовую численность населения.
3. Показатели половозрастной структуры	
3.1. Количество мужчин в расчёте на тысячу женщин	Отношение численности мужчин к численности женщин в расчёте на тысячу (возможно также исчисление числа женщин в расчёте на тысячу мужчин).
3.2. Средний возраст живущего населения	Средний возраст исчисляется как средняя арифметическая взвешенная. В числителе – сумма произведений возрастов на численность населения, его достигшего, или на долю населения данного возраста в общей численности населения. Знаменателем выступает общая численность населения, для которого рассчитывается средний возраст, или 100%, если для расчёта используются доли населения. Когда дано распределение населения не по отдельным возрастам, а по возрастным группам, то при расчёте и качестве возраста берётся середина возрастного интервала (для группы 0–4 года – 2,5, для 5–9 лет – 7,5 и т.д.).
3.3. Доля населения моложе трудоспособного возраста	Отношение численности лиц моложе трудоспособного возраста (от 0 до 15 лет) к общей численности населения.
3.4. Доля населения трудоспособного возраста	Отношение численности лиц трудоспособного возраста (15–55 лет для женщин; 15–60 – для мужчин) к общей численности населения.
3.5. Доля населения старше трудоспособного возраста	Отношение численности лиц старше трудоспособного возраста к общей численности населения.
3.6. Коэффициент старения, или коэффициент демографической старости населения	Удельный вес (процент) лиц старше 60 лет во всём населении. По шкале старения, принятой ООН, если количество лиц старше 65 лет (в РФ принято 60 лет и старше) превышает 7% населения страны, то оно считается старым**.
<p>* Обратная темпу роста величина находится делением 100 на указанный темп. При росте в 1,5 раза (150%) уровень снизится на 1/3, т.е. будет равен 66,7%, при росте в 1,2 раза (20%) уровень сократится на 16,7% и будет равен 83,3%.</p> <p>** См.: Демографический понятийный словарь / под ред. проф. Л.Л. Рыбаковского. – М.: Центр социального прогнозирования, 2003. – С. 92.</p>	

Знание и понимание сути показателей, характеризующих здоровье населения, определяет направление и качество проводимых исследований. Рассмотрим более подробно наиболее важные параметры. Поскольку существует взаимосвязь между здоровьем населения и демографическими процессами, при анализе общественного здоровья исследователи, безусловно, обращаются к показателям, характеризующим население (табл. 1.1).

Характеристика собственно здоровья популяции основывается на знаниях о её заболеваемости, инвалидности, а также величине и причинах смертности, вероятности дожития до определённого возраста, ожидаемой продолжительности жизни при рождении и т. д., при этом используются как общие, так и половозрастные показатели (*табл. 1.2*).

Всё большее число европейских стран и США одной из основных задач политики в области здравоохранения ставят увеличение числа лет здоровой жизни, откорректированных с учётом здоровья населения, и используют в качестве целевого показателя ожидаемой продолжительности здоровой жизни – ОПЗЖ (HALE).

Этот сравнительно новый структурный показатель позволяет оценить, в какой степени ожидаемая продолжительность жизни сопровождается повышением уровня здоровья, сколько в среднем лет предстоит прожить человеку в состоянии хорошего здоровья и какую часть своей жизни люди живут с недостаточно хорошим здоровьем, изменившимся под воздействием социальных детерминант жизнедеятельности общества.

Изучение общественного здоровья как социальной ценности и показателя социального прогресса позволяет определить приоритеты социальной политики государства. Здесь сходятся интересы целого ряда наук: философии, социологии, политологии, экономики, психологии, медицины¹⁴.

Таблица 1.2

Показатели здоровья и смертности населения

¹⁴ Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения: учеб. руководство / Ю. П. Лисицын, Н. В. Полунина, К. А. Отдельнова [и др.]. – М.: Медицина, 1998. – 698 с.

1. Показатели смертности населения	
1.1. Абсолютное число умерших	Количество умерших в данной популяции в данной возрастной группе за определённый период (обычно за год).
1.2. Общий коэффициент смертности	<p>Отношение числа умерших от данной причины в течение определённого промежутка времени (как правило, года) в изучаемой популяции к численности данной популяции:</p> $CDR = (D/P) \times 100000,$ <p>где CDR – общий коэффициент смертности; D – число умерших (от англ. death – смерть); P – численность изучаемой популяции (от англ. population – популяция). Обычно общий коэффициент смертности рассчитывается на 100000 населения.</p>
<p>Преимуществом общего коэффициента смертности является простота расчёта и доступность необходимой информации. Недостатком является то, что он не учитывает возрастной структуры населения. Уровень смертности значительно зависит от возраста и после 20 лет растёт по мере старения в геометрической прогрессии. По этой причине общий коэффициент смертности неудобен при сравнении смертности в популяциях с различной возрастной структурой.</p>	
1.3. Повозрастные коэффициенты смертности	<p>Рассчитываются отдельно для каждой возрастной группы (обычно пятилетней):</p> $M_i = D_i / P_i,$ <p>где M_i – коэффициент смертности (от англ. mortality – смертность) в возрастной группе i; D_i – число умерших в возрастной группе i; P_i – численность возрастной группы i в популяции.</p>
<p>Повозрастные коэффициенты смертности можно с успехом использовать при анализе смертности в различных возрастных группах и сравнивать эти коэффициенты в различных популяциях. Однако большое количество таких коэффициентов (Росстат обычно использует 22 возрастные группы) делает анализ смертности очень громоздким и неудобным. Поэтому более желательным было бы использование одного агрегированного показателя смертности, который учитывал бы возрастную структуру населения. Таким показателем является стандартизованный по возрасту коэффициент смертности.</p>	
1.4. Стандартизованный коэффициент смертности	<p>В качестве стандарта могут применяться различные возрастные структуры населения, в том числе разработанные ВОЗ европейский (обобщённая возрастная структура ряда европейских стран) и всемирный стандарты.</p> <p>Когда повозрастные коэффициенты смертности в изучаемой популяции применяются к стандартной популяции, мы получаем коэффициент смертности, стандартизованный с помощью прямого метода:</p> $ADR = \sum_i (P_{si} \cdot M_{ui} / P_s),$ <p>где ADR – стандартизованный коэффициент смертности; P_{si} – численность возрастной группы i в стандартной популяции; P_s – общая численность стандартной популяции; M_{ui} – коэффициент смертности в возрастной группе i изучаемой популяции.</p>

