

Медицинские науки

УДК 614

ОСНОВНЫЕ ИНДИКАТОРЫ И ПОКАЗАТЕЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Е.Н. Радев, Медицинский университет - София (София, Болгария)
Е. Иванов, Медицинский университет - София (София, Болгария)
С. Великов, Медицинский университет - София (София, Болгария)
М. Лазарова, Медицинский университет - София (София, Болгария)

Аннотация. Данная тема затрагивает (изучает) профиль смертности, соответственно ее распространение в странах Европейского союза. Дифференцирует и определяет ее причины, разделяя их в процентном соотношении.

Ключевые слова: здравоохранение, демографические показатели, социальное явление здоровья, валовой показатель общей смертности, стандартизированный коэффициент смертности.

MAIN INDICATORS OF PUBLIC HEALTH

E.N. Radev, Medical University - Sofia (Sofia, Bulgaria)
E. Ivanov, Medical University - Sofia (Sofia, Bulgaria)
S. Velikov, Medical University - Sofia (Sofia, Bulgaria)
M. Lazarova, Medical University - Sofia (Sofia, Bulgaria)

Abstract. The topic concerns (studies) the profile of mortality, respectively its distribution in the countries of the European Union. The authors differentiate and define its causes, separating them in percentage.

Keywords: Public Health, Demographic indicators, mortality, Social health phenomenon, Gross ratio of total mortality, Standardized mortality ratio.

Общественное здравоохранение характеризуется чрезвычайной сложностью и многоплановой структурой. Многочисленные признаки и явления, с которыми оно представляется перед нашими глазами, мешают восприятию его как самостоятельного понятия. Поэтому необходимо системно выстраивать всестороннюю картину общественного здравоохранения путем преодоления раздробленности представлений о нем. Основой для систематического определения общественного здравоохранения является невозможность его разделения на составляющие, независимо от разнообразия функций и атрибутов, которые его характеризуют. Именно здесь будет к месту припомнить известный афоризм о том, что ценой любого определения является потеря деталей.

Общественное здравоохранение является синтетическим многоплановым понятием, через которое отражается интегральное взаимодействие между системой общества и системой здравоохранения. Это взаимодействие в каждом конкретном случае выражается определенным явлением. В конечном счете, общественное здравоохранение представляет собой сложную, многослойную, развивающуюся систему социально-медицинских явлений общества.

Для комплексной оценки состояния здоровья населения используются три группы показателей: демографические показатели, показатели заболеваемости и физического развития. Из демографических показателей наиболее информативными являются те, которые отражают естественное движение населения: рождаемость, смертность, детскую смертность, прирост населения и среднюю продолжительность жизни.

Население Болгарии в настоящее время находится в неблагоприятной демографической ситуации:

- Самый низкий уровень рождаемости за всю демографическую историю страны;

- Рост смертности в последние десятилетия;

- Рост детской смертности в последние годы;

- Отрицательный естественный прирост.

Смертность является одним из наиболее важных показателей для оценки общественного здравоохранения. На уровень и структуру смертности в значительной степени влияют некоторые изменения в

социально-экономическом развитии страны или региона, развитие медицинской науки и образования, эффективность профилактики, лечения и реабилитации, обеспечение населения амбулаторной и стационарной помощью.

Динамика смертности во многом определяется стилем и образом жизни людей разных возрастных групп, отношением отдельных лиц к тому, как защитить свое собственное здоровье и здоровье других членов общества, социальной группы или семьи.

Смертность характеризует здоровье населения с отрицательной стороны, т.е. через отсутствие здоровья и относится к показателям естественного движения населения.

ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ АНАЛИЗА СМЕРТНОСТИ

1. Валовой (ненормированный) коэффициент смертности.

В своей статистической природе он является общим ориентиром и измеряет частоту случаев смерти на 1000 человек населения в данном году на определенной территории.

Общая смертность = число умерших в данном году на данной территории / Среднее количество населения на той же территории X 1000.

Для оценки смертности используется 3-балльная шкала:

Низкая – ниже 10 на тысячу, Средняя – 10-15 на тысячу, Высокая – свыше 15 на тысячу.

Уровень общей смертности сильно зависит от возрастной структуры населения. В регионах и странах с молодым населением значение коэффициента ниже и, наоборот – при стареющем населении наблюдается более высокий уровень смертности. Поэтому при сравнении смертности в различных регионах или странах следует учитывать различия в возрастной структуре населения.

