

# ЗДОРОВЬЕ И ОБЩЕСТВО

## 1.1

### ЗДОРОВЬЕ: ПОНЯТИЕ И ПРИЗНАКИ

**Критерии здоровья.** Во все времена здоровье человека являлось естественной, абсолютной и непреходящей ценностью, величайшим благом, основой и условием всей жизни. Поэтому здоровью населения уделяется существенное внимание во многих исследованиях медико-экономического характера.

В настоящее время общепринятая трактовка понятия «здоровье» отсутствует. Разнообразие взглядов в значительной степени объясняется тем, что существующие определения здоровья основываются на разных критериях. Наиболее часто используются следующие критерии:

- психосоматическое состояние человека;
- субъективная или объективная оценка здоровья;
- способность индивида осуществлять присущие ему биологические и социальные функции.

Применение первого критерия (противопоставления двух качественно различных психосоматических состояний человека — нормального физиологического и патологического состояния) приводит к возникновению таких понятий, как «болезнь» или «неудовлетворительное здоровье».

Подобный подход представляется недостаточно продуктивным, так как в его рамках здоровье и болезнь выглядят статичными состояниями в своей полярности. Между тем в действительности каждое из них имеет определенную динамику. Кроме того, между ними наблюдаются переходные стадии. В частности, при таком подходе из анализа исключается состояние так называемой предболезни. Однако и концепция предболезненных, преморбидных (термин 20—30 годов), или донозологических, состояний не дает единства определе-

ний и классификаций: ряд исследователей считает его началом патологического процесса, другие — процессом болезни<sup>1</sup>.

На наш взгляд, также нет достаточных оснований использовать при определении понятия «здоровье» такой критерий, как субъективная или объективная оценка здоровья.

В первом случае «быть здоровым» означает отсутствие субъективных жалоб при ощущении полноты физических и духовных сил. Такой подход к здоровью восходит, как известно, к временам древности. Еще Гиппократ определял здоровье как субъективно-психологическое ощущение человека. Целесообразность использования такого субъективного критерия оценки здоровья вызывает определенные сомнения. Целый ряд заболеваний (наряду с происходящими патологическими изменениями внутренней среды организма) может протекать без отрицательных субъективных ощущений даже на поздних стадиях патологического процесса (например, в случае заболеваний репродуктивной сферы). Вместе с тем недоучитывать субъективных ощущений человека, конечно, нельзя, поскольку часто они лежат в основе истории развития заболеваний (анамнеза) — важнейшего первичного источника необходимой информации для раннего распознавания болезненных состояний и своевременного принятия лечебно-диагностических мер.

При использовании только объективных оценок функционального состояния человеческого организма здоровье определяется как нормальное физиологическое состояние оптимального приспособления к требованиям окружающей среды, а болезнь — как функциональная (органическая) недостаточность (нарушенной) приспособляемости. Применение такого определения требует учета и качественных, и количественных характеристик потенциала здоровья. Сегодня речь идет о количественном измерении соответствующих параметров структур и функций отдельных органов и систем человеческого организма в целом, которые характеризуют состояние здоровья («норма») или степень патологического нарушения. Однако без учета возможностей организма к обеспечению разнообразных (в том числе социальных) функций изложенный подход остается неполным и не позволяет реализовать критерии стандартизации и принцип доказательной медицины.

Использование такого критерия, как способность индивида осуществлять присущие ему биологические и социальные функции, в том числе выполнение общественно полезной деятельности, пред-

---

<sup>1</sup> См.: Степанов А. Д. Норма, болезнь и вопросы здравоохранения. Горький, 1975.

определило возникновение понятия «практически здоровый человек». При этом наличие в организме патологических изменений существенно не сказывается на самочувствии человека, его работоспособности. Однако в этом случае не учитывается цена, которую платит организм человека за поддержание его в работоспособном состоянии. Иногда цена может быть настолько высока, что самые серьезные последствия и для здоровья, и для работоспособности «практически здорового человека» наступают довольно быстро.

Анализ существующих концепций показывает, что попытки использовать при определении здоровья единый интегральный критерий не оправдывают себя. Диалектика процессов, протекающих в столь сложной системе как организм человека, а также системные принципы подхода к их изучению требуют разработки и использования комплексных критериев при оценке состояния здоровья. В число этих показателей должны включаться субъективные, объективные, функциональные (например, способность осуществления социально значимого набора действий), физиологические (например, изменение хронического характера болезни) показатели. Такой подход обладает определенной многогранностью, позволяющей охватить основные, часто даже скрытые потенциальные характеристики категории здоровья.

**Определение здоровья.** Наиболее распространенным определением здоровья является следующее: *здоровье населения* — это свобода от ограничения качества жизни вследствие снижения социальной, физической, психической, функциональной деятельности или вследствие боли. Такое определение используется во многих нормативных документах здравоохранения, в том числе в материалах ВОЗ. Мы считаем его принципиально верным, но не исчерпывающим. Прежде всего потому, что в нем доминирует исключительно медицинский аспект. По нашему мнению, такой подход к определению здоровья не позволяет рассматривать его с позиций социально-экономической категории, оказывающей активное воздействие на систему общественного воспроизводства в целом.

## 1.2

### ЗДОРОВЬЕ В СИСТЕМЕ ОБЩЕСТВЕННЫХ ПОТРЕБНОСТЕЙ

**Потребность в здоровье.** Реализация человеческих потребностей является целью любой экономики.

*Потребность* — это необходимость в чем-либо объективно насущном для поддержания жизнедеятельности и развития организ-

ма, человеческой личности, социальной группы, общества в целом. Потребности делят на многие виды: биологические, свойственные животным и человеку, социальные, экономические и др. Приоритетное место среди человеческих потребностей занимает потребность в здоровье — основа существования человека. Весьма показательно, что с ростом благосостояния людей (удовлетворением их первичных потребностей в пище, жилье и т. п.) в индивидуальном и общественном сознании всегда закономерно возрастала и степень относительной ценности здоровья.

Различают насыщаемые и ненасыщаемые потребности. Многие потребности людей насыщаемы. Например, человеку достаточно потреблять в день пищевой рацион с калорийностью, составляющей 2600 ккалорий. Потребление сверх этого порога насыщения не только избыточно, но и вредно. А вот потребность в знаниях и умениях ничем не ограничена. Что касается потребности в здоровье, то она, на наш взгляд, является насыщаемой. Например, безболезненное состояние человека, организм которого нормально выполняет присущие ему биологические и социальные функции, условно можно назвать «нормой здоровья». Соответственно насыщением потребности в услугах и товарах медицинского назначения следует считать возможность получения их в количестве и составе, времени и месте, которые определяются состоянием здоровья людей и объективно необходимыми средствами его поддержания. В то же время качество методов и средств лечения, научные познания о здоровье человека не ограничены заранее заданным пределом.

**Классификация потребностей в здоровье.** Потребность в здоровье носит всеобщий характер. Можно выделить следующие виды потребностей в здоровье: индивидуальная, семейная, коллективная (групповая) и общественная. Указанные виды потребностей в здоровье взаимосвязаны и взаимозависимы. Им присущи как общие черты, так и определенная специфика, которую необходимо учитывать при формировании политики охраны и укрепления здоровья населения.

*Индивидуальная потребность в здоровье* образует основу всей системы потребностей в здоровье. Состояние здоровья отдельного человека есть та элементарная ячейка, из которой складывается уровень здоровья семей, отдельных социальных групп, населения региона, общества в целом. Потенциал здоровья отражается на всех сферах жизнедеятельности человека. Оно является ресурсом, от величины которого зависят возможности удовлетворения практически всех потребностей индивида. В связи с этим отношение к собственному здоровью, способность обеспечить индивидуальную профилактику его нарушений, сознательная ориентация на гигиениче-

ски оправданный способ жизнедеятельности отражают не только уровень санитарно-гигиенической грамотности человека, но и уровень его общей культуры.

*Семейные потребности в здоровье* могут превосходить сумму личных потребностей каждого члена семьи. Нередко возникают проблемы здоровья и его охраны, относящиеся к семье в целом (наследственная патология, инфекционные заболевания).

*Коллективная (групповая) потребность в здоровье* формируется на уровне отдельных хозяйствующих субъектов экономики. В современной экономике роль человека становится приоритетной, поэтому руководители организаций заинтересованы в персонале, обладающем хорошим здоровьем, активно участвующем в трудовой деятельности.

*Общественная потребность в здоровье* отражает интересы общества в целом. Будучи важнейшим свойством трудовых ресурсов, здоровье, наряду с другими качественными характеристиками рабочей силы (образованием, квалификацией), оказывает существенное влияние на темпы социально-экономического развития общества.

«Пирамида потребностей» и здоровье. Обычно потребности людей принято ранжировать, устанавливая меру важности, значимости той или иной группы потребностей в общей иерархии, часто именуемой «пирамидой потребностей». Социологи, как правило, помещают в вершину такой пирамиды потребность людей в самореализации, самовыражении, самоутверждении. В основании же пирамиды находятся физиологические потребности, рассматриваемые как простейшие, не столь значимые и важные. При этом потребность в здоровье не выделяется как самостоятельная, а включается в потребность в безопасности и помощи. Если исходить из того, что потребность в здоровье, его охране и укреплении носит жизненно важный характер, без которой удовлетворение других потребностей не может быть реализовано, то эта потребность заслуживает самого высокого уровня. Но так как здоровье в большой степени определяется заложенным от рождения потенциалом, люди, как правило, не считают его высшей ценностью до тех пор, пока потребность в нем не становится адекватной потребности в жизни. Лишь по мере потери здоровья приходит осознание того, что физическое и духовное здоровье — основная, главная жизненная ценность в системе человеческих потребностей.

**Потребность в здоровье в современном обществе.** Здоровье — важнейший фактор общественного развития во всех экономических системах. Однако наибольшую значимость потребность в здоровье имеет в странах с социально ориентированной рыночной экономикой. Это наиболее развитая форма рыночной экономики, в ко-

торой принцип свободы, рыночного хозяйствования сочетается с социальным порядком и социальным прогрессом<sup>1</sup>. В настоящее время данная модель экономики свойственна наиболее развитым странам рыночной экономики. Основная цель социальной рыночной экономики — достижение максимально высокого уровня качества жизни населения, составной частью которого является сохранение и укрепление здоровья. В условиях социально ориентированной рыночной экономики потребность в здоровье становится системообразующим фактором, а сама экономическая система по-нуждает человека к укреплению своего индивидуального здоровья.

В российском законодательстве отражены принципы, свидетельствующие о социальной направленности экономики. В частности, статья 7 Конституции России гласит: «Российская Федерация — социальное государство, политика которого направлена на создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека. В Российской Федерации охраняется труд и здоровье людей, устанавливается гарантированный минимальный размер оплаты труда, обеспечивается государственная поддержка семьи, материнства, отцовства и детства, инвалидов и пожилых граждан, развивается система социальных служб, устанавливаются государственные пенсии, пособия и иные гарантии Социальной защиты». Таким образом, российское государство несет ответственность за здоровье своих граждан, и эта ответственность требует выполнения соответствующих социальных, экономических и медико-санитарных мероприятий. В нашем законодательстве есть и другие формулировки, декларирующие потребность в сохранении и укреплении здоровья населения, подтверждающие социальную ориентированность экономической политики.

Однако на практике органам государственной власти не всегда удается достигнуть декларируемых целей. Во многом это объясняется второстепенным подходом к здоровью, недооценке его места и роли в российском обществе, частными интересами отдельных групп чиновников, выдающими их за интересы государства. Проблема

---

<sup>1</sup> Концепция социально ориентированной рыночной экономики наиболее подробно разработана в Германии такими учеными, как А. Мюллер-Армак, А. Рюстов, В. Рёпке, Л. Эрхард, Ж. Ламперт. См.: Ламперт Ж. Социальная рыночная экономика: Германский путь. М.: Дело, 1999; Эрхард Л. благосостояние для всех. М., 1991; Эрхард Л. Полвека размышлений: Речи и статьи. М., 1993. О становлении и развитии социально ориентированной рыночной экономики в российских условиях см.: Юрьева Т. В. Социальная экономика: Учебник для вузов. М: Дрофа, 2001

улучшения здоровья населения — это прежде всего проблема изменения ценности здоровья как в системе ценностей всего общества, так и в системе ценностей личности. Сегодня в России медицинская помощь социокультурно представляет собой в большей степени категорию абстрактного гуманизма, чем категорию экономическую.

### 1.3 ЗДОРОВЬЕ - ОСОБЫЙ ВИД КАПИТАЛА

**Понятие человеческого капитала.** Капитал — одна из определяющих экономических категорий. Под *капиталом* понимается сумма материальных, денежных и интеллектуальных средств, используемых в процессе экономической деятельности. Известно и более узкое определение капитала. В бухгалтерском учете капиталом считаются все активы (средства) организации. По функциональному назначению капитал делят на реальный, воплощенный в факторах производства, и денежный. В свою очередь, реальный капитал разделяется на основной и оборотный (или основные и оборотные фонды).

Нередко капитал делят по сферам его применения: промышленный, торговый, финансовый и т. д. В настоящее время многие ученые более широко подходят к пониманию капитала и не ограничивают его только материально-вещественным содержанием. Учитывая возрастающую роль человека в современном обществе, представляется целесообразным и обоснованным выделение особого вида капитала, который именуется «человеческим капиталом»<sup>1</sup>. Под *человеческим капиталом* понимаются воплощенные в рабочей силе здоровье, образование, квалификация. В соответствии с этой теорией состояние здоровья человека определяет размер его «человеческого капитала». Например, чем выше уровень здоровья гражданина, тем соответственно больше его «человеческий капитал». Концепция «человеческого капитала» обосновывает необходимость инвестиций в здоровье человека. Работник, обладающий высоким уровнем здоровья, вносит больший вклад в собственную и национальную «копилку», способен решать важнейшие социально-экономические проблемы.

