

Букин А.К.,
аспирант экономического факультета
Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова

Социально-экономические аспекты высокой смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в Российской Федерации

Выявление основных взаимосвязей между сердечно-сосудистыми заболеваниями и социально-экономическими факторами является важным элементом борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями. В статье последовательно рассматриваются основные взгляды на причины высокой смертности населения Российской Федерации от сердечно-сосудистых заболеваний по сравнению с другими странами, определяются сильные и слабые стороны действующих в настоящее время программ по борьбе с данными заболеваниями в нашей стране. В статье представлен перечень первоочередных мер по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями на основе установления на практике приоритета государственной политики в области повышения уровня общественного здоровья и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

Вступление

Анализ социально-экономического, культурного, технологического развития той или иной страны обычно включает в себя оценку показателей здоровья населения, которое является одним из важнейших индикаторов степени развития общества. Значительная доля населения, находящегося за чертой бедности, обычно вносит вклад в высокую младенческую смертность и показатели смертности населения до достижения пенсионного возраста и понижает среднюю продолжительность жизни. На протяжении двадцатого века в странах с развитой рыночной экономикой происходило постоянное повышение средней продолжительности жизни населения и изменение структуры смертности от различных причин – заболевания инфекционной природы уступили первое место сердечно-сосудистым заболеваниям, являясь основной причиной смертности населения. Это изменение было связано с двумя основными факторами: развитием медицины и общим повышением уровня жизни населения, переходом к постиндустриальному обществу. Наша страна в целом не стала исключением из общемировой тенденции: по данным Росстата с 1896 по 1990 годы средняя продолжительность жизни мужчин увеличилась с 30,9 лет по 63,8 лет, женщин соответственно, с 33,0 лет до 74,3 лет¹. Тем не менее, на протяжении 1990-ых годов наметилась тенденция к сокращению ожидаемой продолжительности жизни мужчин и женщин, которая была связана с общим кризисом в экономике и резким падением уровня жизни населения. Начиная с этого периода, для нашей страны характерно снижение общей численности населения (депопуляция), происходящее в 1990-ые годы параллельно со снижением средней продолжительности жизни. Тревогу

¹ Федеральная служба государственной статистики, www.gks.ru

вызывает высокий уровень преждевременной смертности трудоспособного населения, основной причиной которой являются сердечно-сосудистые заболевания.

С началом экономического роста в Российской Федерации в 2000-ых годах появилась возможность продолжения реформирования системы здравоохранения и качественного улучшения основных показателей здоровья населения. С 2005 года начал действовать «Приоритетный национальный проект «Здоровье», в 2009 году предполагается завершить разработку «Концепции развития здравоохранения РФ до 2020 года». Появился реальный шанс переломить тенденцию к сокращению населения нашей страны. В этой связи актуальным представляется исследовать основные факторы, влияющие на структуру смертности в Российской Федерации и высокую долю в ней сердечно-сосудистых заболеваний. На основании этого - попытаться определить возможные меры по увеличению средней продолжительности жизни населения в нашей стране.

В общей структуре смертности населения Российской Федерации 56,97% составляет смертность от сердечно-сосудистых заболеваний², что определяет особую важность борьбы с заболеваниями данной группы. Сердечно-сосудистые заболевания приводят к огромному социально-экономическому ущербу общества за счет смертности, потери трудоспособности, расходов на лечение и реабилитацию больных. Отсутствие на работе вследствие болезни влечет за собой прямые затраты на лечение, выплату пособий по временной нетрудоспособности и косвенные издержки из-за снижения производства товаров и услуг. Согласно отчету Всемирного Банка³ «Умирая слишком молодыми», в нашей стране на каждого работающего, в течение года приходилось 10 дней отсутствия на работе по причине болезни (по сравнению со средним показателем по Евросоюзу в 7,9 дней в год), что дает потери в сумме от 0,55 до 1,37 процентов ВВП в год.

Все это определяет исключительную важность организационных мероприятий по профилактике, раннему выявлению и эффективному лечению больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями; формированию дифференцированного подхода к оказанию помощи больным с данной патологией на амбулаторно-поликлиническом и стационарном этапах лечения. Проведение таких мероприятий должно быть основано на достоверной информации о распространенности сердечно-сосудистых заболеваний среди населения, факторов риска их развития, оценке потребности населения в различных видах лечебно-диагностической помощи. Выявление основных взаимосвязей между сердечно-сосудистыми заболеваниями и социально-экономическими факторами является важным элементом борьбы с заболеваниями данной группы.

В данной статье последовательно рассматриваются основные взгляды на причины высокой смертности населения Российской Федерации от сердечно-сосудистых заболеваний по сравнению с другими странами, определяются сильные и слабые стороны действующих в настоящее время программ по борьбе с данными заболеваниями в нашей стране. В заключительной части статьи представлен перечень первоочередных мер по борьбе с сердечно-сосудистыми забо-

² Федеральная служба государственной статистики, www.gks.ru

³ «Dying too young», World Bank report, 2005

леваниями на основе установления на практике приоритета государственной политики в области повышения уровня общественного здоровья и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

Основные точки зрения на причины высокой смертности населения РФ от сердечно-сосудистых заболеваний

Для Российской Империи и сменившего ее Советского Союза до 1930ых годов была характерна смертность «традиционного типа», обусловленная преимущественно экзогенными факторами (разделение причин смертности на экзогенные и эндогенные было предложено Жаном Буржуа-Пиша в 1952 году. К экзогенным причинам смерти были отнесены заболевания инфекционного характера, несчастные случаи, и т.д.. К эндогенным причинам смерти были отнесены сердечно-сосудистые заболевания, злокачественные новообразования, смерть по старости, и т.д.⁴) Одной из главных причин смертности населения были инфекционные заболевания органов дыхания, в первую очередь туберкулез и пневмония. Велика была также доля желудочно-кишечных и инфекционных заболеваний в структуре смертности населения. В то же время на долю эндогенных причин смертности, в том числе на долю сердечно-сосудистых заболеваний, в первые десятилетия двадцатого века приходилось не более 15 процентов от всех смертей. Тем не менее, как уже отмечалось, в Российской Федерации сердечно-сосудистые заболевания, начиная с 1950х являются основной причиной смертности населения, благодаря борьбе с инфекционными заболеваниями и успехам медицины и общему повышению качества жизни. Начиная с 1990-х годов смертность граждан РФ до достижения пенсионного возраста от заболеваний этой группы увеличилась в среднем на 25%⁵. Доля сердечно-сосудистых заболеваний в общей структуре смертности населения также имеет тенденцию к повышению.

Динамика и структура смертности населения РФ за 1992-2007; смертность на 100 000 населения:

Таблица 1.

