



Анастасия Боброва,
заведующая отделом
человеческого развития
и демографии Института
экономики НАН Беларуси,
кандидат экономических
наук, доцент

ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ —

ПРИОРИТЕТ
БЕЛАРУСИ
НА ПУТИ
К ДОЛГОЛЕТИЮ

В отличие от предыдущих лет, когда важнейшим направлением развития для многих стран было повышение рождаемости, в 2020 г. по причине пандемии COVID-19 объектом пристального внимания стала смертность населения.

Ни у кого уже не вызывает сомнений, что из-за происходящего в мире бедствия в демографии многих государств произойдут изменения. Хочется надеяться, что уроки, которые будут извлечены из этого, в первую очередь коснутся пересмотра каждым человеком отношения к собственному здоровью. Если это произойдет, тысячи жизней будут спасены, что, вне всяких сомнений, благоприятно отразится на всех сферах деятельности и в локальном, и в глобальном масштабе, не говоря уж о гуманитарном аспекте данной проблемы.

В Беларуси реализация программ демографической безопасности последнего десятилетия частично позволила сгладить негативные последствия депопуляции. Уровень смертности снизился, но продолжает оставаться высоким по сравнению с развитыми странами. Среди причин – как негативные структурные изменения в численности населения, так и его образ жизни. Состояние медико-санитарной службы в республике находится на достаточно высоком уровне. Потенциал сохранения жизней кроется не в росте обеспеченности медикаментами или повышении качества медицинских услуг, а в предотвращении заболеваний, которые напрямую влияют на продолжительность жизни.

Смертность – одна из составляющих динамики населения. На *рис. 1* представлена возрастная пирамида умерших в Беларуси в 2018 г.

Правое крыло пирамиды отражает большее количество смертей у женщин в старших возрастных группах. Это результат диспропорций структуры населения: в возрасте старше 65 лет их численность в 2 раза больше, чем у мужчин.

Впадины пирамиды у обоих полов в возрастах 72–75 лет соответствуют военному периоду, когда рождаемость была низкой. Результат отчетливо отражен в падении темпов естественного прироста населения (*рис. 2*).

Беларуси в 1950–1960 гг. удавалось достигать прироста населения почти в 150 тыс. человек в год. Наиболее весомая роль в рождаемости в тот период принадлежала сельской местности.

Однако уже в 1970-х гг. сельское население начинает стремительно сокращаться, в том числе и по причине миграционного оттока в города. Спад рождаемости и рост смертности привели к депопуляции вначале в деревнях в 1980-е гг., а затем и всего населения в 1993 г. Общие тенденции стали меняться

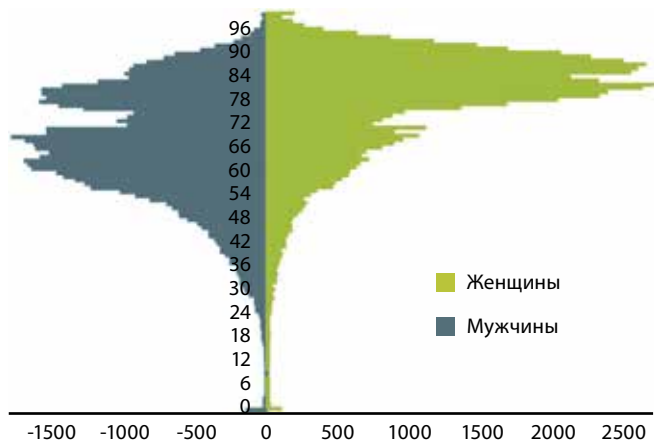


Рис. 1. Число умерших в Республике Беларусь в 2018 г. с разбивкой по полу и возрасту

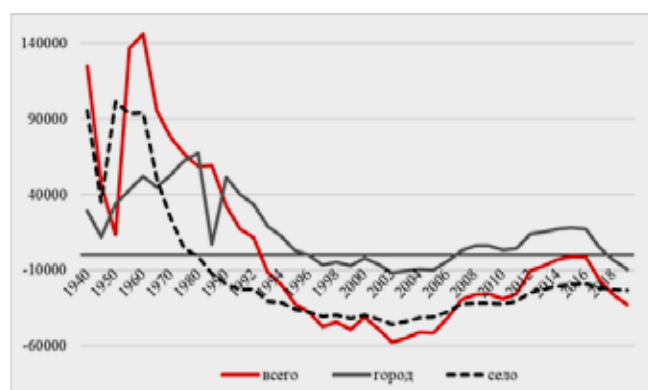


Рис. 2. Динамика естественного прироста населения в Беларуси в 1940–2018 гг., человек

только с 2006 г. благодаря реализации комплекса мер по улучшению демографической ситуации в стране. Однако преодолеть депопуляцию так и не удалось, что актуализирует изучение причин увеличения смертности.

