



РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАУК
ВОЛОГДСКИЙ НАУЧНО-КООРДИНАЦИОННЫЙ ЦЕНТР ЦЭМИ РАН
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВОЛОГДСКОЙ ОБЛАСТИ

**ПРОБЛЕМЫ СОХРАНЕНИЯ
ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА:
МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ**

КР 1375784

ВОЛОГДА
2006



Таким образом, формирование эффективного мониторинга, обеспечивающего динамическую оценку общественного и индивидуального здоровья населения региона и информационную поддержку принятия решений, направленных на его улучшение, должно иметь комплексный межведомственный характер. Информационное наполнение мониторинга должно сочетать в себе объективные (статистические) и субъективные (данные опросов общественного мнения) показатели.

Помимо перечисленных методов оценки здоровья, в качестве измерителя уровня здоровья учеными используется и его самооценка респондентами по пятибалльной шкале: от 5 баллов (отличное) до 1 балла (очень плохое).

В современной западноевропейской социологии здоровья и здравоохранения акцент сделан на изучении продолжительности здоровой жизни и ее качества. Для этого применяются такие индикаторы, как мобильность, самообслуживание, повседневная деятельность, боль и дискомфорт, беспокойство или депрессия. На основании этих индикаторов составляется шкала измерения качества здоровья [21].

Однако в отечественной науке при оценке здоровья населения чаще всего опираются на широко известные демографические показатели, показатели заболеваемости, инвалидности и физического развития.

ГЛАВА 2

ТЕНДЕНЦИИ И ПРОБЛЕМЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

2.1. Демографическое развитие и здоровье населения России

Анализ состояния и тенденций популяционных процессов в мире указывает, что их эволюция осуществлялась в соответствии с закономерностями естественно-научного характера, которые стали фоном для проявлений развернувшегося в России социально-экономического кризиса.

В начале прошлого столетия экономически развитые страны вступили на путь перехода к современному способу воспроизводства населения [51].

Первая фаза этого демографического перехода представляет собой стадию отхода процессов естественного движения населения от патриархального типа его воспроизводства, заключающегося в очень высоких уровнях рождаемости и смертности, высоком уровне естественного прироста населения, молодой возрастной структуре населения и также высоком уровне младенческой смертности.

Очередной этап перехода к современному способу воспроизводства - стремительное снижение рождаемости, происходящее параллельно с ним снижение смертности (в том числе младенческой), очень высокий естественный прирост населения.

В основе третьей фазы демографического перехода лежит замедление темпов снижения рождаемости при нарастании смертности, постарение населения, являющееся следствием неуклонного повышения продолжительности предстоящей жизни. В конце этой фазы уровни рождаемости и смертности приближаются друг к другу с формированием низкого уровня естественного прироста населения и низкой младенческой смертности.

Весь цивилизованный, экономически развитый мир уже преодолел этот путь и в настоящее время находится в состоянии его четвертой, заключительной фазы, на которой популяция достигла устойчивого динамического равенства процессов рождаемости и смертности, нулевого, слабо или умеренно отрицательного естественного прироста населения, очень низкой младенческой смертности и значительной доли в общей структуре пожилого населения. Сущность этой фазы демографического перехода заключается в достижении народонаселением стабильной и неизменной численности и структурного состава, что происходит во всех странах мира практически по типовой схеме.

Вступление страны на путь современного способа воспроизводства населения представляет собой результат созревания в обществе сложного комплекса взаимосвязанных с уровнем научно-технического прогресса явлений: например, чем выше образование, тем ниже рождаемость. Точно так же на состоянии рождаемости отражаются и темпы урбанизации: показатели рождаемости в городах ниже по сравнению с сельскими поселениями.

Максимальное снижение младенческой смертности (нормальным принято считать смертность 5,0 на 1000 родившихся живыми) ведет к планированию семьи, а не заставляет иметь большее количество детей в расчете на то, что часть из них непременно умрет в младенчестве [51].

В связи с переоценкой ценностей в современном цивилизованном мире и выходом на первое место здоровья все стандартизованные по возрасту показатели смертности населения снижаются. В экономически развитых странах стало модным быть здоровым.

Россия является частью общемирового процесса развития. Анализ динамики рождаемости и смертности в России показывает, что естественное движение населения на протяжении XX века определялось закономерностями демографического перехода к современному способу воспроизводства, через который уже прошли страны Европы [14, 51].

Начало демографического перехода в России состоялось в 1920-е - 1930-е годы, когда имел место устойчивый процесс снижения показателей рождаемости и смертности (по данным первой Всероссийской переписи населения 1897 г., рождаемость равнялась 49,5 на 1000 населения, а смертность - 31,4).

Вторая фаза демографического перехода в России протекала в период 1940-х - 1960-х годов. В это время произошло стремительное снижение смертности, которое привело к достижению в 1960 г. показателя 7,4 на 1000 населения.

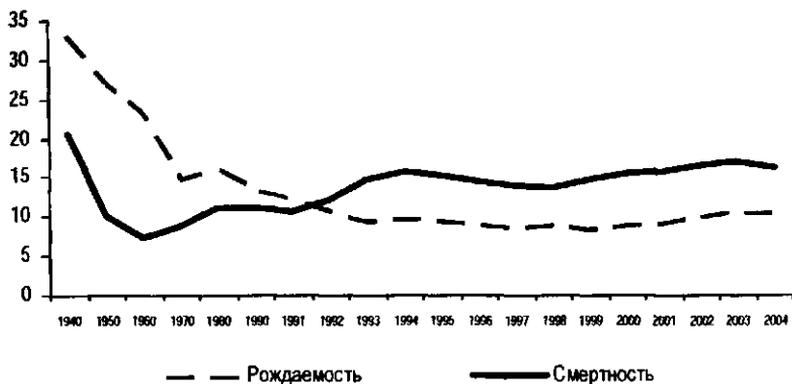
В основе данного снижения смертности в России, хотя и с заметным отставанием по сравнению со странами Европы, лежит широкое внедрение в медицинскую практику сульфаниламидов, антибиотиков, противотуберкулезных препаратов, иммунотерапии и иммунопрофилактики. Это значительно снизило причины смерти от инфекционных и паразитарных заболеваний и младенческую смертность (с 205,2 на 1000 родившихся в 1940 г. до 88,4 - в 1950 г.), что при высоком уровне рождаемости привело к резкому всплеску естественного прироста населения. Произошел рост ожидаемой продолжительности предстоящей жизни: с 47 в 1939 г. до 69 лет в 1961 г. в том числе с 44 до 64 лет у мужчин и с 47 до 72 лет у женщин. В течение второй фазы перехода параллельно снижению смертности продолжала снижаться и рождаемость: с 33,0 на 1000 населения в 1940 г. до 23,2 в 1960 г.

В следующей фазе демографического перехода значительный рост ожидаемой продолжительности предстоящей жизни привел к реструктуризации населения страны с увеличением доли пожилых возрастных групп, что стало причиной роста общих показателей смертности населения: с 7,4 на 1000 населения в 1960 г. до 11,0 в 1980 г. и 11,2 в 1990 г.

Заключительная фаза демографического перехода в России началась с достижения равновесия показателей рождаемости и смертности (1991 - 1992 гг.). Однако переживавшийся страной социально-экономический кризис внес коррективы в протекание популяционных процессов, углубив состояние естественной убыли населения преимущественно за счет более высоких по сравнению со странами Европы показателей смертности.

В последние десятилетия на фоне социального стресса и трансформации среды обитания человека в России происходит усиление имеющихся и появление новых негативных тенденций в формировании общественного здоровья. Демографическая ситуация вызывает серьезные опасения. Сокращение населения началось в стране с 1992 г. по причине его естественной убыли: превышения числа смертей над числом рождений (*рис. 2.1*), снижения (*табл. 2*. Дожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ).

Рис. 2.1. Естественное движение населения Российской Федерации



Источники: Тишук ЕА Медико-демографические процессы в Российской Федерации в контексте общемировых закономерностей // Вопросы статистики. - 2005. - №8; Демографический ежегодник: Стат. сборник. - Вологда, 2005.

Таблица 2.1. Ожидаемая продолжительность жизни в России

Годы	Ожидаемая продолжительность жизни (лет)		Рост или снижение по сравнению с 1964-1965 гг. (лет)	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
1964-1965	64,6	73,4	-	-
2002	58,5	72,0	-6,1	-1,4
2003	58,8	72,0	-5,8	-1,4
2004	58,9	72,3	-5,7	-1,1

Источники: Население России 2002: Десятый ежегодный демографический доклад / Под ред. А.Г. Вишневого. - М.: КДУ, 2004; Демографический ежегодник: Стат. сборник. - Вологда, 2005; Регионы Северо-Западного федерального округа. Социально-экономические показатели: Стат. сборник. - Вологда, 2005.

По прогнозам Федеральной службы государственной статистики население России к 2016 г. сократится до 134 млн. чел. Причем рост смертности взрослого населения происходит на фоне постоянного стресса, подавленности и напряженности в обществе в связи с социальными и экономическими потрясениями, плохим питанием, ростом преступности, неумеренным потреблением алкоголя, загрязнением окружающей среды [67].

В *таблице 2.2* представлены сравнительные данные по ожидаемой продолжительности жизни населения России и Японии. После второй мировой войны показатели ОПЖ в обеих странах были сходными. Однако за послевоенные годы продолжительность жизни в Японии возросла почти на 20 лет [64], а в России в 2004 г. она была ниже, чем в 1964-1965 гг. [19, 65].

Таблица 2.2. Динамика ожидаемой продолжительности жизни населения

России и Японии

Страна	1992 г.	1995 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.
Мужчины							
Россия	62,0	59,0	61,0	59,0	59,0	59,0	58,0
Япония	76,0	76,0	77,3	77,1	77,0	78,0	78,0
Женщины							
Россия	73,7	72,0	73,0	72,2	72,0	72,0	72,0
Япония	83,0	83,0	84,1	84,0	84,0	85,0	85,0

Источник: Прохоров Б.Б., Тикунов В.С. Медико-демографическая классификация регионов России // Проблемы прогнозирования. - 2005. - №5; World health statistics 2005. - WHO, 2005.

Депопуляция в России обусловлена кардинальными изменениями уровней рождаемости и смертности. По сравнению со странами Европы российская естественная убыль населения выше в несколько раз (табл. 2.3) [75, 93].

Таблица 2.3. Естественный прирост населения в странах Европы
(на 1000 чел. населения)

Страна	1985	1987	1988	1989	1990	1995	1996	1997	1998	2002
Австрия	-0,3	0,2	0,6	0,6	1,0	0,9	0,9	0,5	0,3	-1,0
Бельгия	0,3	1,2	1,4	1,4	2,0	0,9	1,0	1,2	0,7	1,0
Великобритания	1,5	2,4	2,4	2,1	2,7	1,6	1,6	1,6	0,8	1,0
Венгрия	-1,7	-1,6	-1,5	-2,0	-2,0	-3,2	-3,7	-3,8	-4,4	-3,0
Германия	-1,9	-0,7	-0,2	-0,3	-0,1	-1,4	-1,1	-0,8	-1,6	-1,0
Дания	-0,8	-0,3	0,0	0,4	0,5	1,3	1,3	1,5	1,2	1,0
Италия	0,6	0,3	0,6	0,6	0,4	-0,5	-0,3	-0,4	-0,8	-2,0
Швеция	0,5	1,4	1,9	2,8	3,4	0,7	0,2	-0,4	-0,7	0,0

Источники: Тишук Е.А. Медико-демографические процессы в Российской Федерации в контексте общемировых закономерностей // Вопросы статистики. - 2005. - №8; World Development Indicators. - The World Bank, 2004. CD-RUM.

Депопуляция - долгосрочная национальная проблема, она не может быть устранена быстро - по мере снижения влияния социально-экономических и политических факторов. В Центре демографии и экологии человека (ЦДЭЧ) разработаны возможные траектории демографического развития России (прогноз) до 2100 г., разработка которых началась несколько лет назад и нашла отражение в ряде публикаций [13, 14]. Согласно нижней границе прогнозного сценария предполагается быстрое убывание численности населения России. Если на начало 2001 г. она составляла 146 млн. человек, то к началу 2051 г., с 50% вероятностью, будет ниже 98 млн., а к началу 2101 г. - ниже 68 млн. человек. Прогнозные гипотезы ЦДЭЧ не исключают роста смертности населения в ближайшие годы. При этом согласно нижнему пределу продолжительность жизни мужчин составит 57 лет, женщин - 71,5 г.

Судя по прогнозным гипотезам, ожидается быстрое сокращение потенциальных работников. Это прежде всего люди трудоспособного возраста, к которому при ныне действующем в России пенсионном законодательстве относятся мужчины от 16 до 60 лет и женщины от 16 до 55 лет. Экстраполяционный прогноз показывает, что с периода 2006 - 2007 гг. начнется быстрое сокращение абсолютного числа россиян в трудоспособном возрасте. С вероятностью, равной 50%, к 2050 г. представителей этой группы будет на 45% меньше, чем в 2000 г. А к 2100 г. от того количества трудоспособных, которое было в России в 2000 г., останется около 35%. Если бы удалось реализовать стабилизационный вариант прогноза, сокращение было бы намного меньшим, но полностью избежать его невозможно. Это связано с меняющимся возрастным составом населения.

Доля пожилых (60 лет и старше) людей в России возросла с 6,7% в 1939 г. до 18,5% в 2002 г. и продолжает расти. В настоящее время во многих странах доля пожилых превышает 20%: в странах ЕС она составляет 21,5%, в Японии - 23,7% [51]. В России сокращение численности трудоспособного населения в условиях постоянного старения ведет к росту нагрузки пожилыми - числа пожилых на 1000 лиц трудоспособного возраста. Экстраполяционный прогноз показывает, что (с 50% вероятностью) нагрузка пожилыми за 100 лет вырастет на 103%, а согласно стабилизационному прогнозу - на 77%. Даже при стабилизационном варианте рост нагрузки пожилыми очень велик.

Менее драматичной прогнозируется общая демографическая нагрузка - пожилыми и детьми в совокупности. По экстраполяционному прогнозу (с 50% вероятностью) она составит к 2100 г. 51% от уровня 2000 г., а по стабилизационному прогнозу - 38%. Об усугублении ситуации свидетельствует динамика основных причин смерти населения нашей страны (*табл. 2.4*). Так, смертность населения Российской Федерации в результате патологии системы

Таблица 2.4. Динамика причин смерти населения России
(на 100 тыс. населения)

Год	Классы болезней				
	болезни системы кровообращения	новообразования	болезни органов дыхания	болезни органов пищеварения	инфекционные и паразитарные болезни
1960	260,7	138,4	74,4	30,5	52,2
1990	617,4	194,0	59,3	28,7	12,1
2004	895,4	201,7	64,6	59,3	25,7

Источники: Население России 2002: Десятый ежегодный демографический доклад / Под ред. А.Г. Вишневого. - М.: ИДУ, 2004; Заболеваемость населения России в 2004 году: Стат. мат. - М.: Министерство здравоохранения и социального развития РФ, 2005.

кровообращения возросла в течение 1960 - 2004 гг. более чем в 3 раза, новообразований - 1,5 раза, органов пищеварения - почти вдвое, в то же время смертность от инфекционных и паразитарных заболеваний снизилась в 2 раза [25,51].

К началу 60-х гг. XX в. в мире ведущими причинами смерти стали служить хронические болезни преимущественно эндогенной этиологии (прежде всего болезни сердечно-сосудистой системы, онкологические заболевания и др.), обусловленные влиянием канцерогенных факторов кумулятивного (накапливающегося) действия. Успехи борьбы с ними достигнуты благодаря определенной стратегии, основанной на массовых профилактических мероприятиях, которые не требовали большой активности со стороны самого населения.

Мировой опыт показывает, что к середине 60-х гг. XX века возможности этой стратегии в развитых странах оказались исчерпанными. Понадобилось выработать новую стратегию действий, направленную на уменьшение риска смерти от заболеваний неинфекционного происхождения. Эта стратегия требовала и более активного, сознательного отношения к своему здоровью каждого индивидуума, и намного больших материальных затрат на охрану и восстановление общественного здоровья. Западным странам удалось выработать новую стратегию, в СССР новые требования времени не были реализованы [51].

Главные потери продолжительности жизни в России связаны со смертностью взрослых мужчин. Все причины смерти можно разделить на 3 группы: излечимые болезни (смертность от которых может быть предотвращена современной медициной у населения в возрастах моложе 75 лет), предупреждаемые болезни (смертность от которых может быть снижена на основе мер социальной политики правительства) и все остальные причины смерти.

В *таблице 2.5* представлены данные о различиях в продолжительности жизни мужчин в Великобритании и в России с анализом причин смертности. Они показывают, что в России существует огромный резерв снижения смертности населения, который не реализуется целенаправленно. В результате страна значительно отстает по ОПЖ от развитых стран (*табл. 2.6*) [51, 94].

За 1966 - 2000 гг. в России зарегистрировано 14 млн. смертей, из них более 5 млн. преждевременных смертей людей в возрасте до 65 лет, среди которых свыше 80% - мужчины. И сейчас положение со смертностью в стране не улучшается.

**Таблица 2.5. Сравнительная продолжительность жизни мужчин
в Великобритании и в России (лет)**

Год	Продолжительность жизни		Разница в продолжи- тельности жизни (всего)	В том числе смерть вследствие:		
	Великобритания	Россия		излечимых болезней	предупреждаемых болезней	ДРУГИХ причин смерти
1965	68,31	64,66	3,64	1,16	-0,15	2,92
1970	68,58	63,06	5,51	0,83	0,45	4,07
1975	69,43	62,47	6,96	1,44	0,8	4,39
1980	70,4	61,37	9,03	2,06	1,06	5,07
1985	71,62	62,7	8,92	2,38	0,91	4,67
1990	72,95	63,75	9,2	2,05	1,28	4,6
1995	74,03	58,13	15,91	2,81	1,64	8,62
1996	74,35	59,63	14,72	2,69	1,4	7,89
1997	74,71	60,9	13,81	2,67	1,27	7,24
1998	74,87	61,25	13,62	2,63	1,33	7,07
1999	75,02	59,89	15,13	2,83	1,2	8,24

Источник: Население России 2002: Десятый ежегодный демографический доклад / Под ред. А.Г. Вишневого. - М.: КДУ, 2004.

