

Василевский М.Г., Садыбакасова Г.К.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ КЫРГЫЗСТАНА С ПОЗИЦИЙ ТЕОРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ

За последнее десятилетие XX века в результате распада СССР на территориях бывших республик был образован ряд государств, в которых по причине экономического кризиса и политической нестабильности значительно ухудшилась медико-демографическая ситуация и состояние здоровья населения [Малюкова Л.Е. с соавт., 1995]. Такая же ситуация сложилась и в странах Восточной Европы. В сентябре 2000 года 191 страна, в их числе и КР, на 53 Ассамблеи ООН приняли Декларацию тысячелетия, которая отразила точку зрения мирового сообщества на проблемы мира, безопасности, развития, окружающей среды, прав человека, управления. С позиций диалектического материализма все эти явления взаимосвязаны и взаимообусловлены, что и определяет потенциал и динамику здоровья населения. В декларации тысячелетия установлены для всех стран цели развития и количественные ориентиры развития, которые должны быть достигнуты к 2015 году. В соответствии с теорией эффективности более быстрого достижения поставленной цели и задач можно достичь в случаях равнозначного материального обеспечения всех граждан страны. В этом контексте в Кыргызстане проведены реформы здравоохранения по программе «Манас» с акцентом на удовлетворение потребностей населения в медицинских услугах, на обеспечение гарантированной государством медицинской помощи, на приведение в соответствие потребностей медицинской помощи и бюджетного финансирования, справедливого распределения ресурсов и оплаты труда медицинских работников по конечному результату. Наряду с этим по мере развития рыночной экономики в стране все заметнее становится

расслоение на бедных и богатых, поэтому в данной статье мы попытались рассмотреть, каким образом возрастающая социальная неоднородность отразилась на организации, эффективности медицинской помощи и достижении поставленных целей.

Материалы и методы. Эффективность проводимых мероприятий проводилась в масштабах республики за период с 1991 по 2007гг. В качестве критерия использовались интенсивные показатели наиболее распространенных инфекций, здоровья ребенка, кадрового обеспечения и таких показателей как общая смертность, ожидаемая продолжительность и др. Данные о заболеваемости, смертности, численности населения и врачей заимствованы из статистических сборников МЗ Кыргызской Республики и Нацстаткомитета КР за период с 1991 по 2007гг.

Результаты и обсуждения. При анализе состояния и эффективности системы здравоохранения обратили внимание, что численность населения растет, а процент отчислений от ВВП на здравоохранение снижается (табл.4). Если отчисления в 1991 году составляли 3,8%, то в 2007 г -2,1%. Другая особенность - численность населения растет, а количество врачей сокращается, в результате нагрузка на врача увеличилась в 1,4 раза. Так, в 1991 г на одного врача приходилось 292 жителя, в 2007 г. – уже 420. В тоже время число посещений на одного жителя заметно сокращается - 4,9 в 1995 году и 3,7- в 2007 г. Сокращение обращений в государственную систему здравоохранения, может быть интерпретировано, как неудовлетворенность населения услугами государственного здравоохранения и появлением возможности обращения к врачам частной практики.

Таблица 1

Показатели состояния системы здравоохранения

Показатели	Годы наблюдения					
	1991	1995	2000	2005	2006	2007
Расходы на здрав % от ВВП	3,8	3,7	2,1	1,8	2.0	2.1
Численность населения (млн)	4484,5	4543,2	4887,5	5115,7	5164,7	5207,0
Число врачей	15354	14377	13799	12920	12710	12395
Число жителей на одного врача	292	316	354	396	406	420
Число посещений на одного жителя к врачам ПМСП	-	4,9	4,1	3,9	3,6	3,7

Частные медицинские услуги превратились в своеобразную форму товара, в предмет купли и продажи. Появление частных медицинских структур

указывает на то, что население адаптировалось к рыночной экономике и в состоянии оплачивать медицинские услуги. Однако с развитием в системе

здравоохранения частного предпринимательства утрачивается диалектический принцип «единства профилактических и лечебных мероприятий». Частная медицинская практика уклоняется от профилактических мероприятий, ее основной принцип, избавление человека от болезни, с одной стороны, и получение дохода, прибыли за оказанные услуги – с другой. Лечить заболевание и жить за счет заболеваний людей – вот тот замкнутый круг, в котором находится врач частной практики, поэтому он заинтересован в наличии заболеваний и даже в их увеличению и не заинтересован в их снижении и ликвидации. Даже так называемая свобода выбора больным врача, о чем так много говорят пропагандисты дальнего зарубежья, является, прежде всего, системой гарантии занятости и обеспеченности врача. Последователем и выразителем всеобщего профилактического принципа может быть врач государственной системы здравоохранения, для которого болезни людей перестали быть средством его материального благополучия. В этом плане большие надежды возлагаются на семейных врачей, труд которых

должен оплачиваться по результатам профилактической работы.

