

---

---

# Проблемные статьи и обзоры

---

---

УДК 614.39+614.2] (476) (4)

## ПРОГРАММНЫЕ ПОДХОДЫ К РЕШЕНИЮ ПРОБЛЕМ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ БЕЛАРУСИ В КОНТЕКСТЕ ЕВРОПЕЙСКОЙ ПОЛИТИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

М.Ю.Сурмач

Гродненский государственный медицинский университет,  
ул. М.Горького, 80, 230009, г. Гродно, Республика Беларусь

*Изложены современные подходы Европейской политики здравоохранения. Проанализированы уровни и тенденции заболеваемости населения Беларуси, влияющие на нее факторы. Раскрыта роль семьи как основы формирования здоровья общества. На примере Национальной программы демографической безопасности Республики Беларусь на 2011–2015 годы и Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016–2020 годы рассмотрен программный подход к решению проблем заболеваемости населения в Республике Беларусь. Обоснована лидирующая роль отрасли здравоохранения и ее руководства в качественном улучшении здоровья населения.*

*Ключевые слова: Европейская политика здравоохранения; заболеваемость населения; семья; здоровье детей; охрана здоровья; Национальная программа демографической безопасности Республики Беларусь на 2011–2015 годы; Государственная программа «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016–2020 годы; социальный маркетинг.*

### **Планирование в области охраны здоровья: Европейская политика здравоохранения**

Вопросы охраны здоровья и достижения его наивысшего уровня являются приоритетом для всех стран-участниц Организации Объединенных Наций (ООН). При этом, основой оперативного планирования в здравоохранении стран Европейского региона Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) на ближайшие годы являются документы ВОЗ «Здоровье-21: основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ» [9] и «Здоровье-2020» (документ утвержден в двух формах: для руководителей и разработчиков политики – «Основы европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия», а также в виде более детальной версии – «Здоровье-2020 – основы политики и стратегия» [24]).

Основы политики «Здоровье для всех – 21 век» были провозглашены еще на Алма-Атинской конференции ВОЗ в 1978 г., окончательно она была

сформулирована и принята мировым сообществом в мае 1998 г. В политике «Здоровье для всех – 21 век» излагаются рассчитанные на первые два десятилетия XXI века глобальные приоритеты и задачи, которые должны обеспечить во всемирном масштабе возможности достижения и поддержания как можно более высокого уровня здоровья на протяжении всего жизненного цикла. Ключевая цель политики «Здоровье-21» в Европейском регионе заключается в полной реализации всеми людьми их «потенциала здоровья».

Для Еврорегиона сформулирована 21 задача:

- 1 – солидарность в интересах здравоохранения в Европейском регионе;
- 2 – равенство в вопросах охраны здоровья;
- 3 – здоровое начало жизни;
- 4 – здоровье молодежи;
- 5 – сохранение здоровья в пожилом возрасте;
- 6 – улучшение психического здоровья;
- 7 – сокращение распространенности инфекционных заболеваний;

- 8 – сокращение распространенности неинфекционных болезней;
- 9 – сокращение травматизма в результате актов насилия и несчастных случаев;
- 10 – здоровая и безопасная физическая среда;
- 11 – более здоровый образ жизни;
- 12 – уменьшение ущерба, причиняемого алкоголем, вызывающими зависимостью средствами и табаком;
- 13 – условия здоровой среды;
- 14 – усиление ответственности и отчетности различных секторов за деятельность, оказывающую влияние на здоровье;
- 15 – интегрированный сектор здравоохранения;
- 16 – формирование интегрированного сектора здравоохранения, означающее усиление взаимодействия различных структур, с акцентом на роль комплексной системы первичной медико-санитарной помощи;
- 17 – финансирование служб здравоохранения и выделение ресурсов;
- 18 – развитие кадровых ресурсов для здравоохранения;
- 19 – научные исследования и информация по вопросам здравоохранения;
- 20 – мобилизация партнеров в интересах здравоохранения;
- 21 – политика и стратегии по достижению здоровья для всех.

Политика «Здоровье-2020» формулировалась и принималась ВОЗ как основа новой Европейской политики здравоохранения. Это продукт процесса широких консультаций, длившихся два года в самом Еврорегионе и за его пределами, принятый всеми 53 государствами-членами, входящими в Еврорегион, в сентябре 2012 г. на 62-й сессии Регионального комитета ВОЗ [25].

Политика «Здоровье-2020» направлена на поддержку действий всего государства и общества с целью «значительно улучшить здоровье и повысить уровень благополучия населения, сократить неравенства в отношении здоровья, укрепить охрану общественного здоровья и обеспечить наличие универсальных, устойчивых и высококачественных систем здравоохранения, ориентированных на человека». Основа политики построена на доказательной базе и прошла всестороннюю критическую оценку экспертов. Ее основные составляющие – ценности, развитие здравоохранения, нацеленность на решение проблем, вовлечение партнеров, упор на социальную справедливость, доказательная база, стратегическое мышление. Политика «Здоровье-2020» рассматривает обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья как основное право

человека, в ней признается взаимосвязь между действующими субъектами, действиями и вызовами в сфере охраны здоровья на местном, национальном, региональном и глобальном уровнях и рекомендуется поддерживать единство подходов и принять единую общерегиональную основу политики, ориентированную на конечный результат. Политика «Здоровье-2020» дает полную и ясную картину существующих вариантов и компромиссных решений, возможных при осуществлении мер по улучшению здоровья и уменьшению несправедливости. Утверждается, что для того, чтобы достичь более высокого и справедливого уровня здоровья и благополучия, требуется объединение усилий многих партнеров, ведь охрана здоровья людей – это обязанность всего общества и всего государства на всех уровнях. На основе исследований и изучения опыта многих стран предлагается видение будущего, указывается стратегический путь, определяется комплекс приоритетов и формулируется ряд предложений, касающихся наиболее действенных мер для вовлечения заинтересованных партнеров; предлагаются новые подходы к определению существенных различий в состоянии здоровья населения и сосредоточению индивидуальных и коллективных усилий на способах уменьшения этих различий; показано, как наиболее успешно достигается прогресс в тех странах, где благодаря сильным государственным службам и устойчивости государственных финансов обеспечиваются доступная медицинская помощь и социальные «страховочные сетки» для малоимущих.

В политике «Здоровье-2020» использован опыт, накопленный в ходе реализации предыдущих стратегий обеспечения здоровья для всех. Она подкрепляется богатым фактическим материалом, собранным как в традиционных, так и в появляющихся новых областях политики здравоохранения, приводящим к выводу о том, что государство сможет добиться реальных улучшений в состоянии здоровья населения, если оно на всех уровнях и во всех секторах государственного управления будет вести работу по решению двух взаимосвязанных стратегических задач – улучшение здоровья для всех и уменьшение неравенств в отношении здоровья, а также совершенствование лидерства и коллективного руководства в интересах здоровья [26].

Исходя из глобальных приоритетов, которые установили для ВОЗ ее государства-члены, в политике «Здоровье-2020» для стратегических действий предложены четыре приоритетные области,

которые соответствуют особым потребностям и опыту Европейского региона. Действия в этих областях также основываются на соответствующих стратегиях и планах действий ВОЗ регионального и глобального уровней. Эти четыре приоритетные области включают:

инвестирование в здоровье на всех этапах жизни человека и расширение прав и возможностей граждан;

уменьшение бремени основных неинфекционных и инфекционных болезней в Европе;

укрепление систем здравоохранения, ориентированных на нужды людей, и потенциала общественного здравоохранения, включая поддержание готовности к чрезвычайным ситуациям и потенциала для осуществления ответных мер;

создание благоприятных условий среды и обеспечение устойчивости местных сообществ.