**Таблица 2.6. Отставание России по ожидаемой продолжительности жизни
в начале XX и начале XXI веков**

Год	От США	От Франции	От Швеции	От Японии
Мужчины				
1900	15,9	12,7	20,3	14,5
2000	15,2	16,5	18,5	18,7
2003	16,2	17,2	19,2	19,2
Женщины				
1900	16,2	14,1	20,8	13,1
2000	7,5	10,8	9,9	12,4
2003	8,0	12,0	11,0	13,0

Источники: Население России 2002: Десятый ежегодный демографический доклад / Под ред. А.Г. Вишневого. - М.: КДУ, 2004; World health statistics 2005. - WHO, 2005.

Существующая для населения России вероятность не дожить до 60 лет при рождении в период 2000 - 2005 гг., по оценкам ООН, составляет 28,9% - наиболее высокий показатель среди всех стран ОЭСР, Центральной, Восточной Европы и СНГ. В развитых странах мира этот показатель, как правило, не превышает 10%, в США составляет 12,6% [22].

Ряд исследователей считает, что корни сегодняшнего неблагополучия со смертностью связаны с событиями, происходившими в России в 90-х годах прошедшего столетия, - этого нельзя исключить полностью [63, 96].

В последние годы выросла по сравнению с 1990 г. заболеваемость россиян по основным классам болезней. За 14 лет более чем в два раза увеличилась первичная обращаемость по поводу болезней системы кровообращения, при этом стало больше таких осложнений, как гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца. Болезни системы кровообращения составляют более 50% всех причин инвалидности.

Онкологическая заболеваемость обращает на себя внимание большим количеством больных и высокой летальностью. Самая высокая летальность наблюдается при новообразованиях пищевода (65,2%), желудка (55,3%), легких (56,2%), она обусловлена поздним обращением за медицинской помощью и недостаточной профилактической работой [51].

Влияние на психический статус населения оказывает состояние затяжного психоэмоционального и социального стресса, в котором живет свыше 70% населения России. Только в 2004 г. впервые зарегистрировано более 1 млн. больных с диагнозами «психическое расстройство» и «расстройство поведения» [25].

Остается высоким уровень заболеваемости социально значимыми болезнями. К ним в первую очередь относится туберкулез, заболеваемость которым в 2004 г. по сравнению с 1992 г. возросла более чем в 2 раза. Из-за финансовых трудностей в учреждениях здравоохранения 40% из вновь выявленных больных туберкулезом уже имели фазу распада легочной ткани. Анализ социальной структуры больных туберкулезом с впервые установленным диагнозом указывает, что среди них растет доля пенсионеров, инвалидов, лиц, отбывающих наказания в местах лишения свободы, бомжей. Российская ситуация по туберкулезу отличается от ситуации в странах Западной и Восточной Европы ростом смертности от инфекции. В России за 11 лет (1991 - 2002 гг.) число больных с впервые установленным диагнозом «активный туберкулез» и число умерших от туберкулеза увеличилось почти в 2,5 раза.

В 2002 г., по данным психоневрологических, наркологических учреждений, диспансерных больных алкоголизмом насчитывалось 2199,5 тыс., наркоманией - 322,9 тыс., токсикоманией - 12,8 тыс. Ежегодно их общее количество увеличивается на 210 - 220 тыс. чел., в том числе на 40 тыс. - больных алкогольными психозами [28, 51].

В результате ожидаемая средняя продолжительность здоровой жизни (HALE), по оценкам Всемирной организации здравоохранения [88], составляла в России в 2002 г. 58,6 года. Это соответствовало

уровню таких стран, как Вануату (58,9 года), Гондурас (58,4), Египет (59,0), Индонезия (58,1), КНДР (58,8), Суринам (58,8), Фиджи (58,8), Филиппины (59,3) и другие. В развитых странах мира этот показатель близок или превышает 70 лет (в Великобритании - 70,6; в Германии - 71,8; в США - 69,3; во Франции - 72,0; в Японии - 75 лет).

Именно состояние здоровья населения является главной угрозой сохранению не только конкурентоспособности в мировой экономической системе, но и территориальной целостности страны уже в обозримой перспективе. В силу того, что процессы воспроизводства населения чрезвычайно инерционны, пожинать плоды демографического кризиса 1990-х гг. придется не одно десятилетие. Поэтому и деятельность по преодолению кризисных явлений в демографической сфере, и состояние здоровья тех относительно немногочисленных поколений, которые приходят на смену нынешним, требуют особого внимания.

2.2. Региональные аспекты общественного здоровья

На начало 2005 г. в Вологодской области насчитывалось 1245,5 тыс. человек - это около 0,9% населения России. Две трети населения проживало в городах (847,5 тыс. чел), одна треть - в сельской местности (398 тыс. чел.). В половозрастной структуре населения области 46,2% занимают мужчины, 53,8% - женщины. Доля трудоспособного населения составляет 62,1% (44,9% - в городе, 17,2% - на селе), младше трудоспособного возраста - 17,2% (11,7 и 5,5% соответственно), старше трудоспособного возраста - 20,8% (12,7 и 8,1%).

По сравнению с 1999 г. численность постоянного населения уменьшилась почти на 74 тыс. человек [17, 18, 59]. Начиная с 1993 г. естественная убыль населения находится на стабильно высоком уровне: 6,2 - 8,4 на 1000 человек населения в год. Миграционный оборот (сумма прибывших и выбывших) в 2004 г. составил 26,9 тыс. человек, миграционный прирост - 330 человек, лишь на 3,1% перекрыв естественную убыль. Таким образом, возможность снижения темпов убыли населения за счет миграции практически исчерпана. Показатели естественного движения населения в муниципальных образованиях области приведены в *приложении 1*. Наиболее интенсивно процессы депопуляции протекают в Устюженском, Чагодощенском, Бабаевском, Вашкинском, Вожегодском, Харовском, Вытегорском, Сокольском, Усть-Кубинском, Череповецком, Белозерском, Кичменгско-Городецком, Никольском районах.

Среди жителей региона преобладает женское население (53,8% женщин и 46,2% мужчин). На *рисунке 2.2* представлена возрастная пирамида населения Вологодской области на начало 2004 г.

Рис. 2.2. Возрастно-половая структура населения Вологодской области на начало 2004 г.



Источник: Государственный доклад о состоянии здоровья населения и деятельности системы здравоохранения Вологодской области в 2004 году. - Вологда: ДЗО, 2005.

За 5 лет количество мужчин сократилось более чем на 41 тыс. человек. Преобладание женского населения над мужским отмечается в городских и сельских поселениях, превышая указанное соотношение по Северо-Западному федеральному округу и по Российской Федерации (*табл. 2.7*).

Таблица 2.7. Соотношение мужского и женского населения (количество женщин на 1000 мужчин, 2004 г.)

Территория	Городское население	Сельское население
СЗФО	1193	1089
Вологодская область	1196	1115
Российская Федерация	1175	1100

Источник: Регионы Северо-Западного федерального округа. Социально-экономические показатели: Стат. сборник. - Вологда, 2005.

Одна из особенностей медико-демографических процессов, характерных для сельской местности, - это старение населения. Так, на селе количество лиц старше трудоспособного возраста в 1,5 раза превышает число лиц младше трудоспособного возраста, в то время как в городской местности - в 1,1 раза.

В возрастно-половой структуре населения области численное преобладание женщин над мужчинами отмечается после 34 лет и с возрастом все более увеличивается (*табл. 2.8*). Такое неблагоприятное соотношение сложилось из-за высокого уровня преждевременной смертности мужчин, которая в области превосходит аналогичные средние показатели по СЗФО и по РФ.

Таблица 2.8. Возрастная структура населения Вологодской области по тендерным признакам (2004 г.; в % от всего населения)

Возрастные группы	Мужчины	Женщины
Лица младше трудоспособного возраста (моложе 16 лет)	8,8	8,4
Лица трудоспособного возраста (М -16-59 лет вкл., Ж -16-54 года вкл.)	31,3	30,8
Лица старше трудоспособного возраста (М - старше 60 лет, Ж -старше 55 лет)	6,1	14,7

Источник: Регионы Северо-Западного федерального округа. Социально-экономические показатели: Стат. сборник. - Вологда, 2005.

В области сформировался регрессивный тип популяции. По классификации ООН общество является демографически старым, если в его составе свыше 7% населения в возрасте 65 лет и более. В настоящее время 14,4% жителей региона (по РФ на 01.01.04 г. - 13,4%), или каждый седьмой, находится в возрасте 65 лет и старше, каждый пятый (20,6%) - в пенсионном возрасте. В то же время в общем числе пенсионеров доля мужчин составляет лишь 29%. Иными словами, люди не доживают до «старческих» причин смерти.

Численность детей до 16 лет включительно составляет всего 17,2%. Для возобновления трудовых ресурсов и развития промышленного потенциала региона доля лиц моложе трудоспособного возраста должна быть в пределах 20 - 25%. Показатель демографической нагрузки в целом по области достигает 609 человек на 1000 трудоспособного населения, в городе - 542, на селе - 787 (по РФ на начало 2004 г. - 604 человека на 1000 трудоспособного населения).

В 2004 г. умерли 23,9 тыс. человек, что на 4 тыс. больше, чем в 1999 г. Показатель общей смертности по всем причинам за 2004 г. составил 1914,5 на 100 тыс. человек. Смертность среди мужчин была равна 2290 на 100 тыс. населения (по РФ в 2003 г. - 1901; по СЗФО - 2141); среди женщин - 1565 на 100 тыс. населения (по РФ в 2003 г. - 1421; по СЗФО - 1583), что в 1,5 раза ниже по сравнению с мужчинами.

Наиболее высокие показатели смертности зарегистрированы в Устюженском (27,1 на 1000 чел. населения), Чагодощенском (26,9), Бабаевском (25,5) районах. Продолжает сохраняться разница в показателях смертности между городским и сельским населением (17,1 и 23,7 на 1000 чел. населения соответственно). Около трети умерших - люди трудоспособного возраста, среди которых более 80% - мужчины. По России доля умерших мужчин так же высока - 80%.

Смертность населения в области почти вдвое превышает рождаемость. Высокая смертность и низкий ее «возраст» обуславливают небольшую продолжительность жизни (табл. 2.9). Начиная с 2000 г. величина падения средней продолжительности жизни составляла 0,5 года для женщин и более 1 года для мужчин за каждый кален-

Таблица 2.9. Продолжительность жизни населения Вологодской области

Контингенты	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Население в целом	63,8	64,3	65,4	66,5	66,7	65,4	66,0	64,9	63,8	62,5	64,0
Мужчины	57,2	57,6	58,9	60,6	61,1	59,3	60,0	58,5	57,3	57,0	58,0
Женщины	71,6	72,1	72,8	72,9	72,7	72,2	73,0	72,4	71,6	70,9	71,0

Источники: Показатели состояния здоровья населения Вологодской области. 1999 - 2003 гг. - Вологда: ЦГСН в Вологодской области, 2004; Государственный доклад о состоянии здоровья населения и деятельности системы здравоохранения Вологодской области в 2004 году. - Вологда: ДЗО, 2005.

дарный статистический год. Продолжительность жизни мужчин на 15-13 лет меньше, чем женщин. Самая высокая мужская смертность отмечается в экономически активной возрастной группе.

В структуре смертности населения области по причинам смерти (рис. 2.3) в 2004 г. по-прежнему первое ранговое место занимали болезни органов кровообращения (1046 на 100 тыс. населения). На втором месте находятся несчастные случаи, отравления и травмы (соответственно 292), на третьем - новообразования (211), четвертом - болезни органов пищеварения (119).

Рис. 2.3. Структура смертности населения Вологодской области в 2004 г. по причинам смерти



Источник: Государственный доклад о состоянии здоровья населения и деятельности системы здравоохранения Вологодской области в 2004 году. - Вологда: ДЗО, 2005.

В структуре смертности по причинам смерти среди мужчин первые три ранговых места занимают болезни органов кровообращения (47%), несчастные случаи, отравления и травмы (22%), новообразования (11%); среди женщин - болезни органов кровообращения (65%), новообразования (11%), несчастные случаи, отравления и травмы (7%).

Высоким остается уровень смертности по причине несчастных случаев. В основном это люди трудоспособного возраста, составляющие трудовой потенциал области и активно участвующие в социальной жизни. Смертность мужчин от несчастных случаев, отравлений и травм в регионе почти в 4 раза выше, чем женщин, и превосходит данный показатель в ряде областей СЗФО (табл. 2.10) [66].

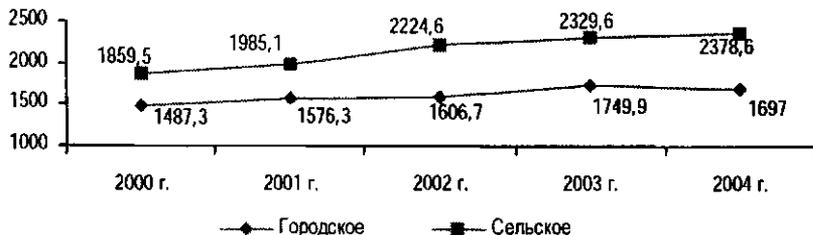
Таблица 2.10. Смертность населения по основным классам причин смерти за 2004 г. (число умерших на 100 тыс. населения)

Территория	Всего		В том числе					
			болезни системы кровообращения		новообразования		несчастные случаи, отравления, травмы	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
Республика Карелия	2 256	1 512	1 054	961	233	171	506	118
Республика Коми	1 853	1 215	770	673	182	132	493	148
Архангельская область	2130	1422	1020	921	229	167	518	125
Калининградская область	2124	1 527	935	816	218	178	536	151
Вологодская область	2 329	1 575	1 083	1 021	251	178	511	107
Ленинградская область	2 416	1 669	1 230	1 191	272	196	510	132
Мурманская область	1 602	1 087	761	673	180	141	326	87
Новгородская область	2 645	1 908	1 447	1 344	277	175	548	131
Псковская область	2 786	2109	1 528	1 495	284	190	554	135
г. Санкт-Петербург	1 800	1 468	972	989	286	264	275	78

Источник: Регионы Северо-Западного федерального округа. Социально-экономические показатели: Стат. сб. - Вологда, 2005.

Имеет место разница в уровне смертности между городским и сельским населением, наблюдается рост этого показателя (рис. 2.4). Это можно объяснить рядом наиболее значимых социальных факторов, влияющих на состояние здоровья человека в городе и на селе.

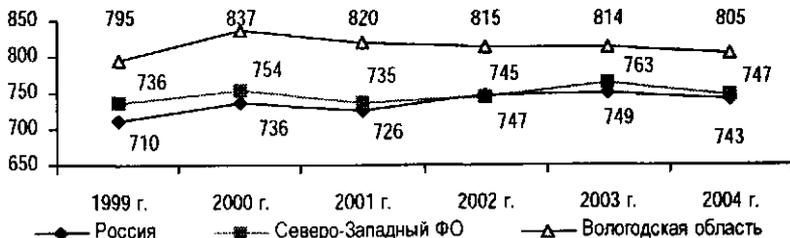
Рис. 2.4. Динамика общей смертности городского и сельского населения Вологодской области (на 100 тыс. населения)



Состояние здоровья и уровень смертности населения существенным образом сказываются на показателях ожидаемой продолжительности жизни, которая в 2004 г. составляла по области 62,8 года (в 1990 г. - 70 лет), в том числе 55,7 года - для мужчин. Это ниже, чем по СЗФО и РФ, и на 10 - 15 лет меньше, чем в экономически развитых государствах. Разница в ожидаемой продолжительности жизни у мужчин и женщин в регионе достигла почти 16 лет.

В 2004 г. на территории Вологодской области было зарегистрировано более 1737 тыс. случаев заболеваний, в том числе более 1010 тыс. с впервые установленным диагнозом. По сравнению с 2000 г. уровень заболеваемости снизился на 4%, но продолжает превышать средние показатели по Северо-Западному федеральному округу и России (рис. 2.5).

Рис. 2.5. Динамика заболеваемости населения Вологодской области в сравнении с показателями Северо-Западного федерального округа и России (на 100 тыс. населения)



Источники: Регионы СЗФО. Социально-экономические показатели: Стат. сб. - Вологда, 2004; Заболеваемость населения России в 2004 году: Стат. мат.- М.: Министерство здравоохранения и социального развития РФ, 2005.

Таблица 2.11. Состояние здоровья жителей Вологодской области

Нозологические группы заболеваний	Болезненность на 100 тыс. нас.		Заболеваемость на 100 тыс. нас.		Число находящихся на диспансерном наблюдении на 1000 нас.	
	2003 г.	2004 г.	2003 г.	2004 г.	2003 г.	2004 г.
ВСЕГО	132 952,6	137 755,7	78 825,0	80133,7	258,0	261,8
В том числе:						
Инфекционные и паразитарные болезни	5 512,9	5 491,3	4 098,0	4 089,9	19,8	16,9
Новообразования	2 501,8	2 653,9	722,3	784,5	17,3	18,2
Болезни эндокринной системы	3 726,7	4153,1	841,8	1011,5	22,5	24,3
Болезни крови и кроветворных органов	1 441,0	1 442,0	481,2	495,2	9,2	9,1
Психические расстройства	4 729,1	4 648,9	712,2	701,4	30,0	29,5
Болезни нервной системы и органов чувств	2 866,8	3 317,2	1 240,3	1 302,2	7,4	7,7
Болезни глаза и его придаточного аппарата	1 1078,2	12 105,9	3 573,3	3 989,0	14,2	15,4
Болезни уха и сосцевидного отростка	3 852,0	4 324,5	2 707,4	3 016,0	2,5	2,3
Болезни системы кровообращения	13198,3	14 868,0	1 819,4	1 983,1	34,2	36,7
Болезни органов дыхания	41 663,4	40 217,8	37 962,2	36 635,0	17,7	19,0
Болезни органов пищеварения	7 789,7	8 021,2	2 327,9	2 427,7	40,6	40,0
Болезни мочеполовой системы	6 864,3	7 422,2	3 177,7	3 747,8	19,5	19,5
Осложнения беременности и родов	5 388,7	5 596,1	4 916,9	4 932,4	6,7	6,4
Болезни кожи и подкожной клетчатки	6 359,4	6 497,2	5 005,3	5 369,1	3,7	3,8
Болезни костно-мышечной системы	9117,8	9 675,3	3 261,3	3 397,7	8,8	8,9
Врожденные аномалии	530,9	585,6	146,4	170,2	3,5	3,8
Симптомы, признаки и необозначенные состояния	1 448,9	1 917,7	746,1	942,9	2,1	2,2
Травмы и отравления	8 331,6	8 422,7	8 286,0	8 353,5	1,8	1,7

Источник: Государственный доклад о состоянии здоровья населения и деятельности системы здравоохранения Вологодской области в 2004 году. - Вологда: ДЗО, 2005.

