

О НОВЫХ КРИТЕРИЯХ ОЦЕНКИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ: ПРОБЛЕМЫ И ПОДХОДЫ

Н.М. Римашевская, д-р экон. наук, член-корр. РАН,

Н.Е. Русанова, д-р экон. наук,

Институт социально-экономических проблем народонаселения РАН

Современная актуализация проблемы здоровья.

Главное богатство любой страны - ее люди. Человеческий фактор сегодня не только на 2/3 определяет рост ВВП, но и детерминирует геополитическую роль территории [5, с. 7]. В современной цивилизации доминирует ценность жизни, а успехи экономического развития все больше связываются с демографической ситуацией, которая, в свою очередь, существенно зависит от здоровья каждого человека в отдельности и населения в целом.

Сегодня социально-экономическая ситуация в России требует усиления внимания к проблемам здоровья. Здоровье важно не только в традиционном его понимании как общественного здоровья нации и индивидуального здоровья каждого человека, но и в современном подходе к этой составляющей человеческого капитала, подразумевающей технологическую и социальную компоненты. Здоровье теперь - не просто характеристика человеческого потенциала, определяющего экономическую мощь страны и динамику экономического роста, но и главный компонент качества жизни, целевая установка жизнедеятельности населения. В связи с этим проблематика здоровья становится все более междисциплинарной, захватывающей новые области исследований.

Это обуславливает принципиально новый подход к изучению здоровья, которое является предметом общественного анализа с XIX века, когда медицина обрела статус философии жизни и способность устанавливать стандарты именно потому, что получила возможность повышать качество жизни и решать практические проблемы. На фоне очевидных успехов лечебной практики возникла необходимость исследования отношения индивида к своему здоровью в разные периоды жизни, а также влияния государства на общественное здоровье через систему здравоохранения. В этом контексте Э. Дюркгейм исследовал зависимость индивидуального поведения человека от социальных процессов, М. Вебер заложил основы изучения образа жизни, а Т. Парсонс особое внимание уделил интерпретации роли медицины в обществе через анализ ролевого поведения врача и пациента. Сегодня здоровье должно

рассматриваться в еще более широком контексте - как состояние организма человека, обусловленное конкретной социально-экономической средой.

При таком подходе основным показателем в определении здоровья человека становится его отношение к жизни, поскольку именно оно определяет работоспособность и уровень социальной адаптивности в обществе, для чего необходим учет не только биологических и физиологических, но и социальных параметров, причем на первый план выходит именно социобиологическая обусловленность здоровья человека [1].

Современное здоровье - интегральное понятие. Хотя по формулировке Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), «здоровье - это состояние физического, психического (душевного) и социального благополучия, а не просто отсутствие болезни или немощи» [3], его можно трактовать как состояние человека, позволяющее ему полноценно реализовывать свои физиологические, генетические, психические и социальные функции в процессе жизнедеятельности, вести социально активную и духовно насыщенную жизнь. При этом физическое здоровье подразумевает способность выполнять каждодневную работу и заботу о себе, душевное выражается через психику человека, а социальное отражает позитивное отношение человека к окружающему миру.

Здоровье определяется сегодня как динамическое равновесие организма с окружающей средой, при котором все жизненно важные подсистемы человеческого организма позволяют адаптироваться к быстро меняющейся природной и социальной среде. Здесь важно понимание того, что такое здоровая жизнь, за пределами которой возникает болезнь. Врачебное заключение «здоров» или «практически здоров» свидетельствует лишь о том, что на момент обследования человек не имеет серьезных отклонений от физиологических норм и трудоспособен, но не гарантирован от возможности заболевания при изменении окружающих условий.

Нарушение любого компонента здоровья можно считать нездоровьем. При таком подходе появляется возможность учесть все факторы, формирующие здоро-

вые как составляющую человеческого капитала и один из главных компонентов качества жизни, неотделимого от ее продолжительности. Инновационной экономике важно не просто долголетие, но и возможность человека на протяжении всей жизни сохранять работоспособность и жизненный тонус. С одной стороны, прогресс медицинских технологий позволяет радикально изменить исходы заболеваний, ранее заканчивавшихся летально либо приводивших к полной потере трудоспособности, а с другой - отраслевая диверсификация современного хозяйства создает условия для общественной занятости практически любого человека, в той или иной степени сохранившего способность к труду. Такой подход к понятиям «здоровье» и «нездоровье» позволяет:

- определить возможности развития образования, профессиональной подготовки и интеллектуального потенциала населения;

- детерминировать размеры человеческого капитала, трудовых ресурсов и Вооруженных сил страны;

- учесть перспективы асоциального поведения населения и криминогенной обстановки в обществе.

