

Проблемы сохранения человеческого потенциала

**МЕДИКО-
ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ
АСПЕКТЫ**

Вологда • 2006



РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАУК
ВОЛОГДСКИЙ НАУЧНО-КООРДИНАЦИОННЫЙ ЦЕНТР ЦЭМИ РАН
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВОЛОГДСКОЙ ОБЛАСТИ

**ПРОБЛЕМЫ СОХРАНЕНИЯ
ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА:
МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ**

ВОЛОГДА
2006

Проблемы сохранения человеческого потенциала: медико-демографические аспекты / рук. авт. коллектива к. м. н. А. И. Попугаев. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2006. – 157 с.

Авторский коллектив:

А.И. Попугаев (руководитель)
Н.А. Рыбакова, К.А. Гулин (заместители руководителя)
Н.А. Короленко, А.А. Шабунова, Г.В. Тихомирова

В книге рассматриваются методологические и методические вопросы, связанные с медико-демографическими аспектами исследований проблемы сохранения и развития человеческого потенциала. Характеризуются факторы, формирующие в современной России общественное здоровье (материальное положение населения, питание, поведенческие факторы риска, физическая активность, доступность и качество медицинской помощи). Обосновываются приоритетные направления охраны, стабилизации и укрепления общественного здоровья в Вологодской области.

Книга предназначена руководителям и специалистам государственных и муниципальных органов управления, работникам сферы здравоохранения, широкому кругу ученых, преподавателям вузов, аспирантам, студентам, а также всем интересующимся проблемами охраны и укрепления здоровья населения.

Научные консультанты:

доктор экономических наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ
директор Вологодского НКЦ ЦЭМИ РАН

В. А. Ильин

кандидат медицинских наук, заслуженный врач России
начальник Департамента здравоохранения Вологодской области

А. А. Колинъко

Рецензенты:

Академик РАМН, профессор
директор ФГУ «ГНИЦ профилактической медицины» Росздрава РФ

Р. Г. Оганов

Чл.-корр. РАМН, профессор
заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения
ММА им. И.М. Сеченова

В. З. Кучеренко

ISBN 5-93299-093-7

ОГЛАВЛЕНИЕ

<i>Стародубов В.И.</i> К читателям	5
<i>Введение</i>	6
Глава 1. Теоретико-методологические аспекты изучения здоровья населения	9
Глава 2. Тенденции и проблемы общественного здоровья	29
2.1. Демографическое развитие и здоровье населения России ...	29
2.2. Региональные аспекты общественного здоровья	38
2.3. Состояние здоровья в оценках населения	45
Глава 3. Социальные условия сохранения и укрепления общественного здоровья в регионе	50
3.1. Объективные факторы формирования общественного здоровья населения	50
3.2. Субъективные факторы формирования общественного здоровья населения	58
Глава 4. Деятельность системы здравоохранения как основа охраны и укрепления здоровья	67
4.1. Тенденции развития российской системы здравоохранения	67
4.2. Региональное здравоохранение и общественное здоровье	71
4.3. Доступность и качество медицинского обслуживания в оценках населения	81
4.4. Участие населения в финансировании здравоохранительной деятельности	88

Глава 5. Опыт развития системы профилактики болезней органов кровообращения в регионе	93
1.1. Интегрированная модель профилактики болезней системы кровообращения	93
2. Развитие системы медицинской профилактики в Вологодской области	103
3. Совершенствование медико-профилактической помощи	110
<i>Заключение</i>	<i>128</i>
<i>Список использованных источников</i>	<i>133</i>
<i>Приложения</i>	<i>138</i>
1. Естественное движение населения в муниципальных образованиях Вологодской области	139
2. Состояние здоровья жителей муниципальных образований Вологодской области	140
3. Анкета для изучения оценок населением Вологодской области состояния здоровья и условий его охраны и укрепления	141
<i>Сведения об авторах</i>	<i>156</i>

К ЧИТАТЕЛЯМ



Преодоление демографического кризиса, сохранение и развитие человеческого потенциала сегодня являются для России жизненно важными задачами. Снижение численности населения, ухудшение его качественных характеристик (в первую очередь показателей здоровья) в период трансформационных преобразований в России значительно повышают ответственность государства в области охраны здоровья населения. Понимание этой про-

блемы привело к созданию национального проекта «Здоровье», направленного, прежде всего, на развитие первичной медицинской помощи и системы профилактики заболеваний.

Реализация основных направлений национального проекта связана не только с выполнением законодательных актов, но и привлечением внимания широкой общественности к вопросам здоровья, изменением общественного сознания в вопросах формирования ответственности каждого за свое здоровье. Предлагаемая вашему вниманию монография «Проблемы сохранения человеческого потенциала: медико-демографические аспекты» несомненно способствует выполнению данной задачи.

