

РЕФОРМЫ ОБЩЕСТВЕННОГО СЕКТОРА: РОССИЯ И ЕВРОПЕЙСКИЙ СОЮЗ

ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В УСЛОВИЯХ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ РЕФОРМ: РОССИЯ И ЕВРОПА

Ю.В. Михайлова

МАИ

Тверская ул., 5/6, Москва, Россия, 125009

А.Ю. Михайлов

ФГБУ «ЦНИИОИЗ»

ул. Добролюбова, 11, Москва, Россия, 127254

В статье представлены динамические тенденции медико-демографических параметров во взаимосвязи с социально-экономическими преобразованиями в стране, определены факторы предотвратимых потерь здоровья населения России вследствие смертности. Дан сопоставительный анализ здоровья населения и систем здравоохранения стран Европы и России.

Ключевые слова: здоровье, демография, смертность населения, предотвратимые потери в здоровье, системы здравоохранения России и Европы, экономика здравоохранения.

В настоящее время все страны Европейского региона, включая экономически развитые, сталкиваются с новыми проблемами охраны здоровья населения, решая вопросы построения наиболее эффективных систем здравоохранения для обеспечения реального улучшения состояния демографической ситуации и здоровья населения.

Усилия стран Европейского региона базируются на ценностях, определенных в фундаментальных документах ООН и политике Всемирной организации здравоохранения «Здоровье для всех», Таллиннской хартии «Система здравоохранения для здоровья и благосостояния» и основного права человека — права на здоровье [6; 11; 14; 15].

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рассматривает цели, стоящие перед системами здравоохранения всех европейских стран, с позиции улучшения здоровья с соблюдением принципов:

— равноправия (как в отношении уровня, так и в обеспечении социальной справедливости);

— отзывчивости системы здравоохранения к требованиям, предъявляемым населением;

— справедливости при распределении финансовых ресурсов.

Важнейшим условием развития здравоохранения является обеспечение защиты от финансового риска, что предполагает направление в системы здравоохранения достаточных ресурсов, чтобы обеспечить всеобщий доступ к медицинским услугам.

Характеризуя современное состояние демографической ситуации, здоровья и систем здравоохранения в Европейском регионе, следует отметить важнейшую роль Декларации тысячелетия ООН, в которой из 18 задач 8 непосредственно касаются вопросов здравоохранения.

Однако в плане достижения целей в области развития, поставленных в Декларации тысячелетия, страны Европейского региона находятся в разных социально-экономических условиях, в том числе по эффективности работы систем здравоохранения и ключевым факторам, влияющим на нее.

На современном этапе социально-экономического развития среди стратегических проблем европейских стран большое значение приобрели проблемы демографического будущего, связанного с постарением населения. Для России ключевое значение приобрели проблемы сокращения численности населения. В соответствии со средним вариантом прогноза ООН численность населения России к 2050 г. может сократиться до 121,3 млн человек. Важно подчеркнуть, что в конце XX столетия сокращение естественного прироста в России было обусловлено исключительно падением рождаемости и возрастающей смертностью стареющего населения.

Начиная с 1992 г. фиксируется совершенно новый долгосрочный тренд — убыли населения. Суммарно за первые 10 лет активных экономических реформ естественная убыль населения составила около 7 млн человек [2; 3; 7; 10].

Характерно, что по уровню рождаемости Россия принадлежит к обширному сообществу европейских стран, а по сложившемуся с 1990-х гг. уровню смертности Россия не имеет аналогов в Европейском регионе. Именно беспрецедентный в мирное время уровень смертности определил снижение продолжительности жизни российского населения [2; 10; 13] (рис. 1).

В сложившейся в России негативной демографической ситуации роль 1990-х гг. проявилась двояким образом. Во-первых, за период с 1992—2001 гг. (т.е. за 10 лет) смертность населения выросла в той же степени, что и за предыдущие два десятилетия (1964—1984 гг.) [10; 12]. Во-вторых, структура причин смертности качественно изменилась и сместилась в подростковый, младший трудоспособный и старший трудоспособный возраст (соответственно негативный прирост составляет 26,3—42,5%; 30,8—28,3%; 22,6—9,3%).