Здесь возникает целый ряд новых проблем, связанных прежде всего с понятийным аппаратом, в частности с измерением динамики и параметров здоровья. Традиционных показателей продолжительности жизни, смертности, рождаемости, заболеваемости, инвалидизации населения, а также физиологически важных параметров состояния организма: трудоспособности, температуры тела, кровяного давления, содержания сахара в крови и проч., оказывается недостаточно; необходим учет отсутствия каких-либо неприятных ощущений в своем теле («здоровый человек не чувствует своих органов»), хорошего настроения («в здоровом теле - здоровый дух»), оптимального режима труда и отдыха, поведения в семье, коллективе и проч.

Состояние, динамика и пространственные особенности здоровья. Традиционный подход к исследованию социально-экономических аспектов здоровья предполагает статистический анализ основных показателей здоровья за длительный период и выявление динамики, отражающей тенденции изменения здоровья населения. Такие данные показали, что Россия в последние годы серьезно отставала от развитых стран, причем:

- здоровье в России имеет устойчивую нисходящую динамику;

- с каждым годом у новорожденных уменьшается потенциал здоровья, а социальные условия препятствуют реализации врожденных резервов организма, биологический «пик» которых наступает в возрасте 35 лет. Однако в 1970 г. он приходился на возраст 26 лет, в 1980 г. - на 16 лет, а в новый век поколение 1980-х годов рождения вступало с тем же «за-

пасом здоровья», который достался ему при рождении, причем социальные факторы стабилизировали «упущенное» здоровье [13];

- здоровье каждого следующего поколения хуже предыдущего (то есть здоровье поколения «детей» хуже здоровья поколения «родителей», здоровье поколения «внуков» хуже здоровья поколения «детей»).

Современный подход к изучению здоровья требует дополнения классического статистического анализа социологическими обследованиями категорий населения с различными нарушениями здоровья, имеющими целью выяснить их намерения участвовать в общественном производстве и условия такого участия, с одной стороны, и изучения возможностей инновационной экономики обеспечить общественную занятость таким работникам - с другой. Речь идет о том, что современная медицина снижает смертность от многих заболеваний, но увеличивает число как бы «не полностью здоровых» людей, которые охотно продолжают трудовую деятельность при наличии соответствующих мест приложения труда.

Меняется подход к инвалидизации населения, которая всегда считалась признаком плохого общественного здоровья, однако «инвалидность является составной частью человеческого существования, почти каждый приобретает какую-либо стойкую или временную форму инвалидности на каком-либо этапе своей жизни» [11]. Численность инвалидов, которых сегодня в мире более 1 млрд человек, растет в связи со старением населения - пожилые люди в большей степени подвержены риску инвалидности, а также из-за глобального роста хронических состояний, таких, как сахарный диабет, сердечно-сосудистые болезни и психические заболевания [12]. В странах с низким и средним уровнем дохода на долю хронических болезней приходится, по оценкам, 66,5% общего числа лет, прожитых с инвалидностью [11], а длительность здоровой жизни сокращается из-за инвалидности на 6,2-14,8% в разных странах [19].

Рост инвалидизации как таковой свидетельствует об ухудшении общественного здоровья населения, однако важен учет нарушений здоровья и национальные критерии инвалидности. Например, по данным электронного журнала Государственного департамента США, на 1 февраля 2001 г. количество инвалидов в США составляло более 54 млн человек (около 20% всего населения Соединенных Штатов), а в России на 1 июля 2007 г. - 11 млн человек (около 8% всего населения РФ) [10]. Если положить на одну чашу весов, например, «смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в трудоспособном возрасте», а на другую - «инвалидность после перенесенных сердечно-сосудистых заболеваний в трудоспособном возрасте», то выбор очевиден, и возникает лишь вопрос о том, как и чем занять такого относительно молодого инвалида, учитывая его образова-

ние и квалификацию. Еще ярче ситуация с инвалидами детства, значительная часть которых никогда не будет полностью трудоспособна, но готова к труду в соответствующих условиях.