Недооценка места и роли здоровья на различных уровнях хозяйствования чревата негативными социально-экономическими последствиями. К ним относится уменьшение общей продолжительности жизни, рождаемости, рост заболеваемости, травматизма и др. Все это

---

<sup>1</sup> Основные положения концепции «человеческого капитала» разработаны в 60-е годы XX века в США так называемой «чикагской школой» (Г. Беккер, П. Бовен, Э. Хансен и др.).

способствует падению уровня и качества жизни населения, замедлению темпов социально-экономического развития общества в целом.

Индивидуальное здоровье граждан. Образ жизни и стиль поведения людей нередко отражаются на индивидуальном здоровье граждан. От показателей индивидуального здоровья зависит сама возможность приобщения человека к труду, уровень его материального благосостояния и общественной реализации. Индивидуальное здоровье определяет возможность людей проводить досуг, пользоваться достижениями культуры и искусства, науки и техники. В современном обществе личное здоровье человека — состояние его полного физического, психического и социального благополучия — неизбежно становится фактором, всецело определяющим уровень человекоотдачи и комфортность его существования в обществе. В условиях рыночных отношений усиливается объективная необходимость обращения человека к собственному здоровью как к первооснове своей жизнедеятельности.

Учеными неоднократно предпринимались попытки оценить индивидуальное здоровье с позиций «затраты — доходы». В частности, известный экономист и деятель здравоохранения К. Уинслоу (США) в книге «Цена здоровья»<sup>1</sup> и других работах рассчитал в денежном эквиваленте (долларах США) на примере среднего американца размер расходов, идущих на его воспитание и образование, медицинскую помощь, и отдачу, которую он возвращает семье и обществу своим трудом. Расчеты К. Уинслоу показывают, что до 20-летнего возраста расходы (убыток) составили в масштабе цен того времени примерно 20 тыс. долларов. К сорока годам расходы стали компенсироваться. К шестидесяти годам «доход» составил примерно 20 тыс. долларов — такова в среднем цена здоровья и дивидендов, возрастающих от труда людей здоровых и уменьшающихся у людей больных.

Разумеется, такие расчеты очень приблизительны, так как объективно и полно подсчитать все вложения в «человеческий капитал» сложно. Последние оценки определяют суммарную величину денежного эквивалента «человеческого капитала», необходимого для свободного развития человека, в пределах 1,5—1,6 млн долларов США<sup>2</sup>.

Обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья — одно из основных прав каждого человека без различия расы, рели-

---

<sup>1</sup> См.: Уинслоу К. Цена здоровья. Женева, ВОЗ, 1951.

<sup>2</sup> См.: Доклад о развитии человека за 1998, 1999, 2000 гг. Нью-Йорк, Оксфорд, UNDP; Бушуев В. В., Голубев В. С. Индексы социоприродного развития России и стран мира// Общественные науки и современность. 2001. № 5.



гии, политических убеждений, экономического или социального положения. В отношении здоровья все граждане имеют равные права, равные обязанности и равную ответственность. Задача — здоровье для всех — подтверждена 51-й Всемирной ассамблеей здравоохранения (май, 1998), которая положила соответствующий доклад в основу для разработки будущей политики ВОЗ и различных государств.

**Здоровье нации.** Состояние здоровья населения на макроуровне характеризует *здоровье нации*, или *общественное здоровье*. Здоровье нации как интегральный показатель определяется на основе учета половозрастных, социальных и профессиональных групп людей, проживающих на определенной территории и формирующих в конечном итоге здоровье всего населения. Исходной «клеточкой» общественного здоровья является здоровье отдельного человека (индивидуума, личности).

Состояние здоровья нации влияет на количественную и качественную характеристику трудовых ресурсов, социальную, экономическую и трудовую активность населения. Последние, в свою очередь, оказывают непосредственное воздействие на уровень важнейших макроэкономических показателей (ВВП, национальный доход и др.).

Здоровье нации — один из важнейших факторов, который определяет и национальную безопасность страны, и ее национальное богатство. Здоровье народа является не только целью, но и одним из основных условий для современного экономического роста.

Признание здоровья как высшего национального приоритета государства находит все большее понимание и поддержку у российского руководства: Президент Российской Федерации В. В. Путин отметил, что в современных условиях охрана здоровья — это проблема государственного масштаба<sup>1</sup>.

## 1.4

### ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

**Стандарт и сертификат здоровья.** Практическая и научная значимость комплексной оценки состояния здоровья нации в современных условиях постоянно возрастает. При этом оценке подлежат как здоровье населения в целом и его групп, так и здоровье отдельных граждан

<sup>1</sup> См.: Путин В. В. Не будет ни революций, ни контрреволюций: Послание Президента РФ Федеральному Собранию РФ // Российская газета. 2001.4 апреля

Чрезвычайно важную роль для оценки здоровья играет стандарт здоровья — интегральный стандартизованный показатель здоровья популяции. С одной стороны, стандарт здоровья отражает динамику развития потенциала здоровья популяции, демонстрируя степень эффективности функционирования национальной системы здравоохранения, с другой — характеризует социоэкологические условия окружающей среды.

К важнейшим задачам органов здравоохранения, страховых медицинских и лечебно-профилактических организаций относится прогнозирование предстоящих заболеваний и планирование на этой основе профилактических мероприятий. Обобщенная информация о здоровье человека (в основном определяется его биопатотипом) и лечебно-оздоровительных программах, крайне необходимая как самому человеку, так и организациям здравоохранения, страховым компаниям, содержится в «Сертификате здоровья человека». Сопоставление сведений о состоянии здоровья человека, содержащихся в его «Сертификате здоровья», с единым для всех представителей данной популяции стандартом здоровья позволяет определить объем, направление и скорость изменения потенциала здоровья этого конкретного индивида.

Необходимо отметить, что оценка состояния здоровья имеет как демографический, так и экономический аспект. Их оценка производится посредством соответствующих показателей. Рассмотрим их.

**Демографические показатели здоровья населения.** К числу важнейших показателей, характеризующих демографический аспект здоровья населения страны и отдельных ее регионов, относятся следующие показатели: уровень смертности, интенсивность смертности, ожидаемая продолжительность жизни на момент рождения, удельный вес пожилых людей в структуре населения и др. Они рассчитываются следующим образом.

*Уровень смертности* в изучаемом регионе:

$$S = \frac{\sum_{t=0}^T P_t \cdot R_t}{R_{\Sigma}}$$

*Интенсивность смертности:*

$$\mu_t = Q + F \cdot e^{\beta t}$$

*Ожидаемая продолжительность жизни на момент рождения* (число лиц, имеющих шанс дожить до возраста N):

$$T = \frac{1}{2} R_0 + \sum_{t=0}^{N-1} R_t + \frac{1}{2} R_N.$$

Удельный вес пожилых людей в структуре населения изучаемого региона:

$$\eta = \frac{R_t}{R_\Sigma}$$

Где  $P_t$  — характерная для изучаемого региона вероятность смерти в возрасте  $t$  ( $t = 0, T$ , где  $T$  — верхний предел продолжительности человеческой жизни);

$R_t$  — число жителей данного региона в возрасте  $t$ ;

$R_\Sigma$  — число лиц пенсионного возраста;

$R_\Sigma$  — общая численность населения данного региона;

$Q$  — постоянная компонента показателя интенсивности смертности;

$QQF$  — коэффициент при переменной части показателя интенсивности смертности;

$F \cdot e^{bt}$  — параметр, характеризующий степень экспоненциальной зависимости интенсивности смертности от возраста людей.

Что касается уровня рождаемости, то последний не зависит от возрастного состава населения и характеризует средний уровень рождаемости в данный календарный период, соответствующий стадии демографического и социально-экономического развития общества в определенный исторический период.

*Общий коэффициент рождаемости (ОКР)* рассчитывается как отношение соответствующего числа родившихся живыми в течение календарного года к среднегодовой численности наличного населения. Среднегодовая численность населения равна средней арифметической из величины численности населения на начало данного и начало следующего года (обычно представляется на 1000 человек населения).

*Суммарный коэффициент рождаемости (СКР)*<sup>1</sup> показывает, сколько в среднем детей родила бы одна женщина на протяжении всего репродуктивного периода (15—49 лет).

**Экономические показатели оценки здоровья населения.** В условиях рыночной экономики практическое значение для определения приоритетных проблем охраны, поддержания и укрепления здоровья нации имеет экономический аспект его оценки.

Как уже отмечалось, экономический эффект от состояния здоровья населения проявляется в основном косвенно, посредством увеличения объема национального производства, через изменение важ-

---

<sup>1</sup> См.: Демографический ежегодник России: Статистический сборник. Официальное издание. Госкомстат РФ. М., 2001

нейших макроэкономических показателей. При расчете экономических показателей здоровья большое теоретическое и практическое течение имеет методология, разработанная еще в 30-е годы XX века академиком С. Г. Струмилиным. Она основана на определении вклада здравоохранения в изменение основных макроэкономических показателей. По его данным, на каждые 100 рублей, затрачиваемых на здравоохранение, создается 220 рублей национального дохода. Сокращение смертности и повышение средней продолжительности жизни в бывшем СССР за 10 лет, по расчетам С. Г. Струмилина, составляли в ценах того времени не менее 10 млрд рублей — сумма, которая превышала бюджет здравоохранения<sup>1</sup>.

Экономическая оценка здоровья производится также и с точки зрения получения экономического эффекта в результате проведенных мер, направленных на улучшение охраны здоровья (снижение заболеваемости с временной нетрудоспособностью, снижение интенсивности, сохранение жизни ребенка, взрослого человека). Для этих целей рассчитываются следующие экономические показатели.

Экономический эффект от снижения заболеваемости с временной нетрудоспособностью ( $\mathcal{E}_{\text{вн}}$ ) по отдельным регионам и в целом По стране вычисляется по формуле:

$$\mathcal{E}_{\text{вн}} = Y_{\text{б}} - Y_{\text{р}},$$

где  $Y = C_{\text{л}} + C_{\text{б}} + D_{\text{н}}$  — экономические потери от заболеваемости соответственно в базисном ( $Y_{\text{б}}$ ) и расчетном ( $Y_{\text{р}}$ ) периодах;

$C_{\text{л}}$  - затраты на лечение больных;

$C_{\text{б}}$  - социальные пособия по болезни;

$D_{\text{н}}$  - недопроизведенный внутренний валовой продукт.

Таким образом, в структуре экономических потерь от заболеваемости отчетливо выделяются две ее главные составляющие:

- прямые расходы, связанные с оказанием медико-социальной (санитарной, медицинской, лекарственной, социальной и др.) помощи населению страны (включая социальное страхование и социальное обеспечение);
- прямые экономические потери от недопроизводства ВВП.

---

<sup>1</sup> См. работы С. Г. Струмилина: Избранные произведения. М.: Наука, 1968; О закономерностях воспроизводства населения. М.: 1958; Статистика и экономика. М.: Наука, 1979 и др.

Экономический эффект от снижения заболеваемости в пересчете на одного работающего ( $\mathcal{E}_{\text{вн}}^1$ ) и в целом по стране ( $\mathcal{E}_{\text{вн}}$ ) можно определить следующим образом:

$$\mathcal{E}_{\text{вн}}^1 = C_{\text{л}}^1 \cdot \delta t_{\text{к}} + (C_{\text{б}}^1 + D^1) \cdot \delta t_{\text{р}} \text{ и } \mathcal{E}_{\text{вн}} = \mathcal{E}_{\text{вн}}^1 \cdot P,$$

где  $C_{\text{л}}^1$  — стоимость лечения одного больного в течение одного календарного дня;

$C_{\text{б}}^1$  — среднее пособие по временной нетрудоспособности;

$D^1$  — добавленная стоимость, создаваемая одним работником за один рабочий день;

$\delta t$  — среднее сокращение периода временной нетрудоспособности

$\delta t_{\text{р}}$  — в рабочих днях,  $\delta t_{\text{к}}$  — в календарных днях);

$P$  — общая численность работников, занятых в экономическом производстве страны.

Оценка финансовых результатов, полученных за счет снижения уровня инвалидности ( $\mathcal{E}_{\text{и}}$ ) проводится с использованием следующего соотношения:

$$\mathcal{E}_{\text{и}} = Y_{\text{и}}^{\text{б}} - Y_{\text{и}}^{\text{р}},$$

где  $Y_{\text{и}} = (P_{\text{и}} + C_{\text{ли}}^1 + C_{\text{ки}}^1 + D_{\text{и}}^1) \cdot \Delta T_{\text{и}}^1 \cdot \text{и}$  — потери от инвалидности соответственно в базисном  $Y_{\text{и}}^{\text{б}}$  и расчетном  $Y_{\text{и}}^{\text{р}}$  периодах;

$P_{\text{и}}$  — среднегодовой размер пенсии по инвалидности;

$C_{\text{ли}}^1$  — дополнительные затраты на лечебно-профилактическое обслуживание одного инвалида в течение года;

$C_{\text{ки}}^1$  — предусмотренные законодательством льготы и компенсации инвалидам (в денежном эквиваленте в среднем в год на одного инвалида);

$D_{\text{и}}^1$  — среднегодовая недопроизведенная добавленная стоимость на один случай инвалидности;

$\Delta T_{\text{и}}^1$  — среднее число потерянных рабочих лет на один случай инвалидности;

$\text{и}$  — общее число инвалидов в стране.

Достаточно часто проводятся расчеты экономических эквивалентов трудовых дней и их потери вследствие нетрудоспособности по болезни и другим причинам. По данным Ю. П. Лисицына, потери российского общества в 1996 году вследствие преждевременной

смерти до 70 лет, заболеваемости с потерей трудоспособности и инвалидности составляют примерно 450 трлн рублей: от заболеваний с временной потерей трудоспособности — примерно 4,0 трлн рублей; от первичной инвалидности — около 3,0 трлн рублей<sup>1</sup>.

