

## ТЕНДЕНЦИИ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В КОНТЕКСТЕ СОЦИАЛЬНОЙ ДЕТЕРМИНИРОВАННОСТИ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Жужлова Н.Ю., Кром И.Л., Сазанова Г.Ю., Раздевилова О.П.

*ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения РФ, г. Саратов, Россия (410012, Саратов, ул. Большая Казачья, 112), e-mail: meduniv@sgmu.ru*

*Центр медико-социологических исследований, г. Саратов, Россия (410015, г. Саратов, ул. Орджоникидзе, д. 1)*

**В современном мире бремя социально-детерминированных хронических неинфекционных заболеваний, определяющих высокие показатели заболеваемости, инвалидизации и смертности населения, продолжает возрастать. Три главных составляющих социально-экономического статуса: образование, род занятий и уровень доходов — оказывают влияние на здоровье, определяя образ и условия жизни разных слоев населения. В многочисленных исследованиях отмечается, что представители нижних социальных слоев имеют худший доступ к ресурсам медицинского обеспечения. Различия в доступности медицинского обслуживания и его качестве являются фактором усиления неравенства в здоровье и продолжительности жизни. Реформы, направленные на обеспечение общей доступности медико-социальной помощи, являются обязательным условием повышения равенства в уровне здоровья.**

**Ключевые слова:** социальные факторы здоровья, хронические неинфекционные заболевания, реформы здравоохранения, доступность медицинской помощи

## TRENDS IN THE ORGANIZATION OF MEDICAL CARE IN THE CONTEXT OF SOCIAL DETERMINISM CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES

Zhuzhlova N.Y., Krom I.L., Sazanova G.Y., Razdevilova O.P.

*Saratov state medical University n.a. C.I. Razumovsky, post-graduate student of the Department of health, public health and medical law, Saratov, Russia (410012 Russia, Saratov, street Bolshaya Kazachya, 112), e-mail: meduniv@sgmu.ru;*

*The Centre of Medical-Sociological Research, Saratov, Russia (410015 Russia, Saratov, street Ordzhonikidze, 1), e-mail: kromil@km.ru*

**In today's world, the burden of socially determined chronic non-communicable diseases responsible for the high morbidity, disability and mortality continues to increase. The three main components of the socio-economic status: education, occupation and income level affect health, specifying the way and conditions of life of different segments of the population. Numerous studies have noted that the representatives of the lower social classes have poorer access to resources for medical support. Differences in the availability of medical care and its quality are a factor of increasing inequality in health and life expectancy. Reforms aimed at ensuring the overall availability of health and social care constitute a necessary condition for greater equity in health.**

**Keywords:** social determinants of health, chronic noncommunicable diseases, health care reform, access to health care

Продолжительность жизни людей и здоровье обусловлены не столько генетикой, сколько социальными факторами. Такой вывод содержится в докладе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) [3]. ВОЗ на протяжении трех лет анализировала роль «общественной детерминанты» в здравоохранении. «Социальная несправедливость убивает людей в огромных масштабах. Отравляющая комбинация неразумной политики и слабой экономики в значительной мере является причиной того, что большинство людей в мире не могут похвастаться хорошим здоровьем, хотя биологически это возможно», – говорится в докладе.

Возрастание роли социальных факторов в жизнедеятельности человека, в его здоровье, в возникновении заболеваний отмечено с середины XX в. «Все основные детерминанты здоровья связаны с социально-экономическими факторами... Связь между состоянием здоровья и занятостью, уровнем доходов, социальной защитой, жилищными условиями и образованием четко прослеживается во всех европейских государствах» [4].

Под воздействием тех или иных факторов, большинство из которых являются социально детерминированными, может повышаться (понижаться) вероятность наступления определенного патологического состояния. Значительно меньшую роль играет биологическая детерминация заболеваний. В широком смысле «различные типы обществ формируют различную структуру заболеваемости и смертности, состояние здоровья его членов» [8].

Классификация Л. Пановой и Н. Русиновой включает три категории социальных детерминант здоровья: социально-структурные, социально-психологические, поведенческие. Социально-структурные детерминанты: пол, возраст, образование, материальное положение, семейное положение, наличие детей в семье. Группа социально-психологических факторов включает стрессовые события жизни, хронические стрессоры, связанные с различными жизненными обстоятельствами, личностные психологические ресурсы. Среди поведенческих факторов называются превентивная физическая активность, курение, потребление алкоголя, правильность питания [7].