В основу книги положено совместное исследование ученых Вологодского научно-координационного центра ЦЭМИ РАН и специалистов Департамента здравоохранения Вологодской области, что делает результаты представляемой работы еще более аргументированными и значимыми.

Книга будет интересна и полезна специалистам в области здравоохранения и научным работникам, преподавателям высших учебных заведений и студентам, а также широкому кругу читателей, интересующихся проблемами охраны и укрепления здоровья.

*Стародубов Владимир Иванович,
заместитель министра здравоохранения
и социального развития РФ*

ВВЕДЕНИЕ

Здоровье населения и общества всегда было одним из важнейших факторов, определяющих статус цивилизации на временном векторе истории человечества. Это естественная и непреходящая жизненная ценность, занимающая самую верхнюю ступень на иерархической лестнице ценностей. Поэтому значение сохранения здоровья неуклонно возрастает по мере развития общества. В мировой практике здоровье населения ставится на первое место при оценке качества жизни, поскольку рассматривается как базисная потребность человека и главное условие его жизнедеятельности. В основах «Политики достижения здоровья для всех» Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) указано:

- здоровье является неотъемлемым правом человека;
- возможности для формирования, сохранения и укрепления здоровья должны быть равными для всех людей;
- все должны участвовать в работе по укреплению здоровья [27].

Согласно «Основам законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» государство гарантирует охрану здоровья граждан как совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского характера, направленных на сохранение и укрепление здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья [56].

Динамика показателей здоровья населения России указывает на то, что степень реализации этих принципов не отвечает потребностям общественного прогресса. Россия живет в режиме депопуляции с 1992 г. Острота депопуляционной проблемы обусловлена не только сужением базы воспроизводства, но и высокой смертностью населения. Ожидаемая продолжительность жизни – самая низкая среди развитых стран. Она составляет 65,3 года, причем ожидаемая продол-

жительность жизни мужчин на 13 лет короче, чем женщин. Доля лиц с плохим и очень плохим здоровьем непрерывно возрастает в течение всего периода реформ, увеличивается доля хронических больных [14]. Стремительные темпы снижения рождаемости и роста смертности, сокращения средней продолжительности жизни говорят о том, что здоровье жителей России находится в большой опасности. Проблема усугубляется тем, что негативные изменения в здоровье населения носят долговременный характер, поскольку имеют свойство воспроизводиться в жизни не только современных, но и будущих поколений.

Согласно статье 41 Конституции РФ медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно [38]. В то же время конституционные гарантии бесплатной медицинской помощи носят декларативный характер и не сбалансированы с финансовыми ресурсами, а права граждан на ее получение четко не определены. На практике это означает снижение доступности медицинской помощи для основной части населения. Как следствие, нарастает платность при получении медицинской помощи, в том числе и в теневых формах.

Поиск и выбор эффективных подходов к решению вопросов укрепления здоровья в условиях экономического кризиса в России чрезвычайно сложны в силу многофакторности существующих проблем, необходимости комплексного многоуровневого их решения.

Успех деятельности в этом направлении может быть достигнут только в случае межведомственного партнерства. В регионе эти цели преследуют концепция «Вологодская область – Здоровье-21: долгосрочная политика охраны и укрепления здоровья населения Вологодской области», утвержденная постановлением губернатора Вологодской области №416 от 15.05.2000 г., и стратегический план «Охрана и укрепление здоровья населения Вологодской области на 2003 – 2010 годы», утвержденный постановлением Правительства Вологодской области №696 от 21.10.2002, [39, 73], декларирующие формирование устойчивой положительной динамики состояния здоровья населения и повышение качества трудового потенциала на основе профилактического подхода к поддержке здоровья и формированию здорового образа жизни населения.

На основе указанных документов разрабатываются обязательные для исполнения всеми заинтересованными структурами предложения по проведению мероприятий, обеспечивающих улучшение общественного здоровья. Они предполагают создание и совершенствование информационно-аналитической среды, позволяющей осуществлять мониторинг за выполнением мероприятий, оценивать их результаты и прогнозировать варианты дальнейшего развития.