С целью оценки эффективности профилактических мероприятий нами рассмотрена динамика ряда заболеваний инфекционной природы. Как видно из табл.2, болезни данного ряда в большей степени носят характер эпидемии, с которыми не удастся справиться. Наглядным примером этому является ВИЧ инфекция, уровень которой с 1997 г. вопреки ожиданиям распространяется в геометрической прогрессии. Показатели заболеваемости сифилисом начали снижаться, но число носителей остается еще высоким - порядка полутора тысяч. Рост заболеваемости туберкулезом легких удалось приостановить, но уровень остается высоким - 108,8 на 100 000 населения. Контингент больных активным туберкулезом составляет порядка 10,5 тыс. человек, это означает, что в Кыргызстане каждый 500 человек болен туберкулезом. Из других инфекций интенсивно процветает бруцеллез, уровень которого за последние 10-12 лет вырос в 5,3 раза и составил 77,5 на 100 000 населения. Из этих данных следует, что задачи по ликвидации болезней, обусловленных инфекцией, не выполнены.

Таблица 2

Динамика заболеваемость некоторыми видами инфекций

Перечень заболеваний	Годы наблюдений					
	1991	1995	2000	2005	2006	2007
Сифилис (на 100 000 населения)	2,0	152,3	87,5	39,2	32,7	25,6
в т.числе носителей (абс. число)	-	-	4278	2006	1691	1332
Число ВИЧ-инфицированных	-	-	12	165	233	388
Туберкулез (на 100 000 населения)	56,5	86,9	121,8	115,7	110,9	108,8
Число больных активным. туберкулез	5494	8452	17780	11970	10503	10579
Бруцеллез	-	14,7	35,6	56,5	74,7	77,5

В итоге заметим, что эпидемический характер БППП, туберкулеза и бруцеллеза имеют однозначное временное начало (1991 г.) и совпадает с началом экономического кризиса, сопровождаемого ростом безработицы, активацией миграции, разделением общества на богатых и бедных. Данные явления обусловили интенсивный прирост заболеваний инфекционной природы, которые со всей очевидностью проявились в 1996-1997 годах. В последующие годы по мере адаптации населения к рыночной экономике наблюдается спад инфекционных заболеваний, но темпы их снижения остаются низкими, по причине продолжающегося социального расслоения общества на богатых и бедных. Все заметнее и заметнее проявляется «биологическое неравенство» людей перед болезнью, выражающееся в неодинаковом уровне наследственно-биологических предпосылок здоровья

и разной сопротивляемости организма. Профилактика обозначенных заболеваний видится в обеспечении населения рабочими местами, ликвидации бедности и обязательности эпидемиологических исследований.

При оценке демографической ситуации табл. 3 выяснилось, что величины демографических показателей на конечном этапе наблюдений отстают от стартовых. Так, рождаемость сократилась на 19,2%, естественный прирост на 27%, тогда как общая смертность увеличилась на 5%. В связи с этими изменениями ожидаемая продолжительность жизни сократилась на 1% или на 0,7 года. Однако, за последние три года произошли позитивные изменения: повысилась рождаемость, увеличился естественный прирост населения, стабилизировалась детская смертность.

Таблица 3

Оценка демографической ситуации Кыргызской Республики за период с 1991 по 2007 гг.

Показатели	Годы наблюдения						Прирост, снижение 1991 по 2007 (в%)
	1991	1995	2000	2005	2006	2007	
Рождаемость	29,1	26,0	19,7	21,4	23,3	23,5	-19,2
Общая смертность	6,9	8,2	6,9	7,2	7,4	7,3	+5,8
Естественный прирост	22,2	17,8	12,8	14,2	15,9	16,2	-27,0
Ожидаемая продол. жизни	68,5	65,9	68,5	67,7	67,8	67,8	-1,0
Коэффициент детск. смертн	38,6	41,3	33,2	35,2	34,5	35,3	-8,5
Материнская смертность (‰)	76,4	65,0	48,5	61,0	53,0	62,5	

По данным Нацстаткомитета Кыргызской Республики

Таким образом, совокупность демографических показателей указывает на то, что потенциал общественного здоровья населения Кыргызстана начинает восстанавливаться, но еще не достиг первоначального уровня. Особую озабоченность вызывает рост общей смертности. Если учесть, что детская смертность пошла на убыль, то причиной роста общей смертности является неблагополучие со здоровьем в группе взрослого населения. Подтверждением этого является то, что в республике доля лиц старше 65 лет на протяжении 15 лет держится на уровне 5%, тогда как в странах Европейского Союза удельный вес таких людей уже

достиг 20-25%. Данные различия и послужили основной причиной низкого уровня ожидаемой продолжительности жизни в республике, по продолжительности которой Кыргызстан отстает от стран Евросоюза в среднем на 10 лет.

Анализ детской смертности по возрасту показывает, что в числе умерших детей преобладают лица в возрасте от нуля до года. Как видно из табл. 4 в 2006-2007 гг. произошел выраженный прирост показателей младенческой смертности, что обусловлено переходом на новые критерии определения живорожденности.

