

УДК 314.44

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И ЗДОРОВЬЕ: О ГЕНДЕРНЫХ И ВОЗРАСТНЫХ ОСОБЕННОСТЯХ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

О.В. Третьякова

Новосибирский государственный университет экономики
и управления «НИНХ»
E-mail: ovtret@mail.ru

В статье представлены результаты исследований гендерных и возрастных особенностей взаимодействия здравоохранения и здоровья. Проведен анализ тесноты связи возрастных коэффициентов смертности и объемных показателей функционирования здравоохранения. Выявлены особенности влияния здравоохранения на здоровье на разных стадиях жизненного цикла населения. В качестве информационной базы использованы данные государственной и ведомственной статистики.

Ключевые слова: факторы риска здоровья, жизненный цикл, население, здравоохранение, корреляционный анализ.

HEALTHCARE AND HEALTH: ON GENDER AND AGE FEATURES OF INTERACTION

O.V. Tretyakova

Novosibirsk State University of Economics and Management
E-mail: ovtret@mail.ru

The article renders the results of the investigation of gender and age features of interaction between healthcare and health. The analysis of link tightness of age-specific death rates and volume indicators of healthcare performance indexes is carried out. The specifics of the healthcare impact on health at various stages of the population life cycle are revealed. The government and department statistics data was used as the database.

Key words: health risk factors, life cycle, population, healthcare, correlation analysis.

Здравоохранение принято считать фактором, напрямую воздействующим на здоровье населения. Большинство авторов, основываясь на исследованиях Ю.П. Лисицина [9], оценивают вклад здравоохранения в общественное здоровье на уровне 10%. Наряду со здравоохранением факторами, влияющими на здоровье населения, называют также образ жизни, на долю которого приходится более 50% всех воздействий на здоровье; на 20% здоровье определяется состоянием внешней среды (природно-климатическими условиями) и на 20% – генетическими факторами [см., например, 10, с. 45]. Перечисленные выше факторы, а также пропорции их воздействия на здоровье в основном получены в результате исследований факторов индивидуального здоровья. Отметим, что работ, подтверждающих эти соотношения на уровне интегральных параметров общественного здоровья, с одной стороны, комплексных характеристик здравоохранения, образа жизни, состояния внешней среды – с другой, практически нет, более того, мультипликация негативного воздействия перечисленных факторов не позволяет измерить на макроуровне предполагаемый всеми исследователями позитивный эффект воздействия здравоохранения на общественное здоровье.

В результате по России в целом, по ее отдельным территориям комплексные характеристики здоровья и здравоохранения связаны обратной зависимостью – улучшение параметров здравоохранения наблюдается на фоне перманентного снижения характеристик общественного здоровья [6, 7, 8]. По нашему мнению, измерить реальные направления эффектов воздействия здравоохранения на здоровье населения страны возможно следующим образом.

Взаимосвязи общественного здоровья и факторов, его определяющих, будем рассматривать в аспекте жизненного цикла индивида, гендерный разрез позволит выделить воздействие образа жизни, территориальный аспект сравнения комплексных характеристик даст возможность подойти к оценке воздействий окружающей среды на состояние общественного здоровья, группировки по возрасту позволят дать корректную оценку направления воздействия здравоохранения на здоровье.

Здравоохранение представляет собой сферу деятельности, целью которой является организация и обеспечение доступного медицинского обслуживания населения. Здравоохранение – совокупность мер политического, экономического, социального, правового, научного, медицинского, санитарно-гигиенического, противоэпидемического и культурного характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае ухудшения здоровья.

Стратегическим направлением развития здравоохранения является обеспечение охраны здоровья населения в течение всего жизненного цикла. Реализация этой задачи возможна посредством выявления факторов риска для различных половозрастных групп населения и определения их потребности (групп) в медицинской помощи, позволяющих обеспечить максимальную эффективность системы здравоохранения. Это позволит:

- выявить причины снижения уровня здоровья отдельных групп населения и разработать рекомендации по их устранению;
- способствовать определению приоритетных направлений государственной политики по сохранению и укреплению здоровья населения.

Несмотря на всю значимость реализации этого направления вопросы воздействия здравоохранения на здоровье разных половозрастных групп населения изучены слабо. Не разработан механизм определения реальных потребностей в медицинской помощи для разных половозрастных групп населения. В связи с этим большая часть нормативно-правовых актов и направлений реформирования здравоохранения научно не аргументирована. Это не позволяет обоснованно определять приоритеты в развитии здравоохранения как отдельной территории, так и государства в целом, препятствует оптимальному выделению финансовых ресурсов на их реализацию.