Действия в приоритетных областях не изолированы, они взаимозависимы, дополняют и поддерживают друг друга. Для их осуществления требуется сочетать разные подходы к стратегическому руководству – иерархический, распределенный и коллективный, чтобы сделать здоровье и благополучие возможными для всех [26].

Для оценки реализации Политики и мониторинга достижения целевых ориентиров ВОЗ разработаны качественные индикаторы [24].

В докладе ВОЗ «Здоровье в 2015 году: от Целей тысячелетия в области развития к Целям в области устойчивого развития», опубликованном 8 декабря 2015 г., были определены основные факторы, повлиявшие на прогресс в области здравоохранения в соответствии с принятыми ООН Целями тысячелетия в области развития (ЦТР) [29]. ВОЗ определила также действия, которые страны и международное сообщество должны предпринять в первую очередь для достижения новых Целей – Целей в области устойчивого развития (ЦУР), вступивших в силу 1 января 2016 года [27].

Цели устойчивого развития ООН становятся в настоящее время стратегическим ориентиром планирования в здравоохранении. Это 17 целей и 169 задач, которые все 193 государства-члена ООН согласились достичь к 2030 году. Здоровье занимает среди других целей центральное место: оно непосредственно представлено в ЦУР 3 «Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте», в то же время, как минимум 13 других ЦУР охватывают проблемы, которые включают широкий спектр деятельности ВОЗ, напрямую связаны со здоровьем или влияют на политику здравоохранения. Новая повестка дня, основанная на Целях тысячелетия в

области развития, релевантна для всех стран [29].

### **Современные проблемы**

#### **заболеваемости населения Беларуси.**

#### **Семья как основа формирования здоровья**

Современными проблемами здоровья населения большинства стран Европы становятся так называемые «болезни цивилизации»: болезни системы кровообращения, онкологические заболевания, болезни соединительной ткани (ревматические), органов пищеварения, расстройства обмена веществ, нервно-психические расстройства. Республика Беларусь, как и другие страны Европейского региона ВОЗ, вынуждена решать медико-социальную проблему накопления в обществе неинфекционной патологии.

По данным официальных статистических сборников «Здравоохранение в Республике Беларусь», в период с 1994 по 2010 годы уровень заболеваемости населения Беларуси постоянно увеличивался. За этот период значение показателя первичной заболеваемости возросло на 20,8% и составило 81746,1 случаев на 100 тыс. населения (в 1994 г. – 67644,0 случая на 100 тыс. населения). Общая заболеваемость возросла на 37,5% и составила в 2010 г. 152149,3 случаев на 100 тыс. населения (в 1994 г. – 110798,1 случаев на 100 тыс. населения). Соотношение уровней общей заболеваемости и первичной заболеваемости изменилось с 1.64 в 1994 г. до 1.86 в 2010 г., что свидетельствовало о хронизации патологии, ее накоплении.

Аналогичная динамика прослеживалась и по отдельным нозологиям, органам и системам. Так, в период 2005–2010 гг. уровень заболеваемости болезнями системы кровообращения возрос на 12,2%; с 1995 по 2007 гг. первичная заболеваемость новообразованиями возросла на 61%, с 2005 по 2010 гг. – на 12,6%; возрос и уровень травм и отравлений, патологии органов дыхания.

Динамику роста показателей заболеваемости можно отчасти объяснить улучшением качества диагностики, повышением эффективности диспансеризации и улучшением организации диспансерного наблюдения, повышением медицинской активности населения. Это подтверждается стабилизацией и даже некоторым снижением значений показателя первичной заболеваемости в последние пять лет. Так, уровень первичной заболеваемости населения в 2014 г. составил 75832,1 случая на 100 тыс. населения, общей – 151346,6 случаев на 100 тыс. Тем не менее, соотношение значений показателей общей и первичной заболеваемости сохранило тенденции к росту, составив в 2014 г. 1.996, что иллюстри-

рует продолжающуюся тенденцию накопления патологии и возрастающее бремя хронических болезней.

Традиционно в формировании первичной заболеваемости населения лидируют болезни органов дыхания. На втором месте, со значительным отрывом – травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (рис. 1).

В формировании общей заболеваемости населения Беларуси также наиболее значимы болезни органов дыхания. В то же время, высок вклад и болезней системы кровообращения (второе место в структуре общей заболеваемости населения), болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани (третье место), болезней глаза и его придаточного аппарата (с очень малым отрывом от третьего места они занимают четвертое место в структуре общей заболеваемости населения Беларуси).

Ситуация в отношении особо опасных инфекций на протяжении многих лет остается стабильной: не было зарегистрировано ни одного случая сибирской язвы, туляремии, а с 2001 г. – и полиомиелита. В период с 2005 по 2010 г. заболеваемость инфекционными и паразитарными заболе-

ваниями в целом снизилась на 10,4%. Полностью устранена возможность передачи ВИЧ-инфекции и сифилиса от матери к ребенку, о чем официально заявлено 8 июня 2016 г. Всемирной организацией здравоохранения [28].

Тем не менее, заболеваемость многими из инфекционных болезней остается пока высокой. Особого внимания заслуживают социально обусловленные инфекции, в первую очередь – туберкулез, ВИЧ-инфекция.

До середины 2000-х гг. первичная заболеваемость туберкулезом в республике оставалась высокой. Только после 2006 г. наметилось ее снижение. В 2010 г. первичная заболеваемость активными формами туберкулеза составила 45,8 случаев на 100 тыс. населения (в 2004 г. – 55,4 случаев на 100 тыс. населения), в 2014 г. – 28,5 случаев на 100 тыс. населения. До 1995 г. Беларусь относилась к странам с низким уровнем выявления ВИЧ-инфекции. По состоянию на 1 января 2008 г. в Республике Беларусь были официально зарегистрированы 8737 ВИЧ-инфицированных. По состоянию на 1 декабря 2011 г. зарегистрировано уже 12846 случаев ВИЧ-инфекции (показатель распространенности составил 107,3 случаев на 100 тыс. населения); по состоянию на 1 декабря 2015 г.



Рис. 1. Заболеваемость населения Республики Беларусь отдельными болезнями в 2015 г. [12]

– 19605 случаев, количество людей, живущих с ВИЧ – 15069, показатель распространенности – 158,9 случаев на 100 тыс. населения. Ежегодно возрастает количество новых зарегистрированных случаев инфицирования. В 2014 г. зарегистрировано 1811 случаев; среди причин заражения подавляющее большинство (1349) – гетеросексуальные контакты [11].

В первой половине 1990-х гг. значительный темп прироста был характерен для инфекций, передающихся преимущественно половым путем. В 1991–1996 гг. число первичных случаев сифилиса выросло в 40 раз (с 5,2 случаев до 210,9 случаев на 100 тыс. населения). С 1997 г. заболеваемость пошла на убыль и снизилась к 2007 г. в 8,8 раз с дальнейшим продолжающимся плавным снижением (9,2 случаев на 100 тыс. населения в 2014 г.).