Осуществляются расчеты *общей стоимости «груза болезней»*. Так, по данным В. П. Корчагина, стоимость «груза болезней» в России в 1993—1996 годах возросла на 20% (табл. 1.1). Рост происходил в основном за счет увеличения более чем на четверть расходов, относящихся к категории не прямых экономических потерь, обусловленных прежде всего инвалидностью граждан трудоспособного возраста (прирост 78%).

Таблица 1.1

**Стоимость «груза болезней» в России в 1993—1996 годах  
в текущих ценах (трлн руб.)<sup>2</sup>**

	1993	1994	1995	1996
Прямая стоимость:				
• расходы на медицинское обслуживание населения	5,7	22,1	62,4	81,1
• социальные трансферты, обусловленные динамикой здоровья россиян	2,2	8,4	19,9	29,1
Итого прямая стоимость	7,9	30,5	82,3	110,2
Непрямая стоимость:				
• из-за преждевременной смертности населения	6,9	27,2	72,3	97,3
• из-за инвалидности	5,8	22,1	80,7	135,7
• из-за временной нетрудоспособности	6,4	22,7	61,8	83,7
Итого непрямая стоимость	19,1	72,0	214,8	316,7
Общая стоимость:				
Всего	27,0	102,5	297,1	426,9
В % к ВВП	15,74	16,78	18,22	18,92

<sup>1</sup> См.: Лисицын Ю. П. Концепция человеческого капитала: Медико-экономический аспект//Экономика здравоохранения. 1998. №2. С. 12-18.

<sup>2</sup> С 1993 по 1996 год число неработающих инвалидов в стране увеличилось почти на 2/3 и составило почти 4 млн человек.

Согласно расчетам В. П. Корчагина, выполненным по методике Г. Х. Харисова (1993), в 1996 году стоимость жизни одного среднестатистического россиянина выражалась суммой в 610 млн рублей<sup>1</sup>. Соответственно стоимость всех преждевременно потерянных в 1996 году человеческих жизней<sup>2</sup> должна оцениваться в 1090 трлн рублей<sup>3</sup>.

Экономическая оценка здоровья производится также и с точки зрения ущерба, который общество может понести в результате его снижения.

Необходимо отметить, что расчеты экономической оценки здоровья населения в ряде случаев очень приблизительны. Это связано с тем, что экономический эффект от уровня здоровья населения не всегда поддается количественному выражению и зависит от состояния самой экономики. Вместе с тем, несмотря на некоторые сложности, представляется необходимым вести активный поиск в области методологии и методов экономической оценки уровня здоровья населения. Это позволит определить реальное влияние уровня здоровья населения на решение важнейших социально-экономических проблем современного общества.

## 1.5

### ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ И ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ

**Общие закономерности количественного роста населения Земли.** По мере развития общества здоровью населения, непосредственно связанным с ним демографическим аспектам уделяется все большее внимание. М. В. Ломоносов в статье «О сохранении и размножении русского народа» (1761) писал: «Начало сего полагаю самым главным делом: сохранением и размножением русского народа, в чем состоит величество, могущество и богатство всего государства, а не в обширности, тщетной без обитателей»<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> См.: Корчагин В. П. Финансовое обеспечение здравоохранения. М.: Эпидавр, 1997.

<sup>2</sup> В данном контексте к преждевременной смерти относится смерть людей, не достигших пенсионного возраста (мужчин — до 60 лет, женщин — до 55 лет).

<sup>3</sup> В этот период почти 50% ВВП.

<sup>4</sup> Ломоносов М. В. О сохранении и размножении русского народа // Избранные произведения. М.: Наука, 1986. Т. 2. С. 130.

Данное высказывание великого русского ученого в наши дни становится все более актуальным.

Достижения современной науки позволяют с достаточно высокой степенью точности утверждать, что общая численность населения Земли в год Рождества Христова равнялась 100 млн человек<sup>1</sup>.

Сегодня такое количество людей прибывает в мире чуть более чем за год. Максимальный пик относительной скорости прироста мирового населения был зарегистрирован в 60-х годах XX века, когда он составлял 2,1% в год. В 2000 году этот показатель снизился до 1,38 %. В настоящее время население Земли превышает 6 млрд человек (рис.1.1) и в целом уже находится во второй отрицательной составляющей роста, когда он продолжается, но уже со снижающейся скоростью.

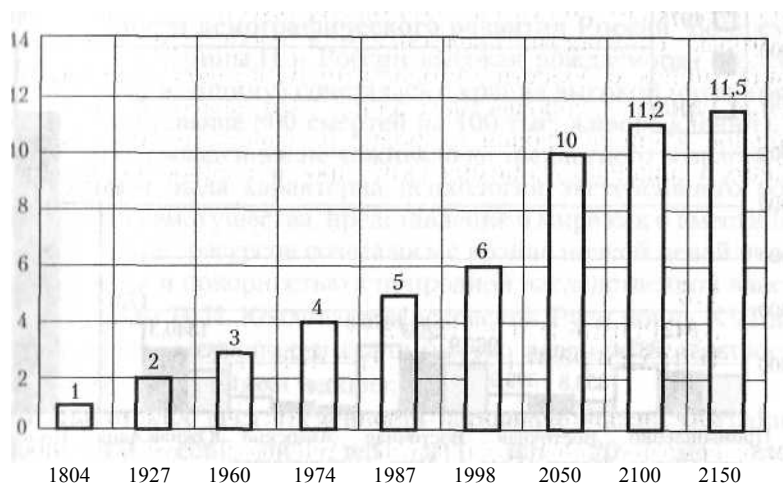


Рис. 1.1. Численность населения Земли (млрд чел.)

**Демографический переход.** На определенном этапе своего развития любой народ (нация, объединенная государством, территорией, языком, хозяйственной деятельностью и типом культуры) совершает *демографический переход*. Это переход от сверхвысокой рождаемости и сверхвысокой смертности через высокую рождаемость и снижение смертности (когда происходит увеличение абсолютной численности населения и удельного веса трудоспособного населения) к предельному, стабильному населению с низкой

<sup>1</sup> См.: Капица С. П. Теория роста населения Земли. М.: МФТИ



рождаемостью и высокой продолжительностью жизни. Демографический переход сопровождается снижением абсолютной численности, «старением» коренного населения. Возможная компенсация количественных потерь происходит за счет миграционного притока представителей других, демографически более молодых национальностей, преимущественно репродуктивного, работоспособного возраста. Так, в 1956 году численность населения Европы составляла 16% от общей численности планеты, в 1970 году — 9%, а к 2015 году доля европейцев в общей массе землян может сократиться до 7%, что произойдет за счет более высокого естественного прироста населения других, демографически более молодых регионов (рис. 1.2).

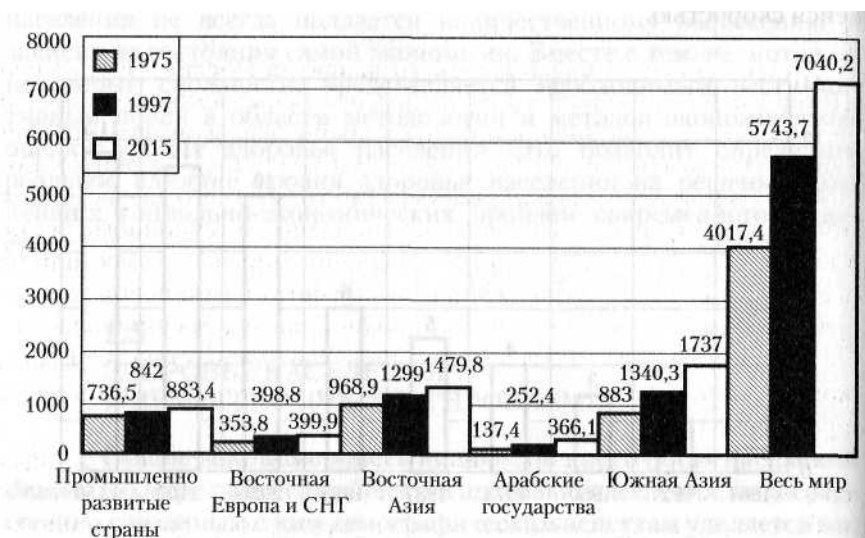


Рис. 1.2. Динамика роста численности населения основных регионов мира

Согласно расчетам, сделанным С. П. Капицей, демографический переход занимает два периода (цикла) эффективной длительности поколения, каждый из которых равен 42 годам. *Глобальный демографический переход* начался в 1965 году и закончится соответственно к 2049 году. К этому времени численность мирового населения Земли удвоится в последний раз, после чего наступит период стабильности. По некоторым оценкам, в 2007 году население Земли превысит 7 млрд человек. Этот год будет пиковым, критическим по абсолютному приросту населения.

Страны Европы первыми завершили демографический переход. С разной степенью отставания подобный процесс идет в Латинской Америке, на Ближнем и Среднем Востоке, в Центральной и Восточной Африке, Центральной Азии, странах Азиатско-Тихоокеанского бассейна.

Процесс демографического перехода закономерно сопровождается изменением возрастной структуры популяции в сторону ее постарения, увеличением возраста среднестатистического жителя Земли. Так, если в 1993 году средний возраст жителя Земли равнялся 25 годам, то к 1998 году он достиг 26,5 лет. При этом в Европе в России он находится в пределах 37—41 года, в Центральной Африке — 17—19 лет. Этот показатель, наряду с уровнем смертности и коэффициентом рождаемости, является надежным индикатором стадии демографического перехода.

**Особенности демографического развития России.** Во времена Петра I и Екатерины II в России высокая рождаемость (более 10 детей на одну женщину) сочеталась с крайне высокой материнской смертностью (свыше 800 смертей на 100 тыс. живорождений). Более половины младенцев не доживало до трехлетнего возраста. Для того времени была характерна психология экстенсивного роста. Ощущение всемогущества, представление о мире как о вместилище всех видов ресурсов сочеталось с крайне низкой ценой человеческой жизни и покорностью к природной наследственной власти.

По данным В. И. Козлова, в Московской Руси конца XVI века, когда границы метрополии стали быстро расширяться на восток, проживало около 10 млн человек<sup>1</sup>.

В начале XIX века численность населения России (в границах современной Российской Федерации) равнялась 20—22 млн человек была примерно равна численности французов — самого многочисленного в то время народа Европы. К 1897 году значение этого показателя более чем утроилось (71,1 млн человек). Казалось, что высокая рождаемость в стране будет всегда. О демографических проблемах и возможных потерях в то время еще не задумывались. Однако такой подход не учитывал общие законы демографического развития: количественные демографические «потери» будущего определяются настоящим состоянием популяции, а сегодняшние потери — прошлым и детерминируются уровнем репродуктивного инциала и особенностями количественного воспроизводства (рис. 1.3).

---

<sup>1</sup> См.: Козлов В. И. Вымирание русских: кризис или катастрофа? // Вестник Российской академии наук. 1995. Т. 65. № 9. С. 771-777.

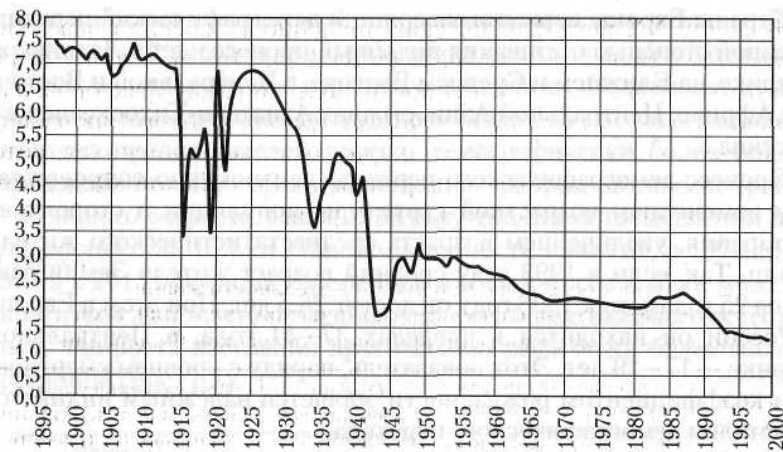


Рис. 1.3. Динамика рождаемости в России в XX веке (число рождений на одну женщину)

После распада СССР Россия по численности населения (150 млн человек) оказалась на 6-м месте в мире<sup>1</sup>. По этому показателю Россия уступает Китаю (1250 млн), Индии (950 млн), США (270 млн), Индонезии (270 млн), Бразилии (270 млн) и Пакистану (170 млн). Однако, в отличие от этих стран, численность населения РФ все последние годы неуклонно снижается (рис. 1.4).

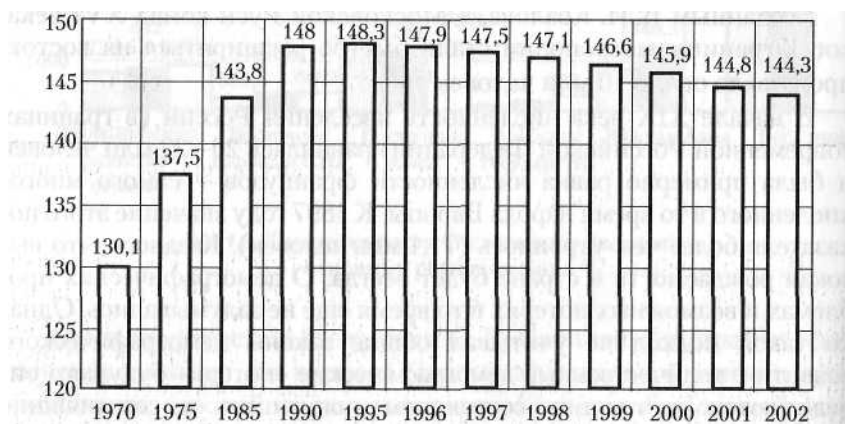


Рис. 1.4. Численность населения России в 1970-2001 годах (млн человек)<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Сегодня на 6-е место в мире по численности населения вышел Пакистан (170 млн человек).