Одним из важных факторов демографии продолжают оставаться отличия между условиями жизни в городе и селе. В городской местности демографическое развитие характеризуется не только более высокой рождаемостью, но и ее ростом, за исключением периода распада СССР. С 2007 г. количество родившихся в городах Беларуси превышало число умерших, вплоть до 2018 г.

Стандартизированные коэффициенты смертности сельского населения, которые устраняют влияние структурных факторов, в 2 раза превышают показатели для горожан (рис. 3).

Стандартизированные коэффициенты смертности на селе выше как для всей популяции, так и для

населения в трудоспособном возрасте. Продолжает наблюдаться неравенство шансов прожить дольше и дифференциация причин летальности, в том числе связанные с различиями по полу и возрасту.

Важно отметить, что для мужчин характерна значительно более высокая доля смертей в трудоспособном возрасте во всех основных группах причин смерти (рис. 4). В общем числе летальных исходов по инфекционным заболеваниям и внешним причинам более 70% мужского населения страны умирает, не дожив до пенсии. То же относится примерно к половине мужчин, умерших от болезней органов пищеварения и дыхания.

Картина общего уровня смертности по районам республики весьма неоднородна (рис. 5). Выделяются территории с низким уровнем смертности – центральная и северо-западная части, с высоким – север и частично запад и восток страны.

Коэффициенты смертности по районам обратно пропорциональны размерам заработной платы – в районах с высокими показателями смертности наблюдается низкий уровень зарплаток (рис. 5).

Различия в доходах, возможностях для получения образования и трудоустройства самым тесным образом связаны с особенностями охраны здоровья и качества жизни. Осведомленность играет важнейшую роль в этих вопросах. Сегодня значительная часть работы медицинской системы сводится к решению уже возникших проблем. Эффективная стратегия заключается в том, чтобы к врачу обращались по вопросам профилактики заболеваний, а не их лечения.

Важнейший индикатором здоровья населения, который аккумулирует в себе все основные факторы влияния на него (социально-экономические, биологические, усилия системы здравоохранения, состояние окружающей среды, качество жизни) – это прогнозируемая продолжительность жизни при рождении. Данный показатель является зеркалом развития

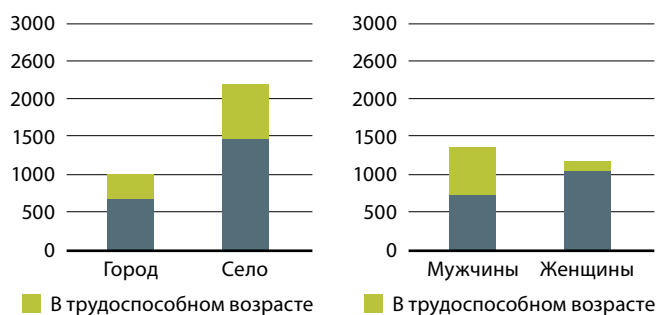


Рис. 3. Стандартизированные коэффициенты смертности населения Республики Беларусь в 2018 г. с разбивкой по типу поселений и полу (количество умерших на 100 тыс. чел.)



Рис. 4. Доля умерших по основным группам причин смерти в трудоспособном возрасте в Республике Беларусь в 2018 г. с разбивкой по полу

человеческого потенциала, а его рост – одна из приоритетных задач в повышении рейтинга страны. Его многогранность и роль в выработке эффективных мер по сокращению смертности трудно переоценить. К началу 60-х гг. XX в. Беларусь совершила рывок в ожидаемой продолжительности жизни, достигнув уровня 73 лет, в то время как в развитых странах этот показатель не превышал 68 лет.