Данные табл. 1 показывают, что при рождении и до достижения 25 лет ожидаемая продолжительность жизни у мужчин меньше в среднем на 12–13 лет, чем у женщин. Основную роль в низкой ожидаемой продолжительности жизни мужчин играет более высокая, по сравнению с женщинами, младенческая смертность и смертность в трудоспособном возрасте. Показатели младенческой смертности у мальчиков превышают женские на 30%, смертность в трудоспособном возрасте у мужчин выше более чем в 3,8 раз (табл. 2).

Таблица 1

Ожидаемая продолжительность жизни для лиц, достигших определенного возраста
(число лет) [4]

Возраст, лет	2005 г.			2008 г.		
	Мужчины	Женщины	Разница	Мужчины	Женщины	Разница
0	58,87	72,39	13,52	61,83	74,16	12,33
1	58,62	72,07	13,45	61,42	73,73	12,31
2	57,69	71,15	13,46	60,48	72,79	12,31
3	56,73	70,19	13,46	59,51	71,82	12,31
4	55,77	69,22	13,45	58,55	70,85	12,3
5	54,81	68,25	13,44	57,57	69,87	12,3
10	49,93	63,36	13,43	52,67	64,96	12,29
15	45,06	58,45	13,39	47,77	60,03	12,26
20	40,39	53,64	13,25	43,09	55,21	12,12
25	36,12	48,9	12,78	38,69	50,42	11,73
30	32,22	44,27	12,05	34,63	45,76	11,13
35	28,47	39,74	11,27	30,83	41,19	10,36
40	24,83	35,29	10,46	27,02	36,68	9,66
45	21,48	30,95	9,47	23,4	32,25	8,85
50	18,42	26,75	8,33	20	27,92	7,92
55	15,72	22,75	7,03	16,92	23,76	6,84
60	13,22	18,99	5,77	14,17	19,85	5,68
65	11,01	15,36	4,35	11,73	16,1	4,37
70	8,95	11,98	3,03	9,49	12,55	3,06
75	7,18	9	1,82	7,58	9,42	1,84
80	5,76	6,56	0,8	6,04	6,84	0,8
85 и более	4,37	4,63	0,26	4,9	4,87	-0,03

Таблица 2

Возрастные коэффициенты смертности (умершие на 1000 человек населения
соответствующей возрастной группы) [4]

Возрастные группы	2000 г.		2005 г.		2008 г.	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
Всего	17,3	13,5	18,8	13,8	16,6	12,9
Из них в воз- расте, лет						
0	17,3	13,2	12,5	9,4	9,5	7,5
1-4	1,1	0,9	0,8	0,7	0,7	0,5
5-9	0,6	0,4	0,5	0,3	0,4	0,3
10-14	0,6	0,3	0,5	0,3	0,4	0,2
15-19	2,1	0,8	1,6	0,7	1,5	0,6
20-24	4,9	1,1	3,8	1	2,9	0,8
25-29	6	1,3	6,5	1,6	5,1	1,4
30-34	7	1,7	8,2	2,2	7,3	2
35-39	9,1	2,3	10,3	2,9	8,2	2,5
40-44	12,7	3,4	14,3	4	11	3,3
45-49	17,9	5,1	19,4	5,6	14,8	4,5
50-54	24,4	7,6	26,9	8,1	20,9	6,5
55-59	33,4	11,4	34,4	11,8	28,9	10
60-64	44,5	15,8	46,9	16,5	38,8	13,5
65-69	59,5	25,6	58,8	23,8	54	21,4
70 и более	104	79,9	105,6	78,8	97,9	72,5
В трудо- способном возрасте	11,5	2,9	13	3,4	10,7	2,8

По мере взросления (после 25 лет) различие в ожидаемой продолжительности жизни между мужчинами и женщинами стабильно сокращается, полностью нивелируясь к 85 годам. Темпы роста показателей смертности у женщин по возрастным группам после 25 лет несколько выше, чем у мужчин.

Основными причинами смерти у мужчин и женщин являются болезни системы кровообращения – 33 и 27%, внешние причины – 32 и 24%, новообразования – 11 и 20% соответственно.