<sup>2</sup> Составлено по кн.: *Российский статистический ежегодник: Статистический сборник*. Госкомстат РФ. М., 2001. С. 81.

К концу XX века фактическая численность россиян оказалась ниже гипотетической в 1,8 раза (табл. 1.2). Это произошло в результате воздействия совокупности долгосрочных факторов, вызвавших *системный демографический кризис*. В итоге произошел «недобор» около 120 млн россиян (включая не родившихся, которые могли бы проживать на территории Российской Федерации в условиях внекризисного развития страны).

Таблица 1.2

**Динамика ожидаемой продолжительности жизни,  
коэффициента рождаемости, фактической/гипотетической  
численности населения на территории Российской Федерации<sup>1</sup>**

Годы XX века	Ожидаемая продолжительность жизни		Общий коэффициент рождаемости	Фактическая численность (млн чел.)/гипотетическая численность
	мужчин	женщин		
1896-1900	26,0	31,0	7,06	71,1(71,1)
1926-1930	33,7	38,2	5,37	88,2(102,5)
1940	35,7	41,9	4,26	110,1(145,9)
1946	46,6	55,3	2,81	97,58*
1950	52,3	61,0	2,89	102,5*
1960	63,3	71,8	2,36	119,0(203,6)
1980	62,3	73,6	1,88	139,0 (254,1)
1995	58,3	71,7	1,4	148,3 (269,6)
1998	61,3	72,9	1,34	146,4*
2000	59,9	72,4	1,17	145,9
2001	59,0	72,2	1,17	144,8

\* Рассчитанными данными гипотетических потерь на отмеченные годы не располагаем.

Продуктивная фаза демографического перехода в России относительно благополучно протекала в период с 1897 по 1914 год. Численность населения увеличилась тогда более чем на 22 млн человек. Однако в 1915—1922 годах рождаемость в России была ниже, чем в предшествовавший и последующий периоды. Сказывалось влияние Первой мировой войны, октябрьских событий 1917 года, Гражданской войны.

Через 20—25 лет женщинам военно-революционного поколения пришла пора создавать собственную семью и рожать детей. Но 30-е

<sup>1</sup> Составлено по кн.: Российский статистический ежегодник. С. 81; см. Также: Андреев Е. М., Дарский Л. Е., Хорькова Т. Л. Демографическая история России: 1927-1959 гг. М., 1998.

и 40-е годы XX века вновь оказались для страны чрезвычайно тяжелыми. Поколение женщин, рожденных тогда, снова было немногочисленным. Даже период «беби-бума» 50-х годов, на завершающей стадии продуктивной фазы демографического перехода, не смог компенсировать этих потерь.

В середине 60-х годов женщины военного поколения вступили в детородный возраст. В результате в 1965 году число рожденных детей впервые после войны не достигло 2 миллионов. В конце 80-х — начале 90-х годов им предстояло принять эстафету деторождения. Даже если бы удалось демпфировать действие других негативных факторов, только за счет предыдущей демографической истории рождаемость в эти годы сократилась бы примерно на 20%, хотя при этом численность населения все еще продолжала бы расти благодаря высокому «демографическому бонусу». На самом же деле с 1987 по 1996 год в стране появилось на свет на 6 млн детей меньше, чем за предыдущее десятилетие. Число детей в возрасте до 6 лет уменьшилось на 4 млн.

К 1990 году (период перестройки) почти на 10% снизилась смертность, наметилась явная тенденция к стабилизации и росту рождаемости. Основной причиной этого следует считать мощный эмоциональный подъем, связанный с демократизацией общества, надеждами на улучшение личных жизненных перспектив.



Рис. 1.5. Динамика естественного прироста, убыли (-) населения в России<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Составлено по кн.: *Российский статистический ежегодник*. С. 81

События последних лет показали, что рыночное реформирование экономики страны без эффективных социальных стабилизаторов оказалось очень жестким в демографическом отношении. Начиная с 1992 года естественная убыль населения Российской Федерации уже не покрывается его миграционным приростом (рис. 1.5). На 1 января 1999 года потери, связанные с *депопуляцией* — систематическим уменьшением наличной численности населения по причине уженного воспроизводства (когда последующее поколение оказывается численно меньше предыдущего), составили около 5 млн человек.

К началу 90-х годов XX века в России сформировался *урбанизированный тип населения*. Горожан к тому времени в стране было в 2.5 раза больше, чем сельчан (рис. 1.6). Большинство (3/4) молодых россиян проживали в больших, средних и малых городах.



Рис. 1.6. Доля городского и сельского населения в РФ (в % от общей численности населения)<sup>1</sup>

Системный кризис в начале 90-х годов привел к тому, что многие молодые здоровые семьи по чисто экономическим причинам отложили рождение второго ребенка, тем самым изменив «тайминг» рождения, а лица, нуждающиеся в лечении, из-за отсутствия средств отказались от получения платной специализированной медицинской помощи.

С достижением социально-экономической стабилизации в стране можно связывать надежды на возникновение в начале XXI века (время вступления в брачный возраст юношей и девушек 1975—1985 годов рождения) *демографического импульса*. Тем более что часть семейных

<sup>1</sup> Составлено по кн.: *Российский статистический ежегодник*. С. 81

пар более старшего возраста, отложивших рождение очередного ребенка из-за материальной нестабильности, возможно, решит наверстать упущенное. К 2010 году, при благоприятных условиях, с большой степенью вероятности можно прогнозировать еще одну, хотя и значительно меньшую волну повышения рождаемости, связанную с тем, что в возраст активного деторождения вступят женщины 90-х годов рождения — самого малочисленного в XX веке поколения россиян.

**Состояние репродуктивного здоровья россиян.** Важнейшим фактором реализации демографического ресурса и адекватного воспроизводства населения страны выступает *репродуктивное здоровье нации*.

Общая заболеваемость детей в возрасте до 14 лет за 5 последних лет выросла на 12,5%. Каждый десятый ребенок уже при рождении становится носителем серьезных заболеваний. По причинам физиологического характера 15% юношей призывного возраста являются не годными к военной службе. У 20% юношей имеются проблемы с психикой, а 10% — страдают обычным недостатком веса<sup>1</sup>. Многие подростки имеют серьезные хронические болезни, что признается особенно опасным в связи с возможностью возникновения осложнений при реализации ими репродуктивной функции.

До 20% мальчиков-подростков нуждаются сегодня в лечении или динамическом наблюдении за их развитием и состоянием репродуктивной сферы в связи с возрастными особенностями. Их недоучет в конкретных клинических случаях даже при полной стандартизации лечебного подхода может привести к прямо противоположным от ожидаемых результатам. Частота гинекологических заболеваний у девочек-подростков увеличилась за эти годы в 3 раза. У 10% выпускниц школ регистрируются заболевания репродуктивной системы.

За последнее десятилетие доля проблемных родов выросла на порядок: с 2—5% до 20—50%<sup>2</sup>. Из-за ухудшения питания увеличился процент анемии беременных. Тем не менее как большое достижение нужно особо отметить, что в 2000 году в стране было произведено 2 млн 138,8 тыс. официально учтенных аборт, что почти на 23% меньше, чем в 1995 году. Число аборт в возрастной группе до 14 лет снизилось на 34,3%, среди 15—19-летних — на 30,3%. Вдвое меньше стало криминальных аборт. Материнская смертность от них уменьшилась на треть. Все это, несомненно, связано с либерализацией зако-

---

<sup>1</sup> Эти показатели следует оценивать также с учетом использования заболеваний для уклонения от несения воинской обязанности.

<sup>2</sup> Столь сильный разброс в оценках этого показателя заставляет думать как о возможном его завышении из-за коммерциализации услуг родовспоможения или из желания оправдать избыточность коечного фонда родильных домов, так и о некорректных изменениях в статистическом учете и классификациях.

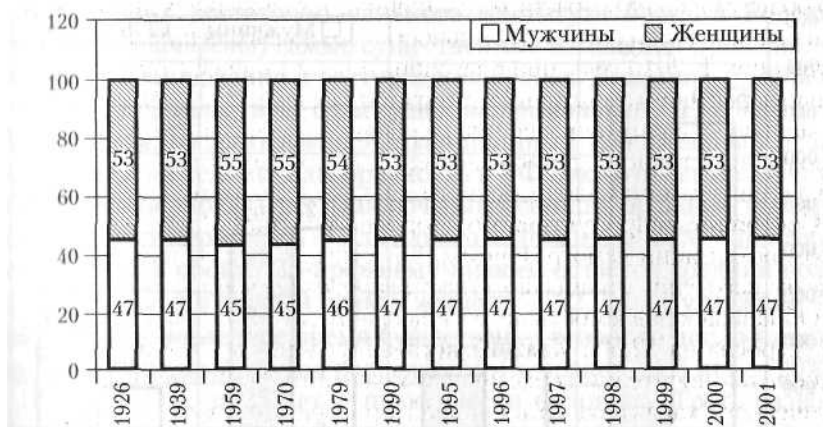


Рис. 1.7. Численность мужчин и женщин в России (в общей численности населения, %)¹

нодательства в данной сфере, медицинским просвещением, большей доступностью специализированной медицинской помощи (в результате развития негосударственного сектора здравоохранения), реализацией целевых программ «Планирование семьи», «Безопасное материнство», работе сети центров репродукции человека и планирования семьи (зарегистрировано около 250 организаций с подобным названием разных организационно-правовых форм). Благодаря комплексу целенаправленных мер в последние годы в целом по стране удалось добиться снижения материнской смертности.

**Половозрастная структура населения Российской Федерации.** Одним из итогов демографического развития России в XX веке стало нарушение естественного баланса между женщинами и мужчинами в пользу женщин, которых сегодня в стране почти на 10 млн больше, чем мужчин. В 2001 году женщины в общей численности населения России составляли 53% (рис. 1.7). По этому показателю страна занимает 1-е место в мире². Это объясняется исключительно особенностями полового состава самых старших возрастных групп россиян (рис. 1.8). Для репродуктивных возрастов (15—10 лет) разница лежит в пределах 0,5—0,8%.

**Институт семьи и брака в современной России.** Говоря о глобальных изменениях в сфере семейных отношений, следует прежде

¹ Составлено по кн.: Российский статистический ежегодник. С. 87

² Показатели обратного соотношения (мужчины – 54%, женщины – 46%, демонстрирует население Индии за счет целенаправленного «отбор по полу» с помощью ультразвукового обследования плода и прерывания беременности на поздних сроках.





Рис. 1.8. Распределение мужчин и женщин по возрастным группам в России (на 1 января 2001 г.)<sup>1</sup>

всего отметить, что на сегодняшний день общемировой уровень брачности в 2 раза ниже, чем 40 лет назад. Ныне 130 млн россиян (87,5% всего населения) живут в 40 млн семей.

Продолжительное снижение рождаемости на фоне роста числа внебрачных рождений, сокращение доли зарегистрированных браков и рост популярности свободных союзов и других форм совместной жизни, ослабление прочности брака и увеличение числа разводов, упрощение семейных нравов и гибкость семейной морали — основные признаки эволюции института семьи и брака в XX веке. Сегодня законодательно семья отделена от государства, не является «ячейкой общества», пользуется государственной поддержкой. Внутри семьи основным является равенство партнеров в браке, а государство защищает интересы и права личности в браке.

Совокупность перемен в жизни общества, сопровождающихся возрастанием ценности индивидуальной автономии и права выбора, специалисты называют «вторым демографическим переходом». К числу его приобретений следует отнести расширение свободы выбора для мужчины и женщины как в семейной, так и в социальной сфере, юридическое равенство брачных партнеров, расширение прав женщин при соответствующем сокращении числа их привилегий, удовлетворение потребностей женщин в образовании, самореализации и т. д.

<sup>1</sup> Составлено по кн.: *Российский статистический ежегодник*. С. 87.

В условиях достаточно сильного института брака в России (матрицентричность) самые существенные изменения произошли в процессах заключения и расторжения браков. Динамика браков и разводов свидетельствует о растущей матримониальной мобильности населения, расшатывающей традиционный пожизненный брак (рис. 1.9). В последние годы брачность в РФ сократилась более чем на 20 %. Примерно 60% всех заключаемых сегодня браков — первые для обоих партнеров, 20% — для одного из них и еще 20% — повторные браки для обоих. По-прежнему низким остается средний возраст вступления в первый брак: у женщин — 22,5 года, у мужчин — 24,5 года<sup>1</sup>. За последнее время существенно возросло число разводов. Ныне в первый же год распадается 4% браков, за 5 лет — 20%, за 10 лет — 33%, за 25 лет — практически половина. Треть разводящихся не имеет детей, у каждого второго один ребенок, у остальных — двое и более детей. На фоне снижающейся рождаемости наблюдается рост детей, рожденных вне брака (рис. 1.10).



Рис. 1.9. Браки и разводы в РФ (на 1000 человек населения)<sup>2</sup>

Растет доля внебрачных связей. В условиях традиционной ответственности женщины за воспитание потомства (*матрифокальность*) лояльность общественного мнения к незарегистрированным «гражданским» бракам сдерживает раннюю брачную рождаемость и стимулирует прерывание беременности. Происходит смещение ответственности отцов в зону материальной поддержки потомства в противовес его повседневному воспитанию (*патрилокальность*). Расширяется участие в воспитании детей старших родственников и третьих лиц.

<sup>1</sup> В странах Западной Европы он достиг уже уровня 26—28 лет.

