

Джанибеков Р.А.

ЗДОРОВЬЕ ЛЮДЕЙ КАК ОДНА ИЗ ГЛАВНЫХ ЦЕННОСТЕЙ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

Социально-экономические проблемы здравоохранения выделились в область самостоятельных научных знаний лишь во второй половине XX века, в связи с небывалым ранее увеличением объема и социально-экономической значимости сферы услуг. И хотя медицина "стара как мир", но никогда она не формировалась в столь крупную отрасль народного хозяйства, притягивающую к себе миллионы людей.

Рынок медицинских услуг - система экономических отношений между людьми, охватывающая процессы производства, распределения, обмена и потребления медицинских услуг. Продукцией рынка медицинских услуг являются медицинские услуги, то есть полезный эффект от деятельности образующих эту отрасль специалистов и предприятий (учреждений, организаций) по диагностике, профилактике и устранению (или компенсации) возникающих или имеющихся у человека анатомических и функциональных нарушений (заболеваний).

Рынок медицинских услуг можно определить как сферу жизни общества, обеспечивающую возможность осуществления политических, экономических, научно-образовательных, лечебно-профилактических, управленческих и организационных мероприятий, направленных на реализацию права граждан на сохранение собственного здоровья.

Потребность в сохранении здоровья занимает первое место в иерархии потребностей.

Медицинская услуга удовлетворяет следующие виды потребностей:

- потребность жить;
- потребность быть здоровым с сохранением трудоспособности;
- потребность возврата к норме при временной потере трудоспособности;
- желание сохранения определенной "ниши" трудоспособности при наличии инвалидности;
- потребность достижения наивысшей степени "качества жизни".

Эти виды потребностей относятся к фундаментальным, жизненно важным. В основе общества лежит не экономика, не идеи, а человек. Существенные изменения биологической составляющей (ее количественных, качественных и структурных параметров) с неизбежностью ведут к адекватным переменам в системе институтов и ценностей. При возрастании технологического, организационного и культурного могущества общества в

отношении к природе и человеку биологическая составляющая остается конечной целью и конечным ресурсом общественного развития, как собственная жизнь для человека¹.

Содержательно сфера услуг в целом и здравоохранение, в том числе, относятся к разряду потребительского производства: здесь происходит потребление материальных благ, созданных в отраслях соответствующей сферы. В здравоохранении одновременно происходит создание физической и психологической основы деятельности трудового потенциала и создается основа для социального воспроизводства.

Результат потребленной медицинской услуги можно представить как достижение здоровья. Но, рассматривая категорию "здоровья" с точки зрения поиска научного определения, исследователи сталкиваются с трудностями, не позволяющими до настоящего времени представить обществу общепринятого однозначного определения и метода измерения здоровья.

В 60-е и 70-е годы XX столетия проблему определения «здоровья» как категории в основном рассматривали с позиций медико-физиологической сущности и поиска качественных критериев отличия его от патологического состояния организма (болезни). В последние два десятилетия на первый план стали выходить вопросы, рассматривающие проблему изучения категории "здоровья" в связи с усилением экономической сущности здравоохранения.

Современное понимание здоровья выходит за рамки рассуждений на морально-этические темы и является в большей степени экономической категорией. Появление теории человеческого капитала отразило возросшую в последние годы роль невещественных факторов в развитии человечества. Человеческий капитал понимается как уникальное богатство, непреходящее и незаемное, совокупность всех производственных качеств работника. Это понятие включает приобретенные знания, навыки, мотивацию и энергию, используемые для производства экономических благ. Его формирование, подобно физическому капиталу, требует как от самого человека, так и от общества существенных затрат. Они были бы невозможны, если бы не обеспечивали его обладателю получение более высокого дохода. Таким образом, человеческий капитал рассматривается как запас, который может накапливаться и быть источником более высокого дохода в будущем. Это вложение в отдельное лицо, которое приносит отдачу, как и

любое другое вложение капитала. Эти выгоды связаны с более высокой производительностью труда и, как следствие, с более высоким доходом.