Исходя из совокупности поставленных в рамках указанных документов задач Вологодский научно-координационный центр ЦЭМИРАН с 1999 г. проводит научно-исследовательскую работу «Мониторинг здоровья населения Вологодской области», цель которой – выявление и анализ объективных и субъективных факторов, влияющих на здоровье населения Вологодской области, разработка регионального подхода к решению проблем здравоохранения (в *приложении 3* представлена анкета с помощью которой проводился опрос населения области)¹. Авторы книги сознают, что они не могли охватить все многообразие имеющихся материалов по проблеме. Задача состоит в том, чтобы отразить основные тенденции в разработке проблемы и определить главные направления как практических мероприятий, так и научных исследований. Это позволяет надеяться, что книга будет способствовать реализации здравоохранительной политики региона.

¹ Специальные опросы общественного мнения по проблеме здоровья проходили в городах Вологде и Череповце, а также в Бабаевском, Великоустюгском, Вожегодском, Грязовецком, Кирилловском, Никольском, Тарногском, Шекснинском районах. Объем выборки – 1500 респондентов ежегодно. Выборка целенаправленная, квотная. Репрезентативность выборки обеспечена соблюдением следующих условий: пропорции между городским и сельским населением, пропорции между жителями населенных пунктов различных типов (сельские поселения, малые и средние города), пропорции половозрастной структуры взрослого населения области. Ошибка выборки не превышает 5%. Техническая обработка информации произведена в программах SPSS и Excel.

ГЛАВА 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Определение понятий. Понятие «здоровье» характеризуется сложностью, многозначностью и неоднородностью состава (т.е. оно синкретично). Несмотря на мнимую простоту его обыденного понимания, в нем отражаются фундаментальные аспекты биологического, социального, психического и духовного бытия человека в мире.

Анализу существующих определений здоровья, их эволюции, типологии и классификации посвящен ряд работ российских и зарубежных авторов. По мнению ряда исследователей, сейчас насчитывается от 100 до 300 определений понятия «здоровье» [48].

В очень отдаленные времена здоровье определяли как отсутствие болезни. Исходили из альтернативы: если человек не болен, значит, он здоров. Однако современного человека уже не устраивает только отсутствие болезни, не достаточно не иметь заболевания, надо быть еще и благополучным в разных отношениях.

Определение понятия «здоровье» было впервые сформулировано Всемирной организацией здравоохранения в 1940 г.: «Здоровье – это состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов. Обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав человека без различия расы, религии, политических убеждений, экономического или социального положения» [76].

Верное по смыслу определение тем не менее не отражает всех возможных состояний человека. Точнее было бы выразиться таким образом: «Здоровье человека – это не только отсутствие болезней и благополучие, но и наличие гигиенического мировоззрения и гигиенической культуры» [26].

В настоящее время появляется все больше работ, посвященных осмыслению здоровья и как основополагающей ценности культуры, и как ценностной ориентации, определяющей социальное и психическое бытие конкретной личности. Предпринимается попытка интегрировать эти модели и схемы с учетом их ограничений на единой концептуальной основе, согласно базовым принципам теории систем [11].

В структуре здоровья авторы выделяют следующие компоненты: духовно-нравственный, личностный, социальный, интеллектуальный, эмоциональный, репродуктивный, физический (табл. 1.1). Все компоненты взаимосвязаны друг с другом и формируют единый процесс здоровья [46].

Таблица 1.1. Компоненты, составляющие здоровье

Составляющие (компоненты) здоровья	Характеристика составляющих здоровья
Духовно-нравственный	Прежде всего, это сила духа человека и иерархия его жизненных ценностей, на основе которой формируется индивидуальная программа жизнедеятельности.
Психический (личностный)	Способность осознавать себя личностью, адекватной своему биологическому возрасту и полу; состояние душевного благополучия, характеризующееся отсутствием болезненных психических проявлений и обеспечивающее адекватную условиям окружающей действительности регуляцию поведения, деятельности.
Когнитивный (интеллектуальный)	Способность мыслить позитивно и оперативно, принимать адекватные решения, уметь выделять главное, находить недостающую информацию.
Эмоциональный	Способность противостоять стрессам, адекватно оценивать эмоции окружающих, проявлять свои эмоции и управлять ими. Эмоциональная составляющая здоровья оказывает влияние на все остальные его компоненты.
Социальный	Способность к <u>адаптации</u> и высокая степень адаптированности в жизни и социуме. Социальное здоровье человека определяется и его социальной активностью, профессиональными достижениями, высокой коммуникативностью, широким кругом общения, наличием взаимопонимания, социально-психологической поддержки.
Репродуктивный	Способность к продлению рода, к рождению здоровых детей.
Физический (соматический)	Естественное состояние организма, когда все показатели деятельности органов и систем соответствуют возрастнополовой норме, являющееся выражением его совершенной саморегуляции, гармоничного взаимодействия всех органов и систем и динамическим равновесием с окружающей средой.