<sup>2</sup> Составлено по кн.: Российский статистический ежегодник. С. 127

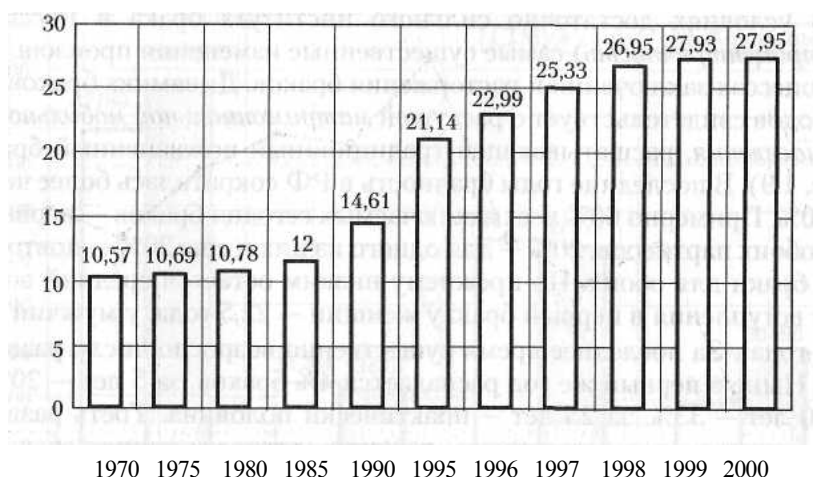


Рис. 1.10. Число детей, родившихся у женщин, не состоявших в зарегистрированном браке, в России (в % от общего числа родившихся)<sup>1</sup>

В последние годы существенно снизился уровень государственной поддержки семей с детьми. Детские пособия покрывают в среднем около 20% дополнительных расходов семьи на ребенка<sup>2</sup>. Поэтому, видимо, около 65% детей, рожденных в 1993—1997 годах, были первенцами у своих родителей, 25% — вторыми детьми и лишь 10% — детьми более высоких порядков рождения (в 80-е годы — соответственно 50, 85 и 15%).

Сравнение изменений, которые происходят в структуре брачности и типе семейной организации, показывают, что все они в большей степени определяются стадией демографического перехода, чем особенностями экономического и политического устройства общества. Однако изменения, происходящие сегодня в сфере семейных отношений, не означают разрушения самого института семьи: они лишь определяют его новые позиции, направление трансформации.

**Внешние и внутренние миграционные процессы.** Три последние десятилетия в России идет непрерывный процесс положительного миграционного прироста населения, который после распада СССР значительно активизировался. Однако на сегодняшний день резерв притока русскоязычного населения из стран СНГ и Балтии в основном уже исчерпан (рис. 1.11).

Под *мигрантами* понимаются три различные социальные группы населения: иммигранты, переселенцы и беженцы. Согласно

<sup>1</sup> Составлено по кн.: Российский статистический ежегодник. С. 85.

<sup>2</sup> В 80-х годах детские пособия покрывали 40% дополнительных расходов семьи на ребенка (у малообеспеченных — до 70%)

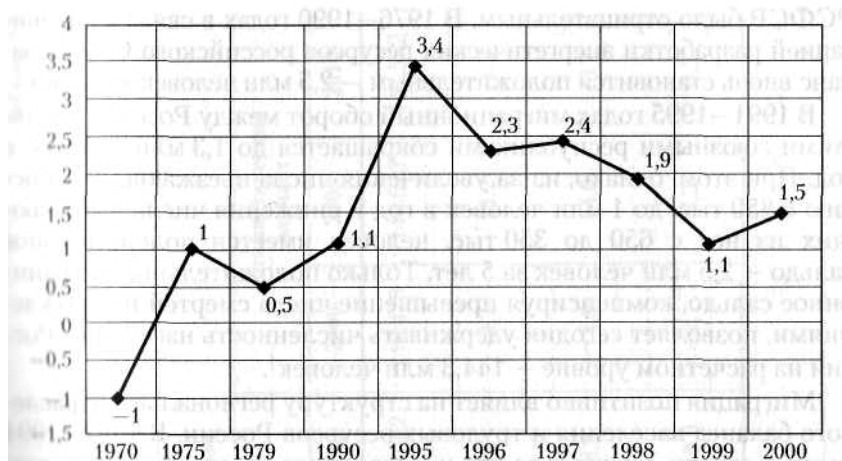


Рис. 1.11. Динамика миграционного прироста, убыли (-) населения России<sup>1</sup>

официальным данным, сегодня в России находится около 1,5 млн мигрантов. Однако, по мнению экспертов, их численность достигает 7 млн человек (с учетом лиц, нелегально проживающих на территории РФ). Хотя наша страна является привлекательной прежде всего для выходцев из беднейших регионов мира, глобальных проблем для Российской Федерации, присоединившейся к международным конвенциям по правам перемещенных лиц, они пока не создают. Напротив, в труднедостаточных районах (например, на Дальнем Востоке) и в специфических областях сельского хозяйства (рисоводстве и т.п.) они смягчают дефицит трудовых ресурсов.

В первой половине 90-х годов устойчивый прирост городского населения за счет сокращения сельского населения, начавшийся в середине 50-х годов, на короткий отрезок времени сменился оттоком населения из больших городов. Это стало своеобразной реакцией на ценовой и психологический шок от происходящих в стране перемен. Однако уже в 1994—1995 годах рост численности городского населения вновь возобновился. Он обеспечивался уже не столько за счет села, сколько за счет внешней миграции из стран, ближним зарубежьем.

Миграционный оборот между Россией и другими республиками Советского Союза всегда был весьма высок — порядка 1,5 млн человек в год<sup>2</sup>. Вместе в тем с 1961 по 1975 год миграционное сальдо

<sup>1</sup> Составлено по кн.: Российский статистический ежегодник. С. 81.

<sup>2</sup> Миграционный оборот между Россией и дальним зарубежьем в послевоенный период никогда не превышал 150 тыс. человек в год.

РСФСР было отрицательным. В 1976—1990 годах в связи с активизацией разработки энергетических ресурсов российского Севера баланс вновь становится положительным — 2,5 млн человек за 15 лет.

В 1991—1995 годах миграционный оборот между Россией и бывшими союзными республиками сокращается до 1,3 млн человек в год. При этом, однако, из-за увеличения числа въезжающих в Россию с 850 тыс. до 1 млн человек в год и снижения числа выезжающих из нее с 650 до 350 тыс. человек имеется положительное сальдо — 2,5 млн человек за 5 лет. Только положительное миграционное сальдо, компенсируя превышение числа смертей над рожденьями, позволяет сегодня удерживать численность населения России на расчетном уровне — 144,3 млн человек<sup>1</sup>.

Миграция позитивно влияет на структуру регионально-отраслевого баланса населения и трудовых ресурсов России. В 1992—1994 годах в стране, впервые за все послевоенное время, численно возросло сельское население.

Подавляющее большинство мигрантов из бывших союзных республик всегда составляли русские. В конце 80-х годов, миграция носила преимущественно добровольный характер, но с 1990 года ситуация изменилась. Ведущую роль стали играть «выталкивающие» факторы: коллапс национальных экономик, экологические катастрофы и еще в большей степени — социальные и политические конфликты. К потоку переселенцев добавился поток беженцев (до 300 тыс. человек в год), порожденный дискриминацией русскоязычного населения.

На 1 января 2001 года число вынужденных переселенцев и беженцев составило 808 280 человек, в том числе беженцев — 26 065 человек<sup>2</sup>.

**Прогнозы численности населения Российской Федерации.** В настоящее время существует множество прогнозов численности населения России. Демографический прогноз на период до 2010 года, разработанный Госкомстатом России, представлен в таблице 1.3.

Перспективные расчеты делятся на краткосрочные (до 5 лет), среднесрочные (до 10 лет) и долгосрочные прогнозы. Как правило, расчеты будущей численности населения производятся в нескольких вариантах (сценариях), учитывающих все возможные изменения значений их компонентов (см. табл. 1.3).

*Средний вариант* демографического прогноза предполагает медленный выход России из кризиса. Позитивные сдвиги в смертности

---

1 Нельзя не отметить, что подлинная численность населения России сегодня неизвестна. Некоторую ясность в отношении численности россиян, национального состава территорий и т. д. способны внести результаты Всероссийской переписи населения 2002 года.

2 См.: Российский статистический ежегодник. С. 128.

**Прогноз численности населения  
Российской Федерации  
(на период до 2010 г.)<sup>1</sup>**

Демографические показатели на 1000 человек населения	Варианты демографического прогноза								
	Средний вариант			Пессимистичный вариант			Оптимистичный вариант		
	2000	2005	2010	2000	2005	2010	2000	2005	2010
Численность населения, млн чел.	145,505	142,960	140,317	144,308	139,443	133,602	146,478	146,673	147,562
Общие коэффициенты рождаемости	11,2	11,8	11,4	8,8	9,3	8,8	12,7	14,2	14,2
Общие коэффициенты смертности	15,6	16,2	15,9	16,0	17,5	18,8	14,8	14,0	13,7
Коэффициент естественного прироста	-4,4	-4,4	-4,5	-7,2	-8,2	-10,0	-2,1	0,2	0,5

<sup>1</sup> См.: Демографический сборник России: Статистический сборник. Госкомстат Росси. М., 1995, 1996, 1997.

населения ожидаются уже в 2000-2005 годах. Социально-экономическая стабилизация, если она состоится, позволит российским семьям полнее реализовать свои репродуктивные намерения, высказанные при проведении микропереписи 1994 года. Согласно среднему варианту, численность населения страны в 2010 году составит 140,3 млн человек, что позволяет на ближайшие 10 лет оценивать потери, которые уже состоялись, в 750 тыс. человек ежегодно.

*Пессимистический вариант* демографического прогноза реализуется в том случае, если общий кризис в стране затянется. Он основан на экстраполяции динамики роста смертности с середины 90-х годов до конца прогнозного периода. Согласно этому варианту, к 2010 году численность населения страны снизится до 133,6 млн человек. *Оптимистический вариант* (сегодня уже не реализуемый) предполагает, что кризисные явления будут поставлены под контроль, в результате уже скоро произойдут положительные изменения в области смертности. Рождаемость вернется к докризисному уровню, и продолжится плавный переход к новому этапу демографического развития страны. Согласно этому варианту, все ближайшее десятилетие численность россиян будет оставаться неизменной — на уровне 147 млн человек.

Прогнозы Госкомстата России на более длительный период показывают, что к 2016 году численность россиян составит всего 134 млн человек, что на 11,6 млн человек меньше, чем сейчас. Такая ситуация еще длительное время будет оказывать дестабилизирующее воздействие на экономику и социальную сферу. По состоянию на 2000—2001 годы мониторинг рождаемости и смертности указывает на реализацию нижней границы среднего варианта и верхней границы пессимистического варианта прогноза. На 2000 год итоговая рождаемость в условных поколениях чуть выросла, в реальных когортах продолжает сокращаться. Кроме того, отмечено отсутствие позитивной динамики по снижению смертности. Добиться роста продолжительности жизни пока не удастся. Главной проблемой остается высокая смертность в рабочих возрастах<sup>1</sup>.

## 1.6

### ВЗАИМОСВЯЗЬ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ С УРОВНЕМ И КАЧЕСТВОМ ЕГО ЖИЗНИ

**Здоровье населения и уровень жизни.** Совокупность условий жизни населения страны, соответствующих достигнутому уровню социально-экономического развития общества, определяет

---

<sup>1</sup> См.: *Население России. 2001/Под ред. А. Г. Вишневого // 9-й ежегодный демографический доклад. М., 2002. С. 35—36, 99—102.*

*уровень жизни.* Уровень жизни в большей степени характеризует меру благосостояния людей и чаще всего выражается количественно измеряемыми показателями. К ним относятся такие показатели, как среднемесячная начисленная заработная плата работающих в экономике, денежные доходы в среднем на душу населения в месяц, средний размер назначенных пенсий, прожиточный минимум в среднем на душу населения в месяц, численность населения с денежными доходами ниже прожиточного минимума и др. Существует тесная взаимосвязь между уровнем жизни и здоровьем. Более высокий уровень жизни позволяет поддерживать здоровье на соответствующем уровне, использовать современные методы профилактики и лечения. В то же время хорошее здоровье создает объективные предпосылки для поддержания и роста уровня жизни. Именно поэтому охрану и укрепление здоровья следует считать одним из способов повышения уровня жизни населения.

Однако один и тот же денежный доход обеспечивает разный уровень жизни и здоровья при различной структуре потребления товаров и услуг. Кроме того, уровень жизни во многом зависит от распределения доходов домашних хозяйств на потребление и сбережение.

Уровень жизни характеризуется также посредством таких показателей, как обеспеченность населения продуктами питания, непродовольственными товарами, услугами. Для оценки уровня жизни применяются и другие показатели: потребление основных продуктов на душу населения, обеспеченность этими продуктами в расчете на одну душу населения, обеспеченность этими продуктами в расчете на одну семью, структура потребления (доля наиболее биологически ценных продуктов в питании). Известно, что существует тесная взаимосвязь между структурой питания человека и состоянием его здоровья. Например, неполноценное, несбалансированное и малокалорийное питание неизбежно ведет к ухудшению здоровья людей (табл. 1.4).

Таблица 1.4

**Зависимость наличия хронических заболеваний  
от качества питания**

Качество питания	Доля лиц с наличием или отсутствием заболевания			Затруднились ответить
	более одного	одно	нет	
Неудовлетворительное (оценка 1 и 2)	31,2	32,4	31,2	5,2
Удовлетворительное (оценка 3)	24,3	29,2	42,6	4,0
Хорошее (оценки 4 и 5)	15,5	25,7	54,7	4,1



**Некоторые показатели,  
характеризующие охрану  
здоровья населения<sup>1</sup>**

	1980		1993		1997		1999		2000	
	Численность населения		Численность населения		Численность населения		Численность населения		Численность населения	
	На 1 врача	На 1 больни чную койку	На 1 врача	На 1 больни чную койку	На 1 врача	На 1 больни чную койку	На 1 врача	На 1 больни чную койку	На 1 врача	На 1 больни чную койку
Россия	261	77	231	77	219	81	212	87	212	86
Австрия	440	90	231	105	283*	106*	--	--	--	--
Белоруссия	296	80	235	80	219	81	209	79	209	79
Великобритания	611	107	610	161	585*	222*	--	--	--	--
Германия	452** *	--	367	129	290	141	286* *	--	--	--
Индия	2694	1299	2459	1371	1923	1075	1923 **	--	--	--
Италия	750	--	207	150	178*	175*	--	185**	--	--

\* Данные 1996 г,

\*\* Данные 1998 г.

