

Секция «Политические науки»

Влияние эпидемиологического перехода и стратегии политики в сфере здравоохранения на отношение населения к здоровью.

Уткин Евгений Юрьевич

Студент

Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова, Факультет политологии, Ярославль, Россия

E-mail: e.utkin68@yandex.ru

Влияние эпидемиологического перехода и стратегии политики в сфере здравоохранения на отношение населения к здоровью.

В 1971 году американским демографом А. Омраном выдвинута концепция эпидемиологического перехода (ЭП). Суть ЭП заключается в том, что при достижении обществом достаточно высокого уровня развития начинается быстрая смена одного типа патологии, определяющей характер заболеваемости и смертности, другим ее типом.

Исследователи говорят о двух этапах ЭП. Первый ЭП характеризует переход от традиционного к современному типу смертности. В структуре «старой» патологии преобладали инфекционные болезни, туберкулез, болезни, связанные с недоеданием и т.п. В этиологии болезней и смертности решающая роль принадлежит внешним факторам. Заболеть этими болезнями может здоровый человек в любом возрасте. Первому ЭП способствовали санитарно-гигиенические мероприятия, оздоровление условий труда, быта, развитие медицины и изменение поведенческих привычек, направленных на профилактику инфекционных заболеваний. В развитых странах первый этап завершился к середине 20 века. Результатами первого ЭП явились: выраженное снижение смертности от экзогенных причин, увеличение продолжительности жизни, трансформация от U к J – образной возрастной кривой смертности, рост смертности и заболеваемости сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. Психология пассивного ожидания смерти была основательно подорвана и пассивное отношение населения к смерти меняется к концу первого ЭП на пассивное отношение к здоровью.

Второй ЭП начался в развитых странах с середины XX века и продолжается по настоящее время. Проходит он под влиянием развития высоких технологий, транспорта, информационного сектора, изменения условий обитания и внедрение поведенческих практик, снижающих риск «болезней цивилизации». Результатами второго ЭП являются: увеличение среднего возраста умерших от причин смерти эндогенной этиологии, снижение вероятности смерти от причин, не связанных с болезненными и патологическими состояниями (несчастных случаев, отравлений и т.п.), «продление жизни хронических больных», замедление процессов старения человеческих организмов, рост продолжительности жизни. Главной основой второго ЭП является необходимость изменения роли индивидуального поведения, т.е. переход от пассивного отношения к здоровью к активному.

Соответственно различным условиям, в которых происходит ЭП должны различаться и стратегии политики в сфере здоровья. Российский демограф А.Г.Вишневецкий обозначил их как патерналистская и инициативистская. В условиях первого ЭП успехи достигаются благодаря государственной патерналистской стратегии борьбы за здоровье

и жизнь человека, основанной на массовых профилактических мероприятиях, которые не требуют большой активности со стороны самого населения. Благодаря такой стратегии в 1960-х годах СССР был в числе стран с наиболее низкой смертностью, а в 1965 году ожидаемая продолжительность жизни мужчин достигла 64,3 года в России против 67,5 года во Франции и 66,8 года в США. [2]

К середине 1960-х годов возможности этой стратегии оказались исчерпанными. Понадобилось выработать новую инициативистскую стратегию действий, новый тип профилактики, основанный на инициативе самих граждан. Изменения в смертности в западных странах вызвали общественную реакцию в виде требований ужесточить охрану окружающей среды, защиту от несчастных случаев, усилить индивидуальную профилактику болезней и пропаганду здорового образа жизни. С 1970-х годов в странах Запада был изменен концептуальный подход в политике охраны здоровья от рассмотрения индивида как пассивного потребителя услуг здравоохранения к осознанию его активной роли в сохранении собственного здоровья. Эта новая политика обеспечения здоровья (Health Promotion) сводилась к стимулированию стереотипов поведения, ориентированных на сохранение здоровья и сочеталась с широкой системой организационных, экономических, экологических и медицинских мер поддержки [1].

Эпидемиологический переход потребовал увеличения затрат здравоохранения, поскольку лечение хронических заболеваний продолжается всю жизнь, а их профилактика оказывается более дорогостоящей по сравнению с профилактикой инфекционных болезней. В западных странах начало нового этапа эпидемиологического перехода было сопряжено с ростом расходов на охрану здоровья. В США их доля в ВВП выросла с 5% в 1960 году до 14% в 1994-м [5]. Смена стратегии здравоохранения в западных странах привела к снижению смертности и росту продолжительности жизни.

В СССР новые вызовы времени не получили должной оценки и адекватного ответа. Расходы на здравоохранение в СССР в те годы не превышали 1–2% от ВВП [3]. Остаточный принцип финансирования здравоохранения способствовал тому, что объектом здравоохранения стали неинфекционные хронические заболевания. Здоровый человек оказался вне зоны внимания здравоохранения. А патерналистская стратегия здравоохранения и предшествующий исторический опыт развития России, характеризующийся невниманием к здоровью отдельного гражданина, не способствовали формированию личной ответственности индивида за свое здоровье. В итоге СССР у населения сформировалось пассивное отношение к здоровью, которое было ориентировано не на сохранение и укрепления здоровья, а на лечение возникающих болезней. Это отношение характеризуется поздней обращаемостью за медицинскими услугами, низкой информированностью о показателях своего здоровья, отсутствием навыков и привычек профилактики здоровья. Для мужской модели было типичным рискованное поведение (вредные привычки, готовность к эксплуатации здоровья ради достижения важных жизненных целей) [4].

В результате этого в последней трети XX века наша страна понесла огромные людские потери. С середины 1960-х годов в России начался устойчивый рост смертности [2]. Подсчитано, что в 1966–2000 гг. приостановка снижения смертности обошлась России примерно в 14 миллионов преждевременных смертей. Из них свыше 5 миллионов — преждевременные смерти людей в возрасте до 65 лет, более чем на 80% — мужчин.

Опыт западных стран свидетельствует, что ко времени второго ЭП система здравоохранения и население меняются местами — инициатива переходит к населению. Соответственно и новая стратегия требует смены пассивного принятия мер, проводимых органами здравоохранения, на индивидуальную активность населения. Советский Союз и Россия оказались не готовыми к этому, у населения России сформировалось пассивное отношение к здоровью, характеризующееся ориентацией не на сохранение и укрепление своего здоровья, а на лечение болезней. В результате этого демографические потери по-прежнему служат источником экономического ущерба от утраты человеческих ресурсов.

Литература

1. Браун Дж.В., Русинова Н.Л. Социокультурные ориентации сознания и отношение к индивидуальной ответственности за здоровье, автономности пациента и медицинскому патернализму. 1996. // Качество населения Санкт-Петербурга II / Отв.ред.Б.М.Фирсов. – СПб.: Европейский Дом.
2. Вишневский А.Г. Демографическая модернизация России, 1900-2000. Под ред. А.Г.Вишневского. М.: Новое издательство, 2006. С.272. С.385
3. Кричагин В.И. Народное здравие: Время решений // В человеческом измерении / Под ред. А.Г. Вишневского. М.: Прогресс, 1999. С.254.
4. Шилова Л.С. Проблемы трансформации социальной политики и индивидуальных ориентаций по охране здоровья // Социальные конфликты: экспертиза, прогнозирование, технологии разрешения. Москва, Институт социологии РАН, 1999 г., с. 86-114.
5. Statistical Abstract of the United States, 1996 / U.S. Department of Commerce. Washington, 1996. С.834.

Слова благодарности

Спасибо!