Крайне неблагоприятным, особенно в экономическом контексте, обстоятельством является «омоложение» потерь, обусловленных преждевременной смертностью, т.е., рост потерь определяется населением трудоспособных возрастов, который был обусловлен экзогенной, полностью предотвратимой в этих возрастах патологией. Вернулись взятые практически под полный контроль в предыдущий (дореформенный) период экзогенные туберкулез, пневмония, а также насильственные причины смертности. Среди исследователей появился и закрепился термин «кризисная смертность».



Рис. 1. Рождаемость и смертность в России в европейских странах в конце 1990-х гг.

Какие же глубинные процессы стали причинами беспрецедентного для мирного времени уровня смертности населения и снижения СПЖ? Остановимся на главных, с нашей точки зрения.

1. За период скоростных, «шоковых» реформ успел сформироваться расширяющийся и воспроизводящий себя слой населения, живущий на грани или за чертой бедности, со всеми вытекающими отсюда факторами риска и поведением: алкоголизация и курение, неправильное питание, девиантное и криминальное поведение, психологический стресс, отчуждение от здравоохранения. Очень важно подчеркнуть, что маргинализация российского населения затронула молодых людей, чья молодость пришлась на период реформ, когда молодые люди еще не имели ни социальной, ни экономической основы, образования, квалификации, сформировавшихся позитивных привычек и норм поведения. В связи с этим негативные социальные процессы их затронули максимально, т.е., возрастной градиент российской смертности выступает как ее социальный градиент.

Объективно ухудшился весь комплекс условий жизни населения, связанных с резким социальным расслоением, распространением бедности, безработицы, хронизацией негативных тенденций, которые можно объединить понятием маргинализации.

2. Распространение неудовлетворенности жизнью в целом и отдельными ее сторонами, низкий уровень надежд на перемены к лучшему, правовая и экономическая незащищенность населения и, как следствие, криминализация общества. В связи с этим растет число убийств, самоубийств, смертей из-за травм и повреждений.

3. Алкоголизация населения, которая, по расчетам, обуславливает 12% причин смертности. Проблемы алкогольной смертности связаны с резким расширением доступности алкоголя и ухудшением его качества, что повлекло резкий рост смертности мужчин от случайных отравлений алкоголем и рост числа заболеваний, связанных с употреблением алкоголя.

Начиная с 1990 г. расчетный объем потребления алкоголя увеличился в 1,8 раза, зарегистрировано 2,3 млн хронических алкоголиков.

4. Распространение курения обусловило более 17% причин смертности. Число курящих в России достигло 50% населения. Распространенность курения среди подростков 13—15 лет составляет 33,4%.

5. Несбалансированное питание (13% причин смертности, 12,5% — ожирение).

6. Проблемы неустроенности, безработицы мигрантов, беженцев из очагов конфликтов привели к обострению социально-экономических, криминогенных, санитарно-гигиенических, эпидемиологических проблем [3; 5; 7; 13].

7. Снижение эффективности системы здравоохранения. Обескровленная огромным недофинансированием до уровня выживания система здравоохранения не смогла противостоять резкому ухудшению здоровья населения, что привело к снижению доступности и качества медицинской помощи. Недостаточность государственного финансирования здравоохранения привела к вынужденной оплате за медицинскую помощь из личных средств пациентов. Платные услуги в стране переросли в систему «теневой» медицины.

В рассматриваемый период страны Западной Европы развивают подходы к здравоохранительной политике на основе признания права на здоровье одним из важнейших прав человека. Таким образом, государство признает и подтверждает ценность каждого человека, а также равные права, равные обязанности и равную ответственность всех в отношении здоровья.

Справедливость в вопросах здоровья и его охраны включает следующие основные аспекты:

— проведение социально-экономической политики, направленной на сокращение бедности и связанных с ней факторов риска для здоровья;

— защиту групп населения с особыми потребностями (в связи с состоянием здоровья, социальными или экономическими обстоятельствами) от изоляции и предоставление им доступа к соответствующей медико-санитарной помощи;

— участие в здравоохранительной деятельности и ответственности отдельных людей, групп населения, организаций и общественных секторов.