1.5. Коэффициент младенческой смертности	<p>Для расчёта коэффициентов младенческой смертности применяют несколько методов. Наиболее распространённым является отношение числа детей, умерших в данном году в возрасте до 1 года, к числу родившихся живыми в том же календарном году, выраженному в промилле (‰):</p> $\frac{\text{Число смертей в возрасте до года} \times 1000}{\text{Число живорожденных}}$
1.6. Коэффициент материнской смертности	<p>Коэффициент материнской смертности рассчитывается по формуле:</p> $\frac{\text{Число материнских смертей} \times 1000}{\text{Число живорожденных}}$
1.7. Потерянные годы потенциальной жизни (potential years of life lost – PYLL)	<p>Этот показатель рассчитывает число лет, не дожитых популяцией до некоторого нормативного возраста, обычно равного 70 или 65 годам. Предполагается, что каждый индивидум имеет 70 лет «продуктивной» жизни, и поэтому смерть в возрасте а приводит к потере 70-а лет жизни при а<70. При использовании 5-ти- или 10-летних возрастных интервалов предполагается, что все смерти происходят в середине интервала.</p> <p>В качестве первого шага рассчитываются так называемые недожитые годы:</p> $a_i = T - x_i,$ <p>где Т – верхний предельный возраст, до которого рассчитывается недожитие (обычно 70 или 65 лет); х – середина соответствующего возрастного интервала.</p> <p>Потерянные годы потенциальной жизни рассчитываются как сумма произведений числа умерших на недожитые годы в каждой возрастной группе:</p> $PYLL = \sum D_i \times a_i.$ <p>Коэффициент потерянных лет потенциальной жизни рассчитывается соответственно:</p> $Rate_{PYLL} = PYLL / P_u,$ <p>где P_u – численность изучаемого населения в возрасте от 1 до Т.</p>
2. Показатели на основе модели таблиц дожития (смертности)*	
2.1. Ожидаемая продолжительность предстоящей жизни (ОПЖ)	<p>Показатель таблиц смертности, означающий среднее число лет, которое предстоит прожить дожившему до возраста х лет, при условии, что на протяжении предстоящей ему жизни сохранится повозрастная смертность данного календарного периода</p> $e_x = T_x / l_x,$ <p>где ω – начало последнего возрастного интервала; х = 0, 1,..., ω; Т_х – для каждого возрастного интервала суммарное время жизни для всех членов когорты в возрасте х и старше; l_х – число доживших до возраста х в таблице смертности.</p>
<p>Показатель ожидаемой продолжительности предстоящей жизни в агрегированном виде, с одной стороны, характеризует сам уровень смертности, с другой – даёт возможность адекватного сопоставления уровня смертности между любыми территориями. Ожидаемая продолжительность жизни рассматривается в качестве одного из базовых индикаторов социально-экономического благополучия населения.</p>	