\*\*\* Данные приведены по бывшей ФРГ.

<sup>1</sup> Составлено по кн.: *Российский статистический ежегодник*. С. 634.

	1980		1993		1997		1999		2000	
	Численность населения		Численность населения		Численность населения		Численность населения		Численность населения	
	На 1 врача	На 1 больницу койку	На 1 врача	На 1 больницу койку	На 1 врача	На 1 больницу койку	На 1 врача	На 1 больницу койку	На 1 врача	На 1 больницу койку
Китай	856	498	645	424	625	427	617	433	--	--
Норвегия	524	67	308	210	341*	184	442	195	--	--
Польша	560	178	451	180	424	256	382**	270**	--	--
США	549	171	408	222	391	100	217	103	217	105
Украина	274	80	225	76	222	108	333**	-	--	--
Финляндия	530	64	406	99	338	117	333**	-	--	--
Франция	462	-	334	109	333	254	375**	-	--	--
Швеция	454	68	333	164	379	66	530**	68	--	--
Япония	740	89	608	64	524*	184	442	195	--	--

\* Данные 1996 г.

\*\* Данные 1998 г.

\*\*\* Данные приведены по бывшей ФРГ.

---

<sup>1</sup> Составлено по кн.: *Российский статистический ежегодник*. С. 634.

При характеристике уровня жизни также используются показатели, характеризующие охрану здоровья населения (табл. 1.5). Чтобы понять, насколько такой уровень соответствует потребностям людей, его сравнивают с нормативами потребления, выработанными с учетом рекомендаций ученых.

Обеспеченность населения медицинскими кадрами варьирует по регионам России. Наиболее высок этот показатель в таких регионах, как г. Москва, г. Санкт-Петербург, Северо-Западный район. К регионам с наименьшей обеспеченностью населения медицинскими кадрами относятся Усть-Ордынский Бурятский, Коми-Пермяцкий автономные округа, республика Дагестан, Курганская область и др.

**Предпосылки, обеспечивающие более высокий уровень жизни и здоровья.** Достижение более высокого уровня жизни и здоровья населения требует формирования комплекса условий. Среди них можно выделить следующие:

- создание здоровой и безопасной физической среды;
- обеспечение здорового образа жизни;
- уменьшение ущерба, причиняемого алкоголем, курением, наркотиками;
- обеспечение более здоровых условий проживания, работы и отдыха людей;
- возможность проведения активного, здорового досуга;
- освоение новых оздоровительных технологий;
- государственная поддержка оздоровительных технологий.

Повышению уровня жизни россиян, а следовательно, сохранению и укреплению их здоровья способствует профилактика соматических, психических, профессиональных и инфекционных заболеваний, уменьшение частоты врожденных аномалий. Забота о здоровье стимулирует улучшение социально-гигиенических, экономических и правовых условий жизнедеятельности граждан, развитие профессиональных качеств личности, обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Проблемы взаимосвязи уровня жизни и здоровья имеют как микро-, так и макроэкономический аспект. Изучение взаимосвязи уровня жизни и здоровья населения особенно необходимо с точки зрения анализа жизненного цикла семьи и обеспеченности жизненными благами многодетных, молодых семей, пожилых людей и др.

**Здоровье и качество жизни.** Одна из основных целей социально ориентированной рыночной экономики — достижение максимально возможного уровня качества жизни. *Качество жизни населения* — обобщающая социально-экономическая категория, по-

средством которой оценивается уровень потребления населением товаров и услуг, возможность удовлетворять интеллектуально- нравственные потребности, а также здоровье населения, продолжительность жизни, условия среды, окружающей человека, морально-психологический климат, душевный комфорт и др. Эта категория носит и субъективный характер, поскольку определяет удовлетворенность конкретного человека.

Важнейшими индикаторами качества жизни выступают условия труда и быта, отдыха, уровень здоровья населения, развития здравоохранения, образования, организации сферы обслуживания и др. Таким образом, «качество жизни» — это не какой-либо один показатель, а обобщающее понятие. Как правило, уровень жизни определяется такими понятиями, как «высокий», «средний», «удовлетворительный», «низкий», «неудовлетворительный».

Любая общность граждан (государства, региона), отличающаяся высоким качеством жизни, одновременно характеризуется и высоким качеством» здоровья как всеобъемлющим индикатором условий уровня их жизни. Фактор здоровья все больше становится показателем достигнутого уровня качества жизни людей, социально-экономического развития общества.

Качество жизни населения тесно связано с развитием человека. Для измерения последнего с 1990 года рассчитывается особый показатель — *индекс развития человека*. Он объединяет следующие показатели:

- национальный доход на душу населения;
- образовательный уровень взрослого населения (уровень грамотности среди взрослого населения, среднее число лет обучения);
- ожидаемая продолжительность жизни.

## 1.7

### ЗДОРОВЬЕ И ОБРАЗ ЖИЗНИ

**Понятие образа жизни.** Как уже отмечалось, состояние здоровья зависит от многих факторов, среди которых важное место принадлежит образу жизни. *Образ жизни* — обобщающее понятие, характеризующее социально-экономическую сторону жизни людей, всю область взаимодействия человека с окружающей средой. Говоря об образе жизни, надо иметь в виду комплексный характер этого понятия и не ограничиваться такими его характеристиками, как особенности питания, двигательная деятельность, наличие вредных привычек. Категория «образ жизни» намного сложнее. Она охватывает многие социально-экономические и социально-психологические характеристики,

выходящие за пределы сферы потребления. Образ жизни складывается под воздействием денежных доходов, на него влияют наличие и комфортность жилья, межличностные отношения, психологическая атмосфера, в которой работают, живут люди, допуск к созидательной и продуктивной общественной деятельности (видимый результат такой деятельности — сам по себе мощный фактор соматического и психологического здоровья, активного долголетия).

Проблемы изучения, сохранения и восстановления здоровья населения являются наиболее актуальными в современных условиях, когда усиливается воздействие на здоровье различных биологических, социально-экономических и психологических факторов. Возрастающая значимость указанных проблем делает необходимым комплексное исследование всей совокупности условий, влияющих на здоровье, жизненную активность населения, включая гигиенизацию (валеолизацию) образа жизни людей, состояние природных социально-экономических подсистем.

До недавнего времени теоретические и практические исследования в области изучения здоровья ограничивались в основном показателями «нездоровья» (смертность, заболеваемость, инвалидность и др.). В качестве же основного фактора, воздействующего на улучшение здоровья, рассматривалась лишь система здравоохранения. При таком подходе совокупность факторов риска, воздействующих на состояние здоровья, оставалась за пределами изучения. Среди них можно выделить такие, как неблагоприятные экологические условия, производственный, бытовой и уличный травматизм, курение, алкоголизм, употребление наркотиков и психоактивных веществ, плохое питание, низкая физическая активность и др.<sup>1</sup>. К перечисленным факторам следует добавить недостаточную организацию охраны беременности и здоровья детей в первые годы их жизни, а также подростков, недостаточный санитарно-эпидемиологический контроль за инфекционной заболеваемостью.

Огромный экономический и социальный ущерб наносит заболеваемость с временной утратой трудоспособности, темпы роста которой превышают увеличение численности населения трудоспособного возраста. Основными причинами этого явления считаются недостаточная эффективность профилактических мер, плохая сопротивляемость организма атакующей его агрессивной внешней среде, отсутствие полноценной «культуры поведения», соответствующей требованиям здоровья. Поэтому, несмотря на постоянный рост инвестиций в охрану здоровья населения и значительные достижения

---

<sup>1</sup> См.: Социальная гигиена и организация здравоохранения: В 2 т. / Под ред. Ю. П. Лисицына. М.: Медицина. 1991. Т. 1. С. 149.

лечебно-диагностической сфере, конечный результат от осуществления всего комплекса предпринимаемых государством и населением усилий в области охраны здоровья является недостаточно эффективным. Очевидно, что причина современной патологии — в образе жизни человека и во вредном воздействии окружающей его среды, т. е. в многогранном комплексе объективных и субъективных факторов. Осознание основных факторов, вызывающих болезни или способствующих их возникновению, принятие мер по ослаблению негативного воздействия на здоровье основных и дополнительных факторов риска - сегодня наиболее актуальная и достижимая задача.

**Условия и факторы, влияющие на состояние здоровья населения.** На состояние здоровья человека влияет множество факторов. При этом многие из них обусловлены его образом жизни. При этом речь идет о фундаментальных процессах, детерминирующих состояние здоровья любой человеческой популяции. Это воспроизводство здоровья, или генетические факторы; формирование, использование и восстановление здоровья, а также внешние условия. Система взаимосвязей между параметрами жизненных процессов, ни жизни, условиями существования и состоянием организма писка представлена на рис. 1.12.

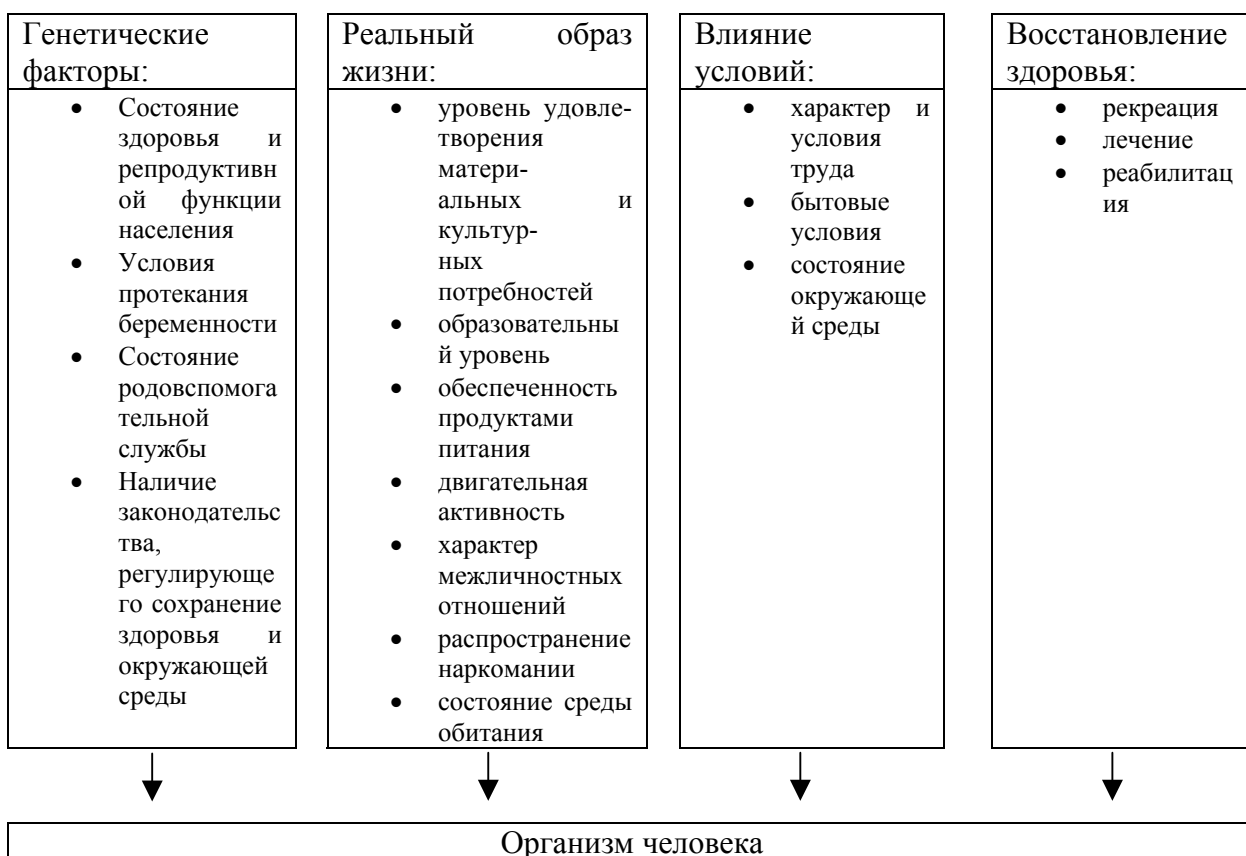


Рис. 1.12. Условия и факторы, влияющие на состояние здоровья населения.

*Воспроизводство здоровья* отражает процесс рождения здорового поколения, детерминированного многими био- и социально-экономическими факторами. Его основу составляет полноценный набор генов. Однако его сохранение — это не только биологическая, но и сложная социальная проблема. Потомство психически неполноценных родителей (хронические алкоголики, страдающие хромосомными аномалиями и др.) — реальная угроза вредных мутаций передачи в поколениях наследственных заболеваний.

Проблема сокращения детской смертности во многом решается с помощью текущего наблюдения за беременностью в женских консультациях, но это лишь одна сторона проблемы. Увеличение числа хронических заболеваний у беременных, а также ухудшающийся уровень соматического здоровья (телесного, физического) женщин — объективная реальность, сдерживающая снижение этого показателя до средневропейского уровня.

*Формирование здоровья* происходит под воздействием множества разнообразных процессов, условий, факторов, но определяющую роль играют образ жизни людей и состояние окружающей среды. В этой связи необходимо выделить такое понятие, как *здоровый образ жизни*. Оно фиксирует внимание на тех сторонах поведения людей, которые благоприятно влияют на здоровье. Здоровый образ жизни во многом отражается на структуре и культуре использования свободного от работы времени, сочетании работы, отдыха и сна, рациональном режиме питания, способах общения с людьми.

Со здоровым образом жизни непосредственно связаны ограничения и даже запреты на так называемые вредные привычки.