Тревожным остается положение с психическим здоровьем населения. Число пациентов с психическими расстройствами (без алкогольного психоза, алкоголизма, наркомании и токсикомании), подлежащих обязательному диспансерному наблюдению в организациях Минздрава Республики Беларусь, оказывающих медицинскую помощь населению, в 1990 г. составляло 1468,9 на 100 тыс. населения. В последующем, вплоть до 2010 г., их число снижалось: в 1995 – 1352,1 на 100 тыс., в 2000 – 1285,3 на 100 тыс., в 2005 г. – 1236,5 на 100 тыс., в 2010 – 1079,0 на 100 тыс. населения. Однако, начиная с 2010 г., контингенты таких больных вновь начали нарастать. Число пациентов с психическими расстройствами (без алкогольного психоза, алкоголизма, наркомании и токсикомании), подлежащих обязательному диспансерному наблюдению и состоящих на диспансерном учете в организациях Минздрава Республики Беларусь, на конец 2013 г. составляло уже 1118,0 на 100 тыс., на конец 2014 г. – 1129,0 на 100 тыс. населения, на конец 2015 г. – 1133,7 на 100 тыс. населения [10–12].

С 1995 по 2006 г. контингент больных хроническим алкоголизмом и алкогольным психозом вырос на 56,5% (с 1187,4 до 1858,9 на 100 тыс. населения), с 2000 по 2010 г. – на 35,8%, и рост продолжается. Число состоящих на учете лиц с данным диагнозом составило в 2010 г. 1937,2 на 100 тыс. населения, на конец 2015 г. – 2063,8 на 100 тыс. населения.

Наряду с ростом потребления спиртных напитков, отмечается рост наркомании. В 2010 г. 8943 человека состояли на учете в наркологических диспансерах по поводу наркомании (94,1 на 100 тыс.). При этом, в 1995 г. их было 1524, или 14,8

на 100 тыс., в 2000 г. – 4545, или 45,5 на 100 тыс. С 2000 по 2010 год количество состоящих на учете наркоманов возросло на 96,8%. Накопление патологии продолжается: в 2015 г. на учете в организациях Минздрава Республики Беларусь, оказывающих медицинскую помощь населению, состояло уже 11349 человек с диагнозом наркомании (119,5 случаев на 100 тыс. населения) и 423 человека (4,5 случая на 100 тыс. населения) с диагнозом токсикомании [12].

Негативная динамика смертности населения с середины 2000-х гг. снизила остроту, наблюдаются позитивные тенденции. Тем не менее, уровень смертности превышает уровень рождаемости: значение показателя общей смертности составляло 14,2 на 1000 населения в 2006 г., 14,4 – в 2010 г., 12,7 на 1000 населения в 2014 г., 12,6 на 1000 населения в 2015 г.; при этом, значение показателя рождаемости, практически приблизившись к значению показателя смертности, составило в 2015 г. 12,5 на 1000 населения [6; 12].

Накопление бремени болезней начинается уже в детском возрасте, чему в значительной степени способствует распространенность вредных привычек и нестабильность здоровьесформирующей функции семьи.

Так, в общем количестве охваченных в 2009 г. профилактическими осмотрами детей 0–17 лет (99% детского населения), доля детей с I группой здоровья составила всего 15,2%; II группа здоровья (практически здоровые с наличием функциональных отклонений, факторов риска) – 58,1%; III группа (хронически больные дети в компенсированном состоянии) – 13,8%; IV группа (утрата здоровья, состояние декомпенсации) – 1,4% [16]. В 2014 г. в плановом порядке осмотрено 99,95% детского населения Республики Беларусь [11]. Распределение детей и подростков по группам здоровья по состоянию на 01.01.2015 г. представлено на рис. 2 [6].

Среди детей 6-летнего возраста (учащиеся 1-х классов школ) в 2014 г. выявлено на 1000 осмотренных 2,5 случая пониженной остроты слуха, 62,5 – детей с пониженной остротой зрения, 105,4 – с дефектами речи, 42,6 – с нарушениями осанки [6; 11].

По сравнению с 2005 г., в 2009 г. общая заболеваемость 15–17-летних по всем классам болезней стала выше на 24,4%. Ежегодно регистрируются от 2 до 11 случаев убийства подростков, 5–7 случаев их смерти от повреждений с неопределенными намерениями. За 2005–2009 гг. среднегодовой темп прироста первичной заболеваемости у подростков 15–17 лет составлял +8,8% у

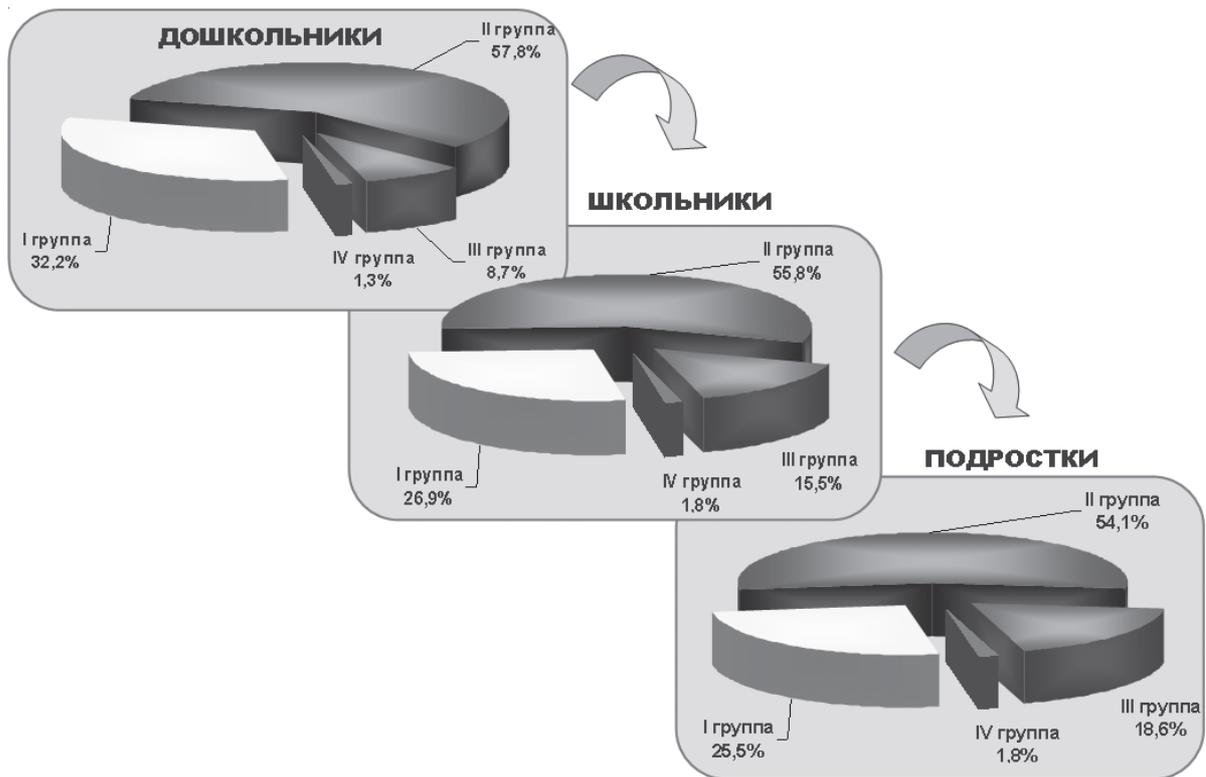


Рис. 2. Распределение детей и подростков по группам здоровья в Республике Беларусь в 2014 г. [6]

юношей, +8,2% у девушек; общей заболеваемости – +5,8% у юношей и +5,5% у девушек [2; 4].