Детское здоровье. Состояние здоровья детей и молодежи определяет будущее здоровье нации, но в России характеризуется негативными тенденциями на протяжении нескольких десятилетий. Только за 2000-2008 гг. заболеваемость детей 0-14 лет увеличилась на 25%, подростков 15-17 лет - на 41% [14, с. 288; 8, с. 122]. В структуре заболеваний у детей и подростков преобладают болезни системы кровообращения, крови и кроветворных органов, костно-мышечной системы и врожденные аномалии. Максимальные темпы прироста отмечены в пределах 4,5-4,9 раза у детей, 1,5-1,8 раза - у подростков (у взрослых по тем же болезням увеличение в 1,2-1,5 раза) [15]. Каждый четвертый подросток 15-18 лет курит; при этом доля курящих среди юношей составляет 30,1%, среди девушек - 17,8%. Но по мере взросления число курящих резко возрастает; и среди 19-24-летних курит уже половина, в том числе 62,1% юношей и 37,9% девушек [7].

Исследования детей в режиме реального времени с момента их рождения подтверждают, что

- ухудшение здоровья детей является прямым следствием снижения здоровья женщин;
- происходит накопление патологий в последующих поколениях;
- формируется «порочный круг бедности» и болезней детей;
- около 40% детей рождаются больными или имеют риск заболеваний (см. таблицу), что свидетельствует о генетической уязвимости новых поколений - достигнув репродуктивного возраста, дети, родившиеся больными, воспроизводят больное потомство;
- уменьшение численности детей и молодежи непосредственно вызывает трудности инновационной модернизации экономики и реализации нового уклада хозяйственной жизни, основанного на быстрой смене технологий.

Таблица

Доля больных детей в общем числе новорожденных
(в % от числа детей, родившихся живыми)

	1990	1995	2000	2005	2006	2008
Родилось детей больными или заболели (массой тела 1000 г и более)	14,7	28,5	38,0	40,7	38,9	37,3

Источник. [16].

Главные обстоятельства ухудшения здоровья детей обусловлены ухудшением здоровья их матерей в период беременности и грудного вскармливания, а также снижением уровня жизни семей после рождения детей (то

есть каждый следующий ребенок повышает риск бедности в семье).

Репродуктивное здоровье. Репродуктивное здоровье - один из главных компонентов воспроизводственного потенциала общества - ухудшается с каждым годом, подрывая основы формирования здорового поколения. Это проявляется через:

1) рост заболеваний, ухудшающих реализацию репродуктивной функции человека - сегодня каждая пятая пара потенциальных родителей бесплодна;

2) рост ВИЧ-инфекции у женщин - 44% больных с диагнозом ВИЧ составляют женщины репродуктивного возраста;

3) ухудшение здоровья беременных и кормящих матерей, среди которых около 40% страдают анемией;

4) снижение удельного веса нормальных родов, доля которых в последние годы не превышает 1/3 [8, с. 77].

Актуальной проблемой охраны репродуктивного здоровья являются аборт и деторождения в подростковом возрасте. Рост сексуальной активности молодежи приводит к увеличению числа нежелательных беременностей, исходом которых является искусственный аборт или юное материнство. Одновременно у молодежи отмечается рост болезней из-за инфекций, передающихся половым путем.

Серьезной проблемой остается состояние детородной функции подрастающего поколения - около 1/3 подростков имеют изменения репродуктивного здоровья, более 40% мальчиков страдают болезнями, которые в дальнейшем могут ограничить возможность реализации репродуктивной функции [4, с. 135]. В результате репродуктивные потребности семьи, как правило, не реализуются.

Характеристикой репродуктивного здоровья сегодня является его растущая медицинализация, которая позволяет планировать беременность и роды, преодолевать субфертильность и вынужденную бездетность с помощью вспомогательных репродуктивных технологий, упростить процедуру аборт и проч. При очевидном положительном потенциале этого процесса, позволяющем увеличить рождаемость, он формирует новые проблемы, связанные с доступностью современных медицинских технологий для различных категорий населения и вопросы, сама постановка которых ранее просто не имела смысла, например появление «наследственного бесплодия».