Интенсивно распространяются в области патологические состояния с повышенным кровяным давлением, сахарный диабет, мочекаменная болезнь (153,177,158% к уровню 2000 г. соответственно).

Показатели заболеваемости всего населения Вологодской области (в сравнении с 2003 г.) по международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10) представлены в *таблице 2.11*.

Данные таблицы показывают, что в структуре заболеваемости населения области в 2004 г. первое ранговое место занимали болезни органов дыхания, второе - травмы и отравления, третье - болезни кожи и подкожной клетчатки, четвертое и пятое места - инфекционные и паразитарные болезни, болезни глаза и его придаточного аппарата.

Показатели общественного здоровья населения Вологодской области за 2003 - 2004 гг. в разрезе муниципальных образований даны в *приложении 2*.

Наиболее неблагоприятные показатели состояния здоровья населения (болезненность и заболеваемость на 100 тыс. населения) отмечены среди жителей Сокольского (203 075,5 и 119 485,9 соответственно), Междуреченского (182 881,0 и 103 720,4), Усть-Кубинского (174 954,6 и 105 932,7) районов. Низкие показатели болезненности и заболеваемости отмечались в Никольском (77 831,2 и 40 421,7), Бабушкинском (78 947,7 и 47 514,9) и Верховажском (86 572,5 и 50 350,8) районах, что, вероятно, связано с низкой обеспеченностью этих районов медицинскими кадрами: Никольском - 8,0 на 10 тыс. населения; Бабушкинском - 10,9; Верховажском - 11,1 (среднеобластной показатель - 31,4 на 10 тыс. населения).

2.3. Состояние здоровья в оценках населения

Самооценки здоровья широко используются при проведении анкетных опросов, и не только в нашей стране. Несмотря на некоторые ограничения метода самооценок, он признан достаточно надежным и рекомендован ВОЗ для мониторинга здоровья как внутри отдельных стран, так и для межстрановых сравнений [24]. Массив социологической информации о состоянии здоровья целесообразно использовать в качестве дополнительного инструмента для оценки результативности политики здравоохранения в регионе. Опыт ряда исследований показывает высокую степень соответствия субъективной (с позиции человека) и объективной (с позиции специалистов-медиков) оценки здоровья. Изучение субъективных характеристик жителей области в отношении своего здоровья занимает одно из ключевых мест в рамках проведенного исследования.

Сопоставление данных опроса в динамике показывает, что за последние 6 лет произошли изменения в оценке населением области состояния своего здоровья. С 24 до 40% возросла доля тех, кто дает здоровью положительные оценки. Представительство отрицательных характеристик сократилось с 18 до 11%. Около 50% населения считает состояние своего здоровья удовлетворительным (рис. 2.6).

Рис. 2.6. Оценка состояния собственного здоровья жителями Вологодской области (в % от числа опрошенных, без учета затруднившихся ответить)



Структура самооценок здоровья жителями региона примерно соответствует общероссийской. Так, по данным Национального обследования благосостояния домохозяйств и участия в социальных программах (НОБУС), проведенного органами государственной статистики в апреле 2003 г. [99], как «хорошее» и «очень хорошее» оценили свое здоровье 32% жителей страны (по области - 36%), как «удовлетворительное» - 50% (51%), как плохое и очень плохое - 18% (13%).

Иную картину показывают данные Европейского статистического бюро (Евростат) [22,99]. По состоянию на 2003 г. как «хорошее» и «очень хорошее» оценивали свое здоровье 65% мужчин и 57% женщин, как «удовлетворительное» - соответственно 26 и 29%, как «плохое» и «очень плохое» - 9 и 13% (сводная информация по 15 странам Евросоюза). Очевидно то, что доля положительных самооценок здоровья в данном случае существенно выше российского уровня.

В период измерений в Вологодской области наибольшее увеличение доли позитивных оценок собственного здоровья отмечено в возрастных группах от 30 до 55 лет (женщины) и от 30 до 60 лет (мужчины) - с 26 до 40% (табл. 2.12) с одновременным снижением удельного веса лиц, удовлетворительно оценивающих здоровье.

Значительный прирост доли позитивных оценок в течение последнего года характерен для жителей старшего возраста (от 55 - 60 лет и старше) - с 15 до 22%. В этой же группе увеличилась доля населения

Таблица 2.12. Оценка состояния здоровья в зависимости от возраста
(в % от числа опрошенных, без учета затруднившихся ответить)

Возраст	Вариант ответа											
	Отличное, хорошее				Удовлетворительное				Плохое, очень плохое			
	2002	2003	2004	2005	2002	2003	2004	2005	2002	2003	2004	2005
До 30 лет	55,2	57,1	57,5	55,7	37,3	37,8	35,5	38,3	7,5	4,9	6,8	6,0
От 30 до 55 (женщины) И от 30 до 60 (мужчины)	25,9	37,8	38,8	40,5	58,9	51,4	49,1	48,8	15,2	10,4	11,9	10,7
Старше 55 - 60 лет	15,3	8,1	15,7	21,8	45,0	63,6	56,4	54,2	39,1	28,0	27,9	24,0

с удовлетворительной оценкой здоровья. Во всех возрастных группах отмечается сокращение удельного веса отрицательных характеристик здоровья. Этому способствовала относительная стабилизация социально-экономического положения в области (за 5 лет в сопоставимых ценах 2004 г. уровень пенсий возрос в 1,45 раза, заработной платы - в 1,65 раза, среднедушевых доходов населения - в 1,6 раза).

По сравнению с 2003 г. доля малоимущего населения, имеющего среднедушевые денежные доходы ниже величины прожиточного минимума, уменьшилась с 20 до 18% в общей численности населения области [70].

Имеют место тендерные различия в оценках здоровья. У женщин доля положительных оценок здоровья увеличилась с 26% в 2002 г. до 36% в 2005 г., у мужчин - с 38 до 46% соответственно. В то же время с 19 до 13% снизилась доля женщин и с 17 до 11% - доля мужчин с негативной оценкой здоровья (*табл. 2.13*). Однако критичнее состояние здоровья оценивается женщинами, так как для них характерно более внимательное отношение к своему здоровью, чем для мужчин.

Таблица 2.13. Тендерные различия в оценке состояния здоровья населения
(в % от числа опрошенных, без учета затруднившихся ответить)

Пол	Вариант ответа											
	Отличное, хорошее				Удовлетворительное				Плохое, очень плохое			
	2002	2003	2004	2005	2002	2003	2004	2005	2002	2003	2004	2005
Мужской	38,0	43,0	48,9	46,1	44,8	46,4	39,5	42,8	17,2	10,1	11,6	10,9
Женский	26,1	31,8	31,7	35,5	54,8	53,2	52,2	51,2	18,8	14,4	15,8	13,2

За период 2002 - 2005 гг. увеличение доли положительных оценок состояния здоровья прослеживается и в разрезе территорий: на 5 процентных пунктов в г. Вологде, на 8 - в г. Череповце, на 10 - в районах области. При этом происходит снижение доли населения, оценивающего свое здоровье негативно: 7, 10, 3 процентных

Таблица 2.14. Оценка состояния здоровья в зависимости от места жительства
(в % от числа опрошенных, без учета затруднившихся ответить)

Место жительства	Вариант ответа											
	Отличное, хорошее				Удовлетворительное				Плохое, очень плохое			
	2002	2003	2004	2005	2002	2003	2004	2005	2002	2003	2004	2005
Вологда	32,7	31,8	36,2	37,9	49,5	52,7	51,2	50,8	17,6	14,6	12,7	11,0
Череповец	30,0	42,1	41,8	38,2	50,1	44,8	44,9	51,9	19,8	12,0	13,2	9,7
Районы	31,2	35,2	39,2	41,1	51,1	52,8	45,6	44,7	17,6	12,1	14,9	14,2

пункта соответственно (табл. 2.14). Согласно десятибалльной шкале, предложенной в анкете (1 - самый низкий балл, 10 - самый высокий), в течение всего периода мониторинга оценка населением своего здоровья составляла 6 баллов.

Несмотря на то, что лишь каждый десятый житель области характеризует состояние своего здоровья как плохое и очень плохое, значительной остается доля тех, кто время от времени испытывает те или иные недомогания (табл. 2.15).

Таблица 2.15. Оценка населением частоты и тяжести недомоганий, заболеваний
(в % от числа опрошенных)

Вариант ответа	Год	Ежемесячно	Несколько раз в год	Раз в год и реже
Легкие недомогания, не снижающие в целом трудоспособности	2005	38,0	31,2	21,5
	2004	36,3	27,3	25,1
	2003	34,5	32,7	20,2
	2002	34,6	32,3	19,1
	2001	34,5	33,8	21,5
Недомогания, снижающие возможность нормально работать, однако не требующие больничного листа	2005	17,3	36,4	26,9
	2004	18,1	30,5	27,8
	2003	17,0	31,5	27,6
	2002	18,3	33,9	23,7
	2001	17,1	33,2	26,9
Болезни, приводящие к потере способности работать на производстве, учиться и т.д., но не лишające возможности заниматься самообслуживанием	2005	5,6	15,6	40,7
	2004	6,5	15,4	34,8
	2003	5,6	14,7	35,9
	2002	6,1	17,1	34,7
	2001	3,8	16,1	39,0
Болезни, приводящие к полной потере дееспособности, требуется обслуживание со стороны, лечение в санатории	2005	2,5	9,8	19,8
	2004	3,4	6,1	17,0
	2003	3,0	4,0	14,1
	2002	3,7	6,2	20,9
	2001	1,5	4,3	16,3

За последний год на 4 процентных пункта возрос удельный вес населения, ежемесячно испытывающего легкие недомогания, и на 6 процентных пунктов - доля населения, у которого несколько раз в год возникают болезни, приводящие к полной потере дееспособности.

Возраст является важным фактором, влияющим на здоровье человека. По данным проведенного исследования, жители до 30 лет реже, чем лица старше 55 (женщины) и 60 (мужчины) лет, испытывают недомогания и болезни различной степени тяжести. В старшем возрасте отмечается рост по сравнению с 2002 г. всех форм заболеваний с почти ежемесячными проявлениями (*табл. 2.16*).

Таблица 2.16. Оценка населением частоты и тяжести недомоганий, заболеваний (в % от числа опрошенных)

Вариант ответа	Возраст, лет	Почти ежемесячно		Несколько раз в год		Раз в год и реже	
		2002	2005	2002	2005	2002	2005
Легкие недомогания, не снижающие в целом трудоспособности	До 30	35,4	34,3	34,6	29,7	18,0	23,1
	30-55(60)	32,9	37,1	32,4	33,3	20,6	21,6
	От 55 до 60	38,3	43,5	28,8	28,5	18,4	19,6
Недомогания, снижающие возможность нормально работать, однако не требующие больничного листа	До 30	22,0	16,6	32,3	31,7	26,3	31,7
	30-55 (60)	16,2	15,9	34,6	40,8	23,3	26,2
	От 55 до 60	19,9	20,7	33,1	32,0	21,6	23,3
Болезни, приводящие к потере способности работать на производстве, учиться и т.д., но не лишаящие возможности заниматься самообслуживанием	До 30	5,7	2,9	17,4	13,1	38,3	45,1
	30-55(60)	6,0	5,7	15,8	12,7	33,1	44,8
	От 55 до 60	7,2	8,1	17,9	24,2	37,2	28,0
Болезни, приводящие к полной потере дееспособности, требуется обслуживание со стороны, лечение в санатории	До 30	3,4	1,4	7,4	6,2	18,9	21,1
	30-55(60)	3,4	1,7	5,4	8,4	21,6	18,6
	От 55 до 60	4,6	5,2	6,6	15,6	20,2	20,7

Причем недомогания регистрируют чаще жители городов Вологды и Череповца, а жители районов указывают на более тяжелые состояния. Болезни, приводящие к потере способности работать на производстве и к полной потере дееспособности, население, проживающее в областном центре, отмечает чаще, чем череповчане.

Таким образом, анализ показателей здоровья населения Вологодской области указывает, что процессы, происходящие в демографическом развитии области, есть депопуляция в самом опасном проявлении.

Несмотря на общее улучшение оценочных характеристик субъективных показателей здоровья населения (чему способствовала относительная стабилизация социально-экономического положения в регионе за последние 5 лет), значительной остается доля тех, кто время от времени испытывает те или иные заболевания.

В старшем возрасте отмечается рост всех заболеваний с почти ежемесячным проявлением - это требует принятия мер по улучшению социально-экономического положения пожилых людей, укреплению их здоровья.

ГЛАВА 3

СОЦИАЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ СОХРАНЕНИЯ И УКРЕПЛЕНИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ В РЕГИОНЕ

3.1. Объективные факторы формирования общественного здоровья населения

Здоровье невозможно оценить в отрыве от социальной экономики [30, 31], от условий и возможностей человеческой жизнедеятельности, той конкретной среды, в которой находится человек. Общественное здоровье как интегральное качество системы общественных отношений, условий и образа жизни всесторонне раскрывается только с помощью системного подхода [87]. Поэтому наряду с оценкой общего состояния здоровья важной задачей исследования выступает характеристика условий и образа жизни населения. Она представлена в данном разделе настоящей работы.

Материальное положение населения. Существенное влияние на состояние здоровья людей оказывает уровень их доходов. Разумеется, более высокие доходы не являются автоматически залогом лучшего здоровья, но они позволяют обеспечить определенный набор материальных благ, способствующих сохранению и укреплению потенциала здоровья. Так, например, в 2005 г. по сравнению с 2002 г. доля положительных оценок собственного здоровья высокодоходными и низкодоходными слоями населения возросла на 14 процентных пунктов, населения со средними доходами - на 11; доля отрицательных оценок здоровья у населения с высокими доходами осталась без изменения, а у населения со средними и низкими доходами снизилась на 11 и 8 процентных пунктов соответственно (*табл. 3.1*).

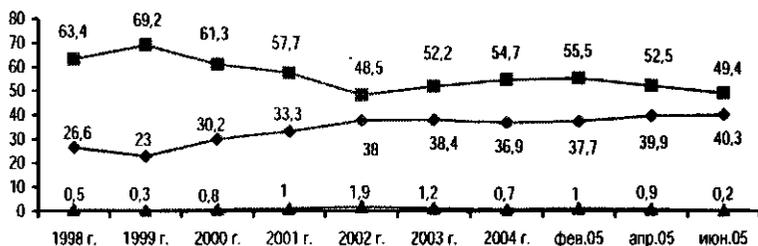
Как показывают данные анкетирования, за 5 лет представительство «бедных» и «богатых» в целом по области практически не изменилось, имеется тенденция роста (в 2005 г. этот показатель вырос

Таблица 3.1. Оценка здоровья респондентов в зависимости от материального обеспечения (в % от числа опрошенных, без учета затруднившихся ответить)

Вариант ответа											
Отличное, хорошее				Удовлетворительное				Плохое, очень плохое			
2002	2003	2004	2005	2002	2003	2004	2005	2002	2003	2004	2005
20% населения с наиболее высокими доходами											
39,0	44,2	45,8	52,8	49,3	47,4	47,6	35,6	11,7	8,5	6,5	11,6
60% населения со средними доходами											
23,3	29,1	35,5	33,9	50,6	53,4	47,7	51,6	25,7	17,1	16,6	14,3
20% населения с наиболее низкими доходами											
29,6	32,0	32,7	43,6	55,8	55,3	48,0	49,4	14,6	12,2	19,0	6,9

по сравнению с 2001 г. на 7%) доли населения, относящего себя к среднеобеспеченной категории (рис. 3.1). С «людьми среднего достатка» и «богатыми» чаще других идентифицируют себя жители области в возрасте от 30 до 55 лет (48%).

Рис. 3.1. Распределение ответов на вопрос: «К какой категории Вы себя относите?» (в % от числа опрошенных)



Согласно статистическим данным, за период с 2001 по 2004 г. среднедушевой доход 10% наиболее обеспеченного населения вырос на 7377 руб. (с 6091 до 13468 руб.), 10% наименее обеспеченного населения - на 344 руб. (с 844 до 1188 руб.). Сократилась численность населения с денежными доходами ниже прожиточного минимума - с 312 тыс. чел. (24% от общей численности населения) в 2001 г. до 224 тыс. чел. (18% от численности населения) в 2004 г.

Однако, несмотря на позитивные социально-экономические изменения в области, степень социального расслоения растет. Коэффициент фондов (соотношение доходов 10% наиболее и 10% наименее обеспеченного населения) в 2001 г. составил 8 раз, а в 2004 г. - 11 раз. Существующий средний уровень денежного дохода на одного члена семьи (5236 руб.) недостаточен для обеспечения «достойного»

качества жизни [70]. Он составляет лишь 53% от той суммы (в среднем 9790 руб.), которую респонденты считают необходимой для «нормальной» жизни.

Низкий уровень доходов обуславливает невысокую покупательную способность населения. За 5 лет только на 2% возросла доля жителей области, у которых покупка товаров длительного пользования не вызывает трудностей. На 12% увеличилась доля населения, у которого денег хватает только на приобретение необходимых продуктов питания и одежды, и на 7% снизилась доля тех, кому денег недостаточно даже на питание. При этом более трети (37%) жителей области отметили, что доходов им хватает только на приобретение необходимых продуктов питания (*табл. 3.2*).

Таблица 3.2. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Какая из приведенных оценок наиболее точно характеризует Ваши доходы?» (в % от числа опрошенных, без учета затруднившихся ответить)

Оценка доходов	1999 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.
Денег вполне достаточно, чтобы ни в чем себе не отказывать	1,2	2,1	3,1	2,2	2,9	2,0
Покупка большинства товаров длительного пользования не вызывает трудностей	2,5	6,0	6,1	7,0	8,5	8,4
Денег хватает только на приобретение необходимых продуктов питания и одежды	24,2	32,3	35,1	38,6	41,9	44,4
Денег хватает только на приобретение продуктов питания	46,2	43,3	40,7	39,9	36,4	36,9
Денег не хватает даже на приобретение продуктов питания, приходится влезать в долги	25,9	14,0	12,8	10,4	8,1	6,7

Обусловленный этим недостаточный ассортимент и качество питания, ограниченный объем покупок промышленных товаров, отсутствие возможностей для полноценного отдыха и т.д. оказывают существенное влияние на состояние здоровья.