Годы	1992	1995	2001	2003	2005	2006	2007
Умершие от всех причин (в расчете на 100 тыс. населения)	1217	1498	1556	1644	1610	1521	1464
в том числе:							
от болезней системы кровообращения	647 (53,16%)	791 (52,80%)	865 (55,59%)	928 (56,45%)	908 (56,40%)	865 (56,87%)	834 (56,97%)
от новообразований	202 (16,60%)	203 (13,55%)	203 (13,05%)	203 (12,35%)	201 (12,48%)	201 (13,21%)	203 (13,87%)

⁴ Bourgeois-Pichat, J. Essai sur la mortalite "biologique" de l'homme. 1952, Population, 7 (3)

⁵ World Health Organization report, 2005

от внешних причин смерти	173 (14,22%)	237 (15,82%)	229 (14,72%)	234 (14,23%)	221 (13,73%)	199 (13,08%)	183 (12,50%)
--------------------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------

Источник: Федеральная служба государственной статистики,
www.gks.ru

В странах с развитой рыночной экономикой происходил обратный процесс: после того, как сердечно-сосудистые заболевания в общей структуре смертности населения стали занимать лидирующее положение, с 1980-ых годов их доля стала устойчиво снижаться. В странах Европейского Союза (ЕС) смертность от сердечно-сосудистых заболеваний во всех возрастных группах неуклонно снижается, и в настоящее время по сравнению с уровнем 1970 года уменьшилась вдвое, составив 240-260 случаев на 100 000 населения в 2002⁶ году (данная цифра включает смерть от инсульта и инфаркта миокарда – главных причин смертности от сердечно-сосудистых заболеваний)

Таким образом, можно констатировать, что в развитых странах сердечно-сосудистые заболевания занимают существенно меньшую долю в структуре смертности населения⁷. Доля сердечно-сосудистых заболеваний в общей смертности населения развитых стран (в %).

Таблица 2.

Страна	Великобритания	Испания	США	Япония	Австралия	Франция	ФРГ
% в общей смертности населения	38,1%	33,6%	37,9%	32,1%	36,4%	30,6%	47,4%

Источник: World Health Organization, 2005 report, www.who.int

Как видно из представленных данных, лишь для Германии характерна высокая доля сердечно-сосудистых заболеваний в общей структуре смертности населения⁸, но и там этот показатель ниже, чем в нашей стране практически на 10%. Высокая смертность от сердечно-сосудистых заболеваний характерна для Украины, Белоруссии и Казахстана, что объяснимо близкими показателями социально-экономического развития и общей совместной историей этих стран и нашей страны. В чем причины столь высоких показателей смертности населения от сердечно-сосудистых заболеваний в нашей стране? Предполагается распределить их по следующим группам:

По мнению ряда исследователей, **историко-культурные причины** являются основной причиной высокой смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в нашей стране и определяют низкие показатели здоровья населения в целом. Выдвигаются следующие обоснования данной концепции:

⁶ World Health Organization, 2003

⁷ World Health Organization, 2005

⁸ Возможно, это связано с высоким уровнем заболеваемости гипертонией среди взрослого населения, A national hypertension treatment program in Germany and its estimated impact on costs, life expectancy, and cost effectiveness, Afschin Gandjour, Stephanie Stock, Health Policy, # 83 (2007), pp 257-267

- для населения Российской Федерации в силу исторических причин характерен высокий уровень патернализма государства, который способствует тому, что индивиды невнимательно относятся к своему здоровью. Это же объясняется и «комплексом маленького человека», когда человек не заботится о своем здоровье, так как считает, что ничего не меняет в своей жизни⁹;

- коллективизм и преобладание интересов общества над интересами индивида приводит к индифферентному отношению индивидуумов к своему здоровью и отсутствию стимулов по смене образа жизни¹⁰;

- наследие советской системы является демотиватором населения к ведению здорового образа жизни и слежению за состоянием своего здоровья, является историческим обоснованием популярности нездорового образа жизни, в частности употребления алкоголя и курения табака¹¹.

Важной причиной высокой смертности от сердечно-сосудистых заболеваний является исторически характерное для нашей страны высокое потребление алкоголя и табака на душу населения. Тем не менее, следует отметить, что для группы стран, для которых также характерен высокий уровень потребления алкоголя, например, для Франции и Италии, показатели смертности населения от сердечно-сосудистых заболеваний существенно ниже. Возможно, это обосновывается структурой потребления отдельных видов алкогольных напитков в нашей стране, где крепкие спиртные напитки, в первую очередь водка, занимают лидирующее положение в общем потреблении россиян алкоголя спирта на душу населения. Кроме того, в общественном мнении, в отличие от многих других стран, потребление алкоголя и бытовое пьянство не вызывают особого порицания. Алкоголь является одним из важнейших факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний в нашей стране и причиной смертности от них. По некоторым оценкам¹², в Российской Федерации потребление алкоголя (и его субституты) является причиной 12 процентов общей смертности населения и сокращает на 16,5 лет среднюю продолжительность жизни злоупотребляющего им индивида. Определенные надежды в начале 1990-ых годов связывались с изменением структуры потребления алкогольной продукции в нашей стране, с переходом населения на потребление вина и пива, менее вредных для здоровья, однако потребление этих видов спиртных напитков выросло, но потребление водки не снизилось.

Географическое положение нашей страны, по мнению некоторых исследований, является достаточно важной причиной высокого уровня смертности населения от сердечно-сосудистых заболеваний. Продолжительная холодная зима и короткий световой день приводит к стрессам, недостатку свежих овощей и фруктов, высокому потреблению животных жиров, избыточному весу. Помимо этого, холодные климатические условия проживания стимулируют потребление крепкого алкоголя. Однако обоснования того, что северное положение нашей

⁹ Intimations of Postmodernity, Z. Bauman, Routledge, London, 1992

¹⁰ Post-Soviet Russia Journey through the Yeltsin Era, R. Medvedev, Columbia Press, New York, 2000

¹¹ Health Lifestyles in Russia and the Socialist Heritage, William C. Cookerman et al, Journal of Health and Social Behavior, Vol.43, March 20002

¹² Alcohol consumption and public health in Russia, H. Lipman, The Lancet, 2007, Volume 370, Pages 561-562

страны является причиной высокой смертности от сердечно-сосудистых заболеваний может быть подвергнуто сомнению тем фактом, что для сходных в географическом положении стран, например, Финляндии и Швеции характерна существенная более низкая доля сердечно-сосудистых заболеваний в общей структуре смертности населения¹³.