Гендерные различия в здоровье. Существующая система организации российской медицины не предусматривает гендерных различий [18], а феминизация профессии врача отражает проблемы ее престижности [7]. При этом гендерный дисбаланс здоровья, вызванный биологическими и социальными причинами, очевиден и проявляется в том, что продолжитель-

ность предстоящей жизни у женщин более чем на 10 лет выше, а индивидуальный потенциал здоровья на 10% ниже, чем у мужчин. Хотя ценность здоровья относится к высшим жизненным ценностям и провозглашается как безусловная норма, именно мужчины характеризуются своим негативным отношением к здоровью, трактуя «гипермужественность» как презрение к бытовым неудобствам, стремление к риску, пассивное преодоление недугов, не обращение к врачам, курение, пьянство, сверхзанятость на работе. «Женственность» при этом медиализуется и контролируется через репродуктивное поведение и нормы «правильной» беременности, родов, материнства, стремление к внешней привлекательности с помощью эстетической медицины и проч.

Здоровье и здравоохранение. Социально-экономическая политика государства детерминирует уровень здоровья населения, связывая его с системой здравоохранения, но здоровье и здравоохранение не должны подменять друг друга, иначе приоритеты в сфере медицинских услуг будут выбраны неверно, а направляемые ресурсы не получат эффективного использования. Количество медицинского персонала, больничных коек и внедрение современных технологий лечения влияют не на здоровье, а на его восстановление, и возникает проблема не просто сохранения здоровья на уровне, полученном при рождении, а улучшения его на протяжении, по крайней мере, репродуктивного и трудоспособного возраста.

Исторически здоровье ассоциируется с системой здравоохранения, которая была достаточно эффективной в период, когда смертность и заболеваемость детерминировались преимущественно санитарно-гигиеническими нормами, а охрана здоровья больше зависела от четкой концепции и социальной политики, чем от государственного финансирования. Современная структура социально-экономических факторов, определяющих здоровье, показывает, что главным является материальная обеспеченность населения, которому при низких доходах могут оказаться практически недоступны качественные, преимущественно платные, медицинские услуги.

Причины, контролирующие здоровье/нездоровье на макроуровне, интегрируются в России в три факторных агрегата:

- генетическую уязвимость новых поколений, здоровье которых не улучшается в течение жизненного цикла;
- снижение трудовой мотивации из-за сверхзанятости, вызванной низкой оплатой труда;
- доминирование экономических целей развития (увеличение темпов роста национального богатства) над гуманитарными (ценность индивидуального человека).

Потеря эффективной трудовой мотивации приводит к социальному стрессу со всеми вытекающими отсюда негативными последствиями для здоровья, а низкая оценка человеческой жизни (теория «экономически эффективного населения») провоцирует низкую культуру самосохранения, вплоть до изменения его вектора с витального на саморазрушительный. В 2010 г. начата новая программа модернизации российского здравоохранения, целью которой является создание условий для равного доступа россиян к качественной медицинской помощи. Реформирование системы здравоохранения страны должно быть подчинено реализации четырех основополагающих принципов [6]:

- 1) социальной справедливости и общедоступности медицинской помощи;
- 2) расширения и обеспечения необходимого минимума медицинских услуг при минимальной их стоимости;
- 3) оптимального соотношения стоимости медицинских услуг и распределения государственных ресурсов;
- 4) свободы выбора медицинских услуг.

В связи с реализацией прав человека на здоровье и лечение возникает вопрос о качестве медицинской помощи. Высококачественная медицинская помощь может быть определена как помощь, которая «максимизирует благо пациента, принимая во внимание баланс ожидаемых плюсов и минусов для процесса лечения во всех его частях» [2]. При этом охрану здоровья населения нельзя сводить только к оказанию медицинской помощи, оставляя без внимания вопросы профилактики заболеваний и самосохранительного поведения населения. Сегодня в России объектом социальной политики в сфере общественного здоровья являются массовые заболевания и группы людей, подверженные им. Здоровый человек находится вне поля зрения здравоохранения до тех пор, пока не заболеет, и социальная политика в сфере здоровья направлена в основном на улучшение качества медицинского обслуживания, а не на формирование санитарно-гигиенической культуры населения и создание условий для оптимального взаимодействия личности и социальных институтов (семьи, образования, СМИ, досуга и проч.) в сфере здоровья.

Отсутствие в России идеологии здоровья выражается не только в характере юридического обоснования социальной политики в сфере здоровья, но также в финансировании всего, что так или иначе с ним связано (образование, досуг, физическая культура и спорт и проч.). Главная опасность существующего негативного тренда состоит в его приближении к «точке невозврата», после которой повысить качество населения вряд ли возможно, а демографические потери увеличатся. Современное российское

общество все глубже втягивается в некую «социальную воронку» нездоровья, для выхода из которой недостаточно жизни одного поколения. Если не остановить этот негативный процесс, то он может стать необратимым.