В тот период успехи были достигнуты благодаря контролю над средовыми факторами, то есть реализации мер, не требовавших большой активности со стороны населения (благоустройство городской среды, санитарно-эпидемиологический контроль, обязательная вакцинация, надежная система медицинской помощи и т.п.). В результате инфекционные болезни и причины смерти, обусловленные материнской, перинатальной и смертностью по причине плохого питания, утратили свою значимость, им на смену пришли сердечно-сосудистые и онкологические заболевания.

Централизованная бюджетная советская система здравоохранения оказалась достаточно эффективной при решении задачи роста продолжительности жизни. Успехи могли быть более весомыми, если бы эти усилия

сократился риск нарушений здоровья неинфекционного происхождения (рак, диабет, сердечно-сосудистые и хронические респираторные заболевания, болезни органов чувств и пищеварительного тракта и ряд других).

Рост продолжительности жизни в передовых странах сопровождается и увеличением среднего возраста летальности практически от всех болезней.

В Беларуси в 70–80-е гг. XX в. наблюдалась стагнация продолжительности жизни, и, как следствие, постепенно нарастало отставание по данному показателю. Главной причиной продолжает

не обесценились социальными, экономическими и политическими потрясениями последующих десятилетий.

К началу 1970-х гг. в развитых странах начала набирать популярность новая стратегия в сфере охраны здоровья – контроль над поведенческими факторами. Соответственно, распространился новый тип профилактики, направленный на поощрение правильного образа жизни, что потребовало соответствующего ответа со стороны государственных институтов – совершенствования систем здравоохранения, социального обеспечения, роста затрат на их деятельность, развития медицинских технологий, фармацевтической промышленности и т.д. В резуль-

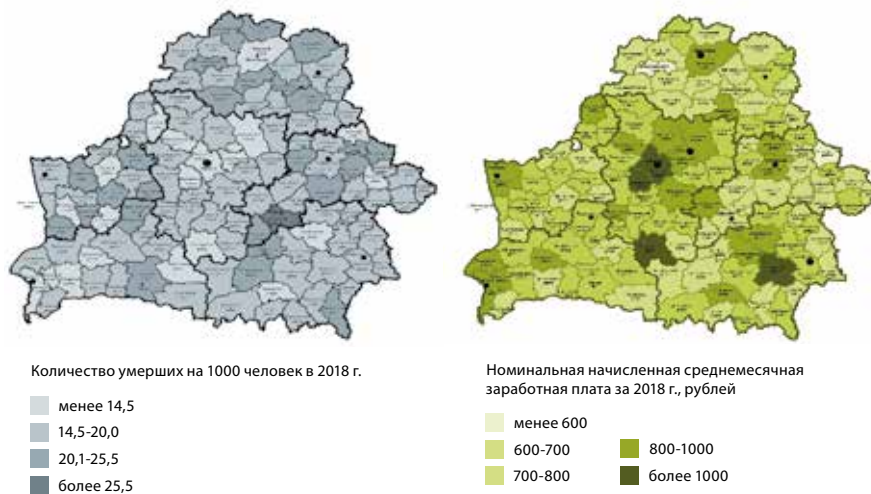


Рис. 5. Общий коэффициент смертности населения и номинальная начисленная средняя заработная плата по районам Беларуси в 2018 г.

оставаться сверхсмертность населения, в том числе от внешних причин, которая в несколько раз превышает уровень аналогичного показателя в развитых государствах. Наблюдается низкий средний возраст смерти от сердечно-сосудистых заболеваний, которые можно предупреждать путем перехода к стратегии здорового образа жизни. Пик умерших от новообразований также приходится на более молодых людей, чем, например, в странах Евросоюза, но в целом смертность по данной группе причин отличается намного меньше, чем от заболеваний сердца и сосудов и от внешних причин.

На рис. 6 представлена эпидемиологическая модель смертности населения Беларуси, которая сложилась еще во второй половине XX в. и позволяет сопоставить ситуацию во времени (по сравнению с началом депопуляции) и в разрезе пола.

В общем виде модель характерна для развитых стран. Большинство населения умирает от болезней системы кровообращения, на которые приходится половина всех смертей. Доля смертности от инфекционных заболеваний, которые ранее были главной причиной младенческой и детской смертности, настолько мала, что не видна на графике.