При этом подразумевается в первую очередь сознательное самоограничение, подкрепляемое воспитанием, личным интересом, общественным сознанием, государственным воздействием. Значительную роль в укреплении здорового образа жизни играют занятия физкультурой, спортом, туризмом, а также активный отдых.

По мере развития современного общества на состояние здоровья населения все большее воздействие оказывают *внешние факторы*. Вовлечение природных ресурсов в хозяйственный оборот, вытеснение и замена естественной природы природой искусственной усиливают воздействие окружающей среды на образ жизни и здоровье людей. Ныне человек использует примерно 100 тыс. видов химически, соединений, из числа которых свыше 1,5 тыс. входят в состав пестицидов, примерно 5 тыс. используются в качестве пищевых добавок столько же — в виде различных лекарственных средств.

Особое влияние на состояние здоровья оказывают характер, организация и условия труда, соблюдение санитарно-гигиенических

норм (качество потребляемой воды, воздух закрытых помещений и т.д.). В настоящее время многие российские организации не соблюдают санитарных норм. Очевидно, что экономичнее с позиций перспективы один раз установить очистные сооружения, фильтры, чем постоянно выплачивать штрафы за вредные выбросы. Но, как правило, побеждают интересы текущей выгоды.

Существенное воздействие на состояние здоровья человека оказывают обстановка, окружающая человека на работе, на улице, дома.

Использование достижений научно-технического прогресса во многих отраслях экономики (авиация, космонавтика, освоение шельфа Мирового океана, добыча полезных ископаемых, использование скоростных транспортных средств и др.) существенно влияет профессиональный отбор. В условиях повышения требований к человеческому фактору здоровье выходит за рамки биологических представлений о нем. Один и тот же человек одновременно может быть здоровым (для работы бухгалтером), и больным (для профессии подводника). С этой точки зрения значительная часть российской молодежи оказывается непригодной уже с раннего возраста для ряда видов профессиональной деятельности. *Восстановление здоровья* состоит из рекреации, лечения и медико-социальной реабилитации. Потребленный в процессе производства потенциал здоровья восстанавливается за период отдыха (рекреации). В этот отрезок времени (период) происходит восстановление так называемого сущностного потенциала здоровья в форме гармонично объединяемых сна и досуга (путешествия, туризм, занятия спортом, посещение культурно-массовых мероприятий). Огромную роль при этом играет факт самой смены характера проведения времени, осознание факта использования свободного времени по собственному желанию, а не согласно заданным извне установкам.

Таким образом, рекреация— это временное погружение организма благоприятную для него окружающую среду с целью восстановления потенциала, необходимого для последующего пребывания в неблагоприятной среде, способной наносить ущерб здоровью.

Определенный интерес представляет оценка степени влияния разных факторов на здоровье человека и его заболеваемость. К 80-м годам XX века получила широкую известность и была принята ВОЗ формула (модель) обусловленности здоровья. Согласно последней, на окружающую людей природную среду приходится до 20% влияния, примерно такова же интенсивность воздействия на здоровье ге-



нетических факторов. Вклад системы здравоохранения в здоровье людей относительно невелик и не превышает 10—15%. Остальная часть в общей структуре факторов, формирующих здоровье, обусловлена образом жизни людей: трудом, питанием, комфортом, отдыхом, домашней ситуацией, отношениями в семье, условиями жизни.

Таким образом, именно образ жизни, складывающийся во всех сферах жизнедеятельности людей, является одним из наиболее мощных факторов сохранения и укрепления здоровья, развития трудовой активности, уровня и качества жизни. Здоровый образ жизни превращается во все более содержательный комплекс всех созидательных способностей личности.

**Система управления здоровьем.** Сегодня проблема здорового образа жизни находится не только в области исследований ученых, но и практических решений. Возникла объективная потребность в создании единой системы управления здоровьем населения. Обществу нужен эффективный прикладной механизм управления гигиенически обоснованным способом жизнедеятельности как основой профилактики болезней. Важнейшим элементом профилактики должен стать механизм формирования у людей потребности быть здоровыми и гармонично развитыми, вести правильный с позиций сохранения здоровья образ жизни. При этом речь идет не только о санитарно-гигиенической культуре в традиционном смысле этого слова, но и о культуре отдыха, потребления, поведения, межличностных отношений. Необходимо повсеместно формировать «моду» на здоровье, здоровый образ жизни, своевременную диспансеризацию и индивидуальную ответственность за собственное здоровье, здоровье детей и близких.

Эффективность такого подхода отчасти подтвердил опыт США, которые с 70-х годов возвели здоровье американцев в ранг национальной идеи. Здоровый образ жизни и конституционно заявленный высшей ценностью «человек живущий» позволили резко перераспределить средства национального дохода в пользу здравоохранения, значительно увеличить уровень ожидаемой продолжительности жизни американцев.

Следует учесть также, что завтрашний уровень развития техники предъявляет «человеческому фактору» все большие требования, рыночные методы хозяйствования требуют «производства и воспроизводства» повышенных психофизических качеств работника. Увеличивается спрос на рабочую силу с более развитыми, совершенными эмоционально-психическими и физическими свойствами. В рыночных условиях ценится не рабочая сила вообще, а только та, способности которой в наибольшей степени соответствуют потребностям производства. Поэтому приходится разрабатывать и

внедрять новый, гигиенически более обоснованный образ жизни. При этом необходимо по-новому подойти к взаимосвязи всех сфер жизнедеятельности общества и государства, от состояния которых зависит физический и психоэмоциональный статус человека, его сознание, духовно-валеологический потенциал в целом.

На наш взгляд, в новых условиях коммуникаций необходимо прежде всего комплексно и сбалансированно рассматривать отдельные формы и сферы жизнедеятельности людей, что недооценивалось в прошлом медициной, а также экономической наукой. При изучении здорового образа жизни и управлении им со стороны человека, семьи, государства, общества надо не только учитывать проявления образа жизни в разных областях человеческой деятельности, досуге, быте, социальных процессах, но и учитывать их взаимосвязи и взаимодействия. Словом, следует последовательно переходить к созданию целостной модели здорового образа жизни, соответствующей требованиям и представлениям XXI века.

**Интегральные модели здорового образа жизни.** Интегральные модели здорового образа жизни призваны учитывать взаимодействие объективных и субъективных факторов, детерминирующих состояние здоровья и условия жизни людей. Подобная ориентация обеспечивает целостный подход к оценке и управлению здоровым образом жизни, отражает ведущие тенденции и противоречия социально-валеологической действительности, взаимодействие материальной и психической деятельности личности, групп и общности людей. Однако построение таких комплексных моделей чрезвычайно затруднено.

Современная социально-гигиеническая наука остро нуждается в создании эмпирически обоснованной модели реально складывающегося образа жизни в рамках взаимодействия основных сфер жизнедеятельности (труда, потребления, быта, досуга), с одной стороны, и ценностно-нормативных характеристик — с другой. В этой модели целесообразно учитывать также личностный потенциал индивида вне сферы его собственно трудовой деятельности. Контекст такой взаимосвязи могут составлять как новые формы экономических отношений (в том числе и отрасли здравоохранения), так и образ жизни людей.

Для формирования здорового образа жизни необходима разработка его концептуальных основ. В рамках такой концепции здоровье человека целесообразно рассматривать с точки зрения целостности субъекта жизнедеятельности, сочетающего в себе огромный комплекс свойств, совершающего множество действий, обладающего определенной жизненной установкой. Предметом исследования, проводимого в обоснование подобной концепции, являются типичные формы многообразной повседневной жизнеде-

ятельности людей, способы их самоорганизации в конкретных социальных экономических условиях в соответствии с ценностными ориентирами, взглядами на здоровье как на неотъемлемый созидательный и производительный ресурс личности.

Ярко выраженная индивидуальность каждой личности, обладающей неповторимыми свойствами, качествами, взглядами на жизнь, представлениями о ней, казалось бы, исключает возможность выработки общих позиций в отношении здорового образа жизни. Но это не так, точнее, не совсем так. При всей специфичности уровня, качества и образа жизни каждого человека существуют общие закономерности, типичные черты, универсальные ценности, свойственные практически всем людям, образующие социальный статус современного человека.

Для подтверждения того положения, что здоровый образ жизни как социальный феномен обязан соответствовать критерию целостности, достаточно сослаться на общепризнанное представление о человеке как о целостном явлении, существующем во взаимосвязи определяющих его сторон и проявляющемся в единой системе его бытия.

Определения индивидуального и общественного здоровья, гигиенически обоснованных форм поведения неизменно опираются на такую их характеристику, как социальность, т. е. такое состояние индивида, при котором он выполняет обширный круг социальных функций. Реализация людьми социальных функций вытекает из навязанности их со стороны общества, в то же время социальность поведения людей, созидательность действий представляет их врожденное свойство, является внутренней видовой потребностью.

**Факторы, определяющие здоровый образ жизни.** Здоровый образ жизни в идеале воспринимается как всеобщая форма социального бытия человека, сочетающая черты личного и общественного. В первую очередь это единство объективного и субъективного как способа организации людьми своей жизнедеятельности, направленной не только на удовлетворение потребностей в здоровье, но и на создание признанных человеческих ценностей, воспроизводство, развитие, совершенствование социальных отношений. В такой интерпретации здоровый образ жизни можно определить как систему разнообразных типических форм повседневной жизнедеятельности людей, которая формируется в конкретных микро- и макроусловиях и обладает внутренним единством в силу целостной природы человека, субъектов деятельности, их представлений о ценностях, социальных установках и ориентации на здоровье в рамках концепции качества жизни.

При таком подходе базовыми элементами здорового образа жизни являются: объективные (внешние) условия и субъективные (внутренние) детерминанты деятельности людей, а также ее разнообразные формы (характер, интенсивность) во всех основных сферах жизненной активности человека и общества. Составляющие здорового образа жизни и влияющие на него факторы изображены на рис. 1.13. Подобная базовая структура элементов, как нам представляется, отражает многообразие и многофакторность образа жизни в его взаимосвязи со здоровьем человека.

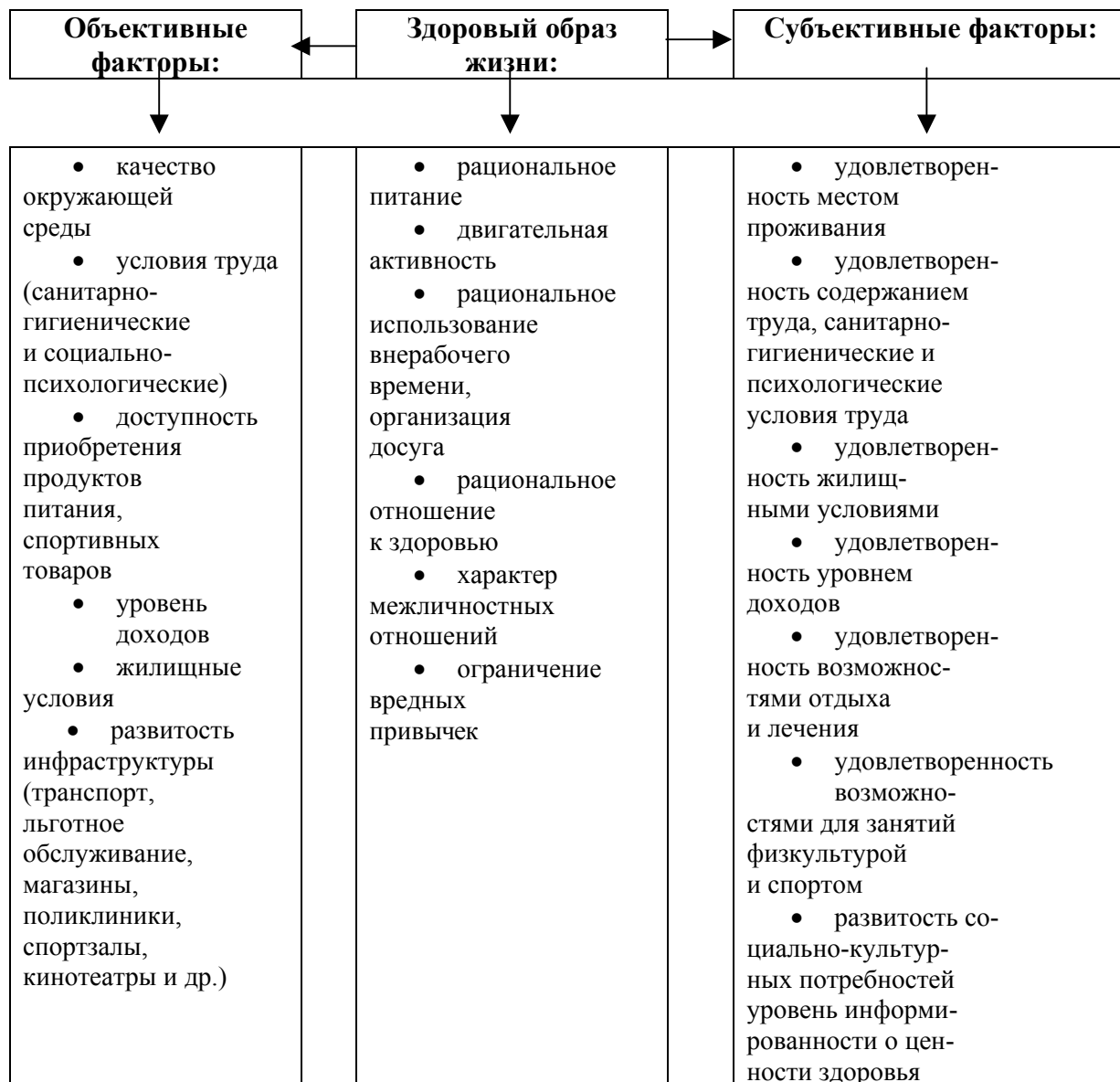


Рис. 1.12. Условия и факторы, влияющие на состояние здоровья населения.