О.Я. Кислицына в качестве социально-экономических детерминант здоровья рассматривает бедность, социально-экономические условия в раннем детстве, жилищные условия, безработицу и условия работы, социальный капитал (семья, друзья, соседи – «социальные сети»), образ жизни (питание, вредные привычки, двигательная активность) [5].

В.Б. Белов определил следующие детерминанты здоровья: социально-экономическая (уровень социального благополучия и материального достатка, образования), политическая (государственная власть, политические силы), экологическая (окружающая физическая среда), демографическая (наследственность, пол, возраст, этническая принадлежность), ценностно-нравственная (культура, религия), медицинская (доступность и качество медицинской помощи, медицинская активность) [1].

По данным Whitehall-исследования [18], исследований Хольма [19] и иных социально-экономические показатели точнее объясняют динамику смертности от хронических неинфекционных заболеваний, чем персональные модифицируемые факторы риска [21, 23].

По данным ВОЗ [11] глобальное бремя неинфекционных заболеваний, которое определяется высокими показателями заболеваемости, инвалидизации и смертности населения, продолжает возрастать. При высоком уровне заболеваемости инвалидизация и

смертность в России при неинфекционных заболеваниях значительно превосходят аналогичные показатели в развитых странах.

Детерминанты неинфекционных заболеваний обобщены в обзоре по эпидемиологии хронических заболеваний, опубликованном Американской Ассоциацией общественного здравоохранения (American Public Health Association). Низкий социально-экономический статус приведен в качестве фактора риска практически во всех исследованных группах заболеваний.

Несмотря на прогресс медицинской науки в XX в., возросшие расходы на здравоохранение, снижение темпов смертности, различия в состоянии здоровья между социальными слоями остаются или усиливаются [24]. По мнению Г. Штайнкампа, «влияние пространственно-временных характеристик социального слоя на здоровье и продолжительность жизни служит... доказательством значения социальной окружающей среды» [15]. Три главных составляющих социально-экономического статуса: образование, род занятий и уровень доходов — оказывают влияние на здоровье, определяя образ и условия жизни разных слоев населения.

В многочисленных зарубежных исследованиях отмечается, что представители нижних социальных слоев имеют худший доступ к ресурсам медицинского обеспечения [27]. Различия в доступности медицинского обслуживания и его качестве, по мнению авторов, являются фактором усиления неравенства в здоровье и продолжительности жизни [9].

Наиболее обеспеченные люди, имеющие сравнительно меньше потребностей в медицинской помощи, потребляют большую часть этой помощи, тогда как люди, располагающие самыми скудными средствами и имеющие серьезные проблемы со здоровьем, потребляют наименьшую ее часть [22]. Медицинские услуги, предоставляемые малоимущим и маргинализированным группам населения, нередко в высшей степени фрагментированы и в значительной степени не обеспечены ресурсами, причем помощь, предоставляемая на цели развития, нередко лишь усиливает эту фрагментацию [25].

Выделяемые системами здравоохранения ресурсы концентрируются вокруг дорогостоящих медицинских услуг, при этом игнорируются потенциальные возможности первичной профилактики, которая может путем предупреждения почти на 70% сократить бремя болезни [20]. В то же время сектору здравоохранения не хватает специальных знаний и квалифицированных кадров, необходимых для того, чтобы смягчить неблагоприятное воздействие на здоровье, оказываемое современным миром.

По мере модернизации обществ люди предъявляют все больше требований к системам здравоохранения в интересах их самих, их семей, а также общества, в котором живут. Так, люди все чаще выступают за равенство в уровне здоровья и против социальной

изоляции; за медицинское обслуживание, ориентированное на удовлетворение потребностей и ожиданий населения; за безопасные для здоровья условия проживания и за участие в решении вопросов, которые затрагивают их здоровье и здоровье их обществ [16].

Для того чтобы системы здравоохранения смогли сократить неравенство в уровне здоровья, необходимо выполнить одно непереносимое условие – обеспечить доступность медико-социальной помощи для всех. Проблемы в обеспечении медицинскими услугами все еще остаются реальностью во многих странах. По мере увеличения общего объема предоставляемой медико-социальной помощи становится все более очевидным, что барьеры, препятствующие доступу к ней, являются важным фактором неравенства. Реформы, направленные на обеспечение общей доступности медицинской помощи в сочетании с социальной защитой здоровья, являются обязательным условием повышения равенства в уровне здоровья.