В 2014 г. первичная заболеваемость детей в возрасте от 0 до 17 лет включительно в Республике Беларусь составила 170997,0 случаев на 100 тысяч детского населения, общая заболеваемость – 203638,8 случаев на 100 тысяч детей (0–17 лет). Накопление хронической патологии происходит уже в детском возрасте: соотношение показателей общей и первичной заболеваемости детей составляет 1.19.

Уровень первичной инвалидности детей в 2014 г. составил 18,72 на 10000 детского населения. В структуре причин на первом месте – врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения (5,03 на 10000 детского населения), на втором – болезни нервной системы (3,27 на 10000), далее следуют психические расстройства и расстройства поведения (2,64 на 10000 детского населения) [11].

Ухудшение здоровья детей отчасти обусловлено увеличившейся учебной нагрузкой. Результаты исследования особенностей образа жизни учащихся младших классов г. Гомеля показали, что 46,3% первоклассников затрачивают на подготовку к урокам до 2 часов, 14,8% – более 2 часов. Нормы длительности сна у 1/3 – 1/2 младших школьников не выдерживаются. Почти 63%

учащихся не выдерживают норму пребывания на свежем воздухе. В то же время, завтракают дома только 55,6% первоклассников. В четвертом классе никогда не употребляли алкоголь только 69,4% детей [18].

Очевидно, что наряду с детскими образовательными учреждениями и образовательной средой, в формировании здоровья ребенка чрезвычайно велика роль семьи.

Семья как социальное образование представляет собой динамичный конструкт, базисом которого являются отношения «родители – дети» [19]. У семьи большое количество социальных функций, в том числе здоровьесформирующая, связанная с родительской поддержкой здоровья ребенка, со взаимосбережением здоровья всех членов семьи как малой социально-психологической группы. И.В.Журавлева, глубоко изучавшая здоровье подростков, пишет: «Роль семьи в формировании здоровья определяется тем, что человек получает в наследство состояние здоровья своих родителей..., что это здоровье изменяется под влиянием материальных условий семьи..., и что, наконец, основной процесс формирования здоровья... происходит именно и прежде всего в семье» [7].

По мнению этого автора [7], к факторам и условиям, влияющим на здоровье ребенка в семье,

относятся: материальное положение (благополучие) семьи; состав семьи; образование матери; наличие вредных привычек у родителей, особенно у матери; достаточное внимание, уделяемое ребенку родителями (родительский мониторинг); организация режима дня ребенка: сон, продолжительность выполнения домашних заданий, прогулки на свежем воздухе; организация питания; создание у детей разумных досуговых потребностей и достаточная физическая активность ребенка в свободное время; формирование в семье необходимых навыков по заботе ребенка о здоровье; своевременное обращение за медицинской помощью; передача родителями детям соответствующей информации медицинского содержания; сплоченность семьи, семейный микроклимат; наличие эмоционального контакта с ребенком; как негативный вариант – родительские ссоры, случаи физического оскорбления, вынужденная разлука, смерть в семье; как следствие – удовлетворенность/неудовлетворенность подростка взаимоотношениями с родителями; способность семьи сформировать адекватную самооценку подростка, поддержать ребенка в построении собственной идентичности.

На поведение подростков по отношению к здоровью значительное влияние оказывают вредные привычки у родителей. Так, для потомков курящей матери риск приобщения к курению возрастает в 2 раза для мальчиков и в 9 раз для девочек. Даже умеренное потребление алкоголя матерью (1 раз в месяц) более чем в 2 раза увеличивает вероятность инициации потребления алкоголя для подростков обоего пола [13]. Родители влияют на поведение детей в сфере употребления алкоголя и никотина посредством правил и норм, действующих в этой области. Так, российские родители в 5 раз чаще демонстрируют одобрение потребления алкоголя своими детьми по сравнению с американскими родителями (24,7% против 4,9% для подростков 15–17 лет) [30].

Для успешного формирования гигиенического поведения подростка необходима передача родителями детям информации медицинского содержания как реализация коммуникативной функции семьи. Как показали результаты факторного анализа данных опроса подростков, прерывающих беременность, и подростков контрольной группы (беременности не имевших), в суммарную общность факторов, влияющих на наличие искусственного прерывания беременности в подростковом возрасте, наибольший вклад вносит семейно-личностный фактор, раскрывающийся через такие переменные, как «источник получения первой инфор-

мации о половой жизни», «источник доверительных отношений по проблемам, связанным с сексуальной жизнью», «характер семейных отношений», «вредные привычки у родителей» [8].

В успешном выполнении семьей коммуникативной функции наиболее важную роль играет эмоциональный контакт ребенка с родителями. Самым распространенным нарушением поведения у детей и подростков из неблагополучных семей является тревожность, сопровождающаяся неуверенностью в себе, резким снижением эмоционального фона, избеганием общения, утратой эмоциональности в отношениях со взрослыми и сверстниками. Как компенсаторная реакция при недостаточной самооценке у подростка возникают поведенческие девиации. Родительские ссоры, случаи физического оскорбления, вынужденная разлука, смерть в семье – наиболее негативные факторы, дестабилизирующие семейный микроклимат. Именно они особенно вредны для благополучия ребенка. Однако даже неполные семьи (развод, смерть, вынужденная разлука) могут быть психологически функциональны при сохранении эмоционального контакта между поколениями родителей и детей. Если же семья психологически дисфункциональна, родители не способны поддерживать ребенка в построении его собственной идентичности. При этом процесс его социализации затрудняется, что приводит к различным отклонениям в поведении.

По данным О.А.Кислицыной [13], подростки, которые согласны с утверждением, что «им нечем гордиться», чаще начинают употреблять табак и алкоголь по сравнению с теми, у кого высокая самооценка. Низкая самооценка не позволяет противостоять давлению со стороны курящих и выпивающих приятелей, то есть влиянию «улицы».

Удовлетворенность подростка отношениями с родителями является ключевым фактором в формировании эмоционального контакта, построении собственной идентичности и адекватной самооценки подростка. По данным В.Н.Ростовцева [17], подростки из полных семей, которые не удовлетворены взаимоотношениями с родителями, не только более подвержены рискованному поведению и имеют более низкий индекс нравственности сексуального поведения, но для них и меньшую значимость имеет такая категория, как ответственность. Одновременно, независимо от состава семьи, для молодых людей, удовлетворенных отношениями с родителями, в высокой степени важна категория «достоинство».

Нами впервые была доказана зависимость некоторых факторов здоровья и качества жизни

подростков Беларуси от тех или иных характеристик родительской семьи [20; 21]. Так, полнота семьи влияет на наличие у подростка случайных половых связей (имели случайный секс 15,8% подростков из числа живущих половой жизнью среди респондентов из полных семей и 31,5% из неполных,  $\chi^2=4,22$ ,  $p=0,04$ ), алкогольной инициации, кризисных психологических ситуаций (15,4% подростков из полных семей, 25,2% из неполных семей «с мамой»,  $\chi^2=7,8$ ,  $p=0,005$ , 30,3% подростков из неполных семей «без мамы»; при сравнении подростков из полных семей и неполных семей суммарно  $\chi^2=9,4$ ,  $p=0,002$ ). Низкая самооценка подростком материального положения семьи – фактор риска наличия знакомых, употребляющих наркотики (такие знакомые присутствуют у 13,4% подростков из семей с «очень хорошим» или «хорошим» и 31,1% подростков из семей с «очень трудным» или «трудным» материальным положением ( $\chi^2$  Yates=8,84,  $p=0,0029$ ), риска употребления 1 и более раз в неделю крепких алкогольных напитков (1,0% подростков в обеспеченных и 8,1% в малообеспеченных семьях,  $\chi^2=7,65$ ,  $p=0,0057$ ;  $\chi^2$  Yates=4,64,  $p=0,03$ ), наличия кризисных психологических ситуаций (11,2% подростков из обеспеченных и 40,0% из малообеспеченных семей,  $\chi^2=3,69$ ,  $p=0,05$ ). Выявлена тенденция положительного влияния более высокого уровня образования родителей на обращаемость подростка за медицинской помощью при отсутствии влияния материального положения и полноты семьи. Указанные особенности необходимо учитывать в организации профилактической работы, формируя группы целевого консультирования. Статистически не подтверждается влияние материального положения семьи, ее состава и образования родителей на такие поведенческие факторы репродуктивного здоровья подростков, как самооценка знаний о репродуктивном здоровье, наличие половых отношений и использование контрацепции, курение, частота занятий физической культурой. Следовательно, указанные факторы формируются в большей степени под влиянием внешней социальной среды, что делает их потенциально модифицируемыми при взаимодействии с учреждениями образования, при помощи волонтеров из числа подростков.