Литература

1. Величковский Б.Т. Жизнеспособность нации. Взаимосвязь социальных и биологических механизмов в развитии демографического кризиса и изменении здоровья населения России. 2-е изд., испр. и доп. - М.: РАМН, 2012.
2. Власов В.В. Медицина в условиях дефицита ресурсов. М., 2000.
3. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). Официальный сайт. URL: <http://www.who.int/suggestions/faq/ru/>.
4. Государственная программа развития здравоохранения Российской Федерации 2012. URL: <http://www.rosminzdrav.ru/health/zdravo2020/72/gprzo.pdf>.
5. Доклад о развитии человека за 1996 г. UNDP, Нью-Йорк, Оксфорд, 1996.
6. Журавлева И.В. Три причины негативных тенденций здоровья населения. В сб. «Общество и здоровье: современное состояние и тенденции развития» // Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. М., 2013. ISBN 978-5-904804-02-2.
7. Здоровье и здравоохранение в гендерном измерении / редколлегия: Е.А. Баллаева, Л.Г. Луныкова, Н.М. Римащевская, Т.В. Чубарова. М., 2007.
8. Здравоохранение в России 2009: Стат. сб. / Росстат. - М., 2009.
9. Молодежь в России 2010: Стат. сб. / ЮНИСЕФ, Росстат. М.: ИИЦ. «Статистика России», 2010.
10. Панов А.В. Инвалидность за рубежом: Соединенные Штаты Америки 27.12.2009. Центр медицинского права. URL: http://www.pravo-med.ru/articles/disability/403/?PAGEN_1=6.
11. Первый Всемирный доклад об инвалидности 2011. Резюме на русском языке. URL: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_ru.pdf.
12. Повышение уровня здоровья инвалидов // Официальный сайт ВОЗ. URL: http://www.who.int/disabilities/infographic_ru.pdf.
13. Римащевская Н.М. Модернизация России: здоровье россиян и демографическая ситуация. URL: <http://demoscope.ru/weekly/2012/0509/nauka02.php>.
14. Российский статистический ежегодник 2007. Стат. сб. / Росстат.- М., 2007.
15. Российский статистический ежегодник 2009. Стат. сб. / Росстат.- М., 2009.
16. Состояние здоровья беременных, рожениц, родильниц и новорожденных (Данные Минздрава России, расчет Росстата) URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/healthcare/#.
17. Pringle R. Sex and Medicine: Gender, Power and Authority in the Medical Profession, Cambridge: Cambridge University Press, 1998.
18. Riska E. Medical Careers and Feminist Agendas. American, Scandinavian and Russian Women Physicians. New York: Aldine de Gruyter, 2001.
19. World report on disability 2011. URL: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240685215_eng.pdf.

СПЕЦИАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ: МЕТОДОЛОГИЯ ПРОВЕДЕНИЯ

А.В. Ларченко,

Белорусский государственный экономический университет

Проблемы исследования здоровья весьма актуальны для Республики Беларусь в силу сложившихся в стране неблагоприятных социально-демографических условий (высокий уровень смертности, низкий уровень рождаемости и продолжительности жизни, старение населения) [1]. Необходимость комплексной оценки здоровья населения, в том числе репродуктивного, предусмотрена в задачах Национальной программы демографической безопасности Республики Беларусь на 2011-2015 годы [2].

Проводимые в настоящее время в Беларуси исследования в области здоровья нации направлены в основном на оценку отдельных его сторон. Так, по результатам ежеквартального выборочного обследования уровня жизни домашних хозяйств (ДХ), можно получить антропологические характеристики населения,

данные о курении, занятиях спортом, общем состоянии здоровья («Вопросник для основного интервью»), расходах на медицинские услуги («Ежеквартальный вопросник»), а также более детальную информацию о медицинском обслуживании («Вопросник по изучению условий жизни», введен с мая 2011 г.). Тем не менее круг вопросов о здоровье и здравоохранении в анкетах выборочного обследования весьма ограничен: отсутствует информация о заболеваемости отдельными видами болезней, хронических заболеваниях, факторах риска, самооценке репродуктивного здоровья и т. д. Кроме того, анализируемые выборочные совокупности домашних хозяйств репрезентативны в отношении доходов и расходов населения, предназначены для характеристики степени благосостояния населения, а не индикаторов здоровья, что