Здоровье людей как одна из главных ценностей в современном мире повсеместно включается в разряд приоритетных ориентиров общественного развития. Здоровье населения – одна из фундаментальных характеристик цивилизации – формируется и изменяется под влиянием множества факторов общественной жизни². О его состоянии и динамике можно судить по ряду частных и обобщающих показателей. Частные характеристики дают представление лишь об отдельных сторонах здоровья населения, в целом его может охватить лишь система параметров.

Укрепление здоровья населения является, быть может, единственно возможным универсальным показателем получения определенного положительного результата труда работников здравоохранения в форме полезного эффекта. Здоровье характеризуется несколькими основными группами показателей. К первой относятся: численность населения, его состав, рождаемость, смертность, естественный прирост. Вторую группу составляют показатели заболеваемости населения. В третью входят показатели физического развития отдельных групп жителей. Многие конкретные методы оценки результата врачебной деятельности и, соответственно, здоровья населения основаны на определении ряда показателей лечебно-профилактического характера, которые непосредственно и более тесно связаны с трудом медицинских работников.

Так, нельзя не отметить тот факт, что общий экономический спад производства, падение жизненного уровня населения, в первые годы переходного периода, повлияли на развитие здравоохранения республики.

За 1991-2004 гг. уменьшилась обеспеченность врачами в расчете на 10000 человек населения – до 27 врачей против 36,7 в 1990 г. и особенно средним медицинским персоналом – соответственно 62 против 104,9. Обеспеченность больничными койками сократилась с 119,8 коек на 10 000 человек населения в 1990 г. до 53 в 2004 г.³

Современные демографические процессы в республике и тенденции их развития обусловлены преобразованиями в социально-экономическом развитии и изменениями в политической ситуации в результате приобретения независимости.

Среди качественных и количественных показателей здоровья населения выделяется показатель средней ожидаемой продолжительности жизни.

Средняя ожидаемая продолжительность жизни не только свидетельствует о состоянии здоровья населения и эффективности здравоохранения в настоящее время, но и аккумулирует в себе исторический опыт качество жизни соответствующих поколений.

Начиная с 1996 г. в результате некоторого снижения смертности наметилось увеличение показателя ожидаемой продолжительности жизни. Это было обусловлено снижением младенческой смертности, которая за 1996-2000 гг. сократилась на 13%. Однако следует заметить, что данный показатель (68 шт.) на 6-7 лет ниже среднего показателя для стран Западной Европы.

Ожидаемая продолжительность жизни – это основной показатель здоровья населения и в 2006 г. он достиг 67,7 лет, для мальчиков – 63,5 и для девочек – 72,1.

Различия в продолжительности жизни мужского и женского населения объясняется тем, что смертность мужчин во всех возрастных группах выше, чем женщины, а в целом – в 1,5 раз выше, чем женщин.

Продолжительность жизни имеет и территориальные различия. Наиболее высока она в южном регионе, где показатель превышает значения, характерные для севера страны. Если в Баткенской, Ошской и Джалал-Абадской областях величина продолжительности жизни составляет соответственно 70, 69,7 и 69,4, – 66,5, Нарынской и Чуйской – 66,7, в Бишкеке – 68,5 лет⁴.

Одними из основных критериев оценки и характеристики состояния здоровья населения являются статистические показатели смертности. Смертность в демографической статистике рассматривается как совокупность отдельных случаев смерти, происходящих в определенном поколении населения.

За годы реформирования в Кыргызстане установилась неоднозначная динамика уровня смертности. Тенденция к увеличению общего коэффициента смертности была характерной для периода 1991-1994 гг., когда соотношение числа умерших в течение года к среднегодовой численности населения возросло с 6,9‰ до 8,2‰, в т.ч. для городских поселений – с 7,2 до 9‰, в сельской местности – с 6,7 до 7,7‰⁵.

