

РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАУК
ИНСТИТУТ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ
ТЕРРИТОРИЙ РАН
ИНСТИТУТ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ
НАРОДОНАСЕЛЕНИЯ РАН
ПРАВИТЕЛЬСТВО ВОЛОГДСКОЙ ОБЛАСТИ

ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ



Материалы Международного
научно-практического семинара

ВОЛОГДА
2010

Сборник статей

**Здоровье населения: проблемы
и пути решения (сборник)**

«ИСЭРТ РАН»

2010

Сборник статей

Здоровье населения: проблемы и пути решения (сборник) /
Сборник статей — «ИСЭРТ РАН», 2010

ISBN 978-5-93299-168-8

В сборнике представлены материалы Международного научно-практического семинара «Здоровье населения: проблемы и пути решения», проходившего в Вологде 18–20 мая 2010 г. В выступлениях освещены социальные проблемы, касающиеся системы здравоохранения, образования; вопросы подготовки проектов по улучшению качества жизни населения по следующим направлениям: охрана материнства и детства, здоровьесберегающая политика государства, образование как фактор человеческого развития, трудовой потенциал населения. Тексты работ опубликованы в авторской редакции.

ISBN 978-5-93299-168-8

© Сборник статей, 2010
© ИСЭРТ РАН, 2010

Содержание

Н.М. Римашевская	6
Конец ознакомительного фрагмента.	14

Здоровье населения: проблемы и пути решения

© ИСЭРТ РАН, 2010

© ИСЭПН РАН, 2010

© Правительство Вологодской области, 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.

Н.М. Римашевская

Социальная политика сбережения народа: радикальное изменение негативного тренда здоровья российского населения

Последнее десятилетие XX века характерно для России, кроме всего прочего, разразившимся *демографическим кризисом*, начало которого условно можно отнести к 1992 г., когда динамика населения преодолела «точку невозврата» и оно оказалось в зоне естественной убыли, где и пребывает по сию пору. Это отчетливо видно на графике (рис. 1).

Вместе с тем 2008–2009 годы отмечены позитивными тенденциями, которые обусловлены воздействием принятых в 2007 г. правительственных решений в области демографической политики, но их эффективность будет существенным образом зависеть от продолжительности влияния на демографические процессы. Подобного рода «атака», как показывает жизнь, и не только в России, действует в течение 2–3 лет, а затем, после адаптации населения к новым условиям, все возвращается на круги своя. Кроме того, существенную роль здесь сыграло замещение естественной убыли населения миграционным приростом, который значительно возрос за эти два года (рис. 2).

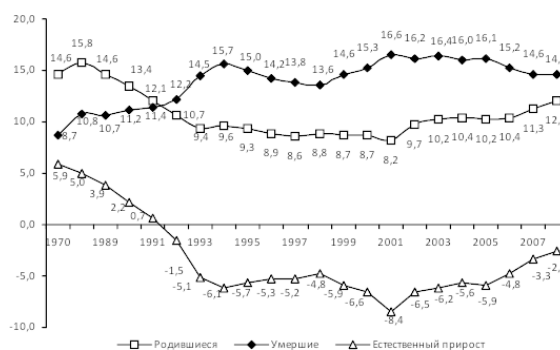


Рис. 1. Естественное движение населения



Рис. 2. Замещение естественной убыли населения миграционным приростом

Естественная убыль населения в январе – октябре 2009 г. уменьшилась по сравнению с соответствующим периодом 2008 г. на 116,4 тыс. человек, а увеличившийся миграционный прирост полностью компенсировал численные потери населения и превысил их на 6,1 %.

За период 1992–2008 гг. естественная убыль населения, частично компенсированная положительным сальдо миграции, составила 12,5 млн. человек (табл.1).

Если мы не сможем в ближайшие 5–7 лет радикально изменить тренд смертности и нездоровья, то в силу инерционности демографических процессов кризис не будет преодолен даже к середине века и численность населения России уменьшится до 100–110 млн., т. е. еще на 30 млн.

Таблица 1. Естественное и миграционное движение населения (1991–2008 гг.)

