

# СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РЕГИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

Е. А. Селиванов

## ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ОХРАНЫ И УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ

В последнее десятилетие проблема общественного здоровья выдвинулась в число наиболее актуальных. Во многом от того, насколько успешно она будет решена, зависит будущий экономический и духовный потенциал страны и ее регионов.

На состояние здоровья населения влияет множество факторов, в числе их – уровень и качество жизни, образ жизни и привычки населения, социально-психологический климат в обществе, экологическая обстановка и др. Безусловно, важную роль играет уровень развития системы здравоохранения, без эффективного функционирования которой добиться серьезных положительных изменений

в сфере охраны и укрепления здоровья населения не представляется возможным. Поэтому необходимым направлением улучшения состояния общественного здоровья является реформирование системы здравоохранения.

Основная задача, стоящая перед государством в сфере здравоохранения, – поиск путей и средств развития, способствующих улучшению основных показателей, характеризующих социальную и медико-демографическую ситуацию.

В настоящее время положение в здравоохранительной сфере в Вологодской области остается довольно сложным, продолжает ухудшаться и медико-демографическая обстановка.

Таблица 1

Основные показатели естественного движения населения Вологодской области  
(на тысячу человек населения)

Показатели	1991 г.	1992 г.	1993 г.	1994 г.	1995 г.	1996 г.	1997 г.	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.
Число родившихся	11,9	10,2	8,9	8,8	8,6	8,4	8,3	8,2	7,9	8,6	9,2
Город	11,5	9,9	8,5	8,6	8,5	8,2	8,3	8,4	8,2	9,0	9,7
Село	12,6	10,9	9,9	9,2	8,8	8,6	8,2	7,9	7,3	7,7	8,0
Число умерших	12,0	13,1	15,3	16,6	16,2	15,6	14,7	14,4	15,8	15,7	17,1
Город	10,7	11,7	13,9	15,0	14,7	13,8	12,9	12,6	14,2	14,3	15,7
Село	14,3	15,7	18,2	19,9	19,3	19,5	18,7	18,3	19,3	18,7	20,0
Естественный прирост (убыль)	-0,1	-2,9	-6,4	-7,8	-7,6	-7,2	-6,4	-6,2	-7,9	-7,1	-7,9
Город	0,8	-1,8	-5,4	-6,4	-6,2	-5,6	-4,6	-4,2	-6,0	-5,3	6
Село	-1,7	-4,8	-8,3	-10,7	-10,5	-10,9	-10,5	-10,4	-12,0	-11,0	12

Источник: Статистический ежегодник Вологодской области. 2000. Вологда: Вологодский облкомстат, 2002. – С. 35.

Одной из главных проблем является депопуляция населения, обусловленная низким

уровнем рождаемости и высокими показателями смертности (табл. 1).

Снижение численности населения области в последнее десятилетие приобрело устойчивую тенденцию – в среднем ежегодно на десять тысяч человек или на 0,8% (рис. 1) Смертность среди сельского населения заметно выше, чем среди городского. В 2001 г. естественная убыль на селе составила 12 чел. на 1000 жителей (в городе – 6). Учитывая то, что для нашего региона село является основным поставщиком продовольственной про-



Селиванов Евгений Альбертович – аспирант ВНКЦ ЦЭМИ РАН.

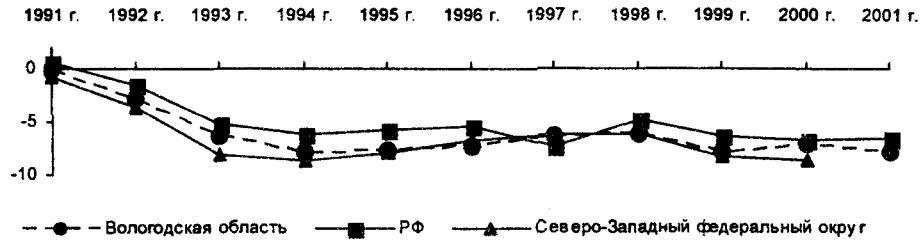


Рис. 1. Естественный прирост (убыль) населения в 1991 – 2001 гг.