2. Стандартизованные коэффициенты смертности

Они используются при сравнении общих показателей смертности или конкретных показателей смертности по различным причинам (из расчета всего населения) и существует разница в возрастной структуре населения в сравниваемых областях.

Стандартизация направлена на устранение влияния этих различий и стремится показать, какой могла бы быть смертность, если бы сравниваемые области имели одну и ту же возрастную структуру.

Другими словами, стандартизованные коэффициенты являются условными показателями, которые могли бы быть получены, если бы возрастная структура населения в сравниваемых областях не отличалась бы от определенной стандартной популяции. Стандарт представляет собой условную популяцию из 100000 человек, распределенных по 5-летним возрастным интервалам в соответствии с тенденциями в развитии популяции. Используются два стандарта возрастной структуры: мировой и европейский.

Мировой стандарт характеризуется высокой относительной долей младших возрастных групп. Европейский стандарт характеризуется более зрелой возрастной структурой, что соответствует общим тенденциям демографического развития населения в мире и в Европе. Разработаны и разновидности обоих стандартов - для женщин и мужчин, которые принимают во внимание различия возраста смертности для женской и мужской части населения.

Стандартизованные коэффициенты имеют более высокую, чем валовой, познавательную ценность, поскольку они свободны от влияния возрастной структуры населения и поэтому сравнения смертности намного точнее. Стандартизация может быть использована для удаления других различий (напр. по половому признаку, по месту жительства и др.), при этом не только для общей смертности, но и в ряде других факторов (заболеваемость, болезненность).

ТЕНДЕНЦИИ ОБЩЕЙ СМЕРТНОСТИ В МИРЕ

При оценке и сопоставлении данных о смертности в разных странах, следует иметь в виду, что их точность и полнота зависят от:

- установленной в данной стране системы регистрации актов гражданского состояния, т.е. насколько полно регистрируются все случаи смерти;

- какая доля больных умирают в медицинских учреждениях;

- для какой части умерших проведено вскрытие, т.е. насколько точны данные о конкретных причинах, которые привели к смерти;

- квалификации медицинского персонала и его ответственного отношения при определении конкретных причин смерти и их документации.

По оценкам ВОЗ:

- смерть удостоверяется медицинской справкой в 100% случаев в большинстве развитых стран;

- относительная доля смертей в больницах колеблется в широких пределах: в Финляндии - 75%, США, Австрии, Чехии - 60%, в Болгарии - 25%;

- относительная доля вскрытий существенно различается в разных странах. Самая высокая - в развитых странах.

Это дает основание ВОЗ придти к выводу, что о достоверных данных о смертности можно говорить, прежде всего, в развитых странах, некоторых странах Латинской Америки и в небольшом числе азиатских стран.

Уровень общей смертности в разных странах различается меньше, чем уровень рождаемости и общий показатель рождаемости. При сравнении общей смертности по регионам и странам, лучше всего использовать стандартизованные коэффициенты, с помощью которых можно избежать различий в возрастной структуре населения и намного лучше отразить влияние социально-экономического развития и здравоохранения.

Валовые коэффициенты смертности в развитых странах ниже, чем в странах Центральной и Восточной Европы.

Еще больше различий при сравнении стандартизованных коэффициентов. Это показывает, что если страны с развитой рыночной экономикой будут иметь стандартную структуру возраста, смертность в них будет на много ниже, чем реальная и стандартизованная для СЦВЕ. Следовательно, валовая смертность в развитых странах в значительной степени зависит от старения населения.

Во всех странах с рыночной экономикой наблюдается позитивное развитие стандартизованных коэффициентов смертности, т.е. они значительно снизились в последнее десятилетие прошлого века.

Замечается достаточно сильная зависимость смертности от социально-экономического развития. В то время как развитые страны выделяют 7-10% ВВП на здравоохранение и медицинские расходы на душу населения составляют \$ 1200 - \$ 2800, в СЦВЕ только Словения и Чехия выделяют более чем 7% от ВВП на здравоохранение. Именно эти две страны имеют самый низкий уровень смертности. В остальных СЦВЕ

расходы на здравоохранение на душу населения в 5-10 раз ниже, чем в развитых странах и, соответственно, стандартизированный показатель смертности достаточно высок и не изменился существенно за последние 10 лет прошлого века.

Болгария находится в очень неблагоприятном положении с высоким уровнем валовой и стандартизированной смертности, что свидетельствует не только о старении населения, но и о других факторах, играющих важную роль в уровне смертности в стране. Болгария занимает одно из последних мест по выделяемым расходам на здравоохранение на душу населения и по процентам от ВВП на здравоохранение.