Показатель	1991 – 1995 гг.	1996 – 2001 гг.	2001 – 2005 гг.	2006 – 2008 гг.
Число родившихся в расчете на год	1,5	1,3	1,4	1,6
Число умерших в расчете на год	2,0	2,1	2,3	2,1
Естественная убыль в расчете на год	0,5	0,8	0,9	0,5
Уменьшение населения	2,5	4,0	4,5	1,5
Уменьшение населения за 1991 – 2008 гг.	12,5 млн.			
Миграционный прирост за 1991 – 2005 гг., млн. чел.	5,7 млн.			
Миграционный прирост по периодам, млн. чел.	2,5	2,1	0,8	0,3
Возмещение естественной убыли, в %	100	50	20	20
Реальное уменьшение населения, в %	-	1,4	2,4	0,8

Существует точка зрения, что естественная убыль может быть замещена мигрантами в масштабах убыли, т. е. на 500–700 тыс. чел. в год. Однако эта идея имеет значительно больше негативных, чем позитивных, аргументов, если вообще может быть реализована. Ее легко провозглашать, не думая о последствиях, но следует иметь в виду, что для мигрантов нужен масштабный жилой фонд, которым сегодня не обеспечены даже граждане России, а также соответствующие рабочие места, дефицит которых увеличивается вследствие финансово-экономического кризиса. По оценкам экспертов в 2010 году рост безработицы еще продолжится.

Для полного замещения поколения родителей поколением детей суммарный коэффициент рождаемости (число детей, в среднем рожденных одной женщиной в репродуктивном возрасте) должен быть не меньше 2,15 (рис. 3).

Но за последнее 20-летие этот показатель был существенно ниже и менялся следующим образом: **1,547** в 1992 г., **1,157** в 1999 г., **1,494** в 2008 г.

Масштабы рождаемости определяются двумя комплексами факторов: а) репродуктивным потенциалом и б) репродуктивным поведением.

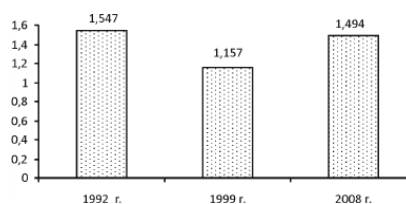


Рис. 3. Суммарный коэффициент рождаемости в России

Репродуктивный потенциал нашего населения хорошо просматривается в перспективе и, к сожалению, не радует, так как:

- ближе к середине века в репродуктивный возраст войдут относительно малые когорты женщин;
- он уменьшается вместе с падением здоровья населения; достаточно отметить, что уже сегодня 15–20 % брачных пар бесплодны;
- негативно действует и традиционное распространение абортов как следствие низкой культуры регулирования деторождения.

Не лучшая ситуация складывается и с репродуктивным поведением, которое характеризуется:

- устойчивым снижением брачности и ростом разводов;

- торжеством модели однодетной семьи, о чем свидетельствуют материалы переписи 2002 г., когда 34 % семей имели одного ребенка, 15 % – двух и 3 % – трех и более;
- появлением феномена отказа от рождения детей вовсе (общества «чайлдфри»);
- все более широкой конкуренцией детей с социальными благами в виде карьерного роста, увеличения доходов и потребления;
- пока еще низким уровнем жизни, и прежде всего оплаты труда: 2/3 работников имеют заработок, не обеспечивающий самого работника и одного ребенка.

В процессе демографического воспроизводства лидирует смертность, а не рождаемость (в 2008 г. умерло 2080 тыс., родилось 1710 тыс.). При этом свыше 80 % смертей есть следствие нездоровья и различных форм недуга. Из сказанного следует, что главный путь преодоления демографического кризиса (особенно сегодня) – это укрепление здоровья и снижение на этой основе смертности.

Вместе с тем значение здоровья определяется не только его демографической ролью. Здоровье – это характеристика человеческого потенциала и человеческого капитала, определяющего экономическую мощь страны. Здоровье – это главный компонент качества жизни, измеряемого ее продолжительностью в условиях свободного выбора. С другой стороны, качество жизни – главный параметр ее ценности для человека. Важно не только долголетие, но и способность человека сохранять с годами здоровье, тонус и жизненную энергию, само желание жить¹. Это – активный источник динамического развития общества, и он придет на смену современным новейшим технологиям как главный фактор экономического роста, решающий компонент VI технологического уклада, который непосредственно будет определяться здоровьем населения. В основе социальной политики российского государства должно стоять здоровье во всех его многогранных аспектах как главный приоритет.