дукции, сохранение такой тенденции в перспективе грозит серьезной продовольственной проблемой.

Происходит прирост показателей смертности по всем основным классам причин (табл. 2).

Таблица 2

Смертность по классам основных причин смерти населения Вологодской области (число умерших на 100 тыс. чел. населения)

Классы причин смерти	Годы								
	1991	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2001 г. к 1991 г., %
Всего	1196	1617	1562	1472	1439	1579	1570	1706	143
Инфекц. и паразит. болезни	5,8	7,4	7,4	7,7	6,3	9,5	10,9	12,4	213
Психические расстройства	0,7	13,5	9,2	2,3	1,3	3,8	4,1	4,8	686
Болезни системы кровообращения	706	927	902	860	869	922	896	967	137
Болезни органов пищеварения	24,6	42,2	41,1	38,2	31,7	40,7	47,8	58,7	239
Несчастные случаи, отравления, травмы	138	233	219	192	185	221	230	258	187
Новообразования	198	208	204	208	202	218	206	208	105

Источник: Статистический ежегодник Вологодской области /Вологдаоблкомстат, 2001. – С. 37.

К основным причинам смерти населения относятся заболевания системы кровообращения (61%), далее следуют несчастные случаи, травмы и отравления (16%), на третьем месте – новообразования (13%). Обращает на себя внимание высокое число смертных исходов среди мужского трудоспособного населения при несчастных случаях, травмах и отравлениях. Следует отметить, что существенная часть потерь вследствие преждевременной смерти являются полностью или частично предотвратимыми.

В области фиксируется высокий уровень преждевременной смертности населения (особенно мужчин), обусловленный преимущественно большой частотой несчастных случаев, отравлений и травм.

Расчет потерь ПППЖ (потерянные годы потенциальной жизни) по причине преждевременной смертности производится по следующей формуле:

$$\sum_{x=0}^{x=L} d_x (L - x),$$

где  $d_x$  – число смертных случаев в возрасте  $x$ ;  $L$  – базовое значение продолжительности жизни (т.е. все смерти ранее этого возраста считаются преждевременными).

В соответствии с рекомендациями ВОЗ, в качестве базового значения продолжительности жизни был взят возраст, равный 65 годам.

Полученные за 1999 – 2001 гг. результаты свидетельствуют о значительном увеличении показателя ПППЖ (рис. 2). Вызвано это, в первую очередь, ростом смертности населения в трудоспособном возрасте.

Показатели смертности существенно сказываются на ожидаемой продолжительности

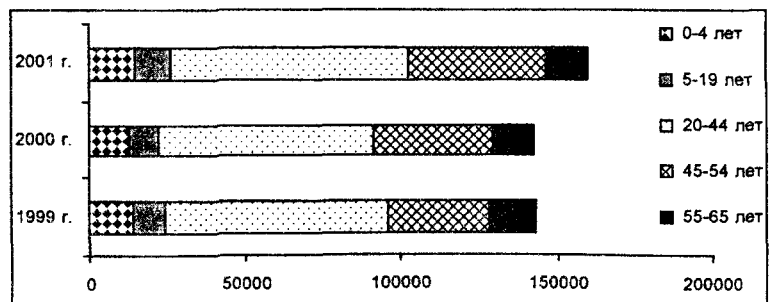


Рис. 2. Возрастная структура ПППЖ по причине преждевременной смертности населения Вологодской области за 1999 – 2001 гг. (лет).

сти жизни населения. В 2001 г. ожидаемая продолжительность жизни составила 64,4 года (в 1991 г. – 70 лет). При этом продолжительность жизни мужчин всего 58 лет.

Серьезные опасения вызывает значительное сокращение доли детей и подростков в общей структуре населения региона (рис. 3).