Большинство (53%) тех, кто следит за своим здоровьем и занимается спортом, относят себя к людям среднего достатка.

Таким образом, оптимизирующее влияние на оценки здоровья лиц с более высокими доходами оказывает, помимо причин материального порядка, присущее им благоприятное социальное самочувствие.

Структура и качество питания. Важнейшую роль в сохранении и укреплении здоровья человека играет питание. От объема и качества продовольственного потребления напрямую зависит нормальное функционирование человеческого организма и уровень его развития.

Пища современного человека превратилась в продукт промышленного производства и содержит всевозможные химические добавки. Изменения в питании стали одной из причин развития у людей сначала так называемого «третьего» состояния (промежуточного между здоровьем и болезнью), а затем «болезней цивилизации». Нарушения в питании привели также к ослаблению противораковой защиты организма. Сложившееся положение усугубляется тем, что до сих пор нет единства среди ученых в понимании валеологической сущности питания, нет единой теории питания. Поэтому не удивительно, что книжный рынок постоянно пополняется литературой, в которой описывается множество «нетрадиционных подходов» к питанию, чаще всего находящихся в противоречии с человеческой природой.

В питании люди руководствуются либо вкусовыми ощущениями, либо экономическими соображениями (поесть дешево или изысканно и дорого), либо социальными привычками (посидеть в компании). У человека детства не формируется валеологически обоснованный подход к пищевому поведению.

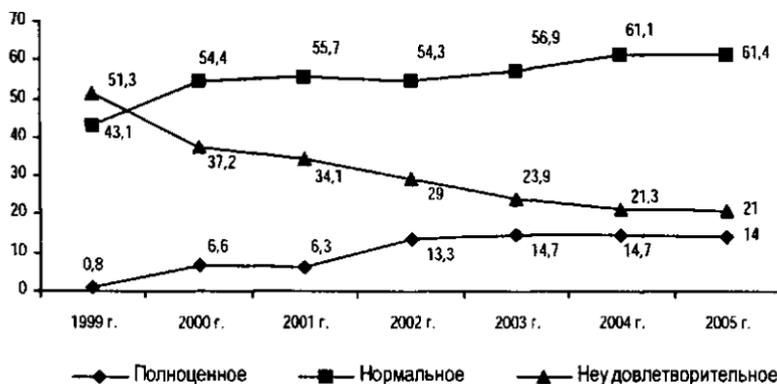
В науке существуют три теории питания: теория сбалансированного питания; теория адекватного питания; теория функционального питания.

В настоящее время приоритетной является концепция функционального питания. В ней питание рассматривается не только как фактор сохранения здоровья, но и как созидающее и укрепляющее его средство. Цель концепции - оптимизация питания человека в соответствии с его возрастом, полом, особенностями профессиональной деятельности, состоянием здоровья, экологическими условиями, иными словами - в соответствии с индивидуальным стилем пищевого поведения. При этом, во-первых, обязательно употребление человеком продуктов естественного происхождения (овощи, фрукты, зелень, молоко, зерно, рыба, дичь и др.), которые при ежедневном применении оказывают благоприятное регулирующее действие на организм в целом или на его отдельные системы, органы. Во-вторых, необходимо использование биологически активных пищевых добавок (антиоксиданты, органические кислоты, фитонциды и другие биологически активные вещества), а также продуктов, содержащих специфическую кишечную микрофлору. Причем учитываются совместимость пищевых продуктов, суточные и сезонные ритмы функционирования организма. Каждый человек должен выработать на основании современных научных взглядов на питание свой

индивидуальный стиль пищевого поведения, сущность которого состоит в том, чтобы выявить типичные реакции своей пищеварительной системы, причины, которые их вызывают, и на основании этого внести необходимые изменения в свой образ жизни.

Доля жителей области, считающих свое питание «нормальным», возросла с 56% в 2001 г. до 61% в 2005 г. Напротив, удельный вес тех, кто оценивает свое питание как «неудовлетворительное», снизился с 34 до 21% соответственно. Полноценным питанием считают 14% населения (рис. 3.2).

Рис. 3.2. Распределение ответов на вопрос: «Как Вы оцениваете свое питание?» (в % от числа опрошенных, без учета затруднившихся ответить)



Питание относится к наиболее важным потребностям человека. Поэтому удельный вес расходов на питание в структуре расходов населения используется в качестве индикатора уровня жизни: чем ниже их доля, тем выше уровень благосостояния общества. Так, в 2000 г. расходы на питание составили 28,4% от потребительских расходов населения, а в 2004 г. - 25%.

За 2004 г. появились некоторые положительные изменения и в структуре продовольственного потребления. По данным государственной статистики, в 2004 г. по сравнению с 2000 г. среднелюдиное потребление мяса и мясopодуков возросло на 20%, молока и молочных продуктов - на 18%, овощей - на 4%, фруктов - на 58%, сахара и кондитерских изделий - на 9%; снизилось потребление хлеба на 2%, картофеля - на 14% [71]. Однако фактическое потребление продуктов питания жителями области ниже рекомендуемых Российской академией медицинских наук (РАМН) норм, за исключением хлеба, картофеля, кондитерских изделий, растительных и животных жиров (табл. 3.3).

Таблица 3.3. Потребление продуктов питания населением Вологодской области в сравнении с рекомендуемыми нормами (в расчете на члена семьи в год; кг)

Продукты	1990	1995	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Рекомендуемый РАМН набор пищевых продуктов*
Мясо и мясопродукты	66	53	47	49	47	56	56	59	70
Молоко и молокопродукты	398	288	189	213	218	235	232	252	370
Яйца, штук	218	180	167	220	195	203	215	225	274
Рыба и рыбопродукты	15	10	13	14	16	17	16	18	20
Хлебопродукты	111	106	128	116	120	120	121	114	107
Овощи и бахчевые	67	77	90	89	94	95	87	93	140
Картофель	97	122	105	125	114	109	104	107	105
Фрукты, ягоды	31	26	20	26	33	37	35	41	75
Кондитерские изделия	35	34	55	34	33	34	36	37	38
Масло растительное, маргарин и другие жиры	5	6	11	12	12	12	12	12	13

* Цит. по: Билич ГА, Назарова Л.В. Основы валеологии. - СПб., 1998.

Источник: Статистический ежегодник Вологодской области. - Вологда, 2005.

Потребление продуктов питания существенно различается в зависимости от уровня благосостояния. Домохозяйства с наименьшими доходами потребляли в 6 раз меньше, чем с наибольшими, фруктов, в 3 раза - рыбопродуктов, мясных и молочных продуктов (табл. 3.4).

Таблица 3.4. Потребление основных продуктов питания в домашних хозяйствах Вологодской области различного уровня благосостояния (кг на члена домохозяйства)

Пищевые продукты	% от рекомендуемых РАМН норм	
	10% группа населения с наименьшими среднедушевыми доходами	10% группа населения с наибольшими среднедушевыми доходами
Мясо и мясопродукты	40,0	122,8
Молоко и молочные продукты	29,7	94,6
Яйца, штук	48,5	112,0
Рыба и рыбопродукты	50,0	165,0
Хлебные продукты	94,4	106,5
Овощи и бахчевые	32,8	94,3
Картофель	69,5	124,8
Фрукты и ягоды	16,0	97,3
Сахар и кондитерские изделия	60,5	136,8
Масло растительное; маргарин и другие жиры	84,6	100,0

Существует опасность для здоровья людей с низкими средне-душевыми доходами, связанная с нарушением структуры рациона питания. Это проявляется в недостаточном потреблении мяса и мясопродуктов, молока и молокопродуктов, яиц, рыбы и рыбных продуктов, овощей, фруктов и ягод, содержащих необходимые белки, клетчатку, минеральные вещества, витамины.

Согласно концепции сбалансированного питания, суточные энергозатраты взрослого человека зависят от характера физической нагрузки и составляют в среднем 2500 ккал. Соотношение белков, жиров, углеводов в полноценном рационе должно составлять 1:1,2:4,6 [6]. Однако фактическое их потребление не соответствует рекомендуемому соотношению.

Показатели пищевой ценности потребляемых населением области продуктов, выражающиеся в объеме суточного потребления белков, жиров и углеводов, за анализируемый период возросли. По сравнению с 2000 г. потребление белков увеличилось почти на 9%, жиров - на 10%, углеводов - на 5% (*табл. 3.5*).

Таблица 3.5. Пищевая и энергетическая ценность продуктов питания в домашних хозяйствах Вологодской области (в среднем на члена домашнего хозяйства)

Пищевая ценность потребляемых продуктов (в сутки)	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.
Белки (г)	65	64	64	68	68	69,7
Жиры (г)	81	87	88	93	93	97,4
Углеводы (г)	413	392	404	411	416	411,7
Энергетическая ценность (ккал), в том числе в продуктах животного происхождения	2 648	2 615	2 672	2 762	2 780	2 812,6
	606	645	633	684	677	724,9

Источник: Статистический ежегодник Вологодской области. - Вологда, 2005.

Энергетическая ценность потребляемой пищи превышает среднее рекомендуемое количество на 313 ккал за счет повышенного содержания хлеба, хлебопродуктов и картофеля при снижении наиболее полезных продуктов питания.

Значительные различия в калорийности пищевых продуктов имеют место при сравнении 10% наиболее и 10% наименее обеспеченного населения области. Так, первая группа получает 3466 ккал в сутки, что превышает рекомендуемую норму для лиц со средней физической нагрузкой на 966 ккал, а вторая - всего 1933 ккал. Эти данные подтверждают тезис о том, что высокие доходы не обеспечивают здорового питания. А население с низкими доходами не получает нормативного питания даже по калорийности, не говоря о разнообразии потребляемых продуктов.

Важной предпосылкой для поддержания состояния здоровья населения на необходимом уровне является использование качественной воды для питья и приготовления пищи. Как показывают результаты опросов, примерно две трети населения используют для этих целей водопроводную воду, качество которой низкое.

Согласно информации Центра Госсанэпиднадзора в Вологодской области [17] 47% проб питьевой воды в 2004 г. не соответствовали гигиеническим нормативам по санитарно-химическим показателям и 14% проб - по микробиологическим показателям. Однако предпочитают покупать воду только 6% опрошенных (в 2001 г. - 3%). В основном это жители гг. Вологды и Череповца.

В 2005 г. по сравнению с 2004 г. произошло снижение оценок качества потребляемой водопроводной воды (по 5-балльной шкале), которые дают жители области (*табл. 3.6*).

Таблица 3.6. Оценка населением Вологодской области качества водопроводной воды от 1 до 5 баллов)

Область				Вологда				Череповец				Районы			
2002	2003	2004	2005	2002	2003	2004	2005	2002	2003	2004	2005	2002	2003	2004	2005
<i>Цвет</i>															
2,7	2,8	2,9	2,8	2,3	2,3	2,5	2,4	3,0	3,1	3,3	3,1	2,8	2,7	2,9	2,8
<i>Прозрачность</i>															
2,6	2,9	3,0	2,8	2,3	2,3	2,5	2,4	2,7	3,2	3,3	3,2	2,8	3,0	3,0	2,8
<i>Запах</i>															
2,5	2,6	2,8	2,7	2,1	2,0	2,2	2,1	2,8	2,8	2,9	2,9	2,6	2,8	3,0	2,8
<i>Вкус</i>															
2,4	2,6	2,6	2,6	1,8	1,9	2,1	2,2	2,7	2,8	2,9	2,8	2,7	2,7	2,8	2,8
<i>Жесткость</i>															
2,1	2,4	2,5	2,4	1,7	1,8	2,1	2,0	2,4	2,7	2,7	2,8	2,3	2,5	2,6	2,3

Результаты исследования показывают, что полноценность пищевого рациона - это экономическая проблема, которая может быть реализована только путем повышения доходов населения. Необходимы общеэкономические меры по улучшению покупательной способности всех групп населения и доступности для них полноценных продуктов питания.

Задачи осуществления мер по обеспечению доброкачественной питьевой водой населения области, обозначенные в стратегическом плане «Охрана и укрепление здоровья населения Вологодской области на 2003 - 2010 годы», не теряют своей актуальности.

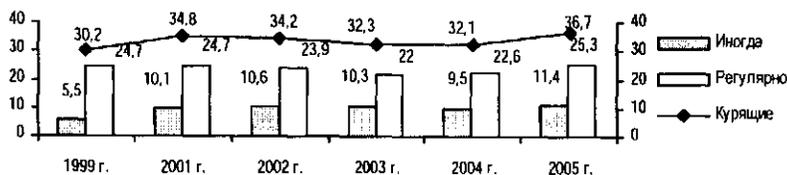
3.2. Субъективные факторы формирования общественного здоровья населения

Поведенческие факторы риска. Сегодня особую значимость приобретают такие понятия, как «здоровьесберегающее поведение», «культура самосохранения». Они ставят здоровье на высочайший уровень в структуре жизненных ценностей, определяют активность человека в отношении к здоровью. Исключение из жизни факторов риска позволяет нейтрализовать генетическую предрасположенность к заболеваниям и снабжает навыками поддержания здоровья [36].

Особая опасность курения, злоупотребления алкоголем, пренебрежения здоровым образом жизни заключается в том, что влияние этих факторов на человеческий организм носит замедленный характер и может длительное время не ощущаться. Существуют многочисленные доказательства зависимости между потреблением алкоголя, курением и развитием распространенных хронических неинфекционных заболеваний [16, 36]. Именно поэтому здоровый образ жизни населения и уменьшение ущерба, причиняемого алкоголем, наркотиками и табаком, выделяются в качестве основных профилактических направлений в рамках стратегического плана «Охрана и укрепление здоровья ...» (п. 5, 9).

Распространенность курения среди жителей области увеличилась с 35% в 2001 г. до 37% в 2005 г., что явилось наибольшим показателем за период наблюдений с 1999 г. При этом возросла доля как регулярно курящих, так и тех, кто курит иногда (рис. 3.3).

Рис. 3.3. Распределение ответов на вопрос: «Курите ли Вы в настоящее время?» (в % от числа опрошенных)



Среди курящих преобладают те, кто выкуривает не более одной пачки сигарет в день (76%). Более одной пачки в день выкуривают 24% курильщиков. Жители г. Череповца курят значительно больше. По одной пачке сигарет в день выкуривают 42% от числа опрошенных череповчан, 23% - вологжан и 34% - жителей районов области.

За период проведения мониторинга установлено, что женщины (20%) курят значительно меньше мужчин (50%). Молодежь (до 30 лет) более склонна к курению, чем представители среднего и старшего возрастов (табл. 3.7).

Таблица 3.7. Степень распространенности курения в половозрастном разрезе (в % от числа опрошенных)

Показатель	Мужчины в возрасте (лет)			Женщины в возрасте (лет)		
	До 30	30-60	Старше 60	До 30	30-55	Старше 55
Не курят	36,9	39,7	55,2	76,1	73,9	87,9
Курят	63,1	60,3	44,8	28,4	25,9	10,8
Без ответа	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	1,3

Крайне тревожно то, что примерно треть молодых женщин - основная репродуктивная группа - курят. Ведущим мотивом, побуждающим к курению, выступает, по мнению опрошенных, его «успокаивающий» эффект. Такой повод братья за сигарету назвали 43% курящих, 11% из них считают курение приятным занятием, 10% курят по примеру друзей и знакомых (*табл. 3.8*).

Таблица 3.8. Структура причин курения (в % от числа курильщиков)

Варианты ответов	Вологда	Череповец	Районы	Область
Это успокаивает	38,3	43,8	46,4	43,5
Это приятное занятие	13,3	15,2	7,3	11,3
Потому, что курят мои друзья и знакомые	12,2	5,7	10,6	9,6
Это помогает в общении	4,1	6,7	2,6	4,2
Я чувствую себя взрослее и увереннее	0,0	1,9	2,0	1,4
Затрудняюсь ответить	36,7	31,4	32,5	33,3

Большинство курящих (57%) хотели бы бросить курить, в том числе 19% согласны отказаться от этой привычки при условии посторонней помощи (в 2001 г. - 39 и 22% соответственно).

Не хотят бросать курить 41% курящих (в 2001 г. - 37%), причем лиц, не желающих порвать с вредной привычкой, в Череповце и Вологде больше, чем в районах области (в 2005 г. - 50, 44 и 34% соответственно). Более 20 лет курят 25% опрошенных (в 2001 г. - 37%). Пятая часть курящих (21%) считает, что курение не вредит здоровью. Большинство курильщиков (71%) признают вред курения для своего здоровья, однако продолжают курить (в 2001 г. - 76%).

Еще одной вредной привычкой, которая может оказывать негативное влияние на здоровье людей, является потребление алкогольных напитков.

Как показал опрос, 62% населения (в 2001 г. - 63%) признает отрицательное влияние алкоголя на здоровье, но 19% (в 2001 г. - 25%) полагает, что алкогольные напитки не влияют на состояние здоровья, а 7% потребителей указывают на его положительное воздействие (в 2001 г. - 9%). Причины потребления алкогольных напитков представлены в *таблице 3.9*.

Таблица 3.9. Распределение ответов на вопрос: «Если Вы употребляете алкогольные напитки, то с чем это связано?» (в % от числа опрошенных)

Варианты ответов	Череповец	Вологда	Районы	Область
«За компанию»	45,7	39,5	40,5	41,6
Как способ снятия нервного напряжения	30,8	20,9	20,7	23,3
Это приятное занятие	8,9	17,4	8,8	11,0
Это помогает в общении	4,9	10,7	10,4	9,1
Затрудняюсь ответить	14,2	20,6	18,4	17,9

Употребляют спиртные напитки 78% мужчин и 61% женщин. Рост доли лиц, употребляющих спиртные напитки, в 2005 г. произошел во всех половозрастных группах, независимо от социальной самоидентификации.