Отдельные исследования показывают, что в разные периоды жизни заболеваемость и смертность мужчин и женщин отличается. Так, например, по данным С.А. Шальной, отмечается отчетливая возрастная диссоциация риска заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистой патологии как среди мужчин, так и среди женщин. В молодом возрасте среди мужчин риск возникновения заболеваний системы кровообращения выше, чем у женщин. Однако с возрастом вероятность возникновения заболеваний и осложнений от них у женщин превышает мужскую [11]. По данным, приведенным Н.М. Римашевской, при более низких показателях заболеваемости инфарктом миокарда во всех возрастных группах у женщин прогноз развития заболевания хуже, чем у мужчин. При этом, чем моложе возраст, тем больше разрыв в оценке риска смерти. В возрастной группе 35 лет смертность женщин в два раза выше, чем мужчин [5, с. 32].

Таким образом, половозрастные особенности населения оказывают значительное влияние на состояние его здоровья. Следовательно, оценку степени влияния здравоохранения на состояние общественного здоровья следует осуществлять с учетом особенностей половозрастной структуры населения соответствующей территории.

Различие в состоянии здоровья отдельных половозрастных групп обуславливает наличие разных потребностей в медицинской помощи, а соответственно, различное влияние здравоохранения на периоды жизненного цикла мужчин и женщин.

Для выявления воздействия здравоохранения на разные периоды жизненного цикла нами был проведен корреляционный анализ между показателями здоровья населения в разных половозрастных группах и показателями состояния здравоохранения. Информационной базой послужили данные о состоянии здоровья населения и здравоохранения РФ за 1995–2008 гг. [1, 2, 3, 4]

Наиболее надежными показателями, характеризующим здоровье населения на разных стадиях жизненного цикла, по нашему мнению, являются возрастные коэффициенты смертности. Среди множества показателей деятельности здравоохранения нами были выбраны наиболее общие – обеспеченность населения врачами и мощность медицинских учреждений (табл. 3).

Приведенные в табл. 3 данные свидетельствуют о наличии достаточно тесной отрицательной корреляционной связи между показателями, характеризующими мощность медицинских учреждений, и коэффициентами смертности у мужчин в возрастных периодах 0–24 года, 65–69 лет; у женщин в возрасте от 0 до 24 лет и свыше 65 лет.

Наибольшая обратная зависимость между мощностью амбулаторно-поликлинических учреждений и коэффициентами смертности выявляется в возрасте от 0 до 19 лет – мальчиков $-0,51 > r < -0,76$; девочек $0,6 > r < 0,74$. Такая же тенденция характерна и для показателей мощности больничных учреждений и численности

Таблица 3

Коэффициенты корреляции между возрастными коэффициентами смертности и показателями деятельности здравоохранения

	Возраст, лет	Мощность АПУ посещений в смену на 10 000 населения	Число больничных коек на 10 000 населения	Численность врачей всех специальностей на 10 000 населения
Возрастные коэффициенты смертности	0			
	Мужчины	-0,73	-0,88	-0,97
	Женщины	-0,74	-0,88	-0,96
	1-4			
	Мужчины	-0,76	-0,88	-0,95
	Женщины	-0,69	-0,90	-0,95
	5-9			
	Мужчины	-0,75	-0,88	-0,91
	Женщины	-0,61	-0,79	-0,71
	10-14			
	Мужчины	-0,51	-0,61	-0,79
	Женщины	-0,18	-0,30	-0,53
	15-19			
	Мужчины	-0,71	-0,82	-0,91
	Женщины	-0,60	-0,69	-0,85
	20-24			
	Мужчины	-0,55	-0,76	-0,71
	Женщины	-0,36	-0,54	-0,53
	25-29			
	Мужчины	0,55	0,47	0,55
	Женщины	0,73	0,77	0,80
	30-34			
	Мужчины	0,57	0,64	0,64
	Женщины	0,62	0,78	0,79
	35-39			
	Мужчины	0,20	0,27	0,18
	Женщины	0,60	0,72	0,64
	40-44			
Мужчины	0,12	0,19	0,07	
Женщины	0,25	0,38	0,29	
45-49				
Мужчины	0,03	0,08	-0,03	
Женщины	0,00	0,05	-0,09	
50-54				
Мужчины	0,04	0,11	0,00	
Женщины	-0,08	-0,02	-0,14	
55-59				
Мужчины	-0,08	-0,05	-0,09	
Женщины	-0,01	0,02	0,00	
60-64				
Мужчины	-0,03	0,04	-0,07	
Женщины	-0,22	-0,25	-0,40	
65-69				
Мужчины	-0,39	-0,37	-0,44	
Женщины	-0,63	-0,69	-0,76	
70 и более				
Мужчины	-0,21	-0,14	-0,34	
Женщины	-0,52	-0,57	-0,76	

врачей всех специальностей: $0,61 > r < 0,88$, $0,30 > r < 0,9$; $0,79 > r < 0,97$, $0,53 > r < 0,96$ соответственно.