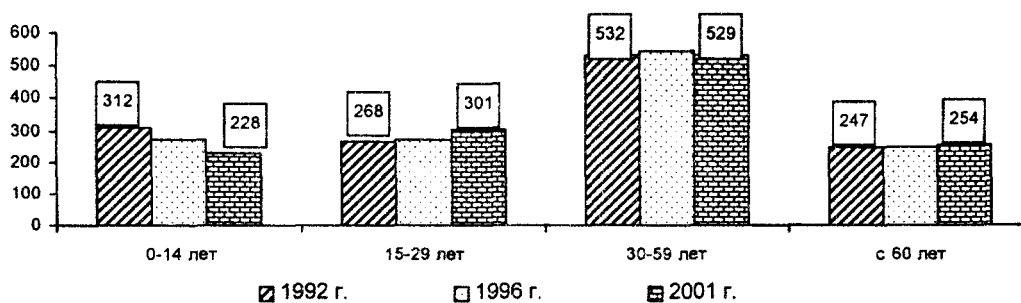


Рис. 3. Возрастная структура населения Вологодской области (тыс. человек).

Одновременно наблюдается рост заболеваемости по большинству видов болезней, особенно по социально обусловленным и дорогостоящим с точки зрения их лечения. К наиболее острым проблемам по-прежнему относятся болезни системы кровообращения и онкологические заболевания, туберкулез, алкоголизм, наркомания, заболевания, передающиеся половым путем. Отмечается высо-

кий уровень травматизма, количества несчастных случаев и отравлений.

Особую тревогу вызывает стабильный рост детской заболеваемости. Так, если за последние три года уровень заболеваемости взрослого населения и подростков существенно не изменился, то заболеваемость детей имеет устойчивую тенденцию к возрастанию (рис. 4).

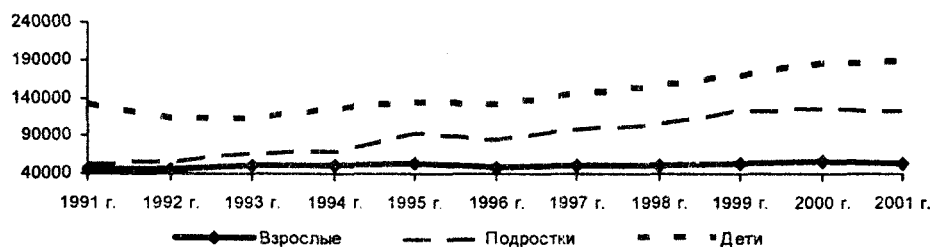


Рис. 4. Общая заболеваемость населения по возрастным группам.

Анализ возможности получения квалифицированной медицинской помощи позволил отметить ряд негативных моментов, свойственных системе здравоохранения Вологодской области:

1. Происходит перегрузка стационарной службы; сохраняется высокий уровень госпитализации населения, большая длительность лечения больного в стационаре, недостаточно эффективное использование коечного фонда.

2. Недостаточно эффективно используется скорая медицинская помощь. В нашем регионе, как и в целом в стране, назначение скорой помощи в основном заключается в дос-

тавке врача к пациенту. Тогда как в мировой практике скорая помощь предназначена для оказания доврачебной помощи, необходимой для сохранения и поддержания жизненно важных функций, и оперативной доставки в медицинское учреждение.

3. Недостаточно используется амбулаторно-поликлиническая служба и, в особенности, дневные стационары.

4. В регионе сохраняется низкая обеспеченность медицинским персоналом (прежде всего – врачами).

Остро стоит проблема экономической эффективности использования ресурсов в отрасли. Система здравоохранения, как и в

предыдущие десятилетия, опирается, в первую очередь, на дорогостоящую стационарную помощь.

Существование указанных проблем, необходимость их решения определяют основные направления развития системы здравоохранения региона. К ним относятся:

1. Снижение уровня заболеваемости наиболее опасными для здоровья людей болезнями и создание условий для максимально возможного предотвращения заболеваний и травматизма населения региона. Это предусматривает решения ряда задач:

1.1. Проведение широкой профилактики заболеваний и травматизма. Оно включает:

- а) профилактику травматизма;
- б) профилактику сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний;
- в) профилактику наркомании и алкоголизма, ВИЧ-инфекции, туберкулеза и заболеваний, передающихся половым путем;
- г) борьбу со стрессом и профилактику психических заболеваний.