2.2. Прирост ожидаемой продолжительности жизни при устранении причины смерти	<p>Показатель, который может быть рассчитан на основании таблиц смертности при устранении данной причины смерти. Расчёт производится следующим образом:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Построить обычную таблицу смертности для всех причин смерти. 2. Рассчитать значения коэффициентов пропорциональности для смертности от всех причин, кроме устраняемой: $r(-k)_x = 1 - (D_x / D_s).$ 3. Рассчитать значения условных вероятностей дожития при устранении причины к путём возведения в степень $r(-k)$ условных вероятностей дожития из обычной таблицы смертности: $p^{-k} = p^{r(-k)}.$ <p>Далее следуют стандартные процедуры вычисления таблицы дожития. После того как мы рассчитали значения ожидаемой продолжительности жизни при рождении, можно оценить прирост ожидаемой продолжительности жизни при устранении данной причины смерти:</p> $\Delta e^k = e_o - e^{(-k)}.$
<p>Прирост ожидаемой продолжительности жизни при устранении причин смерти является разностью между средней продолжительностью жизни при устранении данной причины смерти и средней продолжительностью жизни. Он характеризует эффект устранения смертности от данной причины для всего населения (Практическая демография / под ред. Л.Л. Рыбаковского. М., 2005).</p>	
3. Показатели на основе таблиц (моделей) заболеваемости и инвалидности	
3.1. Первичная заболеваемость (incidence)	<p>Показатель, определяющий совокупность заболеваний, впервые зарегистрированных за календарный год среди населения, проживающего на конкретной территории. Исчисляется количеством заболеваний на 1000 жителей; рассчитывается как отношение числа вновь возникших заболеваний (заболеваний с впервые установленным диагнозом) к средней численности населения, умноженное на 1000 (00).</p>
3.2. Общая заболеваемость (болезненность)	<p>Показатель, определяющий распространённость зарегистрированных заболеваний, как вновь возникших, так и ранее существовавших, по поводу которых были обращения в календарном году.</p>
3.3. Частота первичной инвалидности по группам инвалидности	<p>При статистическом изучении инвалидности определяются следующие показатели: Частота первичной инвалидности по группам инвалидности = Общее число лиц (лиц трудоспособного возраста) за год, впервые признанных инвалидами × 10 000 / Общая численность лиц (лиц трудоспособного возраста) административной территории.</p>
3.4. Общая (накопленная) инвалидность	<p>Общая (накопленная) инвалидность = Число лиц, получающих пенсии и пособия по инвалидности (контингенты инвалидов) × 10 000 / Общая численность рабочих и служащих административной территории (или отрасли промышленности).</p> <p>Показатели рассчитываются по отдельным половозрастным группам, причинам, группам и категориям инвалидности (Экономическое управление здравоохранением / Л.Ю. Трушкина, Р.А. Тепцеришев [и др.]. – Изд. 5-е, перераб. и доп. Ростов н/Д, 2007).</p>

<p>3.5. Возрастные показатели заболеваемости, госпитализации, инвалидности</p>	<p>При исследовании общей заболеваемости принято рассчитывать отдельно показатели для детей (0-14 лет), подростков (15-17 лет) и взрослых (18 лет и старше). При исследовании заболеваемости в отношении видов патологии, учитываемых особо, принята более детальная возрастная дифференциация, специфичная для каждого вида патологии. Так, при исследовании инфекций, передаваемых половым путём (ИППП), акцент делается на группах подростков и молодёжи, при исследовании онкологических заболеваний – группах пожилого возраста, туберкулёза – трудоспособном периоде жизни. Аналогичным образом индивидуальная возрастная шкала для расчёта возрастных показателей принята при анализе инвалидности и госпитализации. Кроме того, дифференциация традиционных показателей касается расчёта показателей для отдельных причин, будь то заболеваемость, инвалидность или госпитализация. Для выделения классов причин и отдельных заболеваний или состояний, для которых рассчитываются показатели, служит Международная классификация заболеваний, травм и причин смерти (МКБ 10).</p>
<p>3.6. Показатель DALY – годы жизни с поправкой на здоровье (disability-adjusted life year)</p>	<p>Показатель DALY получают путём суммирования двух компонент – потерянных лет жизни (YLL) и лет, прожитых в состоянии инвалидности (YLD). Формула расчёта YLL:</p> $YLL = \sum D_x \cdot e_x,$ <p>где D_x – число умерших в возрасте x; e_x – ожидаемая продолжительность жизни в возрасте x (обычно берётся из модельных таблиц смертности). Таким образом, для расчёта YLL необходимо иметь данные о повозрастных числах умерших за изучаемый период и подходящие модельные таблицы смертности. YLD рассчитывают по следующей формуле:</p> $YLD = \sum n_x \cdot i_x \cdot L_x \cdot D_x,$ <p>где n – это численность населения в возрасте x; i – заболеваемость данной болезнью в возрасте x; L – среднее время пребывания в группе x; D – уровень инвалидности.</p>
<p>3.7. Показатель ожидаемой продолжительности здоровой жизни – ОПЗЖ (HALE, Healthy life expectancy)</p>	<p>По определению ВОЗ, ОПЗЖ – это «показатель демографической статистики, характеризующий ожидаемую продолжительность здоровой жизни человека на том отрезке его жизненного пути, который согласно общепринятым нормам и представлениям, а также заключениям специалистов, ассоциируется со здоровьем и благополучием или с отсутствием каких-либо расстройств, болезней, инвалидности». Расчёт производится на основе данных демографической статистики о смертности и данных выборочных обследований о доле лиц, испытывающих определённые ограничения в своей повседневной жизни из-за определённых проблем с физическим или психическим здоровьем, заболеванием или инвалидностью (по самооценке). В расчёте HALE, проведённом ВОЗ, были учтены сведения о распространённости 135 заболеваний или видов несчастных случаев и о смертности от них. Для расчёта были привлечены сведения из исследования 2000 Global Burden of Disease (Глобальное бремя болезней), которое ставило целью оценить распространённость упомянутых 135 заболеваний по регионам и странам. Эти 135 болезней были разбиты на 5 групп, для каждой группы был разработан свой метод расчёта потери лет здоровой жизни, связанной с этой болезнью или видом несчастных случаев (Развитие человеческих способностей [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.humandev.org.ua/glava8/glava8z8.html; дата обращения 27.11.2009).</p>

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), является естественным сводным показателем здоровья населения и начинает применяться в качестве целевого, поскольку более конкретно описывает эффективность системы здравоохранения в различных странах (Андрюшина Е.В. Современные мониторинговые оценки динамики здоровья населения // Реформы российского здравоохранения в условиях глобального экономического кризиса: бремя решений. – ИСЭРТ РАН, 2009 – С. 79-84).