Недостатки системы российского здравоохранения, низкая эффективность её реформ и отставание от мировой практики являются важными причинами высокой смертности населения от ССЗ что особенно часто отмечают российские ученые в области здравоохранения. Система российского здравоохранения является правопреемницей советской, созданной в 1920ых-1930ых годах под руководством Н.А. Семашко¹⁴. Эта система здравоохранения формировалась в период, когда главной причиной смертности населения были инфекционные заболевания, а сердечно-сосудистые заболевания занимали незначительную долю в общей структуре смертности населения. Для советской системы здравоохранения характерным было строительство центров стационарной медицинской помощи (госпитали, больницы), что в значительной степени определялось угрозой новых войн, и, как их следствие, необходимостью принять большое число раненых. Кроме того, стационары могли обеспечить прием и лечение большого числа граждан в случае эпидемии. Советская система здравоохранения гарантировала получение всеми группами населения бесплатной медицинской помощи, это было огромным продвижением вперед. Данная система отлично себя зарекомендовала в условиях Великой Отечественной войны и локальных конфликтах, сумев обеспечить выздоровление миллионов раненых. В дальнейшем система советского здравоохранения внесла свой вклад в победу над многими инфекционными заболеваниями, сведя их риск к минимуму путем карантина больных и зараженных территорий, использования новых медицинских препаратов и методик. Однако, начиная с 1960х годов, практически остановился рост средней продолжительности жизни населения страны, наметилось отставание в данном показателе от развитых стран. Кроме того, развитие системы здравоохранения в 1960ых-1980ых годах тормозилось принципом финансирования здравоохранения по остаточному принципу, затраты на здравоохранения в России составляли в 1980х годах в среднем 3,0-3,3 процента от ВВП, тогда как в странах с развитой экономикой этот показатель постоянно рос и составлял в те же годы 6-9 процентов ВВП¹⁵. В США этот показатель еще выше и достигает 14-15 процентов от ВВП в настоящее время. Однако в США до сих пор не создана система общественного финансирования здравоохранения и затраты на здравоохранение в значительной мере обусловлены не критериями его доступности и эффективности, а деятельностью влиятельных лоббистских групп медицины-индустриального комплекса в Конгрессе США.

Форма организации системы здравоохранения в бывшем СССР в целом

¹³ Social and lifestyle determinants of depression, anxiety, sleeping disorders and self-evaluated quality of life in Russia. A population based study in Arkhangelsk, Averina M. et Al, Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 40, 2005

¹⁴ Николай Александрович Семашко (1874 -1949) – советский ученый в области медицины, государственный и партийный деятель, один из организаторов системы здравоохранения в СССР, академик АМН СССР и АПН РСФСР.

¹⁵ Здравоохранение и рынок, А. С. Акопян, Н. М. Плискевич, Общественные науки и современность № 2, 1998

была идентична государственной плановой экономической системе страны. Она характеризовалась следующими качествами:

- иерархическая многоуровневая структура управления здравоохранением;
- директивный характер управления и выполнения постановлений центрального руководства;
- лечебно-профилактические организации первичного звена (поликлиники) должны были четко выполнять распоряжения и нормативы вышестоящих органов, инициатива «на местах» не поощрялась, отсутствовала финансовая мотивация для врачей, чтобы лучше выполнять свою работу, не было источников «внебюджетного» финансирования, самостоятельность организаций здравоохранения была низка.

Все это приводило к неэффективности использования ресурсов, отсутствию мотивации врачей на лучшее выполнение своей работы, была характерна общая фрагментарность лечебного процесса (отсутствие согласованности между первичной медицинской помощью, стационарами и реабилитационным процессом). Система здравоохранения была не в состоянии влиять на факторы, способствующие развитию заболеваний неинфекционной природы, в первую очередь сердечно-сосудистых, так как не имела значительных возможностей для пропаганды здорового образа жизни, отсутствовали возможности для активной профилактической работы с населением. Таким образом, в 1980-е годы в нашей стране начался кризис территориальной системы здравоохранения, который особенно был заметен в стагнации средней продолжительности жизни и росте доли сердечно-сосудистых заболеваний в общей структуре смертности населения.

В 1989 году "Положение о новом хозяйственном механизме в здравоохранении" было направлено на преодоление части негативных факторов. Данное постановление ставило приоритетом использование экономических методов стимулирования медицинских учреждений, повышение их самостоятельности и роста «инициативы на местах». Тем не менее, это было только началом реформирования системы здравоохранения: в связи с глубоким системным экономическим и политическим кризисом в СССР в эти годы предложенный «Новый хозяйственный механизм в здравоохранении» уже был недостаточен. В дальнейшем, система здравоохранения в Российской Федерации прошла через цикл реформ, связанных с переводом ее финансирования на принципы социального медицинского страхования, однако в силу критической ситуации в экономике была реализована бюджетно-страховая модель финансирования здравоохранения. С улучшением экономической ситуации в 2006 году была начата реализация приоритетного национального проекта «Здоровье», который одной из главных своих задач ставил развитие системы первичной медицинской помощи, развитие института врачей общей практики. Тем не менее, базовые проблемы системы российского здравоохранения сохраняются. В первую очередь, это отсутствие мотивации врачей к профилактической работе, фрагментарность лечебного процесса и хронический дефицит финансирования. Тем не менее, автору данной статьи представляется, что проблему высокой смертности в нашей стране от сердечно-сосудистых заболеваний нельзя решить только продолжением реформирования системы здравоохранения и улучшением качества медицинского обслуживания.

Многоаспектность проблемы столь высокой смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в нашей стране требует всестороннего рассмотрения и исключительно медико-организационные реформы не могут исправить ситуацию.

Следует отметить, что в реализуемых в нашей стране программах по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями традиционно мало внимания уделяется возможностям экономической мотивации врачей первичного звена – терапевтов районных поликлиник. В рамках Национального проекта «Здоровье» им в целом была повышена заработная плата, однако при этом сумма оплаты их труда не зависит от качества их работы на обслуживаемой территории. Не происходит никакого поощрения за снижение заболеваемости сердечно-сосудистыми заболеваниями на участке, меньшее число госпитализаций, не происходит обмена информацией между службой медицинской скорой помощи, больницами и участковыми врачами. Во многих развитых странах, например, в Великобритании, врач получает существенные доплаты, если он регулярно контролирует показатели артериального давления у населения на вверенном ему участке, выполняет установленные нормативы.

Следует отметить, что в ряде бывших социалистических стран отмечены позитивные тенденции в показателях здоровья населения, в первую очередь, в снижении смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. В Эстонии с середины 1990-х годов национальным приоритетом становится профилактика социально значимых заболеваний путем развития медицинской помощи первичного звена, становления института «семейных врачей». Под понятием «семейного врача» подразумевается специально обученный врач общей практики, который ведет наблюдение за определенным количеством семей на подотчетной ему территории, и его услуги оплачиваются совместно через фонд общественного медицинского страхования и самими получателями медицинской помощи (пациентом или семьей пациента), при этом большую часть финансирования выделяет фонд медицинского страхования. Обычно пациент может попасть к определенному специалисту только по рекомендации семейного врача, закрепленного за ним. Результат проведенной реформы дал положительные результаты: число семейных врачей возросло примерно с 2 на 10 000 населения в 1997г. до 7 на 10 000 населения в 2003г., средняя продолжительность жизни выросла с 67,9 в 1995 до 71,1 в 2002, значительно сократилось количество госпитализаций по причине острой сердечной недостаточности и инсульта¹⁶. Аналогичный положительный результат дала программа по развитию «семейной профилактической медицины» в Киргизии, начатая в 2000 году.