Удельный вес лиц, употребляющих алкогольные напитки в объеме до 200 мл в неделю, составляет 51%; до 0,5 л в неделю - 24%; до 1 л в неделю - 10%. Более 2 л в неделю выпивают 7% жителей области, причем доля этой группы продолжает расти (*табл. 3:10*).

Таблица 3.10. Распределение ответов на вопрос: «Как часто и в каком количестве Вы употребляете алкогольные напитки?» (в % от числа опрошенных, без учета затруднившихся ответить)

Варианты ответов	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.
До 200 мл в неделю	55,0	49,2	49,5	50,7	51,4
До 0,5 л в неделю	19,2	23,1	23,3	22,5	23,5
До 1 л в неделю	9,9	12,0	11,2	10,5	9,9
Свыше 2 л в неделю	3,3	5,3	6,2	7,7	7,2

Из алкогольных напитков жители области предпочитают водку (40%) и пиво (37%). Водке в основном отдают предпочтение мужчины старше 30 лет, живущие в районах области, относящие себя к категориям «бедных» и «нищих». Пиво больше употребляют жители г. ВОЛОГДЫ И Г. Череповца, младшей возрастной группы, независимо от пола и социальной категории. Разумеется, нельзя учесть количество лиц, страдающих алкоголизмом. Однако настораживает то, что количество трудоспособного населения, совсем не употребляющего алкогольные напитки, составляет лишь 29% (в 2001 г. - 30%).

Одной из проблем в сфере потребления алкогольной продукции остаются спиртосодержащие жидкости. Предназначенные для использования в технических целях, они заполняют нишу дешевого алкоголя.

Как показали результаты общеобластного опроса, проведенного в феврале 2005 г., около 16% респондентов отметили, что им «довольно часто» приходилось сталкиваться с тем, что кто-то из их знакомых употреблял в качестве замены алкогольных напитков

различные суррогаты. Еще 37% жителей области сталкивались с этим иногда. Самые высокие показатели - в районах области, где 61% опрошенных указали на употребление спиртосодержащих жидкостей (*табл. 3.11*).

Таблица 3.11. Распределение ответов на вопрос: «Приходилось ли Вам сталкиваться с тем, что кто-то из Ваших знакомых употреблял в качестве замены алкогольных напитков различные спиртосодержащие жидкости?» (в % от числа ответивших)

Варианты ответов	Вологда	Череповец	Районы	Область
Да, довольно часто	9,1	17,4	18,9	16,1
Да, иногда	27,5	36,4	41,9	37,1
Нет, никогда не приходилось	54,3	33,7	22,8	33,1
Затрудняюсь ответить	9,1	12,5	16,4	13,7

Согласно информации Территориального органа государственной статистики, в 2004 г. в Вологодской области число больных алкоголизмом и алкогольными психозами, состоявших на учете в ЛПУ, составило 17,5 тыс. От причин, связанных с употреблением алкоголя, умерли 1069 чел., в том числе 179 женщин и 742 мужчины трудоспособного возраста (смертность возросла в 3,5 раза по сравнению с 1999 г.) [71].

Физическая активность населения. Согласно данным опросов, 49% населения свободное время проводит дома (в 2001 г. этот показатель был равен 58%). Предпочитают прогулки на свежем воздухе 32% (в 2001 г. - 25%) жителей области. Практически не изменилась по сравнению с 2001 г. доля населения, увлекающегося физкультурой и спортом (11 и 8% соответственно). Не значительно возросло число респондентов, проводящих свой досуг вне дома (*табл. 3.12; рис. 3.4*).

Таблица 3.12. Уровень физической активности населения в зависимости от места проживания (в % от числа опрошенных)

Вид деятельности	Вологда	Череповец	Районы	Область
Сиджу дома (телевизор, чтение, домашние дела)	42,8	46,7	52,2	48,6
Прогулки на свежем воздухе	37,0	32,8	28,9	31,8
Занимаюсь спортом (физкультурой)	10,1	13,1	10,4	11,0
Посещаю культурно-массовые мероприятия	10,4	17,9	11,8	13,0
У меня нет свободного времени	13,8	13,1	13,7	13,6
Другое	1,2	5,1	1,1	2,1

Следует отметить, что в свободное время уровень физической активности у горожан выше, чем у сельских жителей. Лица, занимающиеся физкультурой (спортом) и совершающие прогулки на свежем воздухе, более адекватно оценивают свое здоровье (*табл. 3.13*).

Рис. 3.4. Распределение ответов на вопрос: «Как Вы проводите свободное время?» (в % от числа опрошенных)

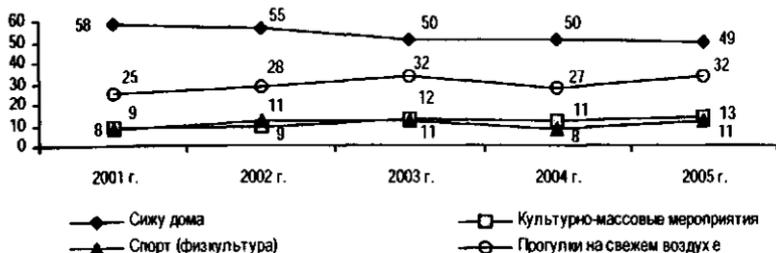


Таблица 3.13. Оценка состояния здоровья в зависимости от формы проведения свободного времени (в % от числа опрошенных)

Варианты ответов	Оценка здоровья		
	Отличное, хорошее	Удовлетворительное	Плохое, очень плохое
Сидю дома	43,1	42,6	14,2
Прогулки на свежем воздухе	55,0	37,9	7,1
Занимаюсь спортом	57,8	35,1	7,1
Посещаю культурно-массовые мероприятия	41,5	46,7	11,4
Нет свободного времени	30,5	55,5	13,0

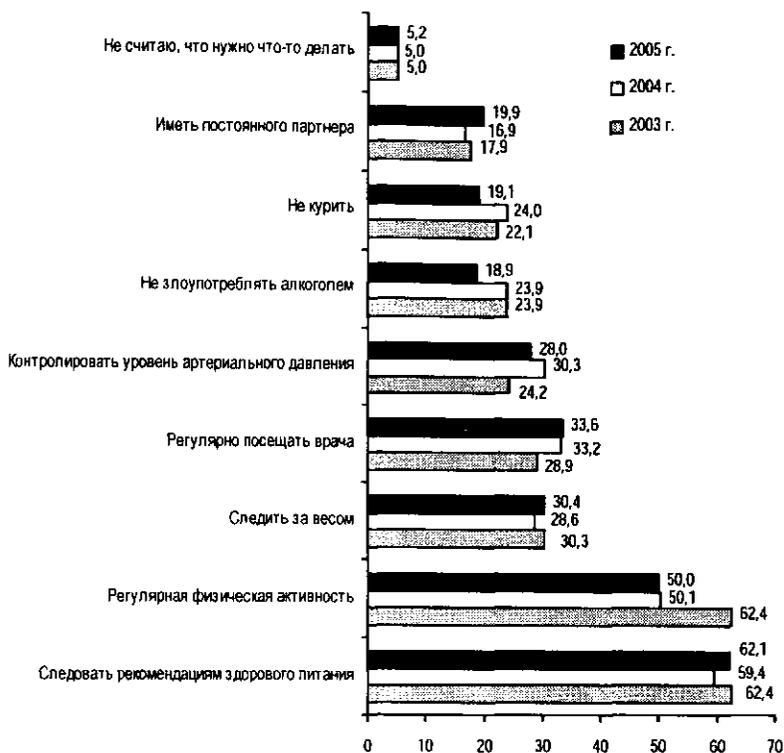
В реальной охране и укреплении здоровья население не активно, мало привержено здоровому образу жизни. Около половины опрошенных (47%) считают себя полностью ответственными за свое здоровье (в 2001 г. - 50%). Однако эта ответственность в основном имеет декларативный характер.

Уровень физической активности населения при проведении свободного времени остается довольно низким. Даже среди представителей молодого возраста (до 30 лет) большинство предпочитает пассивные формы досуга: 42% молодежи сидит дома перед телевизором, 37% просто гуляют по улицам и лишь 19% занимаются спортом.

Итак, образ жизни населения, который характеризуется низкой физической активностью и пристрастием к вредным привычкам, не способствует формированию благоприятной почвы для укрепления здоровья.

Информированность населения по вопросам охраны и укрепления здоровья. Знания людей о принципах здорового образа жизни, о мерах по профилактике заболеваний являются одним из основных элементов, определяющих их намерения и реальные действия по охране и укреплению своего здоровья (рис. 3.5). Именно поэтому данные о характере информированности жителей региона в вопросах здоровья, источниках получения ими этой информации чрезвычайно важны при разработке и реализации здравоохранительной политики.

Рис. 3.5. Что Вы считаете необходимым делать, чтобы сохранить или улучшить свое здоровье? (в % от числа опрошенных, без учета затруднившихся ответить)



В настоящее время в Вологодской области различные средства массовой информации являются каналами просвещения населения по проблемам здоровья. Большинство людей читают прессу и доверяют ей.

Сотрудниками ВНКЦ ЦЭМИ РАН проанализировано отражение проблем общественного здоровья в 5 наиболее популярных в области периодических изданиях за июль - сентябрь 2005 г. Содержательному исследованию подверглись 80 публикаций из череповецкой газеты «Речь» (22), газеты «Вологодская неделя» (2), областных газет «Красный Север» (29) и «Хронометр» (27). В газете «Русский Север (Пятница)» материалы профилактической направленности не публиковались. Оценка информации проведена по объему, направленности, проблематике, отрицательным и положительным аспектам. Публикации занимают от 20 до 240 строк. Большинство (92,5%) рассмотренных статей имеют информационно-рекомендательный, 1,25% - рекламный характер. Освещение вопросов здорового образа жизни можно отметить только в двух статьях (2,2%).

Авторами статей, помещенных в череповецкой газете «Речь», являются компетентные специалисты. Остальные газетные публикации (в том числе рубрика «Медсовет» в газете «Красный Север») подготовлены корреспондентами газет, а в 2,5% случаев статьи перепечатаны из других периодических изданий. Так как профилактическая информация адресована широкому кругу читателей, роль индивида нашла отражение практически везде, однако в большинстве своем - как объекта воздействия. Ни в одной публикации человек не выступает как субъект, формирующий свое здоровье. Практически отсутствуют тематические публикации специалистов по проблемам здорового образа жизни, здорового питания и другим валеологическим вопросам. Роль государства нашла отражение в трех статьях, посвященных вопросам финансирования отраслей здравоохранения, зарплаты врачей, проведения на различном уровне совещаний, конференций. Но в этих статьях не представлена взаимосвязь государства, здравоохранения, семьи, школы, предприятия в процессе формирования у индивида морально-волевых и ценностно-мотивационных установок на здоровье. Таким образом, содержательный анализ газетных публикаций показывает, что тема общественного здоровья не является приоритетной.

На неэффективную просветительскую работу СМИ указывают материалы опроса общественного мнения: в 2005 г. по сравнению с 2001 г. объем знаний о здоровом образе жизни, получаемый жителями области по телевидению, из газет, по радио, снизился на 8,18 и 49% соответственно.

Отсутствует мотивация на профилактическую деятельность и у медицинских работников: в течение пяти лет мониторинга уровень выполняемой ими работы с населением не повысился. В семьях также отсутствует установка на здоровье и здоровый образ жизни, и она имеет тенденцию к снижению.

Население хотело бы получать сведения о здоровье в первую очередь из газет, с экранов телевизоров. Отмечается недостаток квалифицированной информации, исходящей от медицинских работников: потребность в ней (51%) оказалась значительно выше реально имеющегося уровня (23%).

Возрастает потребность в получении информации здравоохранительной тематики из научно-популярных изданий, но они не доступны массовому читателю из-за высокой цены (*табл. 3.14*).

Закономерным является вопрос о качестве информации о здоровье, получаемой из СМИ. Полезной данную информацию считают 53% жителей области (в 2001 г. - 52%). Однако 57% опрошенных называют получаемую из СМИ информацию недостаточной для профилактики заболеваний.

**Таблица 3.14. Источники информации, получаемой жителями
Вологодской области о здоровье, и их информационные потребности
в этой сфере в % от числа опрошенных)**

Источники информации	Вариант ответа									
	Получали					Хотели бы получить				
	2001	2002	2003	2004	2005	2001	2002	2003	2004	2005
Телевидение	68,5	77,8	68,1	76,8	63,2	69,6	68,5	63,2	59,7	56,9
Газеты	61,1	50,4	54,8	57,4	50,1	53,6	50,5	52,6	50,7	58,1
Журналы	26,0	26,1	23,1	29,7	27,3	22,3	26,5	30,0	27,8	30,9
Медицинские работники	25,4	21,0	18,3	30,6	23,3	50,3	43,9	47,8	51,7	50,7
Научно-популярные издания	8,4	7,4	8,4	8,9	16,6	19,3	14,5	17,2	20,7	23,6
Радиопередачи	32,4	27,8	25,2	23,5	16,6	24,7	23,1	19,0	20,0	21,1
Семья	19,8	16,1	14,8	16,9	10,5	17,5	16,7	18,7	23,0	20,4

Население региона интересуют прежде всего вопросы питания - 64%, здоровой физической активности - 35% (табл. 3.15).

Таблица 3.15. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Какие темы о здоровье Вас больше всего интересуют?» - (в % от числа опрошенных)

Темы о здоровье	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Питание	86,4	74,4	66,7	60,3	62,3	63,6	65,1
Здоровая физическая активность	60,8	59	53,1	44,7	40,3	35	37,9
Кровяное давление	32,1	35,9	39,5	27,8	26,7	33,3	27,7
Вред наркотиков	16	21,7	18,8	19,7	17,3	16,5	25,1
Вопросы сексуальной жизни	23,9	24,8	31,1	23,6	24	24,7	24,6
Избыточный вес	20,3	23,7	26,4	21,6	23,3	23,7	22,2
Вред курения	21,5	23	16,8	18,1	16,5	17,8	17,6
Алкоголь	19,5	16,3	12,6	12,4	12,3	12,7	13,4

Следует отметить, что потребность в информации имеет различия в зависимости от пола и возраста. Так, молодежь более заинтересована в сведениях о вреде наркотиков, вопросах сексуальной жизни; для женщин среднего возраста наиболее актуальна проблема избыточного веса и т.д. (табл. 3.16).

Среди специализированных форм подачи информации предпочтение жителями области отдается тематическим передачам о здоровье на телевидении (70%), бесплатной многотиражной газете по вопросам охраны и укрепления здоровья (24%), специальным передачам о здоровье по радио (24%). В наименьшей степени население оказалось заинтересовано в школах укрепления здоровья (11%), в лекциях по вопросам охраны и укрепления здоровья по месту работы, учебы (11%).

Таблица 3.16. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Какие темы о здоровье Вас больше всего интересуют?» (в % от числа опрошенных)

Темы о здоровье	Мужчины			Женщины		
	До 30 лет	30-60 лет	От 60 лет	До 30 лет	30-55 лет	От 55 лет
Питание	10,2	21,4	7,1	13,3	30,2	17,9
Здоровая физическая активность	13,4	19,0	8,5	12,6	31,5	15,1
Вред наркотиков	17,1	24,8	4,3	15,1	28,2	10,5
Вопросы сексуальной жизни	20,0	20,0	3,8	17,7	25,8	12,8
Вред курения	15,0	30,4	5,7	16,2	20,2	12,6
Избыточный вес	9,3	15,8	4,2	15,1	40,5	15,1
Кровяное давление	4,1	16,8	8,8	10,8	33,0	26,5
Алкоголь	13,9	30,5	6,4	16,0	23,0	10,2
Стрессы	9,9	16,8	5,8	14,3	36,2	17,1

В последние годы департаментом здравоохранения области осуществляется программа внедрения института врачей общей практики. Однако информирование населения по этому вопросу недостаточное. Не владеют информацией о службе врача общей практики 54% опрошенных. Из числа знающих о преимуществах введения данной системы медицинского обслуживания лишь 26% дают положительную оценку такой новации, причем жители Череповца более отрицательно настроены к введению этой службы, чем жители областного центра и районов.

Таким образом, данные анкетирования подтверждают значительный дефицит знаний у населения о здоровом образе жизни. Это результат отсутствия программных концептуальных установок на здоровый образ жизни в средствах массовой информации и серьезных просчетов в деятельности учреждений образования и здравоохранения.

Проведенные исследования показывают, что задачу повышения уровня знаний населения о здоровом образе жизни, продекларированную в концепции «Вологодская область - Здоровье-21...» и отраженную в стратегическом плане «Охрана и укрепление здоровья населения Вологодской области на 2003 - 2010 годы», на деле еще только предстоит реализовать.

Требуется увеличение объема качественной, профессиональной информации о здоровье и профилактике заболеваний, предоставляемой медицинскими учреждениями и средствами массовой информации, с последующей возможностью применения ее на практике. При этом темы и формы подачи информации должны варьироваться в зависимости от возраста и пола потребителей.

ГЛАВА 4

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАК ОСНОВА ОХРАНЫ И УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ

4.1. Тенденции развития российской системы здравоохранения

Лавина технического прогресса, захлестнувшая человечество во второй половине XX века, привела к резкому ухудшению экологии, что характеризуется прежде всего техногенным загрязнением окружающей среды. Значительная часть населения страдает от загрязнения организма. Следует говорить о новой эндоэкологической болезни, разнообразные клинические формы которой протекают в виде различных заболеваний. В современных условиях популяции людей взаимодействуют с широким комплексом средовых факторов, во многом определяющих неблагоприятные изменения со стороны здоровья. Загрязнение окружающей среды химическими веществами обуславливает неблагоприятные сдвиги в организме человека, которые в ряде случаев могут способствовать развитию болезней.

Проблема эндоэкологии стала проблемой XXI века, важнейшим фактором выживания человечества, требующим намного больше сил и средств здравоохранения. Это имеет серьезное экономическое значение, заключающееся в том, что в современном мире, по мере приближения стран к состоянию законченности демографического перехода, нарастает количество расходов на нужды здравоохранения - на 1% от ВВП каждое десятилетие. Если в 1920-е годы цивилизованный мир тратил на нужды здравоохранения примерно 0,7 - 1,2% ВВП, в 1930-е годы - 2%, в 1940-е - 3%, то сейчас соответствующие расходы стран континента составляют 7 - 9%, в то время как в США тратят вообще около 19% ВВП. При этом и сам валовой национальный продукт возрастает от десятилетия к десятилетию. Объем финансирования здравоохранения в странах Европейского союза (ЕС) в процентах от валового внутреннего продукта (ВВП) представлен на *рисунке 4.1* [98].