* Таблица смертности содержит важную информацию, которую невозможно получить из других источников. Значения таблицы смертности не зависят от возрастной структуры сравниваемых популяций, поэтому они выступают в качестве инструмента для проведения международных сравнений, а также исторических сопоставлений смертности в изучаемой популяции. Таблица смертности не является свободной от недостатков, и её показатели зависят от точности оценок по возрастной численности населения, точности указания возраста и полноты регистрации смерти. Проблема точности указания возраста особенно остра в старших возрастных группах, где возможна соответствующая аккумуляция значений вокруг круглых цифр.

Методы и подходы к изучению и оценке общественного здоровья. В настоящее время предложено много показателей, стандартов и других характеристик для оценки здоровья населения. Условно источники информации можно разделить на объективные (данные официальной статистики) и субъективные (идущие от субъекта информации, социологические). *Объективно* состояние здоровья оценивается на основании анализа демографических показателей, таких как коэффициенты смертности по возрастам и причинам смерти, ожидаемая продолжительность жизни и т. д.; медицинской документации и показателей, например, заболеваемости острыми и хроническими болезнями, обращаемости в медицинские учреждения, а также сведений о проведённых профосмотрах и диспансеризациях и т. д. Но медицинская статистика даёт сведения скорее о случаях нездоровья человека, чем о его общем самочувствии, не учитывает тех граждан, которые не обращаются за медицинской помощью в государственные учреждения (частные и платные приёмы слабо подвержены статистическому учёту). *Субъективная* оценка здоровья отражает физическое и психическое состояние индивидуума, выявленное на основании данных социологического исследования. С одной стороны, социологическая информация в контексте мониторинга здоровья может рассматриваться в качестве дополнительной к массиву медико-статистических данных, традиционно используемых в сфере здравоохранения. С другой стороны, эта информация уникальна, так как она отражает явления социальной реальности, которые имеют субъективную природу.

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

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

Для всестороннего изучения роли социально-экономических факторов в формировании здоровья населения необходимо комплексное исследование проблемы на разных территориальных уровнях. Такой подход позволяет перейти от изучения здоровья

населения на макроуровне (страна, экономический район, субъект Федерации) и мезоуровне (регион, отдельные населённые пункты) к конкретному исследованию человека, изучению его отношения к собственному здоровью на микроуровне (отдельные домохозяйства, конкретные люди). Взгляд на проблему на каждом уровне детализации даёт возможность выявить закономерности и особенности, «невидимые» на других уровнях:

- для отражения состояния здоровья на разных уровнях обобщения используются разные показатели: так, например, для больших групп населения одним из важнейших показателей является ожидаемая продолжительность жизни, а при исследовании на микроуровне большую роль играет субъективная оценка состояния здоровья;

- некоторые факторы воздействия могут быть изучены только на определённом уровне обобщения: например, ожидаемую продолжительность здоровой жизни целесообразно рассчитывать на страновом и региональном уровнях, а отдельные поведенческие и психологические характеристики возможно отследить только на микроуровне;

- следует учитывать возможность и/или целесообразность применения некоторых методов исследования только на определённом уровне обобщения здоровья.

Таким образом, с учётом сложности и многогранности категории «общественное здоровье» изучение её будет более правильным с использованием комплексных источников информации. Это статистические данные, позволяющие проводить сравнения, характеризовать здоровье на макроуровне (мира, страны, региона), и социологические данные, дающие возможность изучить «здоровье здоровых», понять закономерности формирования здоровья на микроуровне (*рис. 1.2*).



Рис. 1.2. Показатели, характеризующие общественное здоровье

1.2. Исторические аспекты развития общественного здоровья

Жизнь и здоровье являются универсальными ценностями, то есть обладают значимостью для всех условий жизнедеятельности человека. На протяжении многих веков люди пытались осознать причины болезни и здоровья в контексте бытия в целом. Представления о здоровье менялись вместе со сменой культуры, цивилизованности, способа производства. Ещё на стадии зоологического индивидуализма выживание особи и всей первобытной группы напрямую было связано с *физическим* здоровьем. По данным современных исследователей, именно с физическим здоровьем как условием мутаций и наследования связываются биосоциальный отбор, возникновение табу, появление производства и другие изменения, приведшие к формированию современного человека. В родовой общине индивидуальное здоровье, как правило, определяло социальный статус индивида. Самые здоровые физически люди становились вождями, руководителями охотничьих групп. Поэтому индивидуальное здоровье осознавалось как витальная ценность и культивировалось в племени с детства, а здоровье его членов уже становилось объектом заботы коллектива. Однако жёсткие условия борьбы за выживание ещё требовали умерщвления нездорового потомства, лиц, ставших обузой для племени.