В 2013 г. на 66-й сессии Всемирной Ассамблеи здравоохранения ВОЗ было отмечено, что повышение доступности качественной и недорогой медико-санитарной помощи «бедным» слоям населения любой страны является залогом развития их способностей и позволяет им найти хорошую работу, которая изменит их жизнь. А для этого необходим прежде всего доступ к качественным и недорогим медицинским услугам [26].

Исследование структуры уровня смертности взрослого населения в современной России показало, что первое ранговое место в РФ, в Поволжском Федеральном округе и Саратовской области занимают показатели смертности при болезнях системы кровообращения [12]. Следует отметить, что в России от болезней системы кровообращения умирает преимущественно население трудоспособного возраста [10].

Согласно Концепции развития здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г. в целях обеспечения устойчивого социально-экономического развития Российской Федерации одной из основных задач системы здравоохранения в современных условиях является достижение высокого уровня качества медицинской помощи в соответствии с утвержденными порядками и стандартами ее оказания. В Государственной программе РФ «Развитие здравоохранения», утвержденной Постановлением Правительства РФ от 15 апреля 2014 г. № 294, одним из целевых индикаторов является снижение смертности от болезней системы кровообращения к 2020 г. до 622,4 случая на 100 тыс. населения [6].

Оптимальные результаты по предотвращению потерь населения от болезней системы кровообращения возможны при эффективной работе каждого уровня организации медицинской помощи (первичная, специализированная, высокотехнологичная и комплекс своевременных этапных реабилитационных мероприятий) при координации оперативного межуровневого взаимодействия [14]. В связи с тем, что среди амбулаторных пациентов,

страдающих болезнями системы кровообращения, зарегистрирован высокий удельный вес пациентов, основным источником дохода у которых являются социальные пособия (71,7 %), бюджетные источники финансирования и в дальнейшем будут играть существенную роль в оплате высокотехнологичной медицинской помощи [2].

Во всем мире будет расти социальная и экономическая нагрузка на общество, создаваемая болезнями системы кровообращения при увеличении продолжительности жизни населения без улучшения медицинской помощи, условий жизни и изменения образа жизни. Для решения данных проблем необходимо создание системы оценки потребности, удовлетворенности и доступности медицинской помощи при болезнях системы кровообращения на всех этапах ее оказания [13].

ВОЗ предполагает необходимость реформ в современной системе здравоохранения, способствующих достижению равенства в отношении здоровья, социальной справедливости и ликвидации социальной изоляции, обеспечения всеобщего доступа и социальной защиты здоровья; обеспечивающих реорганизацию медицинской помощи в медико-социальную помощь, учитывающую потребности и ожидания людей, повышение социальной значимости этой помощи; повышению уровня здоровья путем интеграции деятельности в области общественного здравоохранения с медико-социальной помощью. Предполагаемые реформы призваны заменить чрезмерное использование административно-командных методов управления, с одной стороны, и политику невмешательства со стороны государства – с другой, социально интегрированным, репрезентативным управлением современных систем здравоохранения [17].

### Список литературы

1. Белов В.Б. Социально-гигиеническое обоснование выявления детерминант общественного здоровья. Автореф. дис. докт. мед. наук. – М., 2014. – 28 с.
2. Бокерия Л.А. Сердечно-сосудистые заболевания в поликлинической практике врачей терапевтов и кардиологов / Л.А. Бокерия, И.Н. Ступаков, И.В. Самородская, Е.Н. Фуфаев Е.В. Болотова от имени участников исследования СТЕРХ // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2008. – Т. 7. – № 5. – С. 4–10.
3. ВОЗ: Социальный фактор для здоровья важнее генетики [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://top.rbc.ru/society/30/08/2008/232833.shtml> (дата обращения 03.05.2015).
4. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2002 г. на 52-й сессии Европейского регионального Комитета ВОЗ, сентябрь 2002 г. // Пресс-релиз ЕРБ ВОЗ/15/02. Копенгаген, 17 сентября 2002.