В социологии здоровья выделяются следующие уровни определения здоровья:

– здоровье индивида – инвариант состояния организации целенаправленно функционирующей личности, отражающий единство ее морфологических, функциональных и генетических аспектов, способность решать возникающие перед ней проблемы;

– здоровье семьи – инвариант состояния организации целенаправленно функционирующей стойкой репродуктивной группы людей (семьи), отражающий единство ее морфологических, функциональных и генетических аспектов, способность решать проблемы воспроизводства и воспитания потомства, сохранения семьи и другие проблемы социальной коммуникации, возникающие перед ней;

– здоровье населения (популяции) – инвариант состояния организации группы людей с четко обозначенным образом жизни, который выражает единство ее структурно-морфологического, функционального и социально-генетического аспектов, а также способность решать возникающие перед ней проблемы социальной коммуникации.

В данных определениях зафиксирована не только формально-видовая характеристика объекта. Качество наблюдаемого состояния любого из приведенных объектов, его индивидуальность и уникальность отражаются в определениях включенным в них термином «инвариант». Он констатирует, что состояние здоровья (как информационный продукт) на всех стадиях жизненного цикла объекта является результатом генезиса связи его индивидуальных морфологических и функциональных характеристик [74].

Именно мировоззрение, то есть определенный набор знаний, усвоенных культурных ценностей, изначально определяет поведение человека, его медицинскую или гигиеническую активность, направленную на сохранение и укрепление здоровья на различных этапах роста и развития. Именно мировоззрение определяет потребность в хорошем здоровье. Забота о здоровье и его укреплении является естественной потребностью культурного человека, неотъемлемым элементом его личности.

Все это, вместе взятое, определяет мотивацию поведения человека, направленную на сохранение здоровья как бесценного дара природы. В последние годы возросла ценность здоровья. Это связано с изменением социальных отношений в обществе, пересмотром ценностных ориентаций. Постепенно приходит понимание того, что здоровье – это неотъемлемое условие в любой области деятельности человека – материальной или духовной.

Общая культура человека во многом формирует его образ жизни. Трактовка понятия «благополучие» затрагивает все стороны жизни человека. Человек находится в состоянии совершенно полного благополучия, когда гармонично сочетаются физические, социальные, психические (интеллектуальные), духовные, эмоциональные составляющие его жизни, когда удачно складывается рост его карьеры.

Каждый в отдельности и все вместе они оказывают самое существенное влияние на здоровье и благополучие человека, определяют «степень полноценности» его жизни.

Образ жизни – социальная категория, включающая качество, уклад и стиль, уровень жизни. «Здоровая» модель поведения уменьшает риск возникновения заболеваний.

Под здоровым образом жизни следует понимать такое поведение человека, которое направлено на сохранение и укрепление здоровья и базируется на гигиенических нормах, требованиях и правилах. Здоровый образ жизни – это своего рода система взглядов, которая складывается у человека в процессе жизни под влиянием различных факторов, на проблему здоровья не как на некую абстракцию, а как на конкретное выражение возможностей человека в достижении любой поставленной цели [53].

Практика показывает, что усвоение семи положительных в гигиеническом отношении привычек (отказ от курения, рациональное питание, пребывание на свежем воздухе, физические упражнения, 7–8 часовой сон, поддержание нормальной массы тела, отказ от употребления алкоголя) приводит к сокращению смертности на 28% у мужчин и на 34% у женщин по сравнению с ее уровнем у лиц, не выполняющих этих условий поведения [26, 36].

Именно поэтому здоровый образ жизни и уменьшение ущерба, причиняемого алкоголем, табаком, наркотиками, выделяются в качестве основных направлений деятельности в рамках политических документов – концепции «Вологодская область – Здоровье-21» и стратегического плана «Охрана и укрепление здоровья населения Вологодской области на 2003 – 2010 годы» [39, 73].

Образ жизни формируется обществом, в котором живет человек, в то же время принципы здорового образа жизни – прерогатива медицины и других наук о человеке.

Что же такое болезнь? Формирование, уточнение категории болезни, изучение заболеваний и болезней – один из способов исследования здоровья в целом. Представления о болезни не являются статичными, а изменяются под влиянием научно-технической революции, вследствие установления новых источников заболеваний, трансформации структуры заболеваемости. Некоторые болезни исчезают, а другие появляются вновь. Вторая половина XX века характеризуется увеличением числа пациентов, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, онкологическими и нервно-психическими болезнями.

В связи с тем, что понятие «болезнь» длительное время занимало основное место в исследовании здоровья и поведения человека, существует ряд различных теоретических подходов к его определению.