Философы античности, первыми обозначившие проблему здоровья, видели её решение в гармоничном развитии личности. Они утверждали, что искусство быть здоровым зависит от накопленных знаний, привычек, состояния окружающей среды. Они же выдвинули тезис о личной ответственности людей за своё здоровье.

Сократ полагал: «Если человек сам следит за своим здоровьем, то трудно найти врага, который знал бы лучше полезное для его здоровья, чем он сам». К тем благам, что мы называем первыми, говорил Сократ, относятся богатство, здоровье и красота. Науке надлежит проявлять заботу об этих благах. Эти же идеи высказывали Платон, Эпикур и другие античные мыслители. Платон подчёркивал, что человек не может обвинять ни богов, ни судьбу, обвинить можно только себя, как ответственного за своё существование и здоровье¹⁵. Задача мудреца, по мнению Платона, состоит в том, чтобы выработать правильную шкалу предпочтений. Аристотель утверждал, что здоровье человека определяется соответствием (или несоответствием) его собственной внутренней сущности форме и цели его бытия, а заключается в полном раскрытии всех заложенных в человеке потенциалов. Аристотель предпринимал попытки выявить зависимость между здоровьем индивидов и здоровьем общества¹⁶.

В Средние века, период преобладания религиозного понимания мира, здоровье связывалось с усвоением философских и теологических знаний, с мобилизацией духовной энергии человека посредством молитв, обращённых к Богу. Высшие (божественные) ценности подчиняли себе ценности земной человеческой жизни, а здоровье рассматривалось как благодать, ниспосланная Богом. Отсюда и сохранившееся до наших дней пожелание: «Дай Бог здоровья!».

Гуманисты и свободомыслящие философы эпохи Возрождения и Реформации (Л. Валла, Ж. Боден, М. Монтень) отказались от противопоставления здоровья физического и здоровья духовного и снова возвысили наиболее значимые для повседневной будничной жизни ценности «второго ряда», в том числе и здоровье человека¹⁷.

В буржуазную эпоху возрождение естественно-материалистического подхода было связано с наиболее развитой отраслью научного знания – законами механических взаимодействий.

¹⁵ Базелюк Н. Н. Социально-философские аспекты валеологии и формирования здорового образа жизни // Вестник МГТУ – 2008. – Т. 11. – № 4. – С. 571–575.

¹⁶ Ларионова И. С. Философия здоровья. – М.: Гардарики, 2007. – 224 с.

¹⁷ Ларионова И. С. Там же.

Сущность здоровья получила механистическое объяснение. Величайшие открытия в естествознании не только показали несостоятельность дуалистической концепции души и тела, но и убедительно подтвердили их взаимодетерминированность.

Большинство современных ученых трактуют жизнь как процесс естественного характера, а здоровье как качественную характеристику этого процесса. Многочисленные исследования в сфере здоровья, проведенные в конце XX – начале XXI в., показали множественные взаимосвязи здоровья и социально-экономического развития. Были обоснованы и измерены связи между уровнем здоровья и процессами социальной и экономической дифференциации. Общество обратило внимание не только на здоровье больных, но и на здоровье здоровых.

Член-корреспондент РАН директор Института человека РАН Б. Г. Юдин, касаясь проблемы ценности здоровья, отмечает, что «нередко под здоровьем мы понимаем нечто не просто нормальное, но такое, к чему должно стремиться, чего мы хотим, порой даже вождееем, во имя чего можем тратить свои силы, претерпевать немалые лишения и ограничения, т. е. нечто воспринимаемое нами как ценность... Здоровье, иными словами, может быть столь значимой ценностью, чтобы диктовать цели, намерения и действия как отдельных людей, так и социальных институтов вплоть до общества в целом»¹⁸.

Когда речь идет о жизни и здоровье как ценностях в общечеловеческом смысле, теоретические споры об объективности и субъективности ценностей как таковых вообще теряют практический смысл. Жизнь и здоровье суть те универсальные ценности, потеря которых отправляет вас в небытие. Другое дело, что эти, казалось бы, высшие ценности не всегда признаются таковыми не только в отношении жизни и здоровья других людей, иногда они не представляются высшими ценностями и в отношении самих себя.

Академик Н. Амосов отмечал, что о своём здоровье у нас, увы, заботятся лишь 1–2 % людей. О своём здоровье не заботится и человечество в целом, полагал он и предсказывал ему гибель «в силу собственной биологической порочности».

В России расхождение между должным и имеющимся отношением к здоровью особенно разительно. Позитивные ценностные ориентации в этом отношении в нашем обществе сформированы весьма плохо. Плохо не в том смысле, что в общественном сознании нет понимания ценности здоровья, а в том, что такое понимание мало сказывается на реальной заботе наших сограждан о своём здоровье. Ярким примером может служить бессилие современных здравоохранительных органов в связи с теми вызовами, которые бросает современное состояние здоровья российского общества.

Ценностные представления в совокупности с реальными социально-экономическими условиями образуют среду формирования общественного здоровья. Анализ качества здоровья в различные исторические периоды представляет существенный теоретический и практический интерес.