#### **Программный подход к решению проблем заболеваемости населения в Республике Беларусь**

Социальный капитал общества формируется в семье. Для поддержки семьи на протяжении более 10 лет в Беларуси реализуются масштабные

социальные программы. Наиболее значимые из них, безусловно, – Национальная программа демографической безопасности Республики Беларусь на 2011–2015 годы и Государственная программа «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016–2020 годы.

Первая важнейшая из реализованных в последние десятилетия программ – Национальная программа демографической безопасности Республики Беларусь на 2007–2010 годы – была своеобразным «спасательным кругом», позволившим стабилизировать стремительные депопуляционные процессы в Беларуси. Абсолютная убыль населения за 1993–2010 гг. составила свыше 750 тыс. человек. Однако, за годы реализации первой Национальной программы (с 2007 по 2010 год) убыль населения уменьшилась практически в 2 раза – с 36 тыс. человек до 18,8 тыс. человек. Общий коэффициент рождаемости увеличился с 9,9 до 11,4 на 1000 человек. Были достигнуты запланированные показатели ожидаемой продолжительности жизни – 70,4 лет, положительное сальдо внешней миграции составило 10,3 тыс. человек. В то же время, уровень рождаемости к 2010 г. обеспечивал воспроизводство населения только на 65 процентов. В 2010 г. суммарный коэффициент рождаемости составил 1,49 на одну женщину при необходимом для простого воспроизводства населения 2,15. Выдержка из Национальной программы демографической безопасности Республики Беларусь ярко иллюстрирует ситуацию в отношении института семьи и демографического благополучия в начале 2000-х гг.: «Низкий уровень рождаемости в стране совпал с кризисом института семьи. Почти половина (44 процента) заключаемых браков распадается. Каждый пятый ребенок рождается у матерей, не состоящих в зарегистрированном браке. В стране проживает более 25 тыс. детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, из них 6,7 тыс. воспитываются в детских интернатных учреждениях. Ежегодно органы опеки и попечительства выявляют и устраивают на воспитание около 4 тыс. детей, оставшихся без родительской опеки. Снижение потребности в детях, утрата многодетности как национальной традиции привели к тому, что сегодня белорусская семья – это, как правило, семья с одним ребенком. Удельный вес таких семей в республике составляет 62 процента, в то время как многодетных (с тремя и более детьми) – лишь 6 процентов... Как показывают прогнозные расчеты, при сохранении современного уровня рождаемости и смертности численность населения страны может

сократиться вдвое уже через 50 лет, то есть Республика Беларусь может подойти к «точке невозврата», после которой демографические процессы станут необратимыми» [15].

К моменту начала реализации Национальной программы демографической безопасности Республики Беларусь на 2011–2015 годы, в Республике Беларусь проживало 2,7 млн семей, из них 1,3 млн – семьи, воспитывающие детей. Усугубляли ситуацию кризиса института семьи гендерное неравенство, причиной которого стала сверхсмертность мужчин в трудоспособном возрасте, а также высокий уровень болезненности беременных женщин. В Национальной программе демографической безопасности Республики Беларусь на 2011–2015 годы подчеркивалось: «Ключевой составляющей процесса депопуляции в Беларуси является также высокий уровень смертности, в том числе среди граждан, находящихся в трудоспособном возрасте. При этом уровень смертности мужчин в 3 раза превышает уровень смертности женщин. По данным Всемирной организации здравоохранения, в Республике Беларусь смертность мужчин в возрасте 15–60 лет в 3–4,5 раза выше, чем в странах Европейского союза. Возрастающие потери трудоспособной части населения сокращают среднюю продолжительность жизни в стране. Беларусь сегодня отстает от развитых стран по показателю ожидаемой продолжительности жизни на 11–15 лет у мужчин (64,7 года) и на 5–10 лет у женщин (76,4 года)... Чрезвычайно высоким является уровень заболеваемости среди беременных женщин – свыше 70 процентов женщин имеют осложненное течение беременности, что сказывается на их детородной функции, а в последующем – на состоянии здоровья детей» [15].

Реализация комплекса мероприятий дала выраженный эффект. В 2015 г. министр здравоохранения В.И.Жарко в интервью газете «Медицинский вестник» отмечал: «Кажется, 2005-й и 2014-й в медицинской статистике разделяет целая эпоха. Тогда мы имели младенческую смертность 6,1 на 1000 новорожденных, летальность от инфаркта миокарда 6,1 на 1000 населения, ожидаемую продолжительность жизни 69 лет... Сегодня цифры не требуют комментариев: 3,5 – 4,7 – 73,2 года... У нас теперь самая низкая младенческая смертность в СНГ... ВОЗ ставит Беларусь на 50-е место среди 187 государств, включив в группу стран с высоким уровнем человеческого развития. Наша республика входит в число 50 лучших государств по ведению беременности, организации родов и квалификации медперсонала» (газета «Медицинский вестник», 8 октября 2015 г.).

Даже приблизительный подсчет экономического эффекта от каждой новой жизни показывает, что результат значительно превышает затраты на реализацию профилактических программ [22].

В октябре 2015 г. состоялась Европейская министерская конференция ВОЗ «Охват всех этапов жизни в контексте положений Политики «Здоровье-2020», где была принята Минская декларация – совместное заявление министров здравоохранения государств-членов Евробюро ВОЗ [5]. В этом заявлении основополагающим стал принцип охвата всех этапов жизни человека с целью обеспечения здоровья и благополучия, с учетом важнейшего периода жизни человека – период перед зачатием, беременность и развитие плода.

Принцип охвата состоит из нескольких компонентов:

1. Действовать как можно раньше: поскольку первые годы жизни человека закладывают фундамент его дальнейшего здоровья и благополучия, необходимо гарантировать каждому ребенку оптимальное питание, заботу, поддержку, свести к минимуму последствия бедности и неравенств в отношении здоровья, предоставить всем детям равные возможности для участия в общественной жизни, обеспечить защиту от передачи инфекций от матери к ребенку и охват иммунизацией, недопущение воздействия токсических веществ и факторов на детский организм, свести к минимуму возможность травматизации детей. Обеспечить равный доступ к услугам образования, поскольку всеобщая доступность образования рассматривается ВОЗ как важнейшая социальная детерминанта здоровья.