Этот принцип основывается на понимании мультифакторной природы феномена здоровья и включает два основных элемента: признание всеми секторами своей ответственности за здоровье и разработку эффективных механизмов вовлечения их в здравоохранительную деятельность; участие населения в выработке и реализации политики, затрагивающей интересы здоровья.

Эффект от реализации новых подходов к охране и укреплению здоровья может быть оценен на примере развитых стран Европы. Почти за три десятилетия (с 1970 по 2002 г.) продолжительность жизни в странах ЕС увеличилась на 7,3—7,1 года соответственно у мужчин и женщин. Вариация при этом составила у мужчин от 4,7 лет в Нидерландах и Греции до 9,5 лет в Австрии; у женщин — от 4,2 лет в Нидерландах и Норвегии до 8,6 лет в Италии. Общей закономерностью является то, что максимальные темпы прироста продолжительности жизни отмечались

в странах с исходно более низкими уровнями. Прогресс в странах с более высоким уровнем продолжительности жизни уже в 1970-е гг. был не столь существенным. На этом фоне Россия, в которой в настоящее время продолжительность жизни населения на 15—10 лет (соответственно для мужчин и женщин) ниже, чем в развитых странах, обладает значительным потенциалом ускоренного возвращения к ее цивилизованным параметрам.

Анализ трендов продолжительности жизни и смертности населения в дореформенный и реформенный периоды показал, что в восточноевропейских странах реформенный период довольно краткий по времени (5—7 лет) и не привнес принципиально новых тенденций в эволюционные траектории смертности периода 1970—1980 гг.

Это касается и профиля смертности, а следовательно, и ее возрастного профиля и общих итогов динамики продолжительности жизни.

Начало второго десятилетия (2002—2011 гг.) медико-демографических процессов (выделено условно как второй эпидемиологический этап) в России следует считать с 2002 г., и тренд его после стабилизации в 2002—2005 гг. приобрел в последующие годы позитивный характер [4; 9; 13]. В то же время базовые показатели медико-социальных процессов еще существенно отличаются от европейских стран (рис. 2).