Изменение качества популяционного здоровья тесно связано с общим поступательным развитием человечества. Улучшение условий жизни, совершенствование технологий, облегчающих труд и быт людей, развитие медицины и биологии одновременно ведёт к повышению уровня здоровья населения. Ухудшение условий существования людей – войны, голод, экономические кризисы – влечёт за собой снижение уровня общественного здоровья. Повышение качества здоровья происходит постепенно, а ухудшение – как правило, очень быстро.

Подробный анализ изменения общественного здоровья и его классификация представлены в монографии Б. Б. Прохорова «Общественное здоровье и экономика»¹⁹, в которой показано, что состояние здоровья населения существенно варьируется во времени и пространстве.

¹⁸ Юдин Б. Г. Здоровье человека как проблема гуманитарного знания // Философия здоровья. – М.: ИФ РАН, 2001. – С. 61–85.

¹⁹ Общественное здоровье и экономика / Б. Б. Прохоров, И. В. Горшкова, Д. И. Шмаков, Е. В. Тарасова; отв. ред. Б. Б. Прохоров. – М.: МАКС Пресс, 2007. – 292 с.

Чем ниже степень экономического развития территории, тем хуже качество здоровья населения.

Сравнение качества здоровья населения в разные исторические периоды позволяет выявить характерные для того или иного исторического этапа условия жизни, которые в наибольшей степени влияли на формирование общественного здоровья. Общая закономерность изменения качества здоровья прослеживается Б. Б. Прохоровым в рамках классификации, в основе которой лежит выделение социально-исторических типов общественного здоровья, тесно связанных с историческими этапами становления человечества.

При этом тип общественного здоровья определён как характерное сочетание кардинальных признаков здоровья (средняя продолжительность жизни, общая и младенческая смертность, причины смерти, заболеваемости, инвалидности) и специфического для данного типа здоровья набора наиболее часто встречающихся нозологических форм заболеваний.

В рамках классификации Б. Б. Прохоровым выделено пять типов популяционного здоровья. Из характеристики типов здоровья, приведённой в *таблице 1.3*, следует, что человеческие общности в процессе своей эволюции последовательно сменили 1-й тип здоровья на 2-й, потом на 3-й и 4-й. Наиболее экономически развитые страны стремятся сформировать 5-й – наиболее прогрессивный тип здоровья. Но, к сожалению, на Земле существуют человеческие общности, в которых доминируют примитивный или постпримитивный типы здоровья. В России в настоящее время преобладает квазимодерный тип, в отличие от развитых государств, где господствует модерный тип здоровья.

В монографии подчёркивается, что в настоящее время на нашей планете сохранились практически все типы общественного здоровья, которые когда-либо существовали, начиная с палеолита. Но соотношение территорий, занятых населением с тем или иным типом здоровья, резко изменилось.

Б. Б. Прохоров показывает тесную взаимосвязь изменений здоровья с историческими изменениями социально-экономической и политической ситуации в России. Так, например, частичное решение жилищной проблемы и общее улучшение экономической ситуации в стране в середине XX в. существенно и достаточно быстро отразилось на здоровье населения и ожидаемой продолжительности жизни. За девять лет (1955–1964) продолжительность жизни мужчин выросла на 6,3 года, женщин – на 6,7 года. По сравнению с первым послевоенным годом продолжительность жизни и мужчин, и женщин увеличилась на 18 лет. Она была самой высокой за период с 1897 по 1987 г.

Таблица 1.3

Характеристика основных исторических типов общественного здоровья

Тип общественного здоровья	Характеристика типа общественного здоровья	Характеристика социально-экономических условий
<i>Примитивный тип общественного здоровья</i>	Его можно охарактеризовать как простое выживание человеческих общностей под постоянной угрозой насильственной смерти. Средняя продолжительность жизни населения находилась в пределах 20 – 22 лет. Младенческую смертность в этот период можно оценить величиной 50 случаев и более на 100 новорожденных. И во всех других возрастах детская смертность была очень высокой. Среди болезней и причин смерти, вероятно, преобладавали травмы, голод. Была распространена ранняя женская смертность в силу тяжёлой домашней работы и ранних родов.	Был распространён в самый ранний период человеческой истории, который по времени продолжался много дольше всех остальных вместе взятых исторических эпох. Характерен для людей, живших в условиях присваивающей экономики за счёт сбора съедобных растений, охоты и рыбной ловли; условия хозяйствования – экстенсивные. Группы охотников-собираателей вели полуседлый образ жизни, их величина достигала 20 – 25 человек. Иногда несколько групп собиралось вместе.
<i>Постпримитивный тип общественного здоровья</i>	Характеризуется сравнительно короткой продолжительностью жизни большинства населения, с высокой вероятностью преждевременной смерти от периодически возникающих эпидемий острозаразных болезней, от голода, авитаминозов и гиповитаминозов, неблагоприятного течения соматических заболеваний. Величина средней продолжительности жизни, как правило, колебалась в пределах от 20 до 30 лет. Младенческая смертность достигала 200 случаев и более на 1000 новорожденных. Смертность складывалась из двух компонентов: из «нормальной» смертности, наблюдавшейся в относительно благоприятные периоды при отсутствии каких-либо экстремальных событий, и катастрофической смертности, свойственной периодам особо неблагоприятным (голод, неурожайные годы, эпидемии, войны).	Начал развитие в период неолита. Основной причиной развития нового типа общественного здоровья стал переход от присваивающей экономики к экономике производящей, развитию оседлости, земледелия, увеличению общественных групп людей. Господство данного типа общественного здоровья продолжалось и в эпоху античности и феодализма. При этом господствовал аграрный тип хозяйства. При феодальном развитии общества более интенсивно развивались города. Средневековые города отличались крайне неблагоприятной для жизни людей обстановкой. Открытые сточные канавы, недостаток чистой питьевой воды, грязь и скученность в кварталах бедноты – всё это способствовало распространению массовых эпидемий острозаразных заболеваний.