5. Кислицына О.Я. Социально-экономические детерминанты здоровья россиян // Народонаселение. – 2007. – № 2. – С. 24–37.
6. Кром И.Л., Еругина М.В., Сазанова Г.Ю. Оценка медицинской помощи в контексте качества жизни больных ишемической болезнью сердца // Фундаментальные исследования. – 2015. – № 1. – С. 1174–1177.
7. Панова Л.В., Русинова Н.Л. Механизмы формирования социальных неравенств в здоровье (на примере Санкт-Петербурга) [Электронный ресурс] // Материалы Интернет-конференции «Охрана здоровья: проблемы организации, управления и уровни ответственности» с 16.04.07 по 15.06.07. – Режим доступа: <http://www.ecsocman.edu.ru/db/msg/308468.html> (дата обращения 15.05.2015).
8. Паутов Л.С. Риски ухудшения здоровья и их социальные детерминанты // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2009. – Сер. 12. – Вып. 2.4.1. – С. 151–157.
9. Петров А.В., Седова Н.Н. Национальные особенности этико-правового регулирования в российской медицине // Медицинское право. – 2004. – № 2. – С. 6–8.
10. Петрухин И.С., Лунина Е.Ю. Актуальные проблемы профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в России // Верхневолжский медицинский журнал. – 2012. – Т. 10. – № 1. – С. 3–8.
11. Профилактика неинфекционных заболеваний и борьба с ними: осуществление глобальной стратегии (ВОЗ, 61 сессия Всемирной Ассамблеи Здравоохранения, 18 апреля 2008). – Режим доступа: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/A61/A61\\_8-ru.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_8-ru.pdf) (дата обращения 17.05.2015).
12. Сазанова Г.Ю. Особенности заболеваемости, инвалидности и смертности населения Саратовской области // Кубанский научный медицинский вестник. – 2012. – № 1. — С. 144–146.
13. Фуфаев Е.Н. Научное обоснование совершенствования медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М. – 2008. – 48 с.
14. Цыцорина И.А. Влияние системы охраны здоровья населения на уровень и причины смертности / И.А. Цыцорина, Е.А. Финченко, Д.А. Хоптян, О.Б. Левин // Сб. науч. тр. Всероссийской научно-практической конференции 30—31 мая 2006 г. М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2006. – С. 122–124.
15. Штайнгамп Г. Смерть, болезнь и социальное неравенство // Журнал социологии и социальной антропологии. – 1999. — Т. 2. – № 1(5). – С. 115–148.
16. Blendon R. J. Inequities in health care: a five-country survey // Health Affairs, 2002. — № 21. — P. 182–191.

17. Dans A. Assessing equity in clinical practice guidelines // *Journal of Clinical Epidemiology*. — 2007. — Vol. 60. — P. 540–546.
18. *Inequalities in Health. The Black Report. The Health Divide* / Ed. by P. Townsend, N. Davidson, M. Whitehead. -London: Penguin, 1990. — P. 81.
19. Four-year mortality by some socioeconomic indicators: the Oslo Study / I. Holme et al. // *Journal of Epidemiology and Community Health*. — 1980. — № 34. — P. 48–52.
20. Fries J. F Reducing health care costs by reducing the need and demand for medical services // *New England Journal of Medicine*. – 1993. — Vol. 329. — P. 321–325.
21. Haan M. N. Socio-Economy Position and Health // *A Review. Human Population Laboratory*. - California State Dept. of Health, hektogr. Manuskript, 1985. — P. 13.
22. Hart T. The inverse care law // *Lancet*. — 1971. — № 1. — P. 405–412.
23. Helmert U., Maschewsky-Schneider U., Mielck A. Soziale Ungleichheit bei Herzinfarkt und Schlaganfall in West-Deutschland // *Sozial- und Praventivmedizin*. — 1993. — Vol. 38, — № 3. — S. 123–132.
24. Marmot M. G., Kogevinas M., Elston M. A. Socioeconomic status and disease // *Health promotion research: Towards a new social epidemiology* / Ed. by B. Badura, J. Kickbusch // WHO Regional Publications, European Series. — 1991. — № 37. — P. 118.
25. Moore G, Showstack J. Primary care medicine in crisis: towards reconstruction and renewal // *Annals of Internal Medicine*. — 2003. – Vol. 138. – P. 244–247.
26. Poverty, health and the human future. Address by Dr Jim Yong Kim, World Bank Group President, to the Sixty-sixth World Health Assembly. Geneva, 21 May 2013. Режим доступа URL: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149685/1/A66\\_DIV7-en.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149685/1/A66_DIV7-en.pdf?ua=1) (дата обращения 30.04.2015).
27. Syme S. L., Berkman L. F. Social class, susceptibility and sickness // *American Journal of Epidemiology*. — 1976. — Vol. 104, № 1. — P. 3.

**Рецензенты:**

Еругина М.В., д.м.н., зав. кафедрой организации здравоохранения, общественного здоровья и медицинского права ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения РФ, г. Саратов;

Новичкова И.Ю., д.соц.н., профессор, директор Института социального образования (филиал) РГСУ в г. Саратове, г. Саратов.