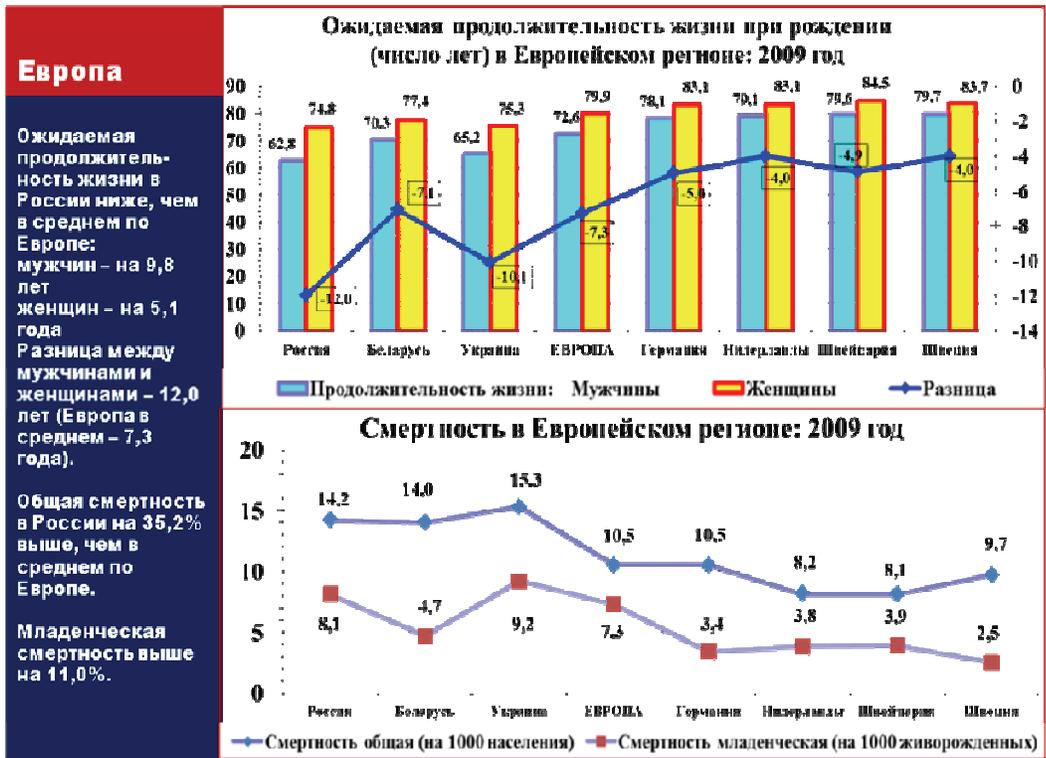


Рис. 2. Базовые показатели медико-социальных процессов

Политическое осознание величины негативных проблем в здоровье населения и здравоохранении получило развитие в формировании демографической политики России на период до 2025 г. [1; 13; 8; 6], основными параметрами которой установлены:

— снижение числа умерших (прежде всего, в трудоспособном возрасте от внешних причин) ежегодно не менее чем на 2—3%;

— снижение материнской и младенческой смертности не менее чем в 2 раза,

— укрепление репродуктивного здоровья населения, здоровья детей и подростков;

— укрепление здоровья населения, снижение заболеваемости, создание условий для мотивации к ведению здорового образа жизни;

— повышение рождаемости (ежегодное увеличение суммарного показателя рождаемости не менее чем на 2%) за счет роста числа рождений вторых и последующих детей;

— укрепление института семьи, возрождение и сохранение духовно-нравственных традиций семейных отношений;

— привлечение мигрантов в соответствии с потребностями демографического и социально-экономического развития, с учетом необходимости их социальной адаптации и интеграции.

Важнейшее стратегическое значение имеет принятая в 2012 г. Целевая программа развития здравоохранения России до 2020 г., в которой определены публичные обязательства государства в сфере здравоохранения и основные направления модернизации здравоохранения.

Утверждены количественные индикаторы достижения результатов. Принят Указ Президента РФ от 05.05.2012 об ответственности органов всех уровней власти за конкретные цифры.

Россия, как член ВОЗ, поддержала и ратифицировала целый ряд основополагающих документов ВОЗ по здравоохранительной политике (доктрины, конвенции, рекомендации против табака, алкоголя, ожирения, пищевой безопасности, охраны труда и др.).

Важнейшими документами, принятыми ВОЗ в настоящее время, поддержанными Россией, являются Европейский план действий по укреплению потенциала и служб общественного здравоохранения в Европе и Европейский план по профилактике и борьбе с хроническими инфекционными заболеваниями: сердечно-сосудистые заболевания, рак, диабет, ХНЗЛ [14; 11; 15].

Реализация широкомасштабных мероприятий по решению проблем здоровья и здравоохранения в России в соответствии с Программой социально-экономического развития стран до 2020 г. нашла реальное отражение в позитивной динамике медико-демографических процессов. За период с 2005 по 2010 гг. общая смертность населения снизилась на 11,3%; смертность от заболеваний ССС на 11,4%; смертность от ДТП — на 28,5%; смертность от туберкулеза на 33,2%. Снизилась заболеваемость населения, связанная с употреблением алкоголя, среднее потребление которого уменьшилось с 18,0 л в 2007 году до 14,9 л — в 2010 г.

Стратегии развития систем здравоохранения в Европе и России носят универсальный характер с позиции целей ликвидации неравенства в отношении здоровья и неравенства в доступе к медицинской помощи.