Диалектико-материалистическая трактовка болезни. *К. Маркс* писал о болезни как о стесненной в своей свободе жизни. Развивая эту мысль, можно предположить, что имеется в виду ограничение функций человека, а также нарушение межличностных контактов.

В советской социологии болезнь часто определялась через противоречие единства биологического и социального. *А.М. Изуткин* и *Ю.П. Лисицын* считали, что болезнь характеризуется нарушением гармонии биосоциальной жизнедеятельности, ограничением проявлений социальных и природных качеств человека [42]. *Г.И. Царегородцев* и *А.В. Шиманов* определяли ее через нарушение нормальной жизнедеятельности человека и системы его отношений с окружающей природой и социальной средой [81].

В Большой советской энциклопедии болезнь – это процесс, вызванный воздействием на организм вредоносных раздражителей внешней или внутренней среды. В результате адаптивность живого организма снижается [7].

Важное место в ряду определений болезни занимают дефиниции болезни, данные через понятие «норма». *В.П. Петленко*, *М.И. Резник* считают, что болезнь – это нарушение нормального психомоторного состояния и способности человека оптимально удовлетворять свои материальные и духовные потребности [58].

По аналогии с понятием здоровья в социальном конструктивизме принято считать, что понятие «болезнь» формируется среди различных социальных групп. Восприятие болезни, по мнению ряда исследователей, определяется сущностью общества, где эти идеи развиваются [21]. Отсюда вытекают следующие выводы:

➤ фундаментальные изменения в представлениях о болезни с неизбежностью происходят во всех обществах, которые претерпевают серьезные социальные изменения; переориентация на уровне медико-антропологических идей сопровождается реорганизацией общества;

➤ устаревшие медико-социальные идеи, доминировавшие ранее, сохраняются в маргинальных группах, придерживающихся тех взглядов на мир, которые вытеснены в других обществах;

➤ группы, которые на базе своих представлений о мире или на основе своих социально-политических идей смогли организовать серьезную оппозицию или занять доминирующие в обществе позиции, вскоре будут создавать или поддерживать новые медико-социальные взгляды.

Выделены два способа смены медико-социальных взглядов. Во-первых, можно переориентироваться с одной системы медицины на другую, которая лучше сочетается с нормами. Во-вторых, можно сменить социальный порядок на иной, который направлен на сохранение здоровья и не противоречит взглядам определенных социальных групп [21].

М. Фуко полагал, что болезнь связана с самой жизнью, «подпитывается ею», она – не событие, «природа которого привнесена извне; она суть жизни, изменяющаяся в отклоняющемся функционировании», «внутреннее искажение жизни». Болезнь и представления о болезни могут быть исследованы, «открыты для эффективного расчленения речью и взглядом» [80].

На современном этапе понятие «болезнь» изучается различными науками и в каждой отрасли имеет свое определение [44]. Согласно биологическим дефинициям болезнь – это:

- нарушения, поломки, дефекты деятельности организма, его органов и систем;
- нарушение связей, гармонии с внешней средой, адаптации к окружающей среде;
- нарушения целостности организма, его внутренней среды, нарушения постоянства внутренней среды;
- нарушения функций и механизма адаптации, общего адаптационного синдрома, состояние дистресса;
- адаптация через механизм нарушенной адаптации, адаптация через боль;
- несоответствие природных и биоритмов организма (дисхроноз).

По кибернетическим, управленческим дефинициям дано следующее определение болезни:

- ◆ нарушения механизмов координации, регуляции функций организма;
- ◆ разлад, нарушение функциональной структуры организма как сложнейшей кибернетической системы;
- ◆ нарушения модели организации, расстройство алгоритма жизнедеятельности.

Согласно энергетическим дефинициям болезнь – это:

- ⇒ дефицит, избыток, дисбаланс энергии человеческого организма;
- ⇒ нарушения расходования энергетических ресурсов организма;
- ⇒ неадекватное, не соответствующее потребностям воздействие энергетических, силовых, магнитных «полей», воздействий вне и внутри организма и т.п.

Социологические и психологические дефиниции дают следующее определение болезни:

- ▶ нарушение, «стеснение» свободы человеческой жизни во всех ее проявлениях, нарушение функций человека;

- ▶ нарушение человеческих (общественных) отношений, взаимосвязей, контактов, социальных черт, свойств;

- ▶ психологический срыв, психологическая дезадаптация, дезинтеграция личности, человеческих чувств и психологических установок; психосоматическая дезорганизация, дезадаптация и др.;

- ▶ нарушение условий и образа жизни, жизненного стереотипа, стиля жизни человека.