2. Действовать надлежащим образом по отношению к переходным этапам жизни. Переходными являются подростковый возраст, период перед зачатием ребенка и беременность, первый отрыв от семьи и начало самостоятельной учебы, начало трудовой деятельности и выход на пенсию, появление физических ограничений и (или) наступление инвалидности. Одним из компонентов является обеспечение здорового старения и активного долголетия.

3. Действовать сообща, силами всего общества: ни один человек не живет вне общества. Коллективные решения в области политики здоровья и благополучия населения должны охватывать все сферы государственного управления, научные круги, гражданское общество, частный сектор, средства массовой информации.

Следует отметить, что все стратегические документы, принимаемые в Республике Беларусь в

последние годы, отвечают указанным принципам и компонентам.

В Государственной программе «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016–2020 годы, утвержденной постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 14 марта 2016 г. №200, определены целевые показатели. Сводный целевой показатель программы – ожидаемая продолжительность жизни, установлен равным 73,4 года в 2016 г., 73,6 года в 2017 г., 73,9 года в 2018 г., 74,4 года в 2019 г. и 74,6 года в 2020 г. Государственной программой предусматривается создание условий для улучшения здоровья населения с охватом всех этапов жизни, широкой информированности населения о факторах риска, угрожающих здоровью, пропаганды здорового образа жизни, формирования у населения самосохранительного поведения, развития и укрепления семейных ценностей, повышения престижа родительства, улучшения воспроизводства населения, сокращения уровня смертности, прежде всего в трудоспособном возрасте, увеличения ожидаемой продолжительности жизни, повышения качества и доступности услуг системы здравоохранения, а также оптимизации внутренних миграционных процессов.

Для каждой из подпрограмм Государственной программы также установлены целевые показатели, в том числе, такие как суммарный коэффициент рождаемости (количество детей, которое в среднем могла бы родить одна женщина на протяжении всего репродуктивного периода (от 15 до 50 лет) при сохранении в каждом возрасте уровня рождаемости того года, для которого вычисляется показатель), детская смертность (число детей, умерших в возрасте от 0–18 лет, деленное на среднегодовую численность детей в возрасте от 0–18 лет, умноженное на 100), коэффициент смертности трудоспособного населения (число умерших в трудоспособном возрасте, деленное на среднегодовую численность населения в трудоспособном возрасте, умноженное на 1000), показатель тяжести первичного выхода на инвалидность лиц в трудоспособном возрасте (рассчитывается как  $A/B \times 100\%$ , где  $A$  – количество лиц трудоспособного возраста, которым впервые установлена I и II группа инвалидности,  $B$  – количество лиц трудоспособного возраста, которым впервые установлена группа инвалидности). Ряд показателей характеризуют поведение населения по отношению к здоровью. Это такие показатели, как распространенность потребления табака среди лиц в возрасте от 16 лет (отношение числа курящих в возрасте от 16 лет к общей численности населения в возрасте от 16 лет),

потребление алкоголя на душу населения (отношение общего объема потребления всех видов алкогольных напитков, пересчитанного на абсолютный алкоголь, к среднегодовой численности населения) и смертность от случайных отравлений алкоголем (отношение числа умерших от случайных отравлений алкоголем к среднегодовой численности населения), физическая активность взрослого населения (отношение числа лиц в возрасте от 18 лет, занимающихся физической активностью не менее 30 минут в день, к общей численности взрослого населения), потребление поваренной соли (количество соли в граммах, потребляемое в среднем населением различных возрастных групп в сутки).

Особое внимание в Государственной программе «Здоровье народа и демографическая безопасность» на 2016–2020 годы уделено мероприятиям формирования у населения здорового образа жизни: разработка нормативного правового акта по защите здоровья населения от последствий потребления табака и воздействия окружающего табачного дыма, привлечение населения к участию в мероприятиях здорового семейного отдыха (скандинавская ходьба, велодорожки, дорожки для самокатов и другое), организация информационно-образовательной работы с населением по вопросам формирования здорового образа жизни и самосохранительного поведения, проблемам неинфекционных заболеваний посредством проведения широкомасштабных акций, культурных мероприятий, информационных кампаний, единых дней здоровья, широкого использования интернет-ресурсов, проведения физкультурно-спортивных мероприятий и их освещения в средствах массовой информации, разработки и внедрения общественного проекта «Волонтер здорового образа жизни», реализация межведомственных информационных проектов «Здоровая школа», «Здоровый класс», привлечение населения к реализации информационного проекта «Школа – территория здоровья», реализация мер, направленных на мотивацию пожилого населения к физически активному образу жизни, занятиям физической культурой и спортом в кабинетах физической активности для лиц пожилого возраста в организациях здравоохранения, территориальных центрах социального обслуживания.

Еще одно из приоритетных направлений Государственной программы – это поддержка семьи и охрана здоровья детей. Здесь актуальны меры по разработке и внедрению национальной модели службы планирования семьи, создание службы охраны мужского здоровья, в том числе разработка учебного модуля по репродуктивному здо-

ровью, предабортному консультированию, развитие сотрудничества с общественными и религиозными организациями по сохранению и укреплению семейных ценностей, ответственного родительства, оказание финансовой поддержки супружеским парам, страдающим бесплодием, для проведения экстракорпорального оплодотворения, создание модели антикризисной психологической помощи семьям, воспитывающим детей с особенностями развития.

Меры по охране здоровья детей включают пересмотр клинических протоколов по диагностике, лечению и реабилитации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата в соответствии с протоколами ВОЗ, внедрение компьютеризированной программы управления базой данных детского травматизма и подготовку персонала в области использования МКБ-10, создание учебных центров для родителей на базе организаций здравоохранения в городах с населением более 100 тысяч человек по вопросам обеспечения безопасных условий проживания детей, развитие услуг патронажа и домашнего визитирования в семьи с новорожденными детьми и детьми до 3 лет.

Помимо сохранения системы государственных социальных пособий семьям, воспитывающим несовершеннолетних детей, предусмотрены и иные меры экономической и социальной поддержки семей: проработка вопроса о целесообразности установления обязательного социального отпуска для отцов при рождении ребенка, предоставление в соответствии с законодательством семьям, воспитывающим детей, семейного капитала, осуществление единовременной выплаты семьям при рождении двоих и более детей на приобретение детских вещей первой необходимости, выплата единовременной материальной помощи к учебному году семьям, воспитывающим троих и более детей, на каждого учащегося, обучающегося в учреждениях общего среднего и специального образования (на уровне общего среднего образования), в размере до 30 процентов бюджета прожиточного минимума, действующего на 1 августа календарного года, разработка и внесение предложений по совершенствованию законодательства; размещение в средствах массовой информации публикаций, проведение выступлений на темы семьи и детства, ответственного родительства, гендерного равенства, укрепления связей между поколениями, защиты прав детей, реализации государственной демографической политики.

В решении задач формирования репродуктивного потенциала молодежи, повышения рождаемости важным является учет нужд специфичной

социальной группы – подростков. Резкое снижение рождаемости в 1990-е гг. привело к тому, что численность подростков также резко снизилась (только с 2008 по 2012 г. на 23,3%). Современные медико-организационные подходы основаны на том принципе, что для подростков 15–18 лет требуются услуги, по форме отличные от оказываемых взрослым и детям. Предпосылками являются изменение структуры заболеваемости с нарастанием доли «болезней рискованного поведения», отсутствие возможности обеспечения должного уровня медицинской помощи подросткам имеющимися традиционными службами, появление специфических проблем здоровья подростков (репродуктивное, психическое здоровье), имеющих социальную и поведенческую обусловленность, зависимых от функций института семьи.