Социально-экономические факторы вносят существенный вклад в развитие заболеваемости и высокую смертность от сердечно-сосудистых заболеваний. Сердечно-сосудистые заболевания, как уже отмечалось, некоторые исследователи относят к заболеваниям эндогенной природы¹⁷, но их развитию способствуют внешние причины, которые можно определить как экзогенные¹⁸, напри-

¹⁶ Решение сложных проблем в здравоохранении России: Повышение роли первичной медико-санитарной помощи, Рифат Атун, Империял колледж, Лондон, 2003

¹⁷ Bourgeois-Pichat, J. Essai sur la mortalité "biologique" de l'homme. 1952, Population, 7 (3)

¹⁸ Биология продолжительности жизни. Л.А.Гаврилов, Н.С. Гаврилова, Москва, Наука, 1991,

мер, плохая экологическая ситуация и нездоровое питание. Условия существования отдельного человека связано не только с какими-то определенными пристрастиями этого человека, но также с состоянием общества, в котором данный человек живет, с уровнем развития экономики. Таким образом, хорошее медицинское обслуживание способно продлить жизнь человека, но уровень его здоровья в огромной степени зависит от социально-экономических показателей развития общества – ВВП на душу населения, развития отраслей социальной сферы и т.д.. Хорошее материальное положение индивида способствует увеличению его возможностей больше средств тратить на свое здоровье, потреблять более качественных продуктов питания, проживать в более комфортабельном жилье, способствует лучшему отдыху – развитию фундаментальных основ хорошего здоровья. Более низкое положение в социальной иерархии и меньший достаток способствует развитию неблагоприятного для здоровья человека образа жизни, появлению пагубных привычек, развитию индифферентного отношения к своему здоровью, стрессам и депрессиям. Среди представителей наименее обеспеченных групп населения в США риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний в сравнении с представителями самой обеспеченной группы населения среди мужчин выше на 79 процентов, а среди женщин на 94 процента¹⁹. В нашей стране для группы населения, которая испытывает наибольшие социальные лишения (низкий доход, плохие жилищные условия, и т.д.) вероятность развития сердечно-сосудистых заболеваний выше более чем в два раза, по сравнению с представителями группы населения, испытывающей наименьшие материальные лишения²⁰. Взаимосвязь роста продолжительности жизни и состоянием экономики можно проследить на примере ряда последних лет. По данным Росстата, с 1995 (один из наиболее кризисных годов) по 2007 (год максимального подъема экономики) год средняя продолжительность жизни выросла у мужчин с 58,0 до 61,4 лет и женщин с 71,6 до 73,9 лет. По мнению ряда исследований²¹, еще одним фактором, снижающим риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, является наличие высшего образования.

Для нашей страны характерен высокий коэффициент дифференциации доходов населения (коэффициент фондов): по итогам 2007 года - 16,8 раза, а индекс концентрации доходов (коэффициент Джини) – 0,42²². Подобные социально-экономические условия являются важным фактором высокой смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в нашей стране и низкой средней продолжительности жизни. Преодоление высокого уровня социального неравенства населения и общее повышение уровня жизни является необходимым условием снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в нашей стране и повышения основных показателей здоровья населения.

Подводя итог рассмотрению основных факторов, влияющих на столь вы-

¹⁹ The Atlas of Heart Disease and Stroke, World Health Organization, 2004

²⁰ Доклад, Кислицына О. А., Институт социально-экономических проблем народонаселения РАН (ИСЭПН РАН), 2006

²¹ 1) Mortality: Occupational social class and mortality in a population of men economically active. The contribution of education and employment situation Enrique Regidor et al, European Journal of Epidemiology (2005) 20: 501-508

2) The Relationship Between Education and Adult Mortality in the United States Adriana Lleras-Muney, Review of Economic Studies, 2005, #72, pp. 189-221

²² Неравенство: стандарты от государства, Сидорович В.А., «Ведомости», 18 декабря 2008

сокий уровень смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в нашей стране, можно констатировать, что эта проблема имеет сложный характер, обусловлена различными причинами. Это подразумевает невозможность решить проблему только директивными методами или новой реформой здравоохранения. Также нельзя считать, что проблема высокой смертности от сердечно-сосудистых в нашей стране, в том числе, в трудоспособном возрасте, решиться «сама по себе», когда мы придем к «развитой рыночной экономике» и построим «гражданское общество», эта проблема слишком глубока и требует немедленных комплексных мер. Можно кратко определить три основных группы факторов, которые приводят к высокой смертности от сердечно-сосудистых заболеваний:

- низкий общий уровень развития экономики, высокая доля населения, живущая в сложных финансовых условиях и высокая дифференциация населения по уровню доходов, отсутствие экономических стимулов вести здоровый образ жизни;
- неэффективность системы здравоохранения, фрагментарность лечебного процесса, отсутствие единой государственной политики в области борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями;
- отсутствие у населения привычки заботиться о своем здоровье и привычки вести здоровый образ жизни, высокое потребление алкоголя и табачных изделий.

Суммируя вышеизложенное, следует отметить, что в нашей стране сошлись сразу несколько факторов, способствующих высокому уровню смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Данная проблема стоит особенно остро в условиях сокращения численности населения и значительного отставания нашей страны от развитых стран в социально-экономическом развитии. Несомненно, актуальность вопроса решения данной проблемы понимается не только организаторами системы здравоохранения и врачами, но и руководством нашей страны, общественностью. В следующей части статьи будут проанализированы основные меры, которые в настоящее время направлены на снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в нашей стране, путем их профилактики и раннего выявления.

Меры борьбы с заболеваемостью и смертностью от сердечно-сосудистых заболеваний в современной России.

Борьба с высокой смертностью населения от сердечно-сосудистых заболеваний в Российской Федерации началась достаточно давно. В 1960-1970х годах усилия были направлены в основном на совершенствование лечебного процесса, усложнение проводимых операций, разработку собственных и закупку за границей новых лечебных препаратов и диагностического оборудования. В 1985-87 годах проходила известная антиалкогольная компания, которая дала достаточно хорошие результаты – по данным Госкомстата, средняя продолжительность жизни населения с 1984 по 1987 год увеличилась на 2,6 года, в том числе продолжительность жизни мужчин на 3,2 года. Была достигнута самая высокая продолжительность жизни населения за все время существования СССР и Российской Федерации. Однако вследствие углубления экономического кризиса в СССР и увеличения потребления контрафактного алкоголя, антиалкогольная

компания была свернута. Увеличение продолжительности жизни населения – главный позитивный итог антиалкогольной кампании и показатель того, что снижение потребления алкоголя вызывает снижение смертности и увеличивает среднюю продолжительность жизни в нашей стране. Потребление алкоголя является причиной развития сердечно-сосудистых, психических заболеваний, а также является одной из причин высокой смертности от бытового насилия в нашей стране.