Таким образом, понятия здоровья и болезни имеют длительную историю становления. Оба понятия находятся в сфере интересов различных наук, вследствие чего к каждому необходим комплексный подход, объединяющий различные точки зрения.

Организм человека считается здоровым, если его жизнедеятельность уравновешивается с окружающей средой. Незначительные нарушения равновесия организма со средой могут вызвать сдвиги в функциональной системе. Такого человека считают здоровым, но состояние его организма находится на грани между здоровьем и болезнью – это пограничное состояние [72].

Когда стойко нарушается равновесие организма с внешней средой, возникает заболевание, которое и приводит к выраженным физиологическим и морфологическим сдвигам. Таким образом, болезнь – это любое стойкое нарушение гомеостаза (постоянства внутренней среды организма).

Состояние человека определяется не только объективными данными, но и эмоциональным или чувственным восприятием самого себя. Из этого следует сделать вывод о том, что понятие нормы как отражение внутренней среды организма не абсолютное, а относительное. То, что для одного человека является отклонением от нормы, есть проявление болезни, для другого – проявление всего лишь одного из вариантов нормы. И в этом заключается одна из множества методических трудностей в постановке диагноза заболевания. Более того, разные факторы затрагивают различные уровни организации биологической системы. Чем ниже уровень разрушения, тем сложнее поставить диагноз. Любое воздействие внешней среды на организм человека вызывает его ответную реакцию. Как правило, она тем сильнее, чем интенсивнее воздействие.

В реальной жизни в каждый момент времени на человека одновременно оказывает воздействие большое число факторов. Под влиянием любых воздействий происходят изменения внутренней среды организма, и все известные реакции его направлены на сохранение или выравнивание ее параметров. Их называют адаптационно-компенсаторными реакциями, в основе которых лежат адаптационно-компенсаторные механизмы. Другими словами, организм либо приспосабливается к вновь изменившимся условиям (адаптация – в переводе с латинского приспособление, привыкание), либо компенсирует частично или полностью утраченную функцию. Последнее возможно благодаря пластичности организма, отдельных его систем и органов. В том случае, когда интенсивность воздействия очень велика или продолжительна, напряжение адаптационно-компенсаторных механизмов достигает значительного уровня. Если время воздействия незначительно, организм справляется, но при длительном воздействии происходит разрушение указанных механизмов и развитие заболевания. Организм всегда находится под влиянием тех или иных факторов, то есть в некотором напряжении. И это нормально. Заболевание возникает тогда, когда воздействие либо слишком сильное, либо адаптационно-компенсаторные механизмы ослаблены. Можно ли избежать подобной ситуации? Для этого необходимо заниматься своим здоровьем, поднимать свои функциональные резервы и поддерживать их на высоком функциональном уровне [1, 2].

Одним из важнейших направлений в медицине начиная со времен Гиппократ (около 460 – 370 г. до н.э.) является профилактика заболеваний. В переводе с греческого профилактика означает предупреждение тех или иных заболеваний, сохранение здоровья и продление жизни человека. В последние годы профилактика приобретает особое звучание в связи с тем, что лечение болезни – очень дорогое удовольствие и предупредить заболевание легче, проще, надежнее, чем вылечить болезнь.

Таким образом, под термином «профилактика» следует понимать систему мер, направленных на предупреждение или устранение причин, вызывающих заболевание.

В течение всей жизни на человека оказывают влияние самые разнообразные факторы внешней и внутренней среды организма. Их такое большое количество, что невозможно перечислить все. ВОЗ выделила более 200 факторов и ранжировала их в порядке значимости для здоровья человека. Заслуживают внимания отдельные из них:

гиподинамия, неправильное питание, вредные привычки, несоблюдение санитарно-гигиенических норм. Эти факторы в совокупности выступают причиной более одной трети всех случаев смерти людей в мире [16, 23, 36]. Их неблагоприятное влияние есть результат неправильного поведения самого человека, отсутствия у него простых и ясных знаний о разрушающем действии на здоровье каждого фактора в отдельности.

Итак, здоровый образ жизни – это поведение человека, которое отражает определенную жизненную позицию, направленную на сохранение и укрепление здоровья и основанную на выполнении норм, правил и требований личной и общественной гигиены.

В демографии, социальной гигиене и организации здравоохранения различают здоровье индивидуальное и здоровье общественное [50, 68, 87].

Здоровье индивидуума – это качественная характеристика состояния человека, обеспечивающая достижение чувства полноты жизни и максимально возможный для него вклад в человеческую культуру.