В динамике за 25-летний период на графике отмечен рост высоты столбиков, что говорит о продлении жизни как в среднем для всего населения, так и на момент смерти по большинству причин. Исключение составляет смертность от болезней органов дыхания у женщин. Наиболее существенно увеличился средний возраст умерших от заболеваний нервной системы (с 40 и 50 лет до 72 и 80 лет у мужчин и женщин соответственно). Позитивный рост отмечен и в группе внешних причин: в 2018 г. по сравнению с 1993 г. средний возраст смерти вырос на 10 лет и составил 50 лет у мужчин и 60 лет у женщин.

Согласно данным на рис. 6, существенно увеличилась доля смертности от сердечно-сосудистых заболеваний у обоих полов, а также в 10 раз у женщин и в 4 раза у мужчин – от болезней нервной системы. Отчетливо стала проявляться статистика смертей от психических расстройств и нарушений поведения.

Заметно уменьшилось количество уходов из жизни по внешним причинам у мужчин. У обоих полов наблюдается сокращение смертности от болезней органов дыхания.

Следствием развития систем здравоохранения и статистического учета убыли населения стало увеличение общего числа выявленных причин смерти. За 25 лет сократилось число прочих и неустановленных диагнозов, смертей, связанных с беременностью и родами, а также в перинатальном периоде.

Приходится констатировать ряд негативных моментов существующей эпидемиологической модели смертности населения Беларуси, связанных с различиями в разрезе пола: для мужчин характерна высокая доля смертности от внешних причин, более значимая – от новообразований и болезней органов дыхания, более низкий средний возраст смерти по всем причинам. Как результат – более короткая жизнь представителей мужского пола, не позволяющая обеспечить высокий средний уровень показателя. В 2018 г. прогнозируемая продолжительность жизни при рождении у наших соотечественников была на 10 лет меньше, чем у соотечественниц, и на 8 лет меньше, чем у европейских мужчин.

Средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении в Беларуси составляет 74,5 лет, что на 10 лет меньше, чем в Японии, и на 6,5 лет меньше, чем в странах Евросоюза. По сравнению с началом 60-х гг. XX в. белорусы стали жить в среднем всего на 1,6 года дольше, тогда как в развитых странах – на 13 лет.

Для нарастания темпов прироста продолжительности жизни и преодоления разрыва с развитыми государствами требуется доказавшая свою эффективность в странах Евросоюза стратегия продвижения ответственного отношения к своему здоровью у населения. Проблемой остается недостаточная осведомленность граждан о факторах риска и возможностях минимизации их негативного воздействия на организм. Косвенно об этом свидетельствует постоянный рост на протяжении периода 2013–2018 гг. заболеваемости на 100 тыс. населения инфекционными и паразитарными болезнями, новообразованиями, расстройствами питания и нарушениями обмена веществ, болезнями системы кровообращения, мочеполовой системы и др.

Профилактика становится флагманом системы здравоохранения на пути к сокращению смертности и повышению здоровой продолжительности жизни. Однако ответственность за предоставление исчерпывающей информации о вреде алкоголя и табака, об опасности на дорогах, об объемах бюджетных средств, затрачиваемых на преодоление негативных последствий нездорового образа жизни, лежит на всех.

Опыт стран, где наблюдается устойчивая тенденция к снижению смертности, показывает, что эффективный контроль над неинфекционными заболеваниями возможен только при внедрении системных профилактических мер, предполагает не только совершенствование системы здравоохранения, но и повышение ответственного отношения к здоровью каждого гражданина страны. В свою

очередь, обеспечение условий для здорового образа жизни населения затрагивает практически все общественные сферы – социальную, экономическую, политическую, духовную [1].

Существуют меры по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними, реализация которых экономически выгодна и эффективна с точки зрения увеличения продолжительности здоровой и трудоспособной жизни [2]. Они включают ограничение доступности алкогольной продукции, налогообложение табачных изделий, снижение содержания жира, соли и сахара в готовых пищевых продуктах.

С экономической точки зрения, эти меры доступны для всех стран. В процентах от текущих расходов на здравоохранение общая стоимость проведения комплекса высококорентабельных мероприятий с охватом всего населения в государствах с низким доходом составит 4%, с доходом ниже среднего – 2%, а в странах с доходом выше среднего и с высоким – менее 1% [3].

В Беларуси статистический учет не выделяет расходы на профилактику в чистом виде. В 2020 г. 71,7 млн руб., или 0,2% от суммы расходов на здравоохранение консолидированного бюджета, распределяется на финансирование подпрограмм Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь», которые имеют ярко выраженную профилактическую направленность, касающуюся контроля за неинфекционными заболеваниями, предупреждения и преодоления пьянства и алкоголизма, туберкулеза, ВИЧ-инфекции.