1. Интегральное состояние и динамика здоровья населения России

Всемирная организация здравоохранения определяет здоровье состоянием полного физического, психического и социального благополучия. При этом физическое здоровье – это способность выполнять каждодневную работу, включая заботу о себе; психическое здоровье – это состояние человека в гармонии с самим собой; социальное здоровье отражает позитивные отношения с другими людьми, готовность оказать помощь и способность принять ее. Существует два уровня рассмотрения и оценки здоровья: а) популяционный (общественное здоровье), относящийся к населению определенной территории страны, региона, города, и б) индивидуальный, характеризующий отдельного человека.

Состояние общественного здоровья целесообразно оценивать на основе сравнения с другими странами и территориями, а в качестве характеристик использовать, по крайней мере, три:

- продолжительность предстоящей жизни (ППЖ);
- уровень заболеваемости населения;
- уровень инвалидизации. В России самый низкий среди европейских стран ППЖ, и в 2008 г. он был равен 67,9 года по населению в целом. Учитывая, что в нашей стране ППЖ существенно (12–13 лет) различается по полу, его следует всегда определять отдельно для женщин и мужчин. В сравнении с другими странами эти индикаторы представлены в *таблице 2*.

ППЖ формируется в зависимости от состояния смертности. В России общий показатель смертности в 2008 г. достигал 14,6 на 1000 жителей; в то время как в развитых странах –

¹ Экология человека в изменяющемся мире / под ред. акад. РАН и РАМН В.А. Черешнева. – Екатеринбург, 2008. – С. 47.

лишь 8, а в развивающихся – 12. В результате из 180 стран наша страна по этому индикатору оказалась лишь на 100-м месте.

В основе подобного уровня смертности лежит высокая заболеваемость: в 2008 г. зарегистрировано больных с впервые установленным диагнозом 772 на 1000 чел. населения, т. е. почти 80 % граждан².

Не удивительно, что специальные исследования, базирующиеся на показателях индивидуального здоровья, позволили получить следующие оценки состояния здоровья населения страны (рис. 4):

- 3 % – абсолютно здоровы;
- 24 % – относительно здоровы;
- 3 % – с очень плохим здоровьем (инвалиды);
- 70 % – с относительно плохим и плохим здоровьем (свыше двух хронических заболеваний).

Таблица 2. Продолжительность предстоящей жизни, лет

Страна	Для мужчин	Для женщин
Россия	61,4	73,9
Австрия	77,2	82,8
Финляндия	75,9	83,1
Швеция	78,8	78,6



Рис. 4. Самооценка здоровья населением России

Особую озабоченность вызывают болезни социальной этиологии, среди которых следует отметить туберкулез – 395 тыс. (2007 г.) и сифилис – 437 тыс. (2007 г.)³. Существенное влияние на качество репродуктивного здоровья населения оказывает эпидемия ВИЧ/ СПИД, так как 80 % больных с диагнозом ВИЧ являются людьми фертильного возраста, ведущими активную сексуальную жизнь, а 44 % – это молодые женщины с репродуктивными возможностями. Вследствие этого до 35 % возросла доля гетеросексуального пути передачи этой инфекции, а кроме того, растет число детей от инфицированных матерей – в 2006 г. их было 33844 человека.

Широкое распространение получили психические нозологии: за помощью в связи с психическими расстройствами в 2007 г. обратились 4357 тыс. человек, а общее число нуждающихся в контактах с психиатрами составляло 52 млн. человек, т. е. 1/3 населения. При этом психические расстройства среди детей на четверть выше, чем среди взрослых. За 2001–2003 гг. число несовершеннолетних, имевших инвалидность по причине умственной отсталости, увеличилось в 2 раза. Алкоголизмом и алкогольными психозами страдают 2290,7 тысячи человек, а наркоманией – 368,3 тысячи, число потребляющих наркотики составляет около 500 тысяч, но это по данным официальной статистики, а фактически – 3,5–4 млн. чел. В 2007 г. число

² Социальное положение и уровень жизни населения России. – 2009. – М., 2009. – С. 31.

³ Социальное положение и уровень жизни населения России. 2008. – М., 2008. – С. 327–328.

умерших от причин, связанных с употреблением алкоголя, было равно 75200 человекам, из них 37 % умерло от случайных отравлений, 38 % – от алкогольной кардиомиопатии⁴.

Уровень инвалидизации в России определяется численностью инвалидов, которых сегодня более 12 млн., и ее ежегодным приростом в размере около 1 млн. человек. Относительное число инвалидов в 5 раз больше, чем в развитых странах.