При поддержке ВОЗ и ЮНИСЕФ в рамках программы «Здоровье и развитие молодежи» с 2003 г. в Беларуси начала формироваться служба, «дружественная к подросткам»: сеть консультативно-диагностических центров, где ведется консультативный прием педиатра (терапевта), гинеколога, валеолога, психолога, андролога (уролога, хирурга), большое внимание уделено социальным проблемам здоровья [3].

Согласно приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 04.04.2011 г. №343 «О совершенствовании консультирования подростков и молодежи по вопросам сохранения и укрепления здоровья», утверждены типовое Положение о центре, дружественном подросткам (центре здоровья подростков и молодежи), Положение о республиканском информационно-методическом ресурсном центре по координации деятельности центров, дружественных подросткам, что ввело организации данной службы в структуру организаций Министерства здравоохранения Республики Беларусь. Эта мера являлась остро актуальной и своевременной. Актуальность разработки эффективных мер по охране здоровья подростков подчеркивалась в постановлении Совета Министров Республики Беларусь от 12.03.2012 г. №218 «Об утверждении Национального плана действий по улучшению положения детей и охране их прав на 2012–2016 гг.».

Государственная программа «Здоровье народа и демографическая безопасность» на 2016–2020 годы предполагает развитие сети центров, дружественных подросткам; проведение комплексного исследования по установлению распространенности суицидального поведения среди детей и подростков, причин и факторов риска; совершенствование работы по вопросам формирования навы-

ков здорового образа жизни с подростками и молодежью, включая подростков групп риска, разработку и внедрение инновационных технологий и форм профилактики противоправного поведения несовершеннолетних путем развития новых видов досуга детей и молодежи; разработку механизма сопровождения, социальной и психологической поддержки несовершеннолетних матерей в целях профилактики рисков социально опасного положения для матери и ее ребенка; привлечение врачей-психиатров-наркологов к участию в работе педагогических советов, родительских собраний, советов по профилактике, социально-педагогических центров; разработку и внедрение алгоритма взаимодействия субъектов профилактики, а также иных заинтересованных по индивидуальной реабилитации несовершеннолетних, употребляющих алкоголь, слабоалкогольные напитки и пиво.

Программа содержит раздел, посвященный анализу основных рисков ее успешного выполнения. Выделен целый ряд негативных факторов, в том числе социально-демографические риски, связанные с уменьшением числа женщин репродуктивного возраста, увеличением возраста женщин при рождении первого ребенка, планированием семьями деторождений на более поздний срок. Для минимизации указанных рисков обоснованным будет являться проведение разъяснительной работы среди населения, начиная с подросткового возраста, по вопросам планирования семьи, обеспечение социально-экономической стабильности в обществе, повышение образовательного уровня лиц репродуктивного возраста и оказание социальной помощи молодым семьям. Значимы также медико-социальные риски, связанные с ранним формированием вредных привычек, непланируемой беременностью, наличием заболеваний у женщины, отягощенной наследственностью. Данная группа рисков может быть устранена или минимизирована только в процессе масштабной профилактической работы с населением по формированию мотивации к здоровому образу жизни, борьбе с вредными привычками при условии привлечения широких слоев населения к занятию физической культурой, туризмом, к культурным мероприятиям и повышению уровня образования.

**Лидирующая роль отрасли здравоохранения и ее руководства в качественном улучшении здоровья населения**

Миссия и социальная ответственность здравоохранения обязывают развивать концепцию, основной целью которой является качественное улуч-

шение здоровья отдельного человека и общества в целом. С точки зрения науки и практики управления, такую концепцию можно обозначить как социальный маркетинг – маркетинг социальных идей и программ, направленных на изменение поведения людей. Предметной областью социального маркетинга выступают социальные мероприятия (в здравоохранении, образовании, пенсионном и социальном обеспечении и других социально значимых сферах) по изменению общественного поведения, обусловленные наличием социальных проблем и направленные на их решение. Современная ситуация такова, что здоровье не может быть обеспечено изолированными усилиями только лишь профессионалов здравоохранения. Необходим межведомственный, межсекторальный подход к планированию и реализации профилактических программ. И здесь безусловна лидирующая роль руководителей отрасли.

Социальный маркетинг использует ряд общих принципов и методов маркетинга: сегментирование «рынка потребителей» – разделение общества на социальные группы и выделение среди них наиболее уязвимых и менее социально защищенных, наиболее нуждающихся в первоочередных мерах; изучение потребителей; разработка замысла продвижения социально значимой идеи; социальная реклама.

В Беларуси, например, к социально-маркетинговому можно отнести мероприятия по всеобщей диспансеризации населения, рассматриваемой в качестве гарантии права на здоровье. Диспансеризация населения определяется как система медицинских мероприятий, направленных на выявление заболеваний или факторов, влияющих на их возникновение, для оценки состояния здоровья каждого гражданина Республики Беларусь [23]. Следует отметить, что даже при очевидной полезности диспансеризации для потребителей услуг медицинского назначения, она демонстрирует патерналистскую модель взаимоотношений в системе врач – пациент и в определенной степени негативно влияет на формирование стимула у населения самостоятельно заботиться о собственном здоровье, отвечать за него. Следовательно, для обеспечения качественного улучшения здоровья населения наряду с собственно продвигаемыми услугами (в примере с диспансеризацией – организационными технологиями), востребованы и остальные методы социального маркетинга (сегментирование рынка, социальная реклама, информирование).

Социально-маркетинговые исследования в медицине всегда междисциплинарны. Они опираются, как минимум, на методологию социоло-

гии медицины, социологии управления, общественного здоровья и здравоохранения в комплексе. К примеру, диссертационное исследование, посвященное проблемам донорства крови, позволившее разработать перспективные направления развития донорства, в том числе, предложить маркетинговые решения развития добровольного безвозмездного донорства крови и ее компонентов в Беларуси, выполнялось по социологии управления. При этом, «использованы материалы, полученные автором в ходе выполнения комплексного социологического исследования в 2012–2015 гг. Исследование проведено в соответствии с принципами совместного использования количественных и качественных опросных методов: опроса населения Республики Беларусь по национальной репрезентативной выборке (n=1000), анкетного опроса доноров в г. Минске и в трех областях Беларуси (n=1254), анкетного опроса студентов БГУ (n=702), опроса экспертов службы крови, индивидуальных и групповых фокусированных интервью с донорами» [14]. В русле той же научной специальности (социология управления) проведено и еще одно успешно завершенное диссертационное исследование, посвященное проблемам социальной реабилитации инвалидов по зрению. Автором был изучен отечественный и зарубежный опыт организации государственной системы социальной помощи инвалидам по зрению, выполнен анализ государственной политики Республики Беларусь в отношении инвалидов по зрению, определены факторы, способствующие успешной медицинской, трудовой и социальной реабилитации. Для этого выделены основные группы инвалидов по зрению в зависимости от социально-демографических характеристик, медицинских и других факторов, изучено мнение различных социальных групп населения о месте инвалидов по зрению в обществе, о путях решения основных жизненных проблем указанной социальной группы, а также специфике социального поведения различных социальных групп населения по отношению к анализируемой социальной группе; выполнен анализ социально-экономического положения инвалидов по зрению как социальной группы, исследована специфика их социального поведения [1].