В целом в структуре консолидированного бюджета на 2020 г. расходы на здравоохранение занимают весомую позицию и составляют 15,3%. Пятая часть приходится на расходы республиканского бюджета, которые распределяются между медицинской помощью населению (577 млн руб.), научными исследованиями (18 млн руб.), санитарным надзором (6,7 млн руб.) и прочими расходами, включая закупку лекарств и медицинского оборудования (672,4 млн руб.).

Местными бюджетами финансируются остальные 80% от расходов на здравоохранение. Увеличение затрат на реализацию мер, направленных

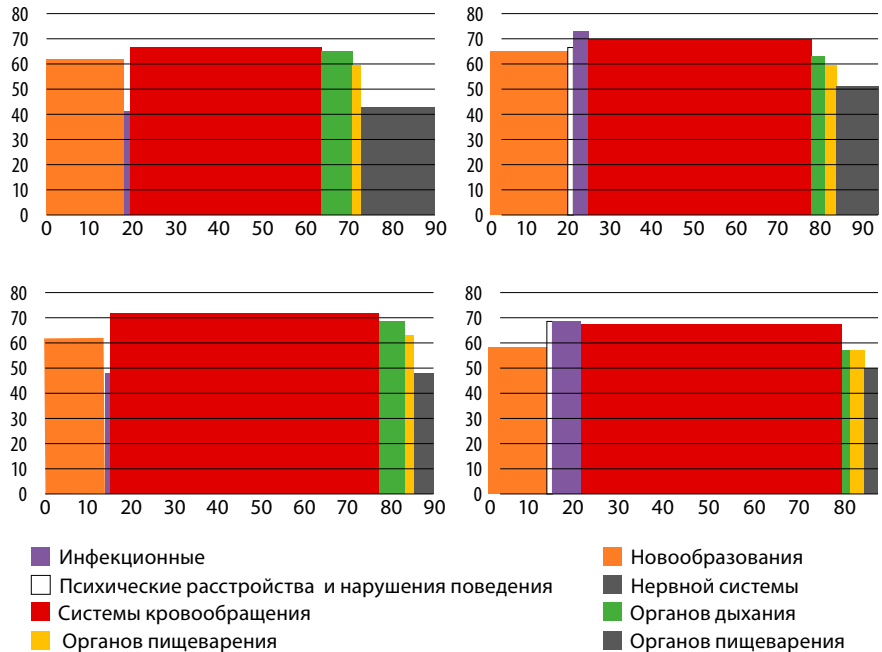


Рис. 6. Средний возраст смерти и доля умерших по основным группам причин смерти в Беларуси в 1993 и 2018 гг. с разбивкой по полу

на преодоление сразу нескольких факторов риска заболеваемости, не только повлияет на сокращение смертности всего населения, но и уменьшит экономические потери, связанные с преждевременным уходом из жизни. К примеру, по оценкам ВОЗ, в странах с низким и средним доходом снижение смертности от ишемической болезни сердца и инсульта на 10% позволит сэкономить в среднем 25 млрд долл. в год [3]. Эта сумма примерно в 3 раза превышает ежегодные затраты, связанные с лечением сердечно-сосудистых заболеваний и смертностью от них.

Профилактика заболеваний среди населения – самая устойчивая стратегия в долгосрочной перспективе, поскольку способна стать средством решения проблем, касающихся ряда болезней и общих факторов риска их возникновения. ■

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Яковлева Т.В., Вылегжанин С.В., Бойцов С.А., Калинин А.М., Ипатов П.В. Диспансеризация взрослого населения Российской Федерации: первый год реализации, опыт, результаты, перспективы // Социальные аспекты здоровья населения. 2014. №4. // <https://cyberleninka.ru/article/n/dispenserizatsiya-vzroslogo-naseleniya-Datkoy-federatsii>.
2. Курс на оздоровление. Европейская стратегия профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями // Европейское региональное бюро ВОЗ // http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/76528/E89306R.pdf.
3. From Burden to «Best Buys»: Reducing the Economic Impact of Non-Communicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries / The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases. / World Economic Forum and the Harvard School of Public Health. 2011. p.12.