В начале 80-ых годов в нашей стране была осознана необходимость углубления борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями на основе исследования факторов риска, способствующих их развитию и разработке новых методик профилактики и лечения. СССР и позднее Российская Федерация приняли участие в трех международных программах по мониторингу сердечно-сосудистых заболеваний²³: MONICA (Monitoring of Trends and Determinants of Cardiovascular Disease; Мониторинг факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний), Tacis и CINDI (Countrywide Integrated Non-communicable Disease Intervention; Международная программа по предотвращению болезней неинфекционного характера).

Проект MONICA проходил в 21 стране в 38 регионах с 1979 по 2002 год. В нашей стране этот проект был апробирован в Москве и Новосибирске, финансировался из госбюджета СССР и Российской Федерации, а также из средств РАМН. Основной задачей проекта MONICA было исследование болезней сердца, инсультов, факторов риска и популяционных трендов. Ставилась цель выработать стандартизированный подход к оценке статистических данных по сердечно-сосудистым заболеваниям и факторам риска, способствующим их развитию. Проект **Tacis**, инициированный Европейским Союзом, стартовал как «система профилактики и продвижения здорового образа жизни среди населения России». Проект Tacis продолжался 32 месяца и получил финансовую и организационную помощь Минздравсоцразвития РФ. Фокусными регионами для Tacis стали Вологодская и Челябинская области, город Электросталь (Московская область) и город Оренбург. Целью этого проекта была поддержка и улучшение организации профилактических программ по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями в регионах, укрепление менеджмента и существующей системы борьбы с данными заболеваниями. **CINDI** осуществлялась с начала 80-ых годов, была разработана ВОЗ как интегральная программа профилактики неинфекционных заболеваний, которая в нашей стране осуществлялась Европейским региональным бюро ВОЗ. Ее целью является укрепление здоровья населения и улучшение качества жизни путем снижения числа преждевременных смертей, заболеваний и инвалидности. В нашей стране программа также должна была способствовать созданию и внедрению программ по качественному повышению уровня здоровья населения, борьбе с фрагментарностью системы здравоохранения в России – отсутствием эффективного взаимодействия между первичной медицинской помощью, стационарами и реабилитационной медициной. В данной программе участвуют 18 регионов России, проведение программы контролируется

²³ Cardiovascular disease prevention in Russia: Challenges and opportunities, M.Levitova, Public Health, 2006

ется Центром профилактической медицины при Минздравсоцразвития РФ.

Данные, полученные в процессе реализации данных программ, помогли определить факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и содействовали в развитии теории и практики профилактики заболеваний этой группы. Например, Вологодская область, один из пилотных регионов реализации программы Tasis, начала на основе данных, полученных в этой программе, развивать систему профилактики сердечно-сосудистых заболеваний на основе становления института врачей общей практики. В Московской области, в городе Электросталь с помощью Национального центра профилактической медицины была разработана система методов для определения факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, апробирована серия лечебно-профилактических мероприятий по профилактике данных заболеваний на рабочих местах. Челябинская область подготовила учебные программы для повышения квалификации врачей, в Оренбурге была реализована программа по борьбе с фрагментарностью предоставляемой медицинской помощи и лечебного процесса. По оценкам экспертов программы Tasis и органов управления здравоохранением регионов, где она осуществлялась, даже неполные меры по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в данных регионах дали ощутимый положительный эффект. Тем не менее, отсутствие финансирования и организационные сложности помешали внедрению данной программы в других регионах нашей страны.

Общие результаты реализации данных программ были следующими: системы по контролю за показателями заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний не всегда корректны и точны, исследования причин смерти зачастую сводятся к формальным записям, что искажает структуру смертности по конкретным заболеваниям. Согласно докладу Всемирного Банка²⁴, в нашей стране практически нет прогресса в мониторинге заболеваемости и смертности населения, хотя данный мониторинг очень важен для получения максимально адекватной картины и разработке мероприятий по борьбе с конкретными заболеваниями. В настоящее время сбор информации о сердечно-сосудистых заболеваниях осуществляется на основе данных из регионов о распространенности факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний среди населения. Методология изучения и классификации факторов риска основана на соответствующей методологии Департамента Здравоохранения и Социальной поддержки населения США (United States Department of Health and Human Services) по борьбе с данными заболеваниями «Система Контроля за поведенческими факторами риска». Определены трудности для сбора статистической информации в нашей стране: отсутствие инфраструктуры, слабая компьютеризация, финансовые затруднения при сборе информации, низкая квалификация работников. Сложное положение усугубляется тем, что существует приоритет в получении информации о об уровне распространенности инфекционных заболеваний, а статистические данные по сердечно-сосудистым заболеваниям не собираются и не исследуются должным образом. В целом, по результатам реализации CINDI, MONICA и Tasis в РФ были подтверждены данные о высоком чис-

²⁴ World Bank Report, 2002

ле курящих, высоком уровне потребления алкоголя, низкой физической активности, ожирению – всех факторах развития сердечно-сосудистых заболеваний. В итоге организаторы программы выделили несколько областей системы здравоохранения и государственной политики в области здравоохранения, которые нуждаются в срочной модернизации и совершенствовании:

- отсутствие экономических стимулов для населения вести здоровый образ жизни: низкие акцизы на алкоголь и табачные изделия, не ведется антиалкогольной и антитабачной пропагандистских компаний;
- требуется широкий охват населения диспансеризационными мероприятиями: в первую очередь среди работающих, с целью выявления людей с факторами риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и уже больных гипертонией;
- отсутствие теоретической подготовки и опыта профилактических мероприятий у работников системы здравоохранения: от работников первичного звена (участковых терапевтов) до руководства системой здравоохранения в регионах и федеральном центре.

В настоящее время в Российской Федерации продолжается активная разработка и реализация программ по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями в сотрудничестве с зарубежными организациями здравоохранения. Целью **ICHARM**, (International Cardiac Healthcare & Risk Factor Modification; Международный проект улучшения здоровья сердца и уменьшения факторов риска) является качественное улучшение уровня здоровья населения на основе борьбы с нездоровым образом жизни. Проект был организован совместно с Министерством здравоохранения Великобритании. ICHARM будет фокусироваться на повышении квалификации врачей общей практики, обучении их современным методам диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний на основе выявления факторов риска их развития у пациентов. В ходе реализации проекта будут разработаны и проведены долгосрочные программы обучения населения на местах - в семье, школах, на предприятиях и других рабочих местах. Цель таких программ состоит в информировании людей о причинах возникновения сердечно-сосудистых заболеваний, возможностях их предотвращения и лечения. Информационные программы могут также включать профилактические аспекты с применением лекарственных средств, направленных на снижение риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, например, небольших ежедневных доз препаратов, содержащих статины²⁵, для уменьшения уровня холестерина в крови. Проект был начат в 2007 году и получил поддержку Минздравсоцразвития РФ.