Уровень материнской смертности в значительной мере связан с социально-экономическим развитием. В Европе, в целом, она низкая, но ее различия между странами с развитой рыночной экономикой и странами с переходной экономикой составляют порядка 4-5 раз. По уровню материнской смертности Болгария находится в более благоприятном положении.

Структура причин смертности для развитых и развивающихся странах существенно различается. Наибольшее количество смертей приходится на хронические неинфекционные заболевания – около 32 млн., из которых 16,7 млн. приходится на сердечно-сосудистые заболевания, 7 млн. на злокачественные новообразования, 3,5 млн. на легочные заболевания. Около 18 миллионов случаев смерти приходится на инфекционные, материнские и перинатальные состояния, недоедание и более 5 млн. на травмы и отравления.

Доля хронических неинфекционных заболеваний среди всех случаев смерти в мире составляет почти 60%. Она значительно выше в странах с высоким уровнем доходов – 87,4%, по сравнению со странами с низким и средним уровнем доходов – 53,8%.

В странах со средним и низким уровнем доходов самый высокий процент смертности вследствие хронических неинфекционных болезней - 53,8%, где только сердечнососудистые заболевания занимают 28,5%. Эта доля, однако, быстро растет. Второе место занимают инфекционные заболевания, материнские и перинатальные причины и недостаточность питания – 34,7%. Только на инфекционные и паразитарные болезни приходится более чем 20% смертей, а в наименее развитых странах –

более 40%, в том числе значительная доля больных СПИДом, желудочно-кишечными заболеваниями, заболеваниями туберкулезом и малярией. Значительная часть респираторных инфекций – 7%.

В развивающихся странах большую роль в формировании профиля смертности играют перинатальные причины и материнская смертность. Ежегодно около 500 000 женщин умирают от осложнений беременности и родов, в частности, в развивающихся странах. Различия в показателях материнской смертности между развитыми и развивающимися странами достигают более чем 100 раз. В то время как в развитых странах материнская смертность составляет менее 15% от 100 000 родившихся живых детей, то в большинстве развитых стран она превышает 1000 на 100000 родившихся живых детей.

Общим мнением является то, что настало время для новой демографической политики, основной целью которой является создание благоприятных условий для рождения и воспитания желаемых семейных детей, а их социализации должна соответствовать общественным потребностям. Нужно, прежде всего, думать не о количественных показателях, а о качественных характеристиках населения – подходящих и способных людях, готовых осуществлять трудовую и социальную деятельность.

Литература:

1. Борисов В., Воденичаров Ц., Юрукова К., Попова С. Социална медицина. София, 2006.
2. Воденичаров Ц., Попова С. Медицинска етика. София, 2003.
3. Горанова-Спасова Р., Попов Н. Промоция на здравето чрез mHEALTH // Сб. доклади от 35 НТС "КОНТАКТ 2015". София: Изд. Темпо, 2015. С. 81-85.
4. Горанова-Спасова, Р. Етична рефлексия при изготвяне на програми за промоция на здравето // В: Сб. доклади от 37 НТС "КОНТАКТ 2016". София: Изд. Темпо, 2016. С.162-165.

References:

1. Borisov V., Vodenicharov C., Jurukova K., Popova S. Socialna medicina. Sofija, 2006.
2. Vodenicharov C., Popova S. Medicinska etika. Sofija, 2003.
3. Goranova-Spasova R., Popov N. Promocija na zdraveto chrez mHEALTH // Sb. dokladi ot 35 NTS "KONTAKT 2015". Sofija: Izd. Tempo, 2015. S. 81-85.
4. Goranova-Spasova, R. Etichna refleksija pri izgotvjane na pro-grami za promocija na zdraveto // V: Sb. dokladi ot 37 NTS "KONTAKT 2016". Sofija: Izd. Tempo, 2016. S.162-165.

— ● —

Сведения об авторах

Стефан Колев **Великов**, кандидат наук, инженер, ассистент кафедры оценки технологий здравоохранения, Медицинский университет - София (София, Болгария).

Евгений Господинов **Иванов**, кандидат медицинских наук, доцент кафедры медицинского образования, Медицинский университет - София (София, Болгария).

Эмилиан Николаев **Радев**, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры профилактической медицины, Медицинский университет - София (София, Болгария).

Мария Красимирова **Лазарова**, ассистент кафедры экономики здравоохранения, Медицинский университет - София (София, Болгария)

— ● —