Начиная с 1995 г. наблюдалось стабильное снижение данного показателя: с 8,2‰ до 6,6‰. В 2002-2003 годах общий коэффициент поднялся до 7,1‰. И лишь в 2004 г. он сравнялся с 1991 г., т.е. стал равен 6,9‰⁶.

Существуют этнические различия в уровне смертности. Так, в 2003 г. общие коэффициенты смертности у русских были в 3 раза выше по сравнению с кыргызами, у украинцев – в 8,4, у

белорусов – в 5,7 раза. Высокий уровень смертности в Чуйской и Иссык-Кульской областях, где проживает более старое население.

В 2006г. на 1000 человек населения умерло 7,4. За годы независимости смертность увеличилась на 13%. Важным показателем интенсивности смертности является младенческая смертность. Вполне справедливо ее считают одним из существенных показателей развития общества и в основном именно по ее уровню судят об уровне развития здравоохранения в стране.

Ежегодно в республике на первом году жизни от различных заболеваний, отравлений и травм умирало от 21 до 30 младенцев на 1000 родившихся. До 2004г. национальные критерии живорождения и, соответственно, младенческой смертности имели отличия от рекомендованных Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), что значительно занижало страновой показатель. В 2004 г. после перехода на критерии ВОЗ показатель младенческой смертности возрос с 20,9‰ в 2003 г. до 29,2‰ – в 2006 г.⁷

Особо следует сказать о младенческой смертности, которая сохраняется на высоком уровне. В 2003 г. она составила 20,9‰. Увеличение младенческой смертности – 25,7 на 1000 родившихся по сравнению с 2003 г. (20,9‰), связано с переходом в 2004 г. на критерии живорождения, рекомендованные Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ).

Основными причинами смерти детей в возрасте до одного года являются болезни (состояния), возникающие в перинатальном (послеродовом) периоде (61,0% из числа умерших детей на первом году жизни), а также органов дыхания (около 17,8%), врожденные аномалии (10,8%), инфекционные и паразитарные болезни (5,2%)⁸.

Повышенный уровень детской смертности обусловлен недостаточным медицинским обслуживанием женщин в период беременности и после рождения ребенка.

Высокий уровень младенческой смертности во многом обусловлен неудовлетворительным состоянием матерей. Материнская смертность в Кыргызстане – одна из самых высоких среди стран Европы и составляет около 60-ти умерших женщин на 100 тыс. живорожденных. Почти 80% случаев материнской смертности регистрируется в сельской местности.

Как же изменялся уровень смертности в течение рассматриваемого периода? Развал Советского Союза, обвал эмиграции населения, разрыв родственных связей, ухудшение системы здравоохранения, высокая стоимость лекарств не могли не отразиться на состоянии здоровья населения. Рост смертности населения начался с

1992г. (11,5), значительно усилился в 1994-1995 гг. до 15,4 и с 1996г. стал снижаться до 13,1.

Как известно, на смертность влияет множество различных факторов как социально-экономических, так и биологических. Среди последних самым значимым является возраст. Поэтому среди определений коэффициента смертности наиболее важны возрастные показатели. Рост смертности населения в 90-х годах прошлого века произошел, в основном, за счет ее увеличения в старших возрастах. Пожилые люди оказались менее защищенными в период рыночных преобразований в стране.

Самые высокие показатели смертности в республике происходят от болезней системы кровообращения (46,2%) на втором месте – от болезней органов дыхания (11%), на третьем – от травм, отравлений (10,2%), от новообразований (8,9%), от болезней органов пищеварения (6,3%), от транспортных несчастных случаев (2,3%). Более 70% умерших от несчастных случаев приходилось на лица трудоспособного возраста⁹.

Для снижения смертности от болезней органов дыхания необходимо учитывать природные факторы, улучшить организацию медицинской помощи, особенно, детям, а также проводить профилактические медицинские обследования населения.

Немаловажное влияние на состояние здоровья населения оказывает чистая питьевая вода. Если рассматривать уровень доступа населения к чистой питьевой воде за 2004 г., можно отметить, что почти третья часть (28%) населения, живущего в сельской местности, пользуются питьевой водой из рек, водохранилищ, родников и арыков, что представляет серьезную опасность для здоровья населения этих местностей.