Прямая зависимость между анализируемыми показателями, выявленная нами в возрастных группах 25–34 года, определяется тем, что в этих группах роль здравоохранения снижается, уступая место таким факторам риска, как условия и образ жизни.

Таким образом, наибольшее влияние здравоохранение оказывает на состояние здоровья детей, подростков, лиц пожилого возраста.

Литература

1. Здравоохранение в России. 2001: Статистический сборник / Госкомстат России. М., 2001.
2. Здравоохранение в России. 2005: Статистический сборник / Росстат. М., 2006.
3. Здравоохранение в России. 2007: Статистический сборник / Росстат. М., 2007.
4. Здравоохранение в России. 2009: Статистический сборник / Росстат. М., 2009.
5. Здоровье и здравоохранение в гендерном измерении / Под общей ред. Н.М. Римашевской; редколлегия: Е.А. Баллаева (председатель), Л.Г. Луныкова, Н.М. Римашевская, Т.В. Чубарова. М.: Агентство «Социальный проект», 2007. 240 с.
6. Глинский В.В., Овечкина Н.И. Тенденции демографической политики: сдержанный оптимизм третьего цикла // Национальные интересы: приоритеты и безопасность. 2010. № 16. С. 14–18.
7. Глинский В.В. К вопросу об оценке перспектив развития демографической ситуации в России // Национальные интересы: приоритеты и безопасность. 2008. № 12. С. 17–21.
8. Глинский В.В., Серга Л.К. Статистика XXI века. Вектор развития // Вестник НГУЭУ. 2011. № 1. С. 108–118.
9. Лисицын Ю.П. Перспективы развития медицины XXI века // Вестник МГНот. 2007. № 65. С. 1–2.
10. Ползик Е.В., Никифоров С.А. К проблеме оценки влияния здравоохранения на состояние общественного здоровья // Проблемы управления здравоохранением. 2007. № 4. С. 44–46.
11. Шальнова С.А. Эпидемиология артериальной гипертензии в России: портрет больного // Артериальная гипертензия. 2008. № 2.

Bibliography

1. Zdravooхранenie v Rossii. 2001: Statisticheskij sbornik / Goskomstat Rossii. M., 2001.
2. Zdravooхранenie v Rossii. 2005: Statisticheskij sbornik / Rosstat. M., 2006.
3. Zdravooхранenie v Rossii. 2007: Statisticheskij sbornik / Rosstat. M., 2007.
4. Zdravooхранenie v Rossii. 2009: Statisticheskij sbornik / Rosstat. M., 2009.
5. Zdorov'e i zdravooхранenie v gendernom izmerenii / Pod obwey red. N.M. Rimashevskoj; redkollegija: E.A. Ballaeva (predsedatel'), L.G. Lunjakova, N.M. Rimashevskaja, T.V. Chubarova. M.: Agentstvo «Social'nyj proekt», 2007. 240 s.
6. Glinkij V.V., Ovechhina N.I. Tendencii demograficheskoy politiki: sderzhannyj optimizm tret'ego cikla // Nacional'nye interesy: prioriteti i bezopasnost'. 2010. № 16. S. 14–18.
7. Glinkij V.V. K voprosu ob ocenke perspektiv razvitija demograficheskoy situacii v Rossii // Nacional'nye interesy: prioriteti i bezopasnost'. 2008. № 12. S. 17–21.
8. Glinkij V.V., Serga L.K. Statistika XXI veka. Vektor razvitija // Vestnik NGUJeU. 2011. № 1. S. 108–118.
9. Lisicyu Ju.P. Perspektivy razvitija mediciny XXI veka // Vestnik MGNOT. 2007. № 65. S. 1–2.
10. Polzik E.V., Nikiforov S.A. K probleme ocenki vlijanija zdravooхранenija na sostojanie obwestvennogo zdorov'ja // Problemy upravlenija zdravooхранeniem. 2007. № 4. S. 44–46.
11. Shal'nova S.A. Jepidemiologija arterial'noj gipertenzii v Rossii: portret bol'nogo // Arterial'naja gipertenzija. 2008. № 2.