Рис. 4.1. Объем финансирования здравоохранения в странах Европейского союза (% ВВП)



Источник: Швеция / Европейская обсерватория по системам здравоохранения, Европейское региональное бюро ВОЗ. <http://www.observatory.dk>

Главными причинами высокой смертности в России являются несовершенные подходы к охране здоровья, неадекватная государственная политика в области здравоохранения, ухудшение функционирования системы медицинской помощи населению, снижение ее доступности [96].

По данным российских исследователей, общественные расходы на здравоохранение в стране в 2000 г. сократились по сравнению с 1991 г. в 2,5 раза, в том числе консолидированного бюджета - более чем в 3 раза. Установлена корреляционная связь средней продолжительности жизни с показателем уровня ВВП на душу населения [96]. Сравнение совокупных и государственных расходов на здравоохранение в России и в других странах показывает, что Россия отстает не только от развитых стран, но и от ряда европейских стран с переходной экономикой (табл. 4.1) [95].

Таблица 4.1. Совокупные и государственные расходы на здравоохранение в России, отдельных развитых странах и европейских странах с переходной экономикой (по международному курсу доллара)

Страна	Расходы на здравоохранение									
	совокупные					государственные				
	1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001
Россия	390	382	378	420	454	284	263	245	293	310
Беларусь	375	391	415	424	464	327	337	355	362	402
Польша	461	543	558	572	629	332	355	397	400	452
Словакия	608	636	664	642	681	558	583	595	574	608
Словения	1097	1 223	1 299	1 421	1545	868	927	981	1080	1 157
Чехия	930	944	972	1 031	1 129	853	867	889	942	1 031
Великобритания	1 516	1 573	1 704	1 827	1 989	1 214	1 261	1 371	1 479	1 634
Швеция	1 855	1 903	2 053	2 195	2 270	1 592	1 633	1 760	1866	1 935
Бельгия	1 988	1969	2105	2 272	2 481	1 422	1 417	1 519	1639	1778
Дания	2 099	2 238	2 344	2 398	2 503	1 727	1 835	1 927	1979	2 063
Канада	2187	2 288	2 433	2 580	2 792	1 532	1 617	1 713	1 828	1 978
Швейцария	2 841	2 952	3 080	3160	3 322	1 567	1 619	1 704	1 758	1 897
США	3 939	4 095	4 287	4 540	4 887	1 784	1 874	1 895	2 005	2168

Источник: The World health report: 2004 : changing history. - WHO, 2004.

В 2001 г. государственные расходы на здравоохранение в расчете на душу населения в РФ составляли 310 долларов США (по паритету покупательной способности). Это в 7 раз меньше, чем в США (2168 долл.), в 6,8 раза - чем в Германии (2113 долл.), в 6,3 раза - чем во Франции (1951 долл.), в 5,3 раза - чем в Великобритании (1634 долл.). При этом отставание России по показателю валового регионального продукта было заметно меньшим: в расчете на душу населения (7100 долл. США) он уступал соответствующему показателю США (34320 долл.) в 4,8 раза, Германии (25350 долл.) - в 3,6 раза, Франции (23990 долл.) - в 3,4 раза, Великобритании (24160 долл.) - в 3,4 раза.

Приведение соотношения между объемом государственных расходов на здравоохранение и величиной национального дохода в соответствие со стандартами развитых стран мира позволило бы увеличить уровень бюджетного финансирования отрасли в 1,5-2 раза в расчете на каждого жителя России. Это могло бы создать возможности для существенного улучшения условий функционирования сферы охраны и укрепления здоровья даже при существующем уровне общественного производства, а в последующем - расширить их благодаря поступательному росту ВВП.

Реструктуризация здравоохранения России невозможна без существенного увеличения объемов финансирования и технического перевооружения. На качество медицинской помощи в значительной степени оказывает влияние слабая организация ее первичного звена (в том числе укомплектованность врачевым и средним медицинским персоналом), интенсивность оказания стационарной помощи (продолжительность пребывания в больнице), в меньшей - обеспеченность больничными койками и количество госпитализаций в расчете на 100 чел. населения (*табл. 4.2*) [20, 98]. Диспропорция в соотношении численности врачей и среднего медицинского персонала в здравоохранении России приводит к тому, что определенную часть рабочего времени, вместо приема пациентов, врачи выполняют «не-врачебную» работу. В 2004 г. в России в общей сложности на 100 врачей приходилось 225 фельдшеров и медицинских сестер, в то время как в большинстве развитых стран это соотношение составляет 100:300 и более [96].

На зависимость общественного здоровья от социально-экономических условий указывали в конце XIX - начале XX века российские ученые-гигиенисты *А.П. Доброславин, Е.Л. Осипов, В.О. Португалов, Ф.Ф. Эрисман* [63]. Ф.Ф. Эрисман писал, что главные факторы эконо-

Таблица 4.2. Показатели работы больниц в России и странах Европейского союза за 1995 - 2000 гг.

Страна	Число коек на 1000 населения	Число госпитализаций на 100 населения	Средняя продолжительность госпитализации (дни)	Средняя занятость койки (%)
Дания	3,3	19,2	5,5	79,9
Финляндия	2,4	19,3	4,3	74,0
Норвегия	3,1	14,5	6,0	85,2
Швеция	2,5	15,9	5,5	77,5
Страны ЕС (в среднем)	4,2	17,1	8,2	77,0
Россия, 2000 г.	10,9	н. д.	15,4	85,7
Россия, 2004 г.	9,9	22,2	14,0	87,3

Источники: Швеция / Европейская обсерватория по системам здравоохранения, Европейское региональное бюро ВОЗ. <http://www.observatory.dk>; Деятельность и ресурсы учреждений здравоохранения. - М.: Министерство здравоохранения и социального развития РФ, 2005.

мической жизни влияют на состояние общественного здоровья и приводят к чрезмерной болезненности и смертности населения. **Ю.Ф. Флоринская** установила корреляционную зависимость между показателями потери жизненного потенциала (количество лет недожития до потенциально достигаемого возраста) и обеспеченностью жилого фонда водопроводом и канализацией [100]. На зависимость здоровья населения от социально-экономических факторов указывает и Всемирная организация здравоохранения [97].

Сегодня российскому здравоохранению в условиях крайней неопределенности и жесточайших ограничений предстоит попытаться защитить здоровье населения. Бывший в свое время министром здравоохранения РФ **Ю.А. Шевченко** охарактеризовал здравоохранение России как один из основных факторов национальной безопасности страны [84].

В результате реформ в России ответственность за здоровье населения несут органы региональной и местной власти. Они должны планировать и нормировать медицинское обслуживание и управлять им на подведомственной территории.

Таким образом, здравоохранение приблизилось к обслуживаемому населению. Однако показатели его здоровья не улучшаются, смертность растет, а здравоохранение еще не окончательно переориентировано на первичное медицинское обслуживание и профилактику [61].

4.2. Региональное здравоохранение и общественное здоровье

Вологодская область охватывает 145,7 тыс. км². В нее входят 28 муниципальных образований, в т.ч. 26 сельских. На территории области расположено более 8 тыс. сельских населенных пунктов. Плотность населения 9,3 чел. на 1 км².

Условия труда сельских жителей сопряжены с неблагоприятными климатическими условиями, с высоким риском производственного травматизма. Спецификой сельскохозяйственного труда являются: большая занятость низкоквалифицированным физическим трудом, суточная миграция работников, сезонность работ; дополнительная работа в домашнем подсобном хозяйстве, плохие бытовые условия. Нередко рабочее место находится в отдалении от места жительства и ЛПУ, что затрудняет оказание медицинской помощи. Условия труда в сельском хозяйстве обуславливают специфические и профессиональные заболевания. Велико воздействие многочисленных вредных для здоровья факторов: физических (пыль, шум, вибрация и др.), химических (пестициды, удобрения и др.), биологических (туберкулез и другие зоонозы).

Производственный травматизм составляет не менее 18,7% общей заболеваемости сельского населения (при этом, как правило, данный показатель занижен). Наибольшее число случаев травматизма регистрируется среди населения в возрасте от 40 до 49 лет. Чаще всего травмируются механизаторы, животноводы и строители. Причины производственных травм в сельском хозяйстве в основном носят организационный, технический и санитарно-гигиенический характер. Среди организационных причин наиболее важны слабый надзор за соблюдением техники безопасности и личной профилактики травматизма, недостатки в организации труда, использование работника не по специальности, недостаточное обучение безопасным методам работы.

Социальные и экономические условия жизни сельского населения хуже, чем городских жителей. Среди работников сельского хозяйства меньше доля лиц с высшим образованием, ниже общеобразовательный уровень в целом. Социально-экономические изменения на селе привели к ухудшению материального и общественного положения большей части населения. Наиболее сложным является положение сельских семей с низким уровнем доходов и пенсий. Велик уровень безработицы и, как следствие, высока алкоголизация, особенно мужчин трудоспособного возраста.

Долгосрочной концепцией «Вологодская область - Здоровье-21...» и стратегическим планом «Охрана и укрепление здоровья...» [39, 73] определены важнейшие направления организации системы здравоохранения региона, взят курс на профилактику заболеваний. В соответствии с выбранными приоритетами осуществляется поэтапная реструктуризация сети государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, включающая развитие амбулаторно-поликлинического звена и стационарзамещающих технологий, активную ориентацию населения на здоровый образ жизни. С 1998 г. действует «Программа государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью», увеличение стоимости которой в 2004 г. по сравнению с 2003 г. составило 11,5%. С 2003 г. реализуется российско-шведский проект «Врач общей практики» [18,55].

В 2004 г. на 42,4% возросла доля бюджетных расходов на здравоохранение (2004 г. - 1457,2; 2003 г. - 1023,3 млн. руб.). Сопоставление данных о расходах консолидированного бюджета области показывает, что в период с 1998 по 2004 г. объемы финансирования отрасли «Здравоохранение» в абсолютной оценке увеличились в 5,5 раза. Финансирование целевых профилактических программ из областного бюджета составляет 10,7% от бюджета отрасли, что в 1,5 раза выше уровня финансирования в 2001 г.

В соответствии с данными Министерства финансов РФ, по уровню бюджетных расходов в отрасли в 2004 г. в расчете на душу населения (в сопоставимой оценке) Вологодская область занимала 4 место в Северо-Западном федеральном округе РФ и превышала среднероссийский уровень (*табл. 4.3*) [29].

Таблица 4.3. Расходы консолидированного бюджета Вологодской области на отрасль здравоохранения в 2004 г. в сравнении с регионами Северо-Западного федерального округа (на 1 жителя)

Регион	Расходы на здравоохранение:		
	руб.	в % к РФ	ранговое место в СЗФО
Республика Коми	4 006,6	165,0	1
Мурманская область	4 114,4	138,7	2
Республика Карелия	2 688,7	124,8	3
Вологодская область	2 380,0	115,9	4
Архангельская область	2 584,5	113,3	5
Санкт-Петербург	2 441,1	105,3	6
Ленинградская область	2 164,4	98,3	7
Псковская область	1 405,7	76,5	8
Калининградская область	1 657,6	71,1	9
Новгородская область	1 353,6	67,3	10
В среднем по СЗФО	2 576,4	85,4	-
В среднем по РФ		100	-

Источники: Здравоохранение в России: Стат. сборник. - М.: Росстат, 2005. // www.Komistat.ru

В 2004 г. в области функционировало 201 амбулаторно-поликлиническое учреждение. Сеть стационарных учреждений представлена 124 больницами, в том числе: 2 больницы федерального подчинения, 14 диспансеров, 2 областных больницы, 8 городских.

Медицинская помощь сельскому населению оказывается сетью областных лечебно-профилактических учреждений, 25 центральными районными больницами (ЦРБ), 1 центральной районной поликлиникой, 12 районными больницами, 45 участковыми больницами, 10 домами сестринского ухода, 42 сельскими врачебными амбулаториями (СБА), 680 фельдшерско-акушерскими пунктами (ФАП). По сравнению с 2000 г. число участковых больниц сократилось с 49 до 45, ФАП - с 687 до 680, количество СБА увеличилось с 38 до 42.

Особенности организации медицинской помощи жителям села:

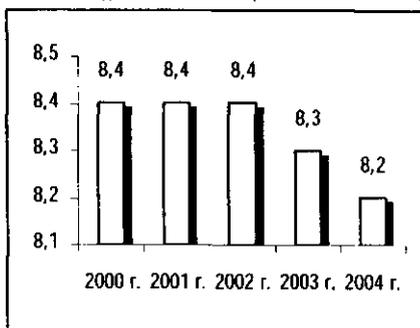
- 1) этапность: ФАП, участковая больница, ЦРБ, областные лечебно-профилактические учреждения;
- 2) максимальная децентрализация амбулаторно-поликлинической помощи (приближение ее к сельским жителям) и максимальная централизация стационарной помощи;
- 3) многовариантность организационных форм медицинской помощи, включая выездную амбулаторно-поликлиническую помощь, с целью приближения ее к населению и раннего выявления заболеваний;
- 4) широкое использование областных и городских ЛПУ;
- 5) преимущественно фельдшерский прием.

Мощность всех амбулаторно-поликлинических учреждений области - 31340 посещений в смену. Всего в медицинские учреждения области выполнено 10332,9 тыс. посещений (в том числе посещения на дому - 629,9 тыс.). Число посещений на 10 тыс. населения в 2004 г. в целом по области составляло 248,5 ед., по районам - 232,2 ед. Среднее число посещений врача на одного жителя области было равно 8,2, по районам области - 5,7 (РФ - 9,0; СЗФО - 8,6). Количество посещений врачей и фельдшеров в расчете на одного жителя составляло 10,0 ед., по районам - 9,2 ед.

За 2002 - 2004 гг. наблюдалась тенденция к снижению числа посещений врача на одного жителя в год (*рис. 4.2*). В тяжелом положении находится сектор здравоохранения в сельской местности, где удаленность ЦРБ от участковых больниц и ФАП составляет от 3 до 10 км (*рис. 4.3*), средний радиус обслуживания ФАП и СБА - до 10 км. Следует признать, что значительная доля сельского населения проживает в условиях неразвитых транспортных коммуникаций, что связано с неудовлетворительным состоянием дорог, сокращением автобусных и речных маршрутов, с отсутствием современных средств связи.

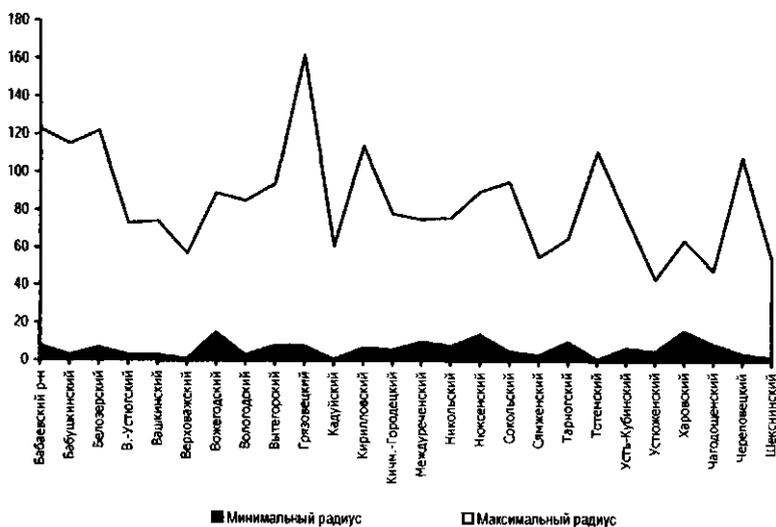
Высокая стоимость транспортных услуг также сокращает доступность квалифицированной врачебной помощи. В результате снижается уровень обращаемости населения в пункты врачебной помощи из отдаленных от них поселений, что способствует накоплению хронической патологии (число посещений на одного сельского жителя в год, включая скорую помощь, составляет 2,5).

Рис. 4.2. Количество посещений врача по Вологодской области (на 1 жителя в год)



Источник: Государственный доклад о состоянии здоровья населения и деятельности системы здравоохранения Вологодской области в 2004 году. - Вологда: ДЗО, 2005.

Рис. 4.3. Средний радиус обслуживания центральными районными больницами населения муниципальных образований Вологодской области (км)



Так, в 12 районах (из 26) число посещений врача на одного жителя ниже среднегодового уровня по муниципальным образованиям области. В половине районов доля больных с запущенной онкопатологией выше среднеобластной. Заболеваемость психическими расстройствами, смертность от несчастных случаев, отравлений и травм в районах области превышает среднеобластные показатели. В структуре смертности сельского населения по классам болезней

первые три места занимают болезни системы кровообращения (БСК), несчастные случаи, отравления и травмы, новообразования. Смертность от БСК среди сельских жителей преобладает над показателями смертности городского населения (в 2004 г. в структуре смертности городского населения она составила 52,12%, сельского - 59,63%).

В то же время заболеваемость БСК жителей села ниже, чем городского населения. Низкая выявляемость БСК у сельских жителей не позволяет своевременно проводить профилактические мероприятия.

В Никольском, Бабушкинском, Верховажском, Междуреченском, Нюксенском, Вологодском, Вашкинском, Череповецком, Белозерском, Сямженском, Тотемском, Кичменгско-Городецком районах число посещений врача на одного жителя в год ниже среднегодового уровня по муниципальным образованиям области (рис. 4.4).