Социальное здоровье (благополучие) измеряется через асоциальное поведение с помощью композитного индикатора, интегрирующего первичные показатели асоциального поведения: самоубийства, убийства, психические расстройства, социальное сиротство, разводы и т. д.⁵ (рис. 5).

В 2006 г. **композитный индикатор составил по странам:**

- Россия – **4,97** Чехия – **6,65**
- Эстония – **5,20** Финляндия – 6,89
- Литва – **5,63** Венгрия – 7,20
- Украина – **6,31** Дания – 7,50
- Белоруссия – **6,79**

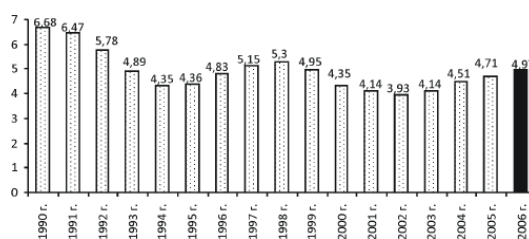


Рис. 5. **Динамика композитного индекса, характеризующего психологическое состояние российского общества за период 1990–2006 гг.**

Композитный индекс, характеризующий психологическое состояние российского общества за период 1990–2006 гг., составил в баллах: в 1990-м – **6,68**, в 1991-м – **6,47**, в 1992-м – **5,78**, в 1993-м – **4,89**.

Динамика данного индикатора демонстрирует существенную неустойчивость и имеет тенденцию к снижению позитивного психологического состояния населения за последние пятнадцать лет. Двадцатилетние обследования индивидуального здоровья позволили выявить ряд его специальных характеристик⁶.

Во-первых, показатель здоровья имеет устойчивый нисходящий тренд (табл. 3, 4).

Во-вторых, средняя оценка здоровья населения составляет сегодня в Москве 3,13 балла, а для страны этот показатель колеблется около 3,2 по 5-балльной шкале⁷.

В-третьих, особую озабоченность вызывает здоровье детей и молодежи, которое снижается интенсивнее, чем у взрослых. С каждым годом новорожденные приходят в этот мир с меньшим потенциалом здоровья: в 1990 г. родились больными или заболели непосредственно после рождения 14,7 %, а в 1995 г. их было 28,5 %, в 2000 г. – 38,0, в 2005 г. – 40,7, в 2006 г. – 38,9, в 2008 г. – 37,3 %⁸. На протяжении жизненного цикла интенсивность падения здоровья у детей выше, чем в среднем по всем группам населения, а проблемы заболеваемости в целом

⁴ Социальное положение и уровень жизни населения России. 2008. – М., 2008. – С. 336.

⁵ Юревич А.В. Динамика психологического состояния современного российского общества // Вестник Российской академии наук. – М.: Наука, 2009. – Том 79. – № 2. – С. 112–117.

⁶ Сбережение народа / под редакцией Н.М. Римашевской. – М.: Наука, 2007. – С. 26.

⁷ Влияние поведенческих факторов на состояние здоровья населения. Основные результаты выборочного обследования. 2008 / Росстат. – М., 2009. – С. 15.

⁸ Дети в России. 2009 / ЮНИСЕФ; Росстат. – М., 2009. – С. 26.

вопреки здравому смыслу перемещаются из групп престарелых в группу детей и молодежи. Здоровье каждого следующего поколения хуже, чем у предшествующего: у наших детей оно хуже, чем у нас, их родителей, а здоровье внуков еще хуже, чем у наших детей.

Таблица 3. Динамика индивидуального здоровья населения Таганрога, в %

Самооценка здоровья	1981 г.	1989 г.	1993 г.	1998 г.
Хорошее и отличное	62,6	47,0	45,4	36,1
Удовлетворительное	24,8	37,8	35,7	44,7
Плохое и очень плохое	12,6	15,2	18,9	19,2
Средняя оценка	3,63	3,39	3,29	3,18
Процент лиц, имеющих хронические заболевания	29,4	43,3	48,0	60,7

Таблица 4. Динамика индивидуального здоровья населения Москвы, в %

Самооценка здоровья	1996 г.	2004 г.
Отличное	8,5	5,0
Хорошее	51,6	30,0
Удовлетворительное	31,3	53,6
Плохое	8,7	11,4

Дети, рожденные больными, не проходят реабилитации в течение жизненного цикла и, вступая в репродуктивный возраст, воспроизводят больное поколение. С каждым годом репродуктивный потенциал снижается, а общество все глубже втягивается в некую «социальную воронку» нездоровья. Чтобы выбраться из нее, необходима жизнь не одного поколения. Если не остановить этот негативный процесс, он может оказаться необратимым.