Под общественным здоровьем (здоровье нации, популяционное здоровье) понимается здоровье населения, обусловленное комплексным воздействием социальных и биологических факторов окружающей среды, оцениваемое социально-экономическими, демографическими показателями, характеристиками физического развития, заболеваемости и инвалидности при определяющем значении экономического и политического строя, зависящими от условий общественной жизни (труд, быт, отдых, питание, уровень образования, культуры, санитарного просвещения, доступность и качество медицинской помощи).

Изучение общественного здоровья как социальной ценности и показателя социального прогресса позволяет определить приоритеты социальной политики государства. Здесь сходятся интересы целого ряда наук: философии, социологии, политологии, экономики, психологии, медицины [43, 57].

В последние годы значительно возрос интерес ученых к понятию «качество жизни»[24]. Это одна из характеристик образа жизни, которая обозначает совокупность черт и свойств личности и общества, условий жизни, здоровья, работы, питания, отдыха, обеспеченности жильем, состояние среды обитания. Универсального определения качества жизни не существует, поскольку оно рассматривается разными науками и с различных позиций (социальной, экономической, философской и др.).

Большая исследовательская работа по выработке критериев качества жизни была проведена Всемирной организацией здравоохранения. Согласно ее рекомендациям качество жизни следует рассматривать как индивидуальное соотношение положения человека в жизни общества, в контексте культуры и системы ценностей этого общества, с целями данного индивидуума, его планами, возможностями и степенью общего неустройства [24].

Качество жизни напрямую зависит от здоровья человека, в то же время само здоровье выступает важнейшим элементом качества жизни. Нынешнее состояние здоровья населения определяется, в первую очередь, такими факторами, как образ жизни, профессиональный, трудовой, социальный статус, социально-экономическое положение, экологические условия.

Факторы, определяющие здоровье. Одним из основных исследовательских вопросов в социологии здоровья является описание факторов, влияющих на него. Выявление данных факторов позволяет решать практические задачи, а именно повышать эффективность здравоохранения, оптимизировать его стратегии в лечебном процессе и в профилактике заболеваний.

Попытки построить интегрированные методики и комплексные показатели общественного здоровья с учетом всех действующих на него факторов предпринимались многими отечественными исследователями.

Традиционная модель анализа факторов общественного здоровья (*Л.С. Шилова*, 1989) включает в себя рассмотрение уровня развития здравоохранения, социально-психологических, генетических, социально-демографических, социально-экономических и экологических факторов. По мнению автора, на здоровье и болезнь воздействуют социальная структура общества, разделение труда, социально-экономический статус индивида, жизненный опыт и индивидуально-психологические характеристики [85].

В отечественной науке встречаются различные классификации факторов, влияющих на здоровье индивида и общественное здоровье. В типологии, предложенной *Н.М. Римашевской* [24] и *М.С. Бедным* [5], выделяются следующие переменные:

➤ биологические, касающиеся численности и состава населения, половозрастных и генетических признаков, адаптационных возможностей, эмоционально-психических особенностей;

➤ природно-географические, включающие такие компоненты физической среды, как почва, воздух, вода, климат, растительность;

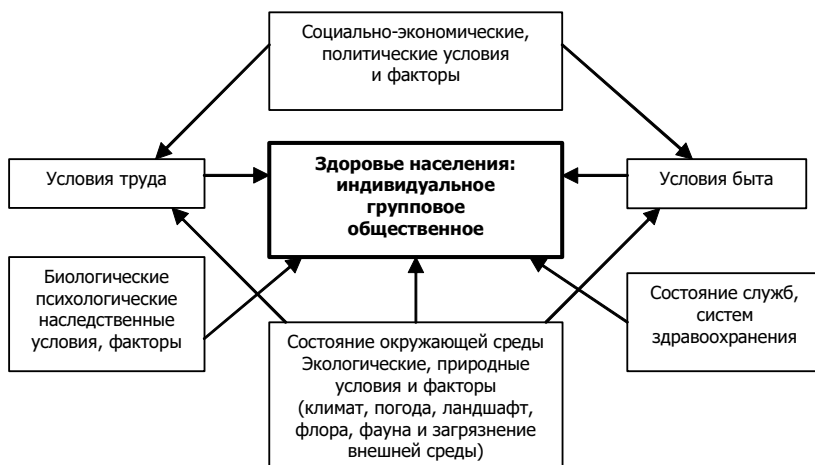
➤ социально-экономические и психологические (общественно-политический строй, духовная культура, образ жизни, стиль поведения, степень урбанизации и территориальной мобильности, состояние окружающей среды, уровень дохода, условия труда, быта и питания, жилье);

➤ уровень развития здравоохранения и медицинской науки.