Таблица 4

Индикаторы здоровья младенцев

Показатели (в ‰)	Годы наблюдения			
	1991-1995	1996-2000	2001-2005	2006-2007
Младенческая смертность -до года.	30,1	26,5	23,8	29,8
Мертворождаемость	8,4	6,3	12,3	14,6
Смертность в 0-6 суток	7,1	6,0	14,1	20,0

В целом младенческой смертности имеет достаточно высокие темпы снижения, но остается высокой и превышает мировые стандарты в 5-6 раз. Младенческая смертность в городской местности выше, чем в сельской (рис 2). В структуре причин младенческой смертности перинатальные причины в городе составляют 73,6%), тогда как в сельской местности – 43,9%, болезни органов дыхания 8,6%, и 29,3% соответственно.

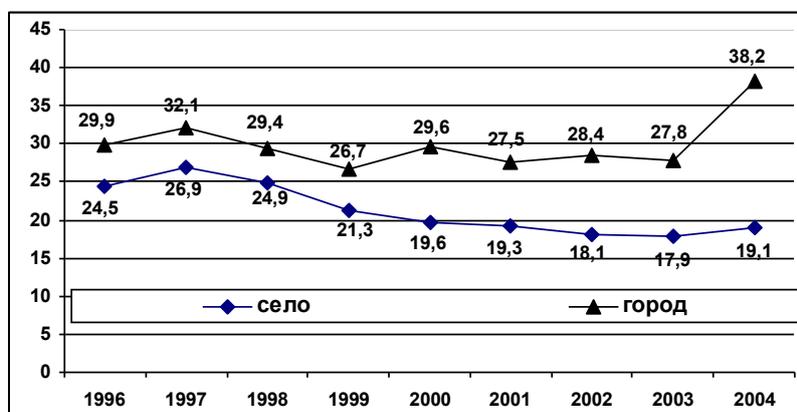


Рис.2 Младенческая смертность в городской и сельской местности

Таким образом, высокий уровень младенческой смертности обусловлен в 60,9% неблагоприятными условиями внутриутробного развития, что особенно отчетливо проявляется в городской местности. Судя по уровню мертворождаемости, которая за период наблюдения увеличилась в 2 раза, среда для вынашивания здоровых детей не улучшилась. Другие индикаторы здоровья ребенка также указывают на тревожную ситуацию. Смертность живорожденных в первые 6 суток за период наблюдения увеличилась почти в 3 раза и в последние годы составляет 20%. Практически не улучшаются показатели до суточной летальности детей до года в стационаре (19,8% в 2000 году и 17,1% в 2004 году) и смертности на дому детей второго года жизни (48,6% в 2001 году и 47,1% в 2004 году) [Национальная программа ... 2006].

В итоге заметим, что негативные демографические процессы, снижение уровня здоровья детей, эпидемии БППП и туберкулеза имеют однозначное временное начало и совпадает с началом экономического кризиса. Если экономический кризис начался в 1991 году, то его негативные последствия стали проявляться со всей очевидностью в 1996-1997 годах. В этой ситуации не только снижается потенциал общественного здоровья, но и сама система здравоохранения подвергается разрушению. Правительство вынуждено сокращать расходы на здравоохранение и увеличивать нагрузку на врача. В результате снизилось качество медицинских услуг, увеличилась заболеваемость и сократилась ожидаемая продолжительность жизни населения. Для отдаленных поселений медицинская помощь продолжает оставаться недоступной. По мере снижения экономического кризиса потенциал здоровья населения

начинает восстанавливаться, но темпы его снижения столь низкие, что медико-демографические показатели продолжают отставать от международных стандартов, по отдельным показателям в 3- 5 раз. Основной причиной отставания является социальная неоднородность населения, высокий уровень безработицы и миграционные процессы.

Заключение. В ходе становления рыночной экономики все слои населения в быстрых темпах расслаиваются в своем отношении к материальным, экономическим и медицинским факторам, влияющим на здоровье и заболеваемость. Социальная неоднородность все более полно проявляется в неоднозначном медицинском обслуживании между городом и деревней, между центром и периферией, между различными этническими группами. Одной из важнейших закономерностей развития современного общества является усиление однородности населения. По мере преодоления классовых различий, дальнейшего сближения материального и культурного уровня всех классов и слоев населения потенциал общественного здоровья будет повышаться, а такие болезни как туберкулез, паразитарные и венерические заболевания, если не будут ликвидированы, то существенно отойдут на задний план. Повышение уровня здоровья, долголетия, работоспособности для Кыргызстана и стран содружества являются зримой агитацией за социальную однородность населения. Изменения социального состава сельского населения (увеличение в его составе сельскохозяйственных рабочих и служащих), а также другие социально-экономические изменения приведут к сближению уровней рождаемости в селе и городе и ликвидации инфекционно-паразитарных заболеваний.

Литература:

1. Петровский Б.В. Здоровье народа – важнейшее достижение социалистического общества. М., 1971.- 102 с
2. Национальная программа реформы здравоохранения Кыргызской Республики «Манас Таалими» на 2006-2010. Утверждена постановлением Правительства Кыргызской Республики от 16 февраля 2006 года №100, Бишкек,- 2006.- 157с.