Таким образом, различием в оказании амбулаторно-поликлинической помощи в городе и на селе является:

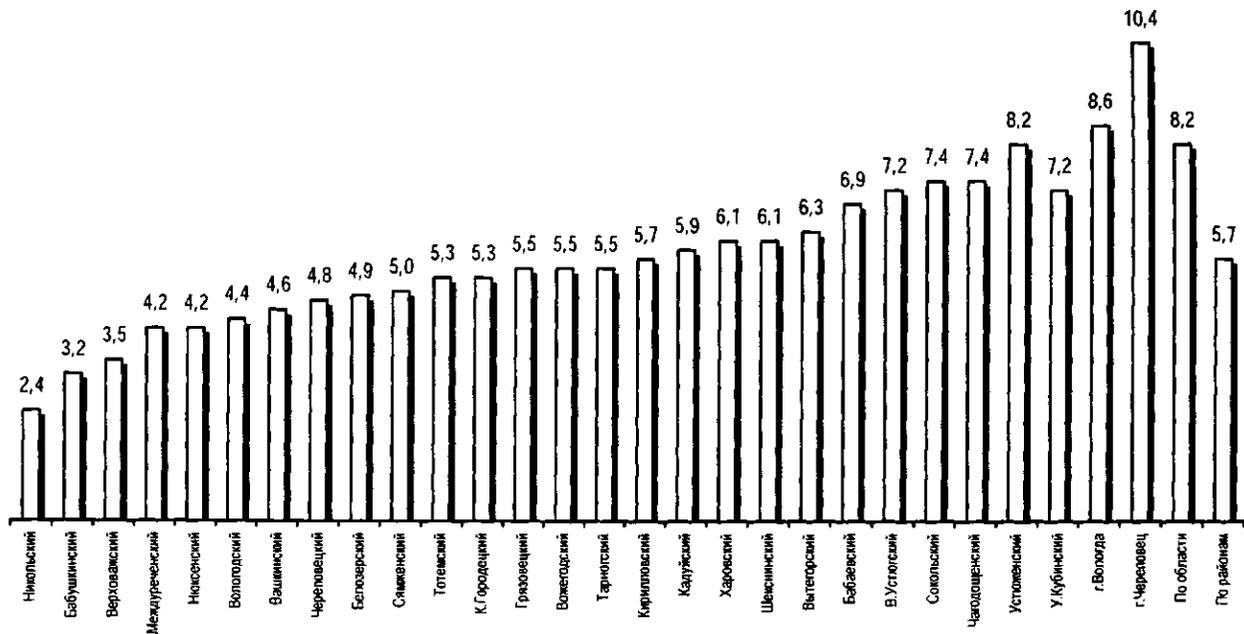
- более низкая обращаемость сельского населения за медицинской помощью в сравнении с городским;
- снижение уровня обращаемости по мере удаленности сел от пунктов врачебной помощи;
- значительные потери времени сельскими жителями на одно посещение врача;
- значительная часть обращений к фельдшерам осуществляется без последующего обращения к врачам (24 - 30%);
- низкая по сравнению с городом выявляемость заболеваний у обратившихся в связи с недостаточными оснащенностью, уровнем квалификации медицинских работников.

Анализируя ресурсное обеспечение системы здравоохранения, необходимо отметить высокую текучесть кадров и, как следствие, недоукомплектованность лечебно-профилактических учреждений врачами.

Обеспеченность населения медицинским персоналом за последнее десятилетие не улучшилась. В области продолжает сохраняться недостаток кадровых ресурсов, прежде всего врачебного персонала. Особенно недостаточно в центральных районных больницах врачей узких специальностей. На начало 2005 г. потребность во врачебных кадрах составляла 573 специалиста, из них 39,5% - на селе.

В 2004 г. 9 из 45 участковых больниц и 9 из 42 сельских амбулаторий не были укомплектованы врачами. Показатель укомплектованности должностей врачей физическими лицами по области составлял 52,2%, в ряде районов - ниже 50%. В 46% муниципальных

Рис. 4.4. Амбулаторно-поликлиническое обслуживание населения Вологодской области в 2004 г.
(число посещений на 1 жителя в год по муниципальным образованиям)



Источник: Государственный доклад о состоянии здоровья населения и деятельности системы здравоохранения Вологодской области в 2004 году. - Вологда: ДЗО, 2005.

образований (Бабушкинский, Белозерский, Вашкинский, Вологодский, Кичменгско-Городецкий, Междуреченский, Никольский, Нюксенский, Сямженский, Усть-Кубинский, Чагодошенский, Череповецкий муниципальные районы) укомплектованность врачами была ниже средне-областного уровня.

Степень обеспеченности здравоохранения области врачами (в расчете на 10 тыс. человек населения) была почти на 26% ниже среднероссийского показателя. Аналогичная ситуация сложилась и в сфере обеспеченности населения средним медицинским персоналом: показатель укомплектованности штатных должностей физическими лицами в области в 2004 г. составил 67%.

По обеспеченности населения врачами Вологодская область находится на 7 месте, средним медицинским персоналом - на 5 месте среди регионов Северо-Западного федерального округа (*табл. 4.4*).

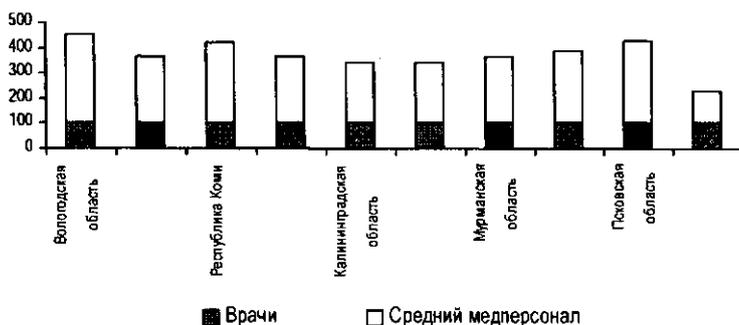
Таблица 4.4. Обеспеченность медицинским персоналом - в регионах Северо-Западного федерального округа РФ в 2004 г.

Территория	Численность на 10 тыс. чел. населения				Численность населения (человек) на одного мед. работника			
	Врачи	Ранг	Ср. мед. персонал	Ранг	Врачи	Ранг	Ср. мед. персонал	Ранг
Вологодская область	31,4	7	108,4	5	318	7	92	5
Республика Карелия	43,6	3	116,6	3	229	3	86	3
Республика Коми	38,2	5	121,2	1	262	5	82	1
Архангельская область	44,8	2	118,0	2	223	2	85	2
Калининградская область	31,1	8	75,7	9	321	8	132	9
Ленинградская область	25,8	10	63,4	10	388	10	158	10
Мурманская область	42,3	4	111,2	4	236	4	90	4
Новгородская область	33,4	6	96,3	7	299	6	104	7
Псковская область	29,2	9	96,6	6	342	9	103	6
г. Санкт-Петербург	69,8	1	90,9	8	143	1	110	8
СЗФО в целом	46,6	-	96,1	-	215	-	104	-
Справочно: Россия, 2004 г.	42,4	-	5,	-	236	-	105	-

Источники: Деятельность и ресурсы учреждений здравоохранения. - М.: Мин. здравоохранения и социального развития РФ, 2005; Регионы Северо-Западного федерального округа. Социально-экономические показатели: Стат. сборник. - Вологда, 2004.

В районах области работает 5691 средний медработник, обеспеченность средним медицинским персоналом по районам составляет 88,1%. Хотя его численность превышает численность врачей в области в 3,5 раза (в РФ и СЗФО превышение составляет 2 раза), недостаток врачебных кадров накладывает отпечаток на качество предоставляемой медицинской помощи (рис. 4.5). В районах значительная часть обращений за медицинской помощью осуществляется к фельдшерам.

Рис. 4.5. Обеспеченность населения Северо-Западного федерального округа медицинским персоналом (количество средних медицинских работников на 100 врачей)



Источник: Регионы Северо-Западного федерального округа. Социально-экономические показатели: Стат. сборник. - Вологда, 2005.

В течение ряда лет департаментом здравоохранения проводится настойчивая, целенаправленная работа по развитию стационар-замещающих технологий. За три года (2002 - 2004 гг.) количество дневных стационаров в сельской местности региона увеличилось с 1 в 2000 г. до 19 в 2004 г., а число развернутых в них койко-мест - с 15 до 127. Число пролеченных в условиях дневного стационара сельских жителей возросло с 734 до 4423 соответственно. Число коек в области на 01.01.2005 г. составляет 14465, без коек дневного стационара - 14282, без коек сестринского ухода - 13877. Обеспеченность населения больничными койками равна 115 ед. на 10 тыс. населения или 85% к уровню 1991 г. (табл. 4.5).

Обеспеченность койками по области за 2004 год увеличилась прежде всего за счет уменьшения численности населения.

За три года только на 363 единицы сократилось в области количество коек в стационарах круглосуточного пребывания (рис. 4.6). В среднем по районам области обеспеченность койками составляет 84,9 на 10 тыс. населения, в 2003 году - 83,8. На ряде территорий

Таблица 4.5. Обеспеченность населения больничными койками
(на 10 тыс. населения)

1991 г.	1997 г.	1998 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2004 г. в % к 1991 г.
<i>Вологодская область</i>								
135	120	118	113	114	113	112,4	115,2	-14,7
<i>Российская Федерация</i>								
134,8	120,6	117,9	116	115	106,8	105,8	99,3	-26,3
<i>Северо-Западный федеральный округ</i>								
128,6	112	111	110	110	102,2	101,2	98,0	-23,8

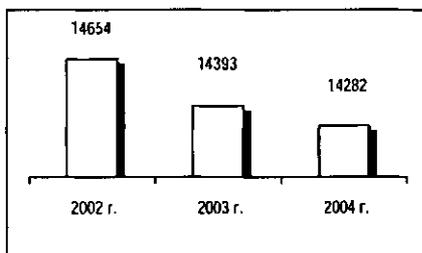
Источники: Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2004 год. - Вологда, 2005; Деятельность и ресурсы учреждений здравоохранения. - М., Министерство здравоохранения и социального развития РФ, 2005.

обеспеченность койками остается высокой (г. Череповец, Великоустюгский, Вашкинский, Бабаевский районы).

Всего в области функционируют 73 дневных стационара. Число мест в них в 2004 г. увеличилось на 324 (на 24%) по сравнению с 2003 г. Количество больных, пролеченных в дневных стационарах, возросло с 28376 человек в 2003 г. до 41317 человек в 2004 г. (в 1,4 раза). Число коек дневного стационара при амбулаторно-поликлинических учреждениях в 2004 г. в 8 раз превысило количество коек при больничных учреждениях (183 и 1492 соответственно). В 2004 г. дневные стационары работали в 24 муниципальных районах (кроме Вытегорского и Харовского) и в гг. Вологде, Череповце. В 2004 г. пролечено в 1,5 раза больше сельских жителей, чем в 2003 г. Такие изменения являются результатом целенаправленной работы по реструктуризации коечной сети, повышению эффективности ее использования. Однако слабая материальная оснащенность консультативно-диагностических служб поликлиник не позволяет использовать донозологические формы диагностики.

В 2004 г. уровень госпитализации достиг 26 больных на 100 чел. населения - это самый высокий показатель за последнее десятилетие (табл. 4.6). По СЗФО и в среднем по стране этот показатель несколько ниже - в 2004 г. он составил 22 больных на 100 чел. населения.

Рис. 4.6. Количество коек круглосуточного пребывания в стационарах Вологодской области



Источник: Государственный доклад о состоянии здоровья населения и деятельности системы здравоохранения Вологодской области в 2004 году. - Вологда: Д30, 2005.

**Таблица 4.6. Основные показатели деятельности стационарных служб
в Вологодской области**

Показатель	1991	1997	1998	2000	2001	2002	2003	2004	2004 г. в % к 1991 г.
Среднее пребывание больного на койке	16,2	15,8	15,5	15,0	14,4	14,2	14,0	13,6	-16,0
Больничная летальность (взрослые)	1,0	1,1	1,1	1,2	1,3	1,3	1,4	1,7	+41,2
Уровень госпитализации (на 100 чел.)	23,5	22,9	24,0	24,4	25,2	25,5	25,6	26,2	+10,3
Оборот койки	17,3	18,9	20,4	21,8	22,3	22,5	22,9	22,9	+24,4
Число дней работы койки в году	280	299	315	327	322	321	321	323	+13,2

Источники: Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2004 год. - Вологда: ДЗО, 2005; Деятельность и ресурсы учреждений здравоохранения. - М.: Министерство здравоохранения и социального развития РФ, 2005.

Значительная доля средств, выделяемых отрасли здравоохранения области, затрачивается на дорогостоящую стационарную помощь. Ежегодно госпитализируется около 26% жителей области, причем в районах - 22,3%. При этом части госпитализированных не требуется интенсивное лечение и круглосуточное наблюдение в условиях стационара. Тем не менее в дневных стационарах коек в 8 раз меньше, чем в стационарах с круглосуточным пребыванием.

Средняя по области длительность пребывания больного в стационаре - 14 дней (по России и по СЗФО этот показатель равен также 14 дням), что существенно превышает общепринятый показатель стран ЕС (для сравнения: в странах Западной Европы средняя продолжительность равна 8,2 дня¹) и указывает на низкую интенсивность оказания стационарной помощи в России. Установлена прямая средней силы корреляционная зависимость заболеваемости населения, посещаемости врачей, количества коек в стационаре, длительности пребывания больного в стационаре от численности врачей на территории ($r = 0,539; 0,700; 0,573; 0,626$ соответственно).

Амбулаторно-поликлиническими учреждениями проводится плановая профилактическая работа (*табл. 4.7*).

Профилактические осмотры переведены на платную основу. Неполный охват осмотрами обязательных контингентов связан с недостаточной укомплектованностью врачами, отсутствием финансовых возможностей у предприятий и хозяйств. Требуется улучшения

¹Цит. по: Иванов В.Н., Суворов А.В. Проблемы охраны здоровья населения России / <http://www.gazeta.ru/2002/10/22/zdravoohrane.shtml>.

Таблица 4.7. Охват профилактическими медицинскими осмотрами обязательных контингентов (2004 г., % от числа подлежащего осмотру взрослого населения)

Контингенты	По области	По районам
Всего обследовано, в т.ч.:	93,2	92,8
- работников промышленных предприятий	91,5	90,2
- работников сельского хозяйства	83,2	83,1
- прочих контингентов	95,8	95,3

качество профилактических осмотров в плане полноты обследования и качество оздоровительной работы среди выявленных больных. Инвалиды Великой Отечественной войны в районах осмотрены в 2004 г. на 89,8%, участники ВОВ - на 86,9%, воины-интернационалисты - на 56,1%.

Таким образом, деятельность стационарных служб в регионе в последние годы характеризовалась высоким уровнем госпитализации, длительным пребыванием больного в стационаре, недостаточно эффективным использованием коечного фонда и врачебно-го персонала.

Проводимая в настоящее время реструктуризация сети лечебно-профилактических учреждений с приоритетом амбулаторно-поликлинического звена осуществляется медленно. В целом сохраняется госпитальный тип системы здравоохранения, обусловленный неготовностью амбулаторно-поликлинических учреждений к принятию на себя больших объемов медицинской помощи из-за низкой укомплектованности первичного звена, слабого технического оснащения.

Все это свидетельствует о низком уровне профилактики, высокой заболеваемости и недостаточной работе амбулаторно-поликлинической и стационарзамещающей служб в области.

4.3. Доступность и качество медицинского обслуживания в оценках населения

Для исследования доступности и качества медицинского обслуживания важен уровень удовлетворенности людей медицинской помощью. В качестве формы получения информации об этом выступают опросы общественного мнения, являющиеся инструментом обратной связи между органами здравоохранения и обществом.

Данные мониторинга за 2005 г. показывают, что пятая часть жителей области обращается за медицинской помощью реже одного раза в год, примерно столько же (23%) - один раз в год; ежемесячно и раз в квартал обращается, соответственно, 9 и 13% населения.

При возникновении болезней и недомоганий 70% населения обращается в поликлинику. Медицинское обслуживание населения области имеет территориальные особенности. Жители Вологды обращаются в основном в поликлиники, жители Череповца нередко обращаются в медицинские учреждения по месту работы, т.к. в этом городе более распространена ведомственная медицина. В районах, где ведомственная лечебная сеть не развита, население чаще обращается в поликлинику, участковую больницу или вызывает скорую помощь (*табл. 4.8*).

Таблица 4.8. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Если Вам нужна медицинская помощь, то куда Вы обращаетесь, как правило?» (в зависимости от места проживания; в % от числа опрошенных)

Варианты ответов	Область	Вологда	Череповец	Районы
В поликлинику	70,0	80,1	68,4	66,2
В больницу	15,6	8,0	4,8	24,4
В медучреждения по месту работы	10,2	6,1	23,1	5,8
В скорую помощь	8,2	3,4	4,3	12,3
В платные медучреждения	7,5	15,9	9,1	2,9
К частнопрактикующему врачу	7,0	7,6	8,5	6,0

Можно констатировать, что предпочтение отдается государственным медицинским учреждениям в силу сохраняющейся более широкой их доступности. Дифференциация доходов населения обуславливает неравномерный доступ к услугам здравоохранения: так, лишь 25% населения, относящего себя к категории «богатых», обращается в бесплатные государственные медицинские учреждения, в остальных категориях этот показатель колеблется от 67 до 75%.

В 2005 г. уровень обращаемости к врачу оставался высоким - 61% населения в течение года (в 2001 г. - 64%). Среди основных причин, по которым жители области не обращаются в медицинские учреждения в случае болезни, следует отметить: недостаток времени, предпочтение «народных средств», самолечения традиционной медицине, сомнение в квалификации медицинского персонала, удаленность медицинского учреждения от дома (*рис. 4.7*).

Сомнение в квалификации (возможности влиять на здоровье пациента) медицинского персонала высказали 21% респондентов, по большей части в возрасте 55 (60) лет и старше. Данная оценка показывает недостаточное соблюдение деонтологических принципов при оказании медицинской помощи лицам престарелого возраста с хронической патологией.

Рис. 4.7. Распределение ответов на вопрос: «Если в случае болезни Вы не обращаетесь в поликлинику, то по какой причине?» (в % от числа опрошенных)



По мнению 47% жителей области, за последний год не произошло каких-либо изменений в сфере оказания медицинской помощи. Ухудшение работы ЛПУ отметили 15%, улучшение - 7% опрошенных (рис. 4.8).