Однако различия социально-экономического развития стран как базовой детерминанты здоровья населения и ресурсного (финансового, кадрового) обеспечения как детерминанты доступности и качества медико-санитарной помощи определяют наполненность стратегий дифференцированными по странам планами действий и планируемыми по срокам достижения целевыми результатами.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Герасименко Н.Ф., Александрова О.Ю. Управление системой здравоохранения — законодательные аспекты. — М., 2003.
- [2] Веселкова И.Н., Комаров Ю.М. Как сохранить нацию. — М., 2002.
- [3] Лисицин Ю.П., Акопян А.С. Панорама охраны здоровья. — М., 1998.
- [4] Шейман И.М. Теория и практика рыночных отношений в здравоохранении. — М., 2007.
- [5] Максимова Т.М. Медицинское обеспечение населения в условиях социальной дифференциации в обществе. — М., 2001.
- [6] Макроэкономика и здоровье: инвестиции в здоровье в целях экономического развития: Доклад Комиссии по макроэкономике и здоровью. — Женева: ВОЗ, 2001.
- [7] Концепция развития здравоохранения и прикладной медицинской науки в Российской Федерации. — М., 1994.
- [8] Концепция развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 г.
- [9] Модернизация здравоохранения: новая ситуация и новые задачи, М., 2010, 230 с.
- [10] Преждевременная и предотвратимая смертность в России — критерии потери здоровья населения / Под ред. Ю.В. Михайловой. — М., 2006
- [11] Подходы к политике финансирования здравоохранения в Европейском регионе. — Женева: ВОЗ, 2006.
- [12] Социально-демографическая безопасность России. — Екатеринбург, 2008.
- [13] Здравоохранение России, 2003, 2005, 2009, 2010, 2011, 2012.
- [14] Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения. — Копенгаген, 2012.
- [15] Финансирование здравоохранения в Европейском Союзе. Проблемы и стратегии решения. — Копенгаген, 2010.

LITERATURA

- [1] Gerasimenko N.F., Aleksandrova O.U. Upravleniesistemoi zdravookhraneniya — zakonodatelnie aspekti. — M., 2003.
- [2] Veselkova I.N., Komarov U.M. Kak sakhranit natsiyu. — M., 2002.
- [3] Lisitsin U.P., Akopyan A.S. Panorama okhrani zdoroviya. — M., 1998.
- [4] Sheiman I.M. Teoriya i praktika rinochnikh otnosheniy v zdroovookhraneni. — M., 2007.
- [5] Maksimova T.M. Meditsinskoye obespecheniye naseleniya v usloviyakh socialnoy differenciacii v obshchestve. — M., 2001.
- [6] Makroekonomika i zdoroviye: investicii v zdoroviye d tselyakh economitsheskogo razvitiya: Doklad Komissii po makroekonomike b zdoroviyu. — Geneva: VOZ, 2001.
- [7] Kontseptsiya razvitiya zdravookhraneniya i prikladnoi meditsinskoj nauki v Rossiyskoi Federatsii. — M., 1994.

- [8] Kontseptsiya razvitiya zdavookhraneniya v Rossiyskoi Federatsii do 2020 g.
- [9] Modernizatsiya zdavookhraneniya: novaya situatsiya i novie zadachi. — M., 2010.
- [10] Pregdevremennaya i predotvratimaya smertnost v Rossii — kriterii poteri zdoroviya nasele-niya / Pod red. Y.V. Mikhailovoy. — M., 2006.
- [11] Podkhodi k politike finansirovaniya zdavookhraneniya v Evropeiskom regione. — Geneva: VOZ, 2006.
- [12] Sotsialno-demograficheskaya bezopasnost Rossii. — Ekaterinburg, 2008.
- [13] Zdavookhranenie Rossii, 2003, 2005, 2009, 2010, 2011, 2012.
- [14] Evropeiskiy plan deistviy po ukrepleniю potentsiala i uslug obshchestvennogo zdavookhra-neniya. — Kopenhagen, 2012.
- [15] Finansirovanie zdavookhraneniya d Evropeiskom Souze. Problemi i strategii resheniya. — Kopenhagen, 2010.

**HEALTH AND HEALTHCARE
IN CONDITIONS OF SOCIAL AND ECONOMIC REFORMS.
RUSSIA AND EUROPE**

Y. Mikhailova

International Informatization Academy
Tverskaya str., 5/6, Moscow, Russia, 125009

A. Mikhailov

FGBI “FPHI”
Dobrolyubova str., 11, Moscow, Russia, 127254

The article presents the dynamic trends of medical and demographic variables in relation to the socio-economic changes in the country and determines the factors of preventable loss of health in Russia as a result of mortality. Comparative analysis of health and health care systems in Europe and Russia is given.

Key words: Health; demographics; mortality; avoidable health losses; health systems in Russia and Europe; health economics.