1.2. Создание условий для сокращения смертности и инвалидности от несчастных случаев, отравлений и травм. Для этого необходимо:

- а) разработка и принятие целевой программы профилактики травматизма, развития травматологической службы;
- б) осуществление информационной и образовательной деятельности по профилактике травматизма среди населения, усиление контроля за состоянием дорог, тротуаров, усиление контроля за соблюдением техники безопасности на рабочем месте;
- в) повышение оперативности оказания первой медицинской помощи пострадавшим от несчастных случаев, отравлений и травм; широкое информирование населения о правилах оказания первой медицинской помощи;
- г) повышение качества и доступности для населения услуг травматологических служб.

1.3. Укрепление здоровья женщин и детей.

1.4. Привлечение внимания лиц, принимающих решения, и общественности к проблемам здоровья населения посредством:

- а) издания и широкого распространения

ежегодного доклада о состоянии здоровья населения области и факторах, его определяющих;

б) организации регулярных публикаций и тематических программ в СМИ о факторах, определяющих качество здоровья жителей области (состояние окружающей среды, социально-экономическое развитие, образ жизни, организация медицинской помощи), и их влиянии на здоровье.

1.5. Улучшение среды обитания.

1.6. Улучшение качества жизни и здоровья пожилых людей.

2. Создание условий для предоставления качественной медицинской помощи в необходимом объеме, исходя из имеющихся ресурсов, в соответствии с уровнем заболеваемости и потребностями населения.

2.1. Ликвидация межведомственной разобщенности в медицинском обеспечении населения; формирование единой системы здравоохранения.

2.2. Сбалансированность объемов предоставляемой государством бесплатной медицинской помощи населению с финансовыми возможностями путем:

- а) совершенствования системы оценки потребности населения в медицинской и лекарственной помощи, выявления потребности населения в медицинской помощи в целом по области и отдельно по каждому муниципальному образованию;
- б) рационализации и установления приоритетов в оказании медицинской помощи в соответствии с финансовыми возможностями;
- в) согласования муниципальных заказов на оказание бесплатной медицинской помощи;
- г) организации мониторинга выполнения условий предоставления и качества медицинской помощи.

2.3. Развитие первичной медико-санитарной помощи, ориентированной на семью, за счет развития института врача общей врачебной практики.

2.4. Повышение качества медицинского обслуживания; совершенствование системы изучения и учета мнения пациентов о его уровне.

2.5. Совершенствование лекарственного обеспечения населения; осуществление мониторинга обеспеченности ЛПУ необходимыми лекарственными средствами, а также состояния лекарственной помощи населению и эффективности использования средств, выделенных на лекарства.

2.6. Проведение научных исследований и реализация новых технологий для повышения качества медицинских услуг.

3. Повышение экономической эффективности системы здравоохранения.

3.1. Совершенствование системы финансирования здравоохранения, что предусматривает:

а) проведение мониторинга и оценку эффективности реализации территориальных целевых программ;

б) согласование инвестиционных проектов муниципальных органов управления здравоохранения на областном уровне, включая расходы на приобретение дорогостоящего медицинского оборудования и дорогостоящих медицинских материалов;

в) обеспечение устойчивости и прозрачности многоканальной системы финансирования сферы здравоохранения;

г) внедрение механизмов финансового планирования и механизмов оплаты медицинской помощи, стимулирующих рост эффективности использования ресурсов в здравоохранении;

д) завершение перехода к преимущественно страховой форме мобилизации финансовых средств для здравоохранения и к страховому финансированию медицинских организаций;

е) усиление государственного регулирования платной медицинской помощи, оказываемой в государственных и муниципальных медицинских учреждениях.

3.2. Реструктуризация сети лечебно-профилактических учреждений.

Основной задачей представляется реорганизация стационарной службы. Она должна включать следующие мероприятия:

а) слияние областных медицинских учреждений с ведомственными службами (при

этом – выведение последних из бюджетного финансирования);

б) сокращение уровня госпитализации (с 25 до 20 – 22 на 10 тыс. человек) за счет частичного перевода лечения на амбулаторно-поликлинический уровень;

в) сокращение числа нефункционирующих коек (особенно в районах области с наиболее высоким уровнем обеспеченности больничными койками – Бабушкинском, Белозерском, Шекснинском, Вашкинском);

г) разработка финансовых механизмов, стимулирующих сокращение уровня госпитализации (в том числе изменение принципов финансирования стационаров).