<p><i>Квазимодерный тип общественного здоровья</i></p>	<p>Данный тип здоровья характеризуется недостаточно продолжительной жизнью большинства населения при преждевременной повышенной смертности части людей в молодых и допенсионных возрастах от сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, несчастных случаев, отравлений и травм. При этом типе здоровья в заболеваемости и смертности населения существенную роль продолжают играть инфекционные заболевания, в первую очередь туберкулёз. Средняя продолжительность жизни в странах с квазимодерным типом популяционного здоровья находится в диапазоне 60 – 65 лет. Младенческая смертность составляет 10-15 случаев на 1000 новорожденных.</p>	<p>Начало промышленной революции создало возможность для перехода от постпримитивного типа общественного здоровья к квазимодерному типу. При этом у беднейших слоёв населения в городах и сельской местности доминировали элементы постпримитивного типа здоровья, а у наиболее обеспеченной части населения преобладали черты квазимодерного типа общественного здоровья. Окончательное формирование квазимодерного типа популяционного здоровья во многих странах произошло во второй половине XX века.</p> <p>В наши дни этот тип здоровья доминирует среди жителей России. XIX век был периодом стремительного роста крупных городов. Развитие крупной промышленности сделало возможным техническое переустройство жизни людей, строительство более благоустроенных жилищ, развитие санитарной техники и оздоровление населённых мест. Развитие исследований в области бактериологии, иммунологии, медицины лечения и профилактики инфекционных заболеваний снизили смертность от инфекционных и некоторых соматических болезней.</p>
<p><i>Модерный тип общественного здоровья</i></p>	<p>Для него характерна продолжительная жизнь большинства населения с надёжной и эффективной работоспособностью и здоровой старостью. Среди основных причин смерти – сердечно-сосудистые и онкологические заболевания, смертность от которых, благодаря успехам медицины, отодвинута на старшие возраста. Продолжительность жизни обычно в пределах 75 – 80 лет, а младенческая смертность не превышает 6-8 случаев на 1000 новорожденных.</p>	<p>В странах с развитой экономикой сформировался современный тип здоровья. В большинстве стран Западной Европы и в Северной Америке его формирование в общих чертах закончилось к середине XX века, в государствах Юго-Восточной и Восточной Азии, сделавших в последние два десятилетия мощный экономический рывок, формирование современного типа здоровья пришлось на последнюю четверть XX века.</p>

<p><i>Постмодерный тип общественного здоровья</i></p>	<p>На начальном этапе существования этого типа здоровья продолжительность жизни населения будет не ниже 82 – 85 лет, а младенческая смертность не превысит 5 случаев на 1000 новорожденных. Резкое снижение числа больных всеми видами заболеваний, успешное лечение ныне неизлечимых недугов, полноценная радостная жизнь подавляющего большинства населения. При постмодерном типе здоровья усилия медицины направлены на повышение уровня здоровья практически здоровых людей.</p>	<p>В ближайшей перспективе этот тип здоровья можно ожидать в странах, перешедших на путь постиндустриального развития.</p>
---	---	--

С 1950 по 1991 г. заболеваемость всеми формами активного туберкулёза снизилась в 8,5 раза – с 290 до 34 случаев на 100 тыс. населения²⁰. Проведение массовой иммунопрофилактики дифтерии позволило за 1955–1976 гг. снизить заболеваемость в 987 раз.

Начало перестройки известно антиалкогольной кампанией, с которой связано увеличение продолжительности жизни населения. В данный период зарегистрирована самая высокая за сто лет (и за всю историю России) ожидаемая продолжительность жизни: у мужчин в 1986–1987 гг. – 64,9 года, а в 1988 г. – 64,8 года, у женщин – 74,6 и 74,4 года соответственно.

Негативные изменения в общественном развитии вели к ухудшению здоровья. Так, трёх-летний промежуток – с 1992 по 1994-ый – время самого существенного ухудшения общественного здоровья в России. Наиболее уязвимые в экономическом и психологическом отношении группы населения не выдерживали возникших проблем, что приводило к тяжёлым сердечно-сосудистым заболеваниям, росту алкоголизма и пьянства, самоубийствам. Крах банков и финансовых пирамид сопровождался инфарктами, инсультами, суицидами, криминальными разборками со смертельными исходами и т. п.²¹ Продолжительность жизни населения снизилась по сравнению с 1986 годом: в 1992-м на 2,2 года (в частности, у мужчин на 2,9 года), в 1994 г. на 6,1 года (у мужчин на 7,3 года).