В-четвертых, социальные условия препятствуют реализации биологических резервов человека, заложенных природой. Они разрушают этот ресурс. Развитие индивида с биологической точки зрения должно продолжаться до 35-летнего возраста, однако в конце 70-х годов XX в. «пик» здоровья отмечался в 25 лет, затем падал и к концу восьмидесятых снизился до 16 лет, а в преддверии нового века человек оставался с тем же потенциалом, с которым он рождался. Социальные факторы вызывают состояние «упущенного» здоровья, а сопоставление реального здоровья и биологического потенциала организма раскрывает возможности общества.

В-пятых, изменение здоровья в течение жизни происходит не плавно, а «ступенчато». Кризисные точки указывают на возрастные группы риска: у женщин резкий спад здоровья относится к 40 годам, а у мужчин – к 50-ти.

В-шестых, был выявлен гендерный парадокс здоровья, состоящий в том, что продолжительность предстоящей жизни у мужчин на 12–13 лет меньше (рис. 6), чем у женщин, а индивидуальный потенциал текущего здоровья у них выше в среднем на 10 %. Это объясняется биологическими и социальными факторами, что в значительной мере диктует необходимость гендерного характера социально-демографической политики.

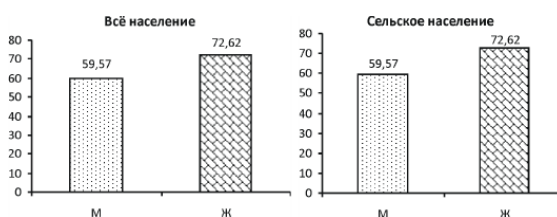


Рис. 6. Продолжительность предстоящей жизни в поселенческом и гендерном разрезе (2007 г.)

Биологические причины сводятся к следующему. Женщина, как хранительница человеческого вида, обеспечивает его биологическую устойчивость. Ее организм выносливее, она

способна к меньшим нагрузкам, но может нести их постоянно и долго. Мужчина обладает экспериментальным организмом и в силу этого менее стабильным. Его более уязвимый организм характеризуется слабым иммунитетом. Мужчина работает интенсивнее, но быстрее выдыхается, он тревожнее и менее устойчив эмоционально, больше подвержен кризам. У него более низкий резерв гормональной системы, что делает его менее защищенным перед стрессом. Для мужчины характерен особый, относительно более высокий уровень обмена веществ, в частности более высокая интенсивность свободнорадикального окисления. С этим связана повышенная опасность возникновения клеточных мутаций. Не случайно то, что гораздо чаще мутации наблюдаются в мужской Y-хромосоме и по мужской линии передается в 10 раз больше наследственных заболеваний. На мужчинах природа экспериментирует, не рискуя более ценной для сохранения вида женской особью⁹.

Гендерное воздействие на здоровье имеет и социальные причины. На рынке труда мужчины занимают рабочие места, характеризующиеся большим риском для здоровья, травматизмом, вредными условиями. 37 % мужчин работают более 40 часов в неделю. У них в 2–3 раза выше заболеваемость туберкулезом и в 6–8 раз выше смертность от этой нозологии. Среди мужчин чаще распространены вредные привычки. Более половины мужчин (53,6 %) курят, а среди женщин – лишь немногим более четверти (27,2 %). Низкое потребление алкоголя характерно только для 39,2 % мужчин и 78 % женщин. По сравнению с женщинами мужчины в 6–8 раз чаще совершают суицид, а самосохранительное поведение у них развито существенно слабее. Стремясь материально обеспечить семью, они конвертируют свое здоровье в доход, хотя в европейских странах наблюдается противоположная тенденция. Женщины чаще болеют и, как известно, несут две социальные нагрузки – воспитание детей и участие в экономической деятельности. Этим прежде всего и определяется более низкий уровень их текущего здоровья.