Очевидно, что внедрение даже глубоко обоснованных и своевременных мер только лишь в системе здравоохранения не может решить все актуальные медико-социальные проблемы здоровья населения, тем более, социально-маркетингового плана. Возможности медико-социологического анализа позволяют разрабатывать управлен-

ческие подходы и решения, внедрение которых осуществляется на уровне государственного управления, в комплексных программах.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Ананьев, В.Л.* Социальная реабилитация инвалидов по зрению в Республике Беларусь (социологический анализ): автореф. дис. ... канд. социол. наук / В.Л.Ананьев. – Минск, 2016. – 24 с.
2. *Антипова, С.И.* Анализ заболеваемости и смертности подростков Республики Беларусь в 2005–2009 гг. / С.И.Антипова, И.И.Савина // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2010. – №4. – С.42–57.
3. *Богдан, Е.Л.* Новые организационные технологии в развитии медицинских услуг для подростков / Е.Л.Богдан, И.В.Митрошенко // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2010. – №3. – С.75–77.
4. *Глинская, Т.Н.* Динамика показателей заболеваемости детей в Республике Беларусь / Т.Н.Глинская, М.В.Щавелева // Современные подходы к продвижению здоровья: материалы III Международной научно-практической конференции (Гомель, 21 октября 2010 г.).– Гомель: ГомГМУ, 2010. – С.29–31.
5. Европейская министерская конференция ВОЗ «Охват всех этапов жизни в контексте положений Политики «Здоровье-2020» // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2015. – №4. – С.4–7.
6. *Жарко, В.И.* Об итогах работы органов и организаций здравоохранения Республики Беларусь в 2014 году и основных направлениях деятельности на 2015 год (доклад на итоговой коллегии Министерства здравоохранения Республики Беларусь 30 января 2015 г.) / В.И.Жарко // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2015. – №1. – С.4–16.
7. *Журавлева, И.В.* Здоровье подростков: социологический анализ / И.В.Журавлева. – М.: Изд-во ИС РАН, 2002. – 240 с.
8. *Закоркина, Н.А.* Причины абортов у подростков, проживающих в сельской местности / Н.А.Закоркина, И.А.Банушевич // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2009. – №5. – С.20–22.
9. *Здоровье-21: Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ // Европейская серия по достижению здоровья для всех.* – 1999. – №6. – 310 с.
10. *Здравоохранение в Республике Беларусь: официальный статистический сборник за 2013 г.* – Минск: ГУ РНМБ, 2014. – 280 с.
11. *Здравоохранение в Республике Беларусь: официальный статистический сборник за 2014 год.* – Минск: ГУ РНМБ, 2015. – 282 с.
12. *Здравоохранение в Республике Беларусь: официальный статистический сборник за 2015 год.* – Минск: ГУ РНМБ, 2016. – 281 с.

13. Кислицина, О.А. Социально-экономические факторы, детерминирующие приобщение российских подростков к потреблению психоактивных веществ // Интернет-конференция «Дети и молодежь» / Федеральный образовательный портал “Экономика. Социология. Менеджмент”, ГУ ВШЭ, Институт социально-экономических проблем народонаселения РАН, Институт социологии РАН (Москва, 01.03. – 04.04.2010). – Режим доступа: <http://www.ecsosman.edu.ru>. – Дата доступа: 01.04.2016.
14. Кулешов, А.А. Донорство крови в системе обеспечения национальной безопасности Республики Беларусь: автореф. дис. ... канд. социол. наук / А.А.Кулешов. – Минск, 2016. – 24 с.
15. Национальная программа демографической безопасности Республики Беларусь на 2011–2015 гг.: утверждена Указом Президента Республики Беларусь от 11 августа 2011 г. №357 (изменения и дополнения: Указ Президента Республики Беларусь от 12 сентября 2012 г. №406).
16. Неверо, Е.Г. Состояние здоровья детского населения и пути его укрепления / Е.Г.Неверо, Е.Л.Богдан // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2010. – №3. – С.70–72.
17. Ростовцев, В.Н. Поведенческие риски и нравственные ценности / В.Н.Ростовцев // Белорусский медицинский журнал. – 2005. – №1. – С.81–82.
18. Соболева, Л.Г. Оценка влияния характера взаимоотношений в семье на образ жизни учащихся / Л.Г.Соболева, Т.М.Шаршакова, Н.Г.Новак // Актуальные проблемы медицины : материалы респ. науч.-практ. конф., посвящ. 25-летию Гомельского гос. мед. ун-та (Гомель, 5–6 ноября 2015 г.). – Гомель, 2015. – С.927–929.
19. Социология семьи: учебник; под общ.ред. А.И.Антонова. – 2-е изд. – М.: ИНФРА-М, 2005. – 640 с.
20. Сурмач, М.Ю. Здоровье молодой семьи. Социокультурные основы / М.Ю.Сурмач. – LAP LAMBERT Academic Publishing, 2012. – 273 с.
21. Сурмач, М.Ю. Качество жизни подростков Республики Беларусь: связь со здоровьем / М.Ю.Сурмач. – Гродно: ГрГМУ, 2013. – 228 с.
22. Тищенко, Е.М. Методика расчета экономического эффекта от дополнительно рожденной и сохраненной жизни / Е.М.Тищенко, М.Ю.Сурмач // Современные методы диагностики, лечения и профилактики заболеваний: сборник инструктивно-методических документов (офиц. изд.). – Минск: ГУ РНМБ, 2008. – Вып. 9. – Т.6. – С.132–136.
23. Щавелева, М.В. Роль всеобщей диспансеризации в повышении качества жизни населения / М.В.Щавелева, Т.Н.Глинская, Э.А.Вальчук // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2010. – №3. – С.65–69.
24. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/170687/RC62wd08-Rus.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/170687/RC62wd08-Rus.pdf).
25. <http://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/about-health-2020/priority-areas>.
26. <http://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/about-health-2020>.
27. <http://www.un.org/sustainabledevelopment/ru/sustainable-development-goals>.
28. <http://www.who.int/hiv/mediacentre/news/emtct-validation-2016/en/>.
29. <http://www.who.int/topics/sustainable-development-goals/ru/>.
30. Williams, C.L. Russian-American partners, alcohol use prevention. Adaptation of a school-based parent-child programme for alcohol use prevention / C.L.Williams, N.Grechania, O.Romanova, K.Komro, C.Perry, K.Farbakhsh // European Journal of Public Health. – 2003. – Vol.1, No.3. – P.314–321.

**PROGRAM APPROACHES TO BELARUSIAN POPULATION MORBIDITY PROBLEMS' SOLVING IN THE CONTEXT OF EUROPEAN HEALTH POLICY**

**M.Yu.Surmach**

Grodno State Medical University, M.Gorky Str. 80, 230009, Grodno, Republic of Belarus

The research paper deals with modern European health policy approaches. The levels and trends in Belarusian population morbidity parameters, influencing factors are analyzed. The role of family in formation of public health is indicated. Program approach to solving the problems of morbidity in the Republic of Belarus is considered in the context of The National Program of Demographic Safety of Belarus for the years 2011–2015 and State Program “Public Health and Demographic Safety” for the years 2016–2020. The leading role of health industry and its leadership in quality improvement in population health are substantiated.

Keywords: European health policy; morbidity; family; children health; healthcare; The National Program of Demographic Safety of Belarus for the years 2011–2015; The State Program “Public Health and Demographic Safety” for the years 2016–2020; social marketing.

**Сведения об авторе:**

**Сурмач Марина Юрьевна**, д-р мед. наук, доцент; УО «Гродненский государственный медицинский университет», зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения; тел.: (+375152) 434687; e-mail: [marina\\_surmach@mail.ru](mailto:marina_surmach@mail.ru).

Поступила 26.09.2016 г.