Помимо реализации программ с активным международным сотрудничеством, в нашей стране была начата разработка и внедрение собственных программ профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. С 2002 года началась реализация Федеральной целевой программы «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Российской Федерации» которая была рассчитана на 2002-2008 годы, с выполнением в два этапа. Программа ставила перед собой решение сле-

²⁵Годовая конференция The BEARR Trust, Никола Рамсден, 2007

дующих задач:

- расширение деятельности по профилактике артериальной гипертензии, повышение эффективности ее раннего выявления, лечения и реабилитации больных;
- создание системы контроля заболеваемостью артериальной гипертензией и учета больных в медицинских учреждениях первичного звена (поликлиниках);
- повышение квалификации работников здравоохранения, в первую очередь, врачей общей практики и кардиологов:
- оснащение учреждений первичного звена медицинской помощи (поликлиник), научно-исследовательских учреждений кардиологического профиля новым диагностическим оборудованием;
- проведение научно-исследовательских работ по созданию новых эффективных методов профилактики, диагностики и лечения артериальной гипертензии и реабилитации больных;
- разработка продуктов питания и диет, новых медикаментозных средств.

Общий объем финансирования программы был запланирован в размере 3580,42 миллионов рублей, в том числе за счет средств федерального бюджета - 372,1 миллионов рублей (10,4 процента), за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации - 2803,23 миллионов рублей (78,3 процента) и за счет средств внебюджетных источников - 405,09 миллионов рублей (11,3 процента)²⁶. Таки образом, основным источником финансирования программы были бюджеты субъектов Российской Федерации. Приоритет в лечении артериальной гипертензии объясняется тем, что согласно современным медицинским исследованиям, артериальная гипертензия является основой для развития большинства сердечно-сосудистых заболеваний, в частности инсультов.

Программа ставит своим приоритетом профилактику артериальной гипертензии, а также ее лечение на ранней стадии развития, когда можно если не вылечить, то остановить развитие этой болезни. В программе определяется, что люди, склонные или уже больные артериальной гипертензией, должны проводить ежедневный мониторинг артериального давления с помощью тонометров (аппаратов для измерения артериального давления). По мнению врачей, в Российской Федерации более 40 процентов населения болеет артериальной гипертензией²⁷. Но подавляющее большинство из больных не подозревает о наличии у них этого заболевания или же не знают о его тяжелых последствиях.

Программа ставит своей целью просветительскую работу с населением, разъяснение того, что артериальная гипертензия - серьезная болезнь, которая приводит к инфарктам и инсультам, поражения «органов-мишеней» и другим серьезным последствиям. Население также должно быть проинформировано, что развитие данного заболевания можно задержать на ранних стадиях путем медикаментозного лечения и перехода к здоровому образу жизни.

²⁶ Ресурсное обеспечение профилактики и лечения артериальной гипертензии в Российской Федерации, Трифонов С.В., Экономика здравоохранения, N11-12, 2001

²⁷ Роль артериальной гипертензии в структуре и исходах госпитализаций многопрофильного скорпомощного стационара, Н.Ф.Плавун, В.В.Степанова, Ю.Л.Караулова, Ю.В.Котовская, Ж.Д.Кобалава, В.С.Моисеев, Артериальная Гипертензия, Том 10/N 3/2004

В рамках Федеральной программы по борьбе с гипертонией в ряде регионов Российской Федерации были организованы «Школы здоровья», образовательные программы, информирующие население об эффективности профилактики как метода предупреждения гипертонии и дальнейшего развития еще более серьезных сердечно-сосудистым заболеваний. Данные школы, по мнению их организаторов, эффективны не только в медицинском плане, но и в экономическом: затраты на госпитализацию у слушателей этих школ снизились в 6,3 раза, а на амбулаторную помощь — в 7,9 раза. Количество вызовов “скорой помощи” для слушателей данных школ уменьшилось в 18 раз. В 2004 году посредством ведения семинаров данными школами удалось снизить смертность от ишемической болезни сердца по сравнению с 2003 годом на 20 тысяч, от инсультов - на 19 тысяч среди слушателей школ. Подобно “школам здоровья” в ряде регионов были организованы и “школы кардиологов”, где проводятся семинары для врачей: как правильно диагностировать и лечить больных с артериальной гипертонией²⁸.

Федеральная программа борьбы с гипертонией была рассчитана до 2008 года, и ее основные направления будут развиты и продолжены в рамках общенациональной программы “Здоровье”. Отмечены позитивные результаты программы: выявлено порядка 5 миллионов человек с артериальной гипертонией, им назначен курс лечения²⁹. В рамках программ значительное число врачей-терапевтов и врачей-специалистов прошли курсы повышения квалификации, ознакомились с последними разработками в области профилактики и лечения артериальной гипертонии.

Острота проблемы высокой смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в нашей стране стала одной из причин повышения внимания к важности развития института первичной медицинской помощи, усиления терапевтического звена. Помимо указанных выше программ с международным участием и Федеральной программы по борьбе с артериальной гипертонией, с 2006 года началась реализация **Приоритетного национального проекта «Здоровье»** (с осени 2008 года – Национальная Программа в области здравоохранения). Данная программа получила хорошее финансирование, которое велось в основном вне системы обязательного медицинского страхования из государственного и региональных бюджетов и использования внебюджетных средств. Фактическое финансирование Проекта из всех источников 2006 году составило 78,9 миллиардов рублей, в 200г. – 139,5 миллиардов рублей, 2008г. – 118,8 миллиардов рублей³⁰. На 2008 год проект ставил следующие приоритеты для реализации:

- Развитие первичной медицинской помощи;
- Обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью;
- Снижение смертности от предотвратимых причин.

Приоритет на развитие первичной медицинской помощи является основой для развития института врачей общей практики, повышения квалификации и

²⁸ Интервью академика Е.И. Чазова, «Независимая», 28 января 2009 года

²⁹ Там же.

³⁰ Российское здравоохранение: новые вызовы и задачи, И.М. Шейман, С.В. Шишкин, доклад ГУ ВШЭ, издательский дом ГУ ВШЭ, 2009

зарплаты для участковых врачей-терапевтов. Данный приоритет в значительной степени базировался на зарубежном опыте, где первичная медицинская помощь, институт «семейных врачей» внесли весомый вклад в успешную борьбу с заболеваниями неинфекционной природы, в том числе значительно снизив смертность от сердечно-сосудистых заболеваний. Кроме того, с 2008 в Проекте дополнительно выделено направление «Снижение смертности от предотвратимых причин», которое ставит своей целью снижение смертности населения от сердечно-сосудистых заболеваний на основе их профилактики и лечения на ранних стадиях. Следует отметить, что данные меры, безусловно, показывают изменившиеся отношение органов государственной власти и руководства системы здравоохранения к проблеме сердечно-сосудистых заболеваний. Определен приоритет в профилактике социально значимых заболеваний, в переходе от «медицины лечения» к «превентивной медицине». Тем не менее, в Проекте есть слабые стороны, не до конца осознается вся сложность реформирования системы первичной медицинской помощи. Проект не предполагает мероприятий по борьбе со слабой мотивацией врачей первичного звена на профилактику заболеваний, качественное повышение их квалификации, слабо учтены возможности диспансеризации населения как основы для массовой профилактики заболеваний. Кроме того, невзирая на солидный бюджет Проекта, по-прежнему существует недостаток финансирования первичного звена медицинской помощи (поликлиник), несбалансированность поставок диагностического оборудования и расходных материалов к нему. Сохранение общей фрагментарности профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний является также недоработанным элементом Проекта.