Рис. 4.8. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Отмечаете ли Вы изменения в оказании медицинской помощи за последние 12 месяцев?» (в % от числа опрошенных, без учета затруднившихся ответить)



Уровень удовлетворенности населения обслуживанием в медицинских учреждениях различных типов в динамике не стабилен (табл. 4.9, 4.10). Жителями области отмечается ухудшение качества обслуживания в ведомственных поликлиниках (индекс удовлетворенности снизился с 2,2 в 2003 г. до 1,9 в 2005 г.), в платных медицин-

**Таблица 4.9. Степень удовлетворенности жителей области качеством
медицинского обслуживания
(в % от числа обратавшихся, без учета затруднившихся ответить)**

Тип учреждения	Год	Удовлетворены	Относительно удовлетворены	Не удовлетворены
Поликлиника по месту жительства	2005	31,3	44,7	24
	2004	32,8	42,5	24,7
	2003	30,0	42,7	27,4
	2002	37,0	26,4	36,6
	2001	31,0	45,4	23,5
	2000	34,5	44,1	20,6
	1999	37,7	40,6	21,7
Поликлиника предприятия, ведомственные поликлиники	2005	22,2	44,1	33,7
	2004	30,4	41,1	28,6
	2003	31,7	41,6	26,7
	2002	22,7	37,5	39,8
	2001	27,6	49,2	23,2
	2000	35,3	48,2	22,4
	1999	38,5	37,9	26,3
Платные медицинские учреждения	2005	35,7	41,7	22,6
	2004	37,7	37,3	25
	2003	42,5	38,8	18,7
	2002	28,9	39,9	31,1
	2001	38,1	42,5	19,3
	2000	42,7	38,5	17,2
	1999	48,0	31,2	20,8

**Таблица 4.10. Индекс удовлетворенности жителей области качеством
медицинского обслуживания***

Тип учреждения	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Поликлиника по месту жительства	2,0	2,0	2,1	2,1	2,2	2,1
Поликлиника предприятия, ведомственные поликлиники	2,1	1,8	2,0	2,2	2,2	1,9
Платные медицинские учреждения	2,2	2,0	2,2	2,2	2,3	2,1

*Индекс удовлетворенности медицинским обслуживанием (от 1 до 3). Индекс удовлетворенности равный 3 соответствует полной удовлетворенности населения медицинским обслуживанием, равный 1 - полной неудовлетворенности. Расчет индекса: $I_u = (x : 3 + y : 2 + z : 1) : 100$ где x - доля населения, удовлетворенного качеством медицинской помощи; y - доля населения, относительно удовлетворенного качеством медицинской помощи; z - доля населения, не удовлетворенного качеством медицинской помощи; 3, 2, 1 - коэффициенты.

ских учреждениях (с 2,2 до 2,1 соответственно), в участковой поликлинике и при вызове врача на дом. В наибольшей степени не удовлетворены качеством медицинского обслуживания жители районов области (табл. 4.11).

**Таблица 4.11. Степень удовлетворенности жителей области качеством
медицинского обслуживания в зависимости от места проживания
(в % от числа обращающихся, в 2005 г.)**

Тип учреждения	Удовлетворены			Удовлетворены относительно			Не удовлетворены			Индекс удовлетворенности		
	Вологда	Череповец	Районы	Вологда	Череповец	Районы	Вологда	Череповец	Районы	Вологда	Череповец	Районы
Поликлиника по месту жительства	35,8	32,9	28,5	46,2	40,8	45,8	18,0	26,3	25,7	2,2	2,1	2,0
Поликлиника предприятия, ведомственные поликлиники	24,4	30,8		52,4	46,1		23,2	23,1		2,0	2,1	
Платные медицинские учреждения	45,9	46,2	22,8	34,5	31,9	52,9	19,6	21,9	24,3	2,3	2,2	2,0

Рассматривая степень удовлетворенности жителей региона качеством медицинского обслуживания по видам помощи, можно отметить, что наибольшая доля позитивных оценок качества услуг отмечается при вызове скорой медицинской помощи. Что касается обращения к врачу, то здесь низка степень удовлетворенности населения консультациями по беременности и родам, госпитализацией - для хирургической операции, с нехроническими и хроническими заболеваниями (*табл. 4.12*).

К наиболее распространенным негативным явлениям, с которыми приходится сталкиваться при обращении за помощью в медицинские учреждения, жители области в 2005 г., как и ранее, отнесли очереди, невозможность попасть на прием в удобное время, плохую организацию работы регистратур, недостаток справочной информации о работе тех или иных специалистов. В 2005 г. по сравнению с 2002 г. участились жалобы на опоздания и нерегламентированные перерывы в работе медработников, иногда имело место неуважительное отношение к пациентам (*табл. 4.13*).

Ожидания населения в отношении улучшения работы медицинских учреждений связаны прежде всего с повышением квалификации медперсонала (53%), внедрением новых технологий (46%), полным обеспечением медикаментами (33%). Эффективность деятельности ЛПУ за счет повышения оплаты пациентами медицинских услуг не рассматривается населением в качестве приоритетной (*табл. 4.14*).

Таблица 4.12. Степень удовлетворенности населения качеством медицинского обслуживания по видам помощи
(в % от числа обратившихся)

Виды помощи		Удовлетворены			Относительно удовлетворены			Не удовлетворены			Индекс удовлетворенности		
		2003	2004	2005	2003	2004	2005	2003	2004	2005	2003	2004	2005
Вызов скорой неотложной помощи		42,1	40,7	42,9	39,3	39,1	39,8	18,6	20,2	17,3	2,2	2,2	2,3
Вызов врача на дом		36,5	37,0	38,2	43,5	42,9	44,7	20,0	20,0	17,1	2,2	2,2	2,2
Лечение и удаление зубов		42,5	36,7	43,9	32,8	40,0	36,1	24,7	23,9	20,0	2,2	2,1	2,2
Обращение к врачу в поликлинику		34,7	35,9	37,0	46,2	48,5	46,6	19,1	15,6	16,4	2,2	2,2	2,2
Амбулаторное лечение		28,8	30,7	30,8	48,1	49,8	52,0	23,1	19,5	17,2	2,1	2,1	2,1
Протезирование зубов		28,4	27,4	33,2	27,5	40,4	41,2	44,1	32,2	25,6	1,8	2,0	2,1
Диагностическое обследование		25,3	31,2	23,8	46,2	43,6	50,0	28,5	25,2	26,2	2,0	2,1	2,0
Консультация по беременности и родам		31,5	29,7	19,9	36,1	38,1	52,5	32,4	32,2	27,6	2,0	2,0	1,9
Госпитализация	с хроническим заболеванием	23,1	19,6	14,3	36,7	48,5	58,5	40,1	31,9	27,2	1,8	1,9	1,9
	с нехроническим заболеванием	21,2	19,9	11,4	44,5	47,0	61,1	34,2	33,1	27,5	1,9	1,9	1,8
	для хирургической операции	19,7	24,4	12,6	43,4	46,3	46,1	36,8	29,4	41,3	1,8	2,0	1,7

Таблица 4.13. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Приходилось ли Вам в течение последнего года сталкиваться со следующими явлениями в деятельности медицинских учреждений?» (в % от числа опрошенных)

Явление	Варианты ответа							
	часто				иногда			
	2002	2003	2004	2005	2002	2003.	2004	2005
Очереди	56,9	57,8	62,3	61,9	14,2	15,0	16,1	18,9
Невозможность попасть на прием в удобное время	39,8	42,2	46,1	46,0	21,8	22,0	24,4	29,6
Плохая организация работы регистратур	20,9	17,1	20,5	22,4	18,7	22,5	25,5	34,6
Недостаток информации о работе специалистов, о том, к кому нужно обратиться в случае заболеваний	20,7	18,6	20,7	20,6	16,4	19,8	22,1	30,2
Необходимость оплачивать медицинские услуги, которые должны предоставляться бесплатно	17,4	14,4	16,7	15,9	18,1	22,3	20,3	28,4
Опоздания, нерегламентированные перерывы в работе медработников	17,2	15,5	16,4	19,8	17,9	22,8	25,4	31,2
Хамство, неуважительное отношение к пациентам	15,2	11,8	13,9	14,4	15,9	22,0	24,3	30,4

Таблица 4.14. Распределение ответов на вопрос: «Что, на Ваш взгляд, может способствовать повышению эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений?» (в % от числа опрошенных)

	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.
Повышение квалификации медперсонала	52,9	44,3	49,4	52,7
Внедрение новых технологий	47,9	45,2	49,9	46
Полное обеспечение медикаментами	40,1	37,6	34,8	32,7
Усиление экспертного контроля	16,1	18,5	15,3	15,3
Оплата за качество мед. услуг	15,9	17,2	12,5	11,6
Введение частичной оплаты лечения пациентами	7,9	7,9	5,9	6,9

Таким образом, результаты опроса показывают ухудшение качества обслуживания пациентов практически на всех уровнях оказания медицинской помощи. Население отказывается от различных видов медицинских услуг по причине удаленности медицинского учреждения от места проживания, несвоевременности и некомфортности оказания медицинской помощи.

4.4. Участие населения в финансировании здравоохранительной деятельности

При разработке реформ одной из основных задач считалось обеспечение населения всей страны бесплатным набором медицинских услуг. Однако сейчас, учитывая жестко ограниченные объемы бюджетного и страхового финансирования, необходимо признать целесообразным введение частичной платности услуг в российском здравоохранении. В то же время доступности медицинского обслуживания серьезно угрожают все более заметные различия в экономическом положении населения.

Параллельно с сокращением объема общественного финансирования в России происходит коммерциализация медицинских услуг: доля частных расходов в общем финансировании здравоохранения выросла в период с 1991 по 2000 г. в 12 раз (*табл. 4.15*).

Таблица 4.15. Структура расходов на здравоохранение в РФ (в %)

Источник расходов	1991 г.	1995 г.	2000 г.
Общественное финансирование	97	82	65
Частное финансирование	3	18	35
в том числе:			
- расходы населения на оплату медицинских услуг	2,4	7	13
- расходы на добровольное медицинское страхование	0,6	11	22

Источник: Иванов В.Н., Суворов А.В. Проблемы охраны здоровья населения России // www.gazeta.ru/2002/10/22/zdravoohrane.shtml

Вместе с тем существует дифференциация среди доходных групп населения в отношении расходов на медицинскую помощь. Определено, что на 20% населения с наименьшими доходами и 20% - с наибольшими приходилось, соответственно, 5 и 55% расходов на лекарства. Такая дифференциация указывает на недоступность дорогостоящих лекарств для большей части населения. Что касается платных медицинских услуг, то у малообеспеченной группы населения они составили две трети всех расходов [96]. Кроме того, значение частных средств (официальная и теневая оплата медицинских услуг) в финансировании здравоохранения возрастает, и в такой ситуации отсутствие официально установленной частичной платы за медицинскую помощь, безусловно, нарушает равенство населения в сфере медицинского обслуживания. В России проведен уже ряд исследований, позволяющих оценить распространенность платной медицинской помощи населению (*табл. 4.16*) [86].

Таблица 4.16. Доля пациентов, плативших за получение медицинской помощи (в %)

Исследователь	Место, год	Выборка	Вид медицинской помощи			
			И 11 % н о- н о- с к а я	Д и а г н о с т и к е с к о е и с с л е д о в а н и е	С т а ц и о н а р и е с к а я	С т а ц и о н а р и е с к а я
Ин-т социальных исследований (Москва) Центр межд. здравоохранения Бостонского ун-та	Общероссийская выборка, 1997	3000 домохозяйств	30	-	-	71
ИСЭПН РАН	Таганрог, 1998		22	-	-	60
Кемеровский гос. университет	Кемерово, 1998		18-38	45	84	51
ВЦИОМ	Общероссийская выборка, 1999	1600 чел.	4-20	44	80	34-37
Фонд «Российское здравоохранение»	Новгородская обл., 2000, 2001	1061 чел., 450 домохозяйств	24-18	-	59	46-94
Фонд «ИНДЕМ»	Общероссийская выборка, 1999-2001	2017 чел.	34	-	-	-
Рос. мониторинг экономического положения и здоровья населения	Общероссийская выборка, 2001	4006 домохозяйств, 10976 чел.	10	21	-	15
Центр экономико- социальных исследований	Белгородская, Вологодская, Самарская, Челябинская области, Хабаровский край, Республика Чувашия, 2000-2001	562 чел.	41	36	.	48
ОАО «РОСНО»	Москва, Санкт-Петербург, Саратов, 2000	10000 чел.	81	-	-	-
СПбГУ, Центр исследования проблем гос. и муниципального управления	Санкт-Петербург, 2002	1502 чел.	12*	34	29	18*

* Только услуги врачей.

Источник: Шишкин С.В., Бестремянная Г.Е., Красильникова М.Д. и др. Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет. - М., 2004.

Расходы россиян на здравоохранение складываются из оплаты лекарств, приобретаемых в розничной торговле, оплаты медицинских услуг, предоставляемых медицинскими учреждениями на платной основе, взносов по добровольному медицинскому страхованию (ДМС) и неформальных платежей за медицинскую помощь.

В последние годы стоимость полисов добровольного медицинского страхования и плата за предоставление медицинских услуг растут высокими темпами (табл. 4.17).

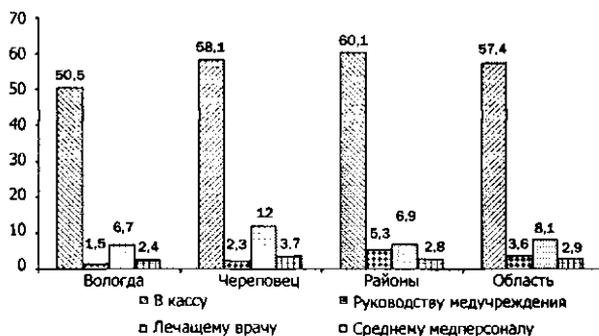
Таблица 4.17. Динамика государственных и частных расходов на российское здравоохранение (млрд. руб., в ценах 2000 г.)

Вид расходов	1993 г.	1994 г.	1995 г.	1996 г.	1997 г.	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.
Государственное финансирование	302,1	277,0	204,5	206,7	235,1	189,1	190,7	203,0	207,3	234,5
ДМС	2,1	3,7	4,2	5,6	7,2	6,3	8,8	12,8	19,4	16,7
Платные медицинские услуги	3,9	5,5	10,2	14,3	19,7	18,9	24,2	27,5	30,9	33,2
Расходы населения на лекарства	-	28,4	40,6	45,8	68,2	43,5	60,2	70,1	92,3	102,2

Источник: Шишкин СВ., Бестремянная Г.Е., Красильникова МД и др. Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет. - М., 2004.

По данным опроса, проведенного авторским коллективом в Вологодской области в 2005 г., на необходимость оплаты медицинских услуг указывают 77% из числа респондентов, в том числе ежемесячно расходуют средства на лечение 22%. При этом оплачивали лечение, внося деньги в кассу учреждения, 57% опрошенных, неофициальную оплату услуг производили 11% (рис. 4.9). Расход средств населения области на медицинские услуги представлен в таблице 4.18.

Рис. 4.9. Оплата медицинской помощи населением области в 2005 г. (по месту жительства, в % от числа опрошенных)



Из числа респондентов 62% отказывались от медицинских услуг по причине их платности, при этом чаще всего - от стоматологической помощи и диагностических обследований (табл. 4.19). Это свя-

Таблица 4.18. Распределение ответов на вопрос: «Если Вы расходовали средства на лечение, то на что и на какую сумму?» (средние затраты в руб., 2005 г.)

Вид затрат	Вологда	Череповец	Районы	Область
Ма приобретение лекарств для амбулаторного лечения	599	1 263	652	815
Ма приобретение лекарств для лечения в стационаре	677	701	547	621
На оплату операций	7153	4160	1185	3 436
На оплату лечебных процедур	942	1 780	519	1064
На разовую оплату лечения	2197	1 883	706	1709

зано с недостаточным перечнем медицинских услуг, заложенным системой обязательного медицинского страхования и областной программой государственных гарантий в этих сферах помощи.

Таблица 4.19. Распределение ответов на вопрос: «Бывали или нет в течение последнего года случаи, когда Вам приходилось отказываться от следующих медицинских услуг по причине их платности?» (в % от числа опрошенных в 2005 г.)

Вид помощи	Часто	Иногда
Вызов скорой неотложной помощи	5,3	9,9
Вызов врача на дом	1,7	11,0
Лечение и удаление зубов	15,4	26,5
Обращение к врачу в поликлинику	1,9	14,2
Диагностическое обследование	8,1	18,6
Амбулаторное лечение	3,6	17,2
Протезирование зубов	11,4	19,4
Госпитализация	для хирургической операции	1,4
	с нехроническим заболеванием	1,9
	с хроническим заболеванием	2,3
Консультация по беременности и родам	2,1	10,3

По данным проведенного исследования, 78% населения пользуется полисом обязательного медицинского страхования (ОМС) и лишь 5% - полисом добровольного медицинского страхования (ДМС).

Льготное (бесплатное) получение лекарств. Трудности с приобретением лекарств отметил 41% опрошенного населения, наиболее актуальна эта проблема в районах области. Основной причиной возникновения трудностей были высокая стоимость лекарств и частое отсутствие их в аптеках (*табл. 4.20*).

Льготу на бесплатное получение лекарств имеют 29% опрошенных. Треть из них указывают на частое отсутствие в аптеках лекарств по бесплатным рецептам, что вынуждает 28% льготников приобретать препараты за полную стоимость и 15% - отказываться от их

Таблица 4.20. Распределение ответов на вопрос: «Каковы причины трудностей в приобретении лекарств, назначенных врачом?» (в % от числа опрошенных, без учета затруднившихся ответить)

Причина трудностей	Вологда	Череповец	Районы	Область
Высокая стоимость лекарств	69,4	59,3	52,0	57,2
Отсутствие лекарств в аптеке	22,6	38,9	46,2	39,6
Отказ аптеки выдать лекарство бесплатно при наличии рецепта	9,7	6,2	13,9	11,4
Отказ врача в выписке рецепта на приобретение лекарств бесплатно	5,6	6,2	3,6	4,6

приобретения. Особенно сложная ситуация с обслуживанием бесплатных рецептов наблюдается в районах области.

Таким образом, дифференциация доходов населения обуславливает неравномерный доступ к услугам здравоохранения. Так, платными медицинскими услугами пользуются 75% жителей области, относящих себя к категории «богатых», в остальных категориях этот показатель колеблется от 25 до 33%. От этих же условий зависит возможность приобретения полиса ДМС: среди богатых им пользуются 37%, среди людей со средним достатком - 6%, среди считающих себя бедными - 4%. В то же время 55% опрошенных желали бы приобрести полис ДМС при двух-трехкратном увеличении доходов. Высокая доля (16%) затруднившихся ответить на вопрос о необходимости иметь полис ДМС указывает на то, что население не придает серьезного значения охране своего здоровья и гарантиям повышения качества медицинского обеспечения.