Существенное значение имеет репродуктивное здоровье, от которого на самом деле зависит воспроизводственный потенциал населения. Статистика отмечает рост заболеваний, влияющих на репродуктивные функции. Речь идет в первую очередь о болезнях эндокринной системы, заболеваемость которыми за период 1992–2006 гг. увеличилась в 2 раза, а среди подростков и вовсе в 3,5 раза. Наблюдается низкий уровень здоровья беременных, около 40 % которых страдают анемией; растет заболеваемость ВИЧ у женщин, а также уровень ранних беременностей у несовершеннолетних. В конечном счете роды лишь менее трети ожидающих их женщин проходят в соответствии со стандартами. Следует подчеркнуть, что анемия, как заболевание, возникающее при недостаточном питании, выступает четким маркером низкого уровня материальной обеспеченности значительных слоев населения. Это означает, что дети сегодня часто рождаются в негативных условиях.

Продолжает интенсивно снижаться здоровье детей, о чем свидетельствуют специальные наблюдения, проводимые в режиме реального времени с момента рождения ребенка.

Они позволили получить ряд новых выводов, объясняющих падение здоровья детей и молодежи, а именно:

- около 40 % детей рождаются больными или имеют риск заболеваний непосредственно после родов;
- ухудшение здоровья детей есть непосредственное следствие снижения здоровья женщин;
- происходит постоянное накопление груза патологий в последующих поколениях российского населения;
- формируется порочный круг бедности и болезней детей, прежде всего потому, что примерно половина из них рождается в бедных семьях или имеет риск бедности.

⁹ Величковский Б.Т. Стратегия охраны здоровья населения России. Патогенетическое обоснование медицинских и социальных приоритетов. – М., 2003. – С. 11.

Не случайно всероссийское наблюдение здоровья в 2002 г. констатировало¹⁰: лишь 32 % детей здоровы, 16 % имеют хронические болезни, 52 % страдают функциональными расстройствами. Статистика год от года отмечает ухудшение индикаторов здоровья российских подростков и молодежи. На фоне хронических заболеваний, которые возникают к окончанию школы у 80 % подростков¹¹, фиксируются высокие показатели репродуктивной патологии: она выявляется у 60 % девушек¹² и у 46 % юношей¹³ до 18 лет.

Снижение здоровья с начала 90-х годов, особенно вследствие реформ, обозначенных «шоковой терапией», явилось прямым следствием не только катастрофического падения уровня жизни, но и более общих и глубоких социально-демографических процессов. Об этом ярко и убедительно писал Питирим Сорокин, оценивая влияние революции (реформации) на состав населения, его смертность, рождаемость и брачность. В результате реформ возникает радикальная деформация поведения, изменяющая биологический состав населения, уменьшающая его количество и снижающая качество. В конечном счете проявляется процесс отрицательной селекции населения, осуществляемой «шиворот-навыорот»; ухудшается «биологический наследственный фонд положительных свойств народа», что обуславливает его деградацию и вырождение¹⁴.

Повышение кривой смертности и понижение кривой рождаемости в итоге приводит к уменьшению естественного прироста. А следствием этого неизбежно становится наблюдаемое в течение последнего 20-летия уменьшение численности детей, сопровождаемое ухудшением их здоровья. Это явление неизбежно и прямым образом вызывает трудности инновационной модернизации экономики и реализации нового технологического уклада, появление которого зависит от величины доли молодежи в трудовых ресурсах, поскольку новые технологии устаревают каждые 10 лет, а их усвоение – это удел молодых. В 1995 г. численность детей в возрасте 0 – 17 лет была равна 38015 тыс. человек, а в 2008 г. – 26055 тыс., т. е. уменьшение составило 11960 тыс.¹⁵

¹⁰ Итоги всеобщей диспансеризации детей Российской Федерации. – М.: Минздрав, 2002.

¹¹ Баранов А.А., Сухарева Л.М. // Вопросы современной педиатрии. – 2006. – № 6. – С. 23–32.

¹² Итоги всеобщей диспансеризации детей Российской Федерации. – М.: Минздрав, 2002.

¹³ Тарусин Д.И. Эффективная коммуникация – за и против. Консультирование в практике детской андрологии: этика, мораль и закон // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2006. – № 4.

¹⁴ Сорокин Питирим. Социология революции. – М.: Территория будущего: РОССПЭН, 2005. – С. 183–198.

¹⁵ Дети в России. 2009 / ЮНИСЕФ; Росстат. – М., 2009. – С. 10.

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.