Однако не следует упускать из вида неоднозначность восприятия здорового образа жизни, противоречивость представлений о нем вследствие разных уровней социальной организации, неравномерности развития отдельных сфер жизнедеятельности, наличия различающихся стереотипов мышления. В частности, наблюдается зависимость подхода к оценке образа жизни (с позиций его влияния на здоровье) от возраста.

Наряду с естественным влиянием на представление о здоровом образе жизни социально-психологических факторов, личностных установок необходимо отметить, что параметры, определяющие этот образ, существенно зависят от возраста, пола, характера занятости, национальных традиций, вероисповедания, стадии технологического развития. По-разному воспринимается рациональность образа жизни городским и сельским населением, даже климатические условия страны накладывают на него свой отпечаток.

К числу острых социальных проблем относится *нейтрализация негативных факторов воздействия научно-технического прогресса на общественное здоровье*. Прогресс есть средство повышения уровня здоровья путем применения научно-технических и технологических достижений в медицине, здравоохранении. Характерно, что оздоровительные мероприятия на основе достижений науки и техники способны стать эффективным средством борьбы с вредным влиянием негативных сторон технического развития на здоровье человека и биосферу.

Частыми причинами заболеваний и обусловленных ими потерь рабочего времени являются неудовлетворительные условия труда, недостатки в его организации. Известно, что от 20 до 40% общих заболеваний работников промышленности связано с условиями труда, неблагоприятными для людей. Современные машины, станки, технологию производства следует максимально приспособлять к возможностям человека. В противном случае никакой рост ассигнований на здравоохранение не сможет обеспечить улучшение здоровья, соблюдение здорового образа жизни.

Существенное влияние на здоровье и здоровый образ жизни оказывает социально-психологический климат в трудовых коллективах. Неудовлетворительная психологическая обстановка — одна из причин текучести кадров, увольнений, перемены места работы и даже места жительства, что, конечно же, сказывается на здоровье людей. Применительно к трудоспособному населению важной составной частью здорового образа жизни является занятость. Безработица, даже при наличии пособий, оказывает угнетающее влияние на большинство стремящихся работать людей, деформирует сло-

жившийся, устойчивый образ жизни, порождает стрессовые состояния.

Уровень здоровья людей во многом зависит от природной среды. Проблемы охраны и защиты окружающей среды имеют своим источником сокращение запасов природных (особенно энергетических) ресурсов, загрязнение воздуха, почвы, сокращение площади лесов, сброс твердых и жидких отходов производства в водоемы и стоки рек. Ограничение потребления чистой пресной воды, увеличение промышленных и бытовых отходов, изъятие земель под автодороги и загрязнение биосферы автотранспортом, рост радиации оказывают негативное воздействие на здоровье людей. Ежегодно в мире и почву вносится 100 млн т удобрений и более 2 млн т ядохимикатов. В атмосферу Земли выбрасывается каждый год более 200 млн т окиси углерода, более 50 млн т различных углеводородов, примерно 150 млн т двуокиси серы, свыше 50 млн т окислов азота.

Установлена зависимость возникновения ряда заболеваний от залповых выбросов вредных веществ в воду и в атмосферу. Этот же вывод правомерен по отношению к систематическому загрязнению биосферы отдельными химическими веществами, белковой пылью, дрожжами, плесенью и другими продуктами белково-витаминных концентратов и микробиологической промышленности. Выявлена прямая связь между заболеваемостью и наличием в атмосфере сернистого газа, продуктов фотохимических реакций. Течение некоторых болезней обостряют так называемые токсические туманы, во время которых увеличивается смертность больных сердечно-сосудистыми и легочными заболеваниями. Концентрация вредных выбросов нефтеперерабатывающих заводов приводит к обострению бронхиальной астмы. В связи с загрязнением биосферы хронические заболевания возникают под действием либо какого-то одного, либо многих химических веществ. Чаще влиянию загрязнения окружающей среды подвержены дети и пожилые люди.

Оздоровление окружающей среды приносит экономический и социальный эффект. Выше уже отмечалось, что экономический эффект от снижения заболеваемости и смертности рассчитывается как сумма предотвращенных экономических потерь от заболеваемости и преждевременной смерти. Для экспертной оценки медицинского эффекта оздоровительных мероприятий используется метод сопоставления данных в районах со среднестатистической и с повышенной заболеваемостью (того или иного ряда болезней) в связи с большой концентрацией неблагоприятно воздействующих на организм веществ определенной группы. Сравнивается, например, воздействие канце-

рогенов в районах (областях), находящихся примерно в одинаковых климатэкономических условиях, но обладающих разной концентрацией неблагоприятных для организма веществ в окружающей среде. Используются также эмпирические зависимости, полученные путем анализа и обработки данных о влиянии неблагоприятных, загрязняющих факторов на состояние здоровья людей.

Одна из важнейших составляющих здорового образа жизни - рациональное питание. На первый взгляд, рациональное потребление продуктов питания зависит только от денежных доходов населения, наличия в продаже необходимого ассортимента пищевых продуктов и цен. В действительности же проблема гораздо сложнее. Существенное воздействие на структуру питания и связь питания со здоровьем оказывают условия приготовления и потребления пищи, соблюдение режима приема пищи, соотношение между употреблением горячих и холодных блюд.

Культура питания как элемента здорового образа жизни включает наличие у людей представлений о рациональном питании. Между тем, как показывают общественные опросы, в России 30% людей не знают, какова рациональная структура потребления питательных веществ, а свыше 80% не представляют, каковы физиологические нормы потребления жиров, углеводов, белков, витаминов. Более половины людей имеют слабое представление о вредных свойствах отдельных видов пищи. Проведившиеся социологами опросы выявили заинтересованность 80% опрошенных в расширении и углублении знаний по вопросам рационального питания.

Здоровый образ жизни надо рассматривать в единстве с гигиенически обоснованными условиями труда, быта, потребления, отдыха. Однако образ жизни зависит не только от объективных, но и от субъективных факторов. Именно этим объясняется то, что при одинаковых социальных и других объективных условиях образ жизни отдельных людей существенно различается. В этой связи представляется более правильным под здоровым образом жизни понимать совокупность оптимальных условий жизнедеятельности (объективных и субъективных) общества, социальных групп и отдельных лиц, обеспечивающих активное долголетие человека, физическую, социальную и нравственную атмосферу, благоприятствующую осуществлению трудовых и других функций человека, семьянина, гражданина.

Итак, образ жизни формируется под воздействием самых разных факторов и условий существования. Именно поэтому формирование и утверждение гигиенически правильного, научно обоснованного образа жизни превратилось в одну из сложнейших проблем нашего времени, решение которой требует многосторонних действий.

На первый план выдвигаются меры целевого характера, призванные комплексно влиять на картину жизни в целом. Это вовсе не означает неэффективности специальных локальных действий по улучшению экологических условий, снижению бытового и уличного травматизма, улучшению питания, повышению физической активности, развитию системы охраны беременности, детей и подростков, снижению инфекционной патологии и др. Речь идет о необходимости увязывания всех этих специфических мер с общей социально-оздоровительной и экономической политикой государства, с возможными отличиями по группам и территориям.

## 1.8 ЗДОРОВЬЕ И БЛАГОПОЛУЧИЕ НАЦИИ

**Здоровье россиян — важнейший фактор национальной безопасности России.** События последних лет показали, что без национальной (общенародной) идеи, способной объединить вокруг себя различные слои населения, невозможно надеяться на возрождение отечества на качественно ином уровне, предусматривающем соблюдение прав человека, возможности его самореализации.

В поисках консолидирующего и мобилизующего начала все исследователи, независимо от их политической и мировоззренческой позиции, приходят к пониманию того, что в центре национальной идеи должен быть человек, его жизнь, здоровье, физическое и нравственное благополучие, психологический комфорт. Таково неперемное условие целостного развития личности и общества.

Только физически и нравственно здоровый народ в состоянии адекватно воспринимать и оценивать жизнеутверждающие принципы патриотизма, взаимопомощи и коллективизма, милосердия, ненасилия и справедливости, взаимоуважения и терпимости, мира и согласия, знания и законопослушности, мечты и идеала мировой совести). Только здоровый, дееспособный человек может сделать их нормой повседневной жизни, оставаясь «сам себе хозяином».

В результате коренного изменения геополитической и демографической ситуации, усиливающейся социальной ориентации рыночных преобразований на первое место в системе жизненных ценностей объективно выдвигается здоровье — как отдельного человека, так и общества в целом.

В условиях формирования социально ориентированного рыночного хозяйства в России здоровье человека — состояние его полно-



го физического, психического и социального благополучия — неизбежно становится фактором, всецело определяющим уровень человекоотдачи и комфортность его существования в обществе. Помимо физических и нравственных страданий, потеря здоровья влечет за собой снижение уровня жизни, ограничение возможностей сохранить и развивать социальный статус, нарушение баланса других стремлений и потребностей личности (которые нередко в один момент отходят на второй план), кардинально меняя мировоззрение и мотивацию личности. Проблемы, связанные с репродуктивным здоровьем, ограничивают право на продолжение рода и реализацию репродуктивных установок человека. Поэтому охрана и укрепление здоровья нации является важнейшей стратегической задачей России, необходимым условием достижения национальной безопасности, максимально возможного качества жизни. Под *охраной здоровья нации* понимается совокупность общегосударственных мер, включая реализацию лечебно-профилактических, оздоровительно-рекреационных, санитарно-гигиенических, экономических, технологических и организационных мероприятий, в осуществлении которых участвуют как центры санэпиднадзора, лечебно-профилактические, аптечные, санаторно-курортные и другие медицинские, ко-производственные организации, так и государственные и муниципальные органы, профсоюзные и общественные организации, средства массовой информации, а также трудовые коллективы и руководители предприятий и организаций.

В XXI веке именно здоровье народа, его охрана и укрепление должно быть как целью, так и основной движущей силой общественного прогресса. Пока же, однако, приходится констатировать лишь обратное. Вопреки общемировой тенденции, состояние здоровья граждан России в последнее десятилетие не только не улучшилось, но по многим показателям весьма существенно пострадало.

Для повышения эффективности системы охраны и укрепления здоровья россиян, улучшения валеологической ситуации в стране, на наш взгляд, целесообразно предпринять следующие меры:

- законодательно закрепить комплексное понятие «охрана здоровья нации»;
- придать здоровью человека статус главной социальной ценности, признать его фактором национальной безопасности и обобщающим критерием эффективности управления обществом;
- поставить охрану здоровья людей на первое место среди других общественных приоритетов.

**Российское здравоохранение в начале XXI века.** Чтобы идея «здоровья нации» обрела силу и стала реальностью, необходимо самым серьезным образом задействовать регулирующий и контролирующий потенциал государственных и общественных институтов, влияющих на состояние охраны здоровья населения.

Заявляемая Правительством России государственная экономическая политика строится на основе концепции стабилизации, экономического роста и устойчивого развития. Важнейшим критерием эффективности такой политики следует считать состояние охраны здоровья населения страны в целом и каждого человека в отдельности. Применение комплексного подхода к оценке положения дел в сфере здравоохранения, а также обоснованное использование органами управления всех уровней методов экономического и административно-правового регулирования будет способствовать преодолению особо острых противоречий между экономическим ростом и социальным благополучием народа.

На состоявшемся в ноябре 1997 года заседании Правительства Российской Федерации, посвященном проблеме стабилизации функционирования медико-производственного комплекса страны, была рассмотрена и утверждена представленная Министерством здравоохранения РФ «Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации»<sup>1</sup>. Она нацелена главным образом на приведение здравоохранительной системы России в соответствие с потребностями населения и финансовыми возможностями государства и общества. Среди основных положений экономической части Концепции отчетливо выделяется тезис о постепенном уменьшении роли бюджетов всех уровней и возрастании доли средств организаций и граждан в финансировании российского здравоохранения, развитии медицинского страхования. Подчеркивается, что сохранению целостности организационной структуры здравоохранения в новых экономических условиях должно способствовать осуществление федеральных программ развития здравоохранения, реализующих цели и задачи государственной политики на определенный период и включающих в себя федеральные целевые программы развития здравоохранения и программы государственных гарантий по обеспечению граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью.

---

<sup>1</sup> См.: Постановление Правительства РФ от 5 ноября 1997 года «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации».

Несмотря на то что в Концепции развития здравоохранения Российской Федерации имеется много новых и эффективных идей, на наш взгляд, ей присущи и некоторые недостатки. Среди них отметим такие, как слабая проработанность механизма ее реализации, недостаточный учет специфики российского рынка услуг и товаров медицинского назначения, нечеткая взаимосвязь отраслей, связанных с охраной и укреплением здоровья, отсутствие плана реструктуризации отрасли в соответствии с законодательством и требованиями рыночных отношений.

Обобщая сказанное, еще раз подчеркнем, что концепция человекосбережения, сохранения и укрепления здоровья народа вполне укладывается в требования, предъявляемые сегодня общенародной идее, интересам общества и государства. В условиях многонациональной России важнейшим следствием этого будет изменение тональности звучания таких актуальных ныне понятий, как «народ», «суперэтнос», «национальность», «гражданство». Ведь сложно обвинить идею, основанную на принципах человекосбережения и валеологии, в шовинизме и тоталитаризме, сепаратизме, национализме или религиозном экстремизме, поскольку она находится в естественной гармонии с главными свойствами личности. Воспринятая общественным сознанием, эта идея, несомненно, будет обладать реальной консолидирующей и мобилизующей силой, явится важным практическим вкладом в судьбу будущих поколений России.

Основные понятия	
Демографический переход	Образ жизни Охрана здоровья
Индекс развития человека	
Индивидуальное здоровье	Потребность
Здоровый образ жизни	Сертификат здоровья человека
Здоровье	Стандарт здоровья
Здоровье нации	Уровень жизни
Качество жизни	
Концепция человекосбережения	Человеческий капитал