Это касается и коммунальных услуг. В меньшей мере им пользуются бедные домашние хозяйства, проживающие в сельской местности. Цены на многие коммунальные услуги высокие, более того, инфраструктура в сельской местности развита слабо. Единственным видом коммунального обслуживания, охватывающим почти все население, является энергоснабжение. Санитарные условия обуславливают дискомфорт и являются одной из главных причин ухудшения здоровья у бедных слоев населения.

Таким образом, смертность населения Кыргызстана выше, а средняя продолжительность жизни населения ниже среднеевропейского уровня.

Динамика показателей смертности и ожидаемой продолжительности жизни отражает неблагоприятные изменения в жизнеобеспечении человека на всем постсоветском пространстве.

Основными факторами роста смертности в период радикальных экономических реформ являются следующие:

- резкое падение уровня жизни большинства населения, обнищание наименее социально защищенных слоев населения (стариков, инвалидов, семей с детьми);
- коммерциализация сферы медицинских услуг, ставших недоступными большинству населения;
- ликвидация государственной монополии на производство и продажу алкоголя, интенсивная алкоголизация и наркотизация населения;
- развал системы охраны и контроля за условиями труда;
- дальнейшее ухудшение и уничтожение системы санитарно-эпидемиологического контроля.

В настоящее время нельзя с помощью медицины решить все проблемы здоровья населения, возникшие вследствие экологических, экономических и социальных катастроф. Социологи отмечают, что связь между медицинским обслуживанием и жизнью (смертью) гораздо слабее, чем кажется. курение, пьянство, привычки в еде, активный образ жизни, уровень образования - это факторы, которые наряду с уровнем медицинской помощи, играют важную роль в продолжительности и качестве жизни. В Британии государство предоставляет бесплатное медицинское обслуживание всем гражданам, однако, классовые различия в детской смертности, общей продолжительности жизни по-прежнему сохраняются.

В прогнозировании общественного здоровья экономическая ситуация играет главенствующую роль. Закономерности формирования популяционного здоровья едины для всего человечества и зависят от одних и тех же факторов. Распространение здорового образа жизни, кроме формирования благоприятных условий в

производственной и социальной сферах, требует приоритетного внимания к профилактике заболеваний, к таким ее сторонам, как охрана материнства и детства, санитарный контроль за условиями труда, состоянием природной среды, воды и пищи и др.

Долгая и здоровая жизнь ценна как сама по себе, так и из-за того, что предоставляет возможности человеку полноценно реализовываться во всех сферах жизнедеятельности. Состояние физического, физиологического и психологического развития человека определяет его функциональные качества, создает предпосылки для его самовыражения в различных областях человеческой деятельности. Не вызывает сомнений, что высокий уровень заболеваемости и низкая продолжительность жизни населения крайне негативно влияют на развитие человеческого потенциала, резко ограничивают возможности для его реализации. Это основа человеческого потенциала.

Литература:

1. Человеческое развитие: новое измерение социально-экономического прогресса. Под ред. В.П. Колесова. - М.: Права человека, 2008. - С. 185.
2. Жеребин В.М., Романов А.Н. Уровень жизни населения. - М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2002. - С.185.
3. Кыргызстан в цифрах. Стат. сб. - Бишкек: НСК КР, 2006. - С.246.
4. Статистический ежегодник Кыргызской Республики 2008. - С.123.
5. «Причины смертности населения КР, 2001-2005 г. НСК, Бишкек, 2006 г.
6. «Кыргызстан в цифрах» 1991-2002 г. НСК., Бишкек, 2003.
7. «Демографический ежегодник» 2002-2006 г. г. НСК., Бишкек, 2006
8. Причины смертности населения КР., 2001-2005 г. г. НСК, Бишкек, 2006.
9. «Демографический ежегодник» 2002-2006 г. г. НСК., Бишкек, 2006