К концу 2008 года Минздравсоцразвития РФ подготовило проект **«Концепции развития здравоохранения до 2020 года»** - базового документа, анализирующего состояния здоровья населения в нашей стране и определяющего основные мероприятия по его повышению на перспективу. Концепция содержит в развернутом виде приоритеты государственной политики в области здравоохранения и имеет несколько важных преимуществ по сравнению с предыдущими вариантами проектов развития российского здравоохранения. В ней представлен комплексный анализ показателей здоровья населения и определены показатели, которых следует достичь к конкретным срокам, отмечен приоритет перехода от концепции «лечения населения» к концепции «повышения уровня здоровья населения». Концепция утверждает профилактику сердечно-сосудистых заболеваний, лечение их на ранней стадии и формирование здорового образа жизни как базовую составляющую государственной политики в области здравоохранения.

Тем не менее, ряд положений и статей Концепции требуют уточнений и изменений, а сама Концепция – включения в неё дополнительных разделов. В Концепции нет детального плана по мерам профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, не формулируется приоритет профилактики данных заболеваний посредством разработки и реализации целевой общепрофилактической программы. Слабым местом Концепции является излишне оптимистические запланированные показатели здоровья населения, которые трудно достижимы. В области

продолжения структурной перестройки российского здравоохранения сделан упор на медико-организационные меры при недостатке внимания к реформированию системы финансирования здравоохранения. Кроме того, не уделяется достаточно внимания разработке мероприятий по формированию у населения ответственного отношения к собственному здоровью, не учтены возможности экономической мотивации граждан по переходу к здоровому образу жизни (например, повышение акцизов и ставок НДС на вредные для здоровья категории товаров). Существует вероятность, что Концепция не сможет добиться поставленных целей без внесения в нее изменений, устраняющих данные недостатки.

Суммируя вышесказанное, следует констатировать, что в нашей стране настоящее время разрабатываются и реализуется несколько проектов по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, накоплен значительный опыт борьбы с ними. В перспективной «Концепции развития здравоохранения до 2020 года» определен приоритет профилактических мероприятий. Тем не менее, сохраняются институциональные проблемы системы российского здравоохранения, такие как фрагментарность лечебного процесса и слабость звена первичной медицинской помощи. Данные недостатки способны значительно снизить и свести на нет возможности реализуемых программ по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Необходимость определения национальной политики в области борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями

Необходимость решения проблемы высокой смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в нашей стране, повышения общих показателей здоровья населения, в том числе средней продолжительности жизни, требует принятия комплексных мер. Объявленный руководством нашей страны курс на инновационное развитие экономики столкнется с серьезными трудностями по воплощению в жизнь, если существующая ситуация со столь высокой смертностью от сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе в трудоспособном возрасте, сохранится. Более того, вследствие сокращения населения страны возрастает угроза неприкосновенности границ и опасность для существования Российской Федерации как единого независимого государства. Принимаемые ныне меры, реализуемые программы и проекты в области профилактики сердечно-сосудистых заболеваний имеют положительные и отрицательные стороны. Однако их общим недостатком является отсутствие комплексности, учета большинства факторов, определяющих за развитие сердечно-сосудистых заболеваний. Без более полного охвата населения мерами по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, согласованности действий системы здравоохранения, органов государственной и муниципальной власти и общественных организаций, профилактика сердечно-сосудистых заболеваний не может дать хороших результатов.

Предполагается обоснованно определить приоритет государственной политики в области укрепления здоровья населения на основе профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, предпринять меры по повышению информированности российского общества о серьезности проблемы высокой смертности от

данных заболеваний в нашей стране. Несомненно, для выработки общей политики будет необходима не только политическая воля государственного руководства, но и мониторинг реализации профилактических мероприятий, слаженной работа государственных служб. Осознание данной проблемы на уровне широких масс населения будет фактором успеха предполагаемых профилактических мероприятий. Несомненно, требуется широкое освещение проблемы сердечно-сосудистых заболеваний в СМИ, популяризация научных исследований, посвященных данной проблеме. На основе определения приоритета государственной политики в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний следует перейти к следующему этапу – разработке конкретной целевой общепрофилактической программы по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями, которая должна быть апробирована в трех-четыре «пилотных» регионах.

В общемировой практике накоплен богатый опыт разработки и реализации подобных программ, многие из которых начали реализовываться несколько десятилетий назад и продолжают в настоящее время. Во многом благодаря реализации подобных комплексных программ, в большинстве стран с развитой рыночной экономикой удалось снизить уровень заболеваемости сердечно-сосудистыми заболеваниями и их долю в общей смертности населения, добиться повышения средней продолжительности жизни. Несомненно, требуется творчески использовать этот ценнейший опыт в сочетании с учетом особенностей нашей страны для разработки эффективной общепрофилактической программы по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Одним из эффективных методов ее формирования будет создание специальной рабочей группы или института по разработке и воплощению в жизнь данной программы. Важно, чтобы в эту группу помимо менеджмента системы здравоохранения и представителей органов государственной власти вошли члены общественных организаций, зарубежные консультанты и экономисты. Такое широкое представительство сможет снять угрозу превращения программы по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний из комплексной, учитывающей все аспекты, в узко-специализированную, которая рассматривает сердечно-сосудистые заболевания в одном медицинском ключе. Опасность превращения программы в очередной проект по реформированию системы здравоохранения не следует недооценивать – проблема столь высокой смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в нашей стране коренится не только в плохом качестве медицинской помощи, но и в глубоких социально-экономических проблемах и культурной специфике.

При разработке программы представляется обоснованным проводить анализ затрат и выгод от каждого предложенного варианта, и на их основе выбрать наиболее эффективный вариант. Еще одним критерием успеха реализации программы является постоянный мониторинг ее выполнения, получение самой свежей и корректной информации об изменениях показателей заболеваемости, инвалидности и смертности населения от сердечно-сосудистых заболеваний в регионах, где начнется апробация программы. На основании этого будет происходить коррекция программы и начнется подготовка национальной программы по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. Главным фактором успеха программы, как уже указывалось, является комплексный характер программы и

политическая воля к ее выполнению.