Следует разработать и внедрить многоэтапную систему медицинской помощи, которая бы включала все основные уровни лечения больного: амбулаторно-поликлинический (в том числе и врачи общей практики); дневные стационары; стационары на дому; стационарная служба с отделениями интенсивного лечения и этапа долечивания.

Необходимо также оптимизировать деятельность амбулаторно-поликлинического звена с помощью следующих мер:

а) максимально приблизить к 100% укомплектованность поликлиник врачами и средним медицинским персоналом (особенно в Бабушкинском, Верховажском, Грязовецком, Кирилловском, Никольском районах), в первую очередь создав благоприятные условия для работы;

б) значительно увеличить число коек в дневных стационарах поликлиник;

в) ввести институт врачей общей практики.

В то же время требует разрешения проблема эффективности деятельности скорой медицинской помощи. Этот вид помощи является наиболее дорогостоящим. В последние годы потребность в услугах скорой медицинской помощи неуклонно растет. При этом показатель обращаемости в эту службу на 27% превышает федеральный норматив (в 2001 г. по области он составил 403,9 вызова при федеральном нормативе 318 вызовов на 1000 жителей). Особенно высок уровень

обращаемости в Белозерском, Чагодощенском, Вытегорском, Кирилловском районах). Необходимо снижать нагрузку на эту службу, повышая эффективность работы участковых служб (терапевтов, семейных врачей).

Следует развивать деятельность медицинских служб, направленную на раннее выявление и диагностику заболеваний.

3.3. Совершенствование системы управления здравоохранения в области:

а) совершенствование системы мониторинга реализации стратегического плана развития здравоохранения области, направленной на оперативную оценку достигаемых результатов, на определение текущих проблем и путей их преодоления;

б) ежегодное принятие муниципальных планов развития здравоохранения;

в) осуществления постоянного мониторинга эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений.

3.4. Повышение эффективности использования кадрового потенциала, в том числе разработка комплекса мер по ликвидации дисбаланса в соотношении численности врачей и среднего медицинского персонала; подготовка врачей «нового типа» – общей практики.

3.5. Создание условий для рационального использования ресурсов.

3.6. Совершенствование информационного обеспечения системы здравоохранения. Это предусматривает:

а) повышение доступности для органов управления здравоохранения информации, необходимой для оценки и прогнозирования уровня общественного здоровья населения области;

б) совершенствование системы сбора информации об уровне ресурсного обеспечения системы здравоохранения и эффективности использования ресурсов, доступности и качестве медицинского обслуживания;

в) обеспечение населения информацией о доступности и качестве медицинских услуг, о необходимости ведения здорового образа жизни.

Реализация указанных направлений в комплексе должна способствовать реальному улучшению состояния здоровья населения Вологодской области. В первую очередь, необходимо решить основные организационные и экономические задачи, что позволит в дальнейшем перейти к практической реализации политики по созданию условий для успешного развития профилактики заболеваний, здорового образа жизни, повышения качества медицинской помощи.

Я. А. Шулова

## МОБИЛЬНОСТЬ ЦЕННОСТЕЙ И ЖИЗНЕННЫЕ УСТРЕМЛЕНИЯ СТУДЕНТОВ

Ценности составляют основу культуры. Они – наиболее мобильный и в то же время самый устойчивый ее компонент. Ценности



Шулова Янина Абрамовна – к. филол. н., доцент ВГМХА.

и их ядро – норма – обеспечивают обществу стабильность, а его членам – идентичность. Существуют ценности общечеловеческие (представления людей о добре и зле, о дозволенном и недозволенном, воздаянии за совершенные преступления), базовые ценности, зафиксированные в Конституции РФ, индивидуальные, которые есть у каждого индивида, у каждой семьи, каждой профессиональной и этнической общности. Можно выделить также витальные ценности и ценности инструментальные. Внимание к проблеме ценностей усиливается в переломные