Таблица 1.4

Младенческая смертность, средняя продолжительность жизни и валовой национальный продукт в России, мире и некоторых странах (2007 г.)

²⁰ Двойрин М. С. Туберкулез в эру антибиотиков. – Киев: Здоровье, 1966; Здравоохранение в Российской Федерации: стат. сб. – М.: Госкомстат России, 1996. – 121 с.

²¹ Прохоров Б. Б., Горшкова И. В. Кризисы общественного здоровья в России и СССР // Население России в XX веке. – М.: ИНП РАН, 1998. – С. 54–57.

Регион	Смертность детей до 1 года на 1000 живорожденных	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет		ВНП на 1 жителя (ППС межд. долл. *)
		мужчины	женщины	
<i>Весь мир</i>	46	65	70	9872
США	6	76	81	45850
Канада	5	78	83	35310
Япония	3	79	86	34600
Израиль	4	79	82	25930
Руанда	109	49	51	14400
Аргентина	14	71	79	12990
Бразилия	20	70	76	9370
Египет	30	66	70	5400
Марокко	32	70	75	3990
Россия	10	60	73	2930
Нигерия	83	48	50	1770
Гаити	57	59	64	1150
Гвинея	93	52	56	1120
<p>* ППС межд. долл. – паритет покупательной способности по международному курсу доллара. World Development Indicators. 2007 [Электронный ресурс]. – Washington, DC: World Bank, 2008. – Режим доступа: http://www.worldbank.org/data (дата обращения 13.02.2009). Источник: World Health Statistics. 2009 [Электронный ресурс] / ВОЗ, 2009. – Режим доступа: www.who.int/whosis/whostat/2009/ (дата обращения 13.02.2009).</p>				

В то же время автор подчёркивает, что во все рассматриваемые периоды ожидаемая продолжительность жизни населения в России была ниже, чем в развитых странах. Но если в 70-е годы отставание было не очень велико, то постепенно различия нарастали и в настоящее время составляют для мужчин 15–19 лет, а для женщин 7–11 лет. Показатели здоровья наших соотечественников сопоставимы с аналогичными показателями развивающихся стран, таких как Египет, Марокко (*табл. 1.4*).

Основной причиной сложившейся ситуации видится низкая величина валового национального продукта на душу населения в России, где этот показатель меньше в 16 раз, чем в США, в 12 раз, чем в Японии и Канаде. Величина ВНП – показатель интегральный. Низкий ВНП – это и плохое качество продуктов питания, плохая вода в водопроводе, фальсифицированные спиртные напитки, низкие оклады медиков и соответствующий уровень медицинского обслуживания, невозможность приобретения медицинского оборудования, необходимых (дорогих) лекарств, плохое качество или полное отсутствие очистных сооружений на предприятиях, протекающая канализация, приводящая к росту инфекционных заболеваний, проституция, в том числе детская, преступность, коррупция, усугубляющая негативную ситуацию и т. д.²²

Одним из наиболее значимых теоретических подходов, показывающих этапы и причины изменения общественного здоровья, является теория эпидемиологического перехода, разработанная американским демографом А. Р. Омраном в 1971 г.²³ Концепция основана на радикальном изменении структуры причин смертности, когда причины экзогенного характера меняются на эндогенные.

²² Прохоров Б. Б. Здоровье россиян за 100 лет // Человек. – 2002. – № 2. – С. 54–65; Там же. – № 3. – С. 41–55.

²³ Omran A. R. The epidemiological transition: a theory of the epidemiology of population change // Milbank Memorial Fund Quarterly. – 1971. – № 49. – Pp. 509–538.

Сама классификация причин смертности на экзогенные и эндогенные принадлежит французскому демографу Ж. Буржуа-Пиша²⁴. К первым относятся причины, внешние по отношению к естественным процессам, происходящим в организме: насильственная смерть, туберкулёз, эпидемии, инфекционные и паразитарные заболевания и т. д. Такие причины сравнительно легко поддаются воздействию (санитарно-гигиеническим и профилактическим мероприятиям, массовым вакцинациям и т. д.).

Эндогенные причины смертности связаны с естественной старостью организма (например, сердечно-сосудистые и онкологические заболевания).

По мере развития медицины, увеличения возможностей влияния на причины экзогенного характера и осознания человеком ответственности за состояние собственного здоровья возрастает роль эндогенных факторов смертности, что и составляет суть концепции эпидемиологического перехода. Данный процесс проходит за четыре этапа:

1. Период эпидемий и голода. Высокий уровень и колебания смертности.
2. Снижение пандемии экзогенных заболеваний. Снижение темпов смертности от инфекционных заболеваний, туберкулёза. Из-за стремительного процесса индустриализации, загрязнения окружающей среды и ускорения темпов жизни увеличивается смертность от квазиэндогенных причин (болезней системы кровообращения, новообразований, несчастных случаев).

²⁴ Баксанский О. Е., Лисеев И. К. Философия здоровья [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://society.polbu.ru/baksansky_healthphilo/ch06_i.html

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.