Заключение

В заключение следует отметить, что в настоящее время проблема высокой смертности от сердечно-сосудистых заболеваний достаточно широко обсуждается в органах власти, медицинских научных центрах, в СМИ. Существует понимание важности данной проблемы и необходимости ее решения, без которого невозможно решить одну из главных российских проблем – сокращение численности населения. В крупных государственных мероприятиях в области здравоохранения и повышения уровня здоровья населения, осуществляемых в настоящее время, освещается тема борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями, определяется приоритет профилактики заболеваний данной группы. Тем не менее, сложность самой проблемы влечет необходимость интегрированных усилий по ее решению. Необходимо продолжение исследования причин развития сердечно-сосудистых заболеваний, определения факторов, влияющих на столь высокую смертность от них в нашей стране. На основе полученных данных необходимо определить приоритет государственной политики в области здравоохранения, заключающийся в создании целевой общепрофилактической программы по борьбе с данными заболеваниями.

Несомненно, предполагаемая программа должна совмещать в себе положительный опыт развитых стран по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями и учитывать специфику нашей страны в этой области. Особенности нашей страны можно кратко определить как общую незавершенность реформ в экономике и системе здравоохранения, низкий уровень жизни населения, особенность менталитета россиян, не ставящих перед собою задач по сохранению своего здоровья и высокий распространения уровень вредных привычек – нездорового питания, высокого уровня потребления алкоголя и табачных изделий. Реализуемые ныне программы, предполагающие борьбу с сердечно-сосудистыми заболеваниями на основе их профилактики – в первую очередь «Приоритетный национальный проект «Здоровье» и запланированная «Концепция развития российского здравоохранения до 2020 года» имеют несколько общих недостатков, которые в значительной степени ограничивают позитивный эффект от них. Общая фрагментарность системы здравоохранения, слабость системы первичной медицинской помощи, отсутствие мотивации врачей-терапевтов на активную работу с населением – все это создает проблемы для реализации программ. Кроме того, в нашей стране так и не была осознана важность пропагандистской работы с населением, повышения его информированности об опасности сердечно-сосудистых заболеваний и необходимости их профилактики. Не определены также возможности экономической мотивации населения по переходу к здоровому образу жизни. Эти недостатки требуют серьезного осмысления и адекватного решения. Автору данной статьи видится выход из данной ситуации за счет следующих действий: 1) определения приоритета государственной политики в области здравоохранения, состоящего в профилактике социально значимых заболеваний, в первую очередь сердечно-сосудистых; 2) разработки комплексной

общепрофилактической программы по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями; 3) апробации данной программы в трех – четырех регионах с целью выявления ее слабых и сильных сторон; 4) развертывания скорректированного варианта программы в пределах всей страны. Реализация данного варианта борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями, по мнению автора данной статьи, даст возможность нашей стране осуществить поступательное инновационное развитие экономики.

Список источников

1. Годовая конференция, The BEARR Trust, Никола Рамсен ,2007
2. Доклад, О. А. Кислицына, Институт социально-экономических проблем народонаселения РАН (ИСЭПН РАН), 2006
3. Заработная плата в России: Эволюция и Дифференциация, под редакцией В.Е.Гимпельсона, Р.И.Капелюшников Москва, Изд. дом ГУ ВШЭ, 2007
4. Здоровоохранение и рынок, А. С. Акопян, Н. М. Плискевич, Общественные науки и современность № 2, 1998
5. Здоровье как предмет изучения в социологии медицины, Решетников А.В., Шаповалова О. А., Москва, ГЭОТАР-МЕД, 2008
6. Интервью академика Е.И. Чазова, «Независимая», 28 января 2009 года
7. Неравенство: стандарты от государства, Сидорович В.А ., «Ведомости», 18 декабря 2008
8. Ресурсное обеспечение профилактики и лечения артериальной гипертонии в Российской Федерации, Трифонов С.В., [Экономика](#) [Здравоохранения](#), N 11-12, 2001
9. Решение сложных проблем в здравоохранении России: Повышение роли первичной медико-санитарной помощи, Рифат Атун, Империял колледж, Лондон, 2003
10. Роль артериальной гипертонии в структуре и исходах госпитализаций многопрофильного скорпомощного стационара, Н.Ф.Плавунов, В.В.Степанова, Ю.Л.Караулова, Ю.В.Котовская, Ж.Д.Кобалава, В.С.Моисеев, Артериальная Гипертензия, Том 10/N3/2004
11. Российское здравоохранение: новые вызовы и задачи, И.М. Шейман, С.В. Шишкин, доклад ГУ ВШЭ, издательский дом ГУ ВШЭ, 2009
12. Совершенствование правового обеспечения медицинской деятельности в условиях реформирования здравоохранения Российской Федерации, Пищита А.Н., Гончаров Н.Г., Москва, Центральная клиническая больница РАН, 2007
13. Социальный стресс и медико-демографический кризис в России, Шкарин В.В., Величковский Б.Т. , Н.Новгород, НГМА , 2006
14. Экономика общественного сектора России. Курс лекций, Егоров Е.В., Москва, ТЕИС, 1998.
15. Экономика здравоохранения, Колосницына М.Г., Шишкин С.В., Шейман И.М., Засимова Л.С., Ракута Н.В., Хоркина Н.А., Кпицын Н.А., Окушко Н.Б.. Москва, Издательский дом ГУ-ВШЭ, 2008
16. Alcohol consumption and public health in Russia, H. Lipman, The Lancet, 2007, Volume 370, Pages 561-562
17. A national hypertension treatment program in Germany and its estimated impact on costs, life expectancy, and cost effectiveness, Afschin Gandjour, Stephanie Stock, Health Policy, # 83 (2007), pp 257-267
18. A population based study in Arkhangelsk, Averina M.et Al, Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 40, 2005
19. Cardiovascular disease prevention in Russia: Challenges and opportunities, M.Levitova, Public Health, 2006
20. Dying too young», World Bank report, 2005

21. Essai sur la mortalite "biologique" de l'homme, Bourgeois-Pichat, Jean, 1952, Population, 7 (3)
22. Intimations of Postmodernity, Z. Bauman, Routledge, London, 1992
23. Health Lifestyles in Russia and the Socialist Heritage, William C. Cookerman et al, Journal of Health and Social Behavior, Vol.43, March 2002
24. Post-Soviet Russia Journey through the Yeltsin Era, R.Medvedev, Columbia Press, New York, 2000
25. Mortality: Occupational social class and mortality in a population of men economically active. The contribution of education and employment situation Enrique Regidor et al, European Journal of Epidemiology (2005) 20: 501-508
26. Social and lifestyle determinants of depression, anxiety, sleeping disorders and self-evaluated quality of life in Russia.
27. The Atlas of Heart Disease and Stroke, World Health Organization, 2004
28. The Relationship Between Education and Adult Mortality in the United States Adriana Lleras-Muney, Review of Economic Studies, 2005, #72, pp. 189-221
29. Госкомстат, www.gks.ru
30. World Health Organization report, www.who.int