В.П. Казначеев [32] при анализе факторов, способствующих формированию здоровья, сохранению нации, разбивает их на две группы. В первую попадают генетические, биологические, семейные, демографические, социально-экономические условия и организованность индивидуального жизненного цикла. Вторую группу составляют «социальные организации», определяемые автором как институт культуры и просвещения.

Ю.П. Лисицын и соавторы [43] предлагают схематическую структуру факторов, влияющих на индивидуальное, групповое и общественное здоровье (рис. 1.1).

Рис. 1.1. Факторы, влияющие на состояние здоровья населения



Источник: Лисицын Ю.П., Полунина Н.В., Отдельнова К.А. и др. Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения: Учебное руководство. – Казань, 1998.

Одним из важнейших факторов или элементов внешней среды в системе гигиенических знаний, навыков, умений, направленных на сохранение и укрепление здоровья, являются образование и просвещение в их конкретном выражении. От того, что будет заложено в человеке с самого раннего детства, во многом будет зависеть его мировоззрение, культура, образ жизни. Образование тесно связано

с воспитанием, это долгий и трудный процесс педагогического воздействия на человека на всем протяжении его роста и развития, становления его личности, воспитания характера [9, 26, 47].

Гигиеническая наука считает, что состояние здоровья населения определяется тремя основными факторами: генофондом популяции, состоянием окружающей среды и социально-экономическими факторами (жилищные условия, питание, физическая культура, возможность для рекреации и досуга, уровень здравоохранения).

Наиболее обобщенным вариантом структуры обусловленности здоровья населения является подразделение факторов воздействия на эндогенные и экзогенные с выделением поведенческого и психологического аспектов. Согласно исследованию ВОЗ здоровье населения обусловлено: на 10% – состоянием сферы здравоохранения; на 20% – состоянием (загрязнением) внешней окружающей среды; на 20% – генетическими факторами; на 50% – образом жизни. Ряд отечественных исследователей выделяет четыре основных блока факторов и приблизительно определяет их вклады следующим образом: социальный – 50–55%, биологический – 15–20%, антропогенный – 20–25%, медицинское обслуживание – 10–15% [35, 41].

Сравнительный анализ выделяемых факторов и их вкладов, предлагаемых другими исследователями, позволяет сделать следующие выводы:

- большая часть группировок в основном являются вариантами группировки ВОЗ с некоторыми различиями в названиях, степени детализации и величине вклада отдельных групп факторов;

- в последнее время особое значение придается группе факторов социального блока, на долю которых приходится половина суммарного воздействия факторов на здоровье населения; иногда психологические и культурные факторы выделяются в отдельные группы; в некоторых случаях уровень медицинского обслуживания не выделяется в отдельный фактор, а включается в группу социальных факторов;

- все более широко в качестве интегрального социального фактора рассматривается образ жизни населения; важно отметить, что в медицинских исследованиях это понятие часто характеризует не только способ деятельности людей, но и условия и уровень жизни;

- в наборах показателей основных групп факторов воздействия имеются отличия.

Результаты обобщения факторов, определяющих здоровье человека, для социально-экономического блока представлены в *таблице 1.2.*

Таблица 1.2. Социально-экономические факторы, воздействующие на здоровье населения

Группа факторов (варианты названия)	Конкретные факторы и показатели
Образ жизни (социальные, социально-экономические, психологические, поведенческие факторы)	Уровень и распределение доходов, уровень безработицы, уровень урбанизации, половозрастная структура населения, миграционная подвижность населения, культурный и образовательный уровень, профессиональный статус, материально-бытовые условия, жилищные условия, условия труда, условия отдыха, характер семьи (количество браков и разводов, удовлетворенность браком), посещение детских дошкольных учреждений, наличие животных в доме (для детей), питание, курение, употребление алкоголя, потребление наркотиков, злоупотребление лекарствами, стрессовые ситуации, занятия спортом (активный образ жизни), медицинская активность, удовлетворенность условиями жизни.

В настоящее время социально-гигиенические и клинико-социальные исследования, особенно комплексные, установили корреляции социальных условий и образа жизни с показателями здоровья населения. Изучение социально-гигиенических аспектов образа жизни населения позволило выделить основные критерии, оказывающие наибольшее влияние на здоровье человека. Выполненные исследования показали, что наибольшее влияние на формирование здоровья и «нездоровья» оказывают такие критерии образа жизни, как медицинская активность, деятельность в быту, социально-культурная активность, производственно-трудовая активность; их совокупное влияние составляет в среднем 72,6 – 83,1% от общего влияния факторов образа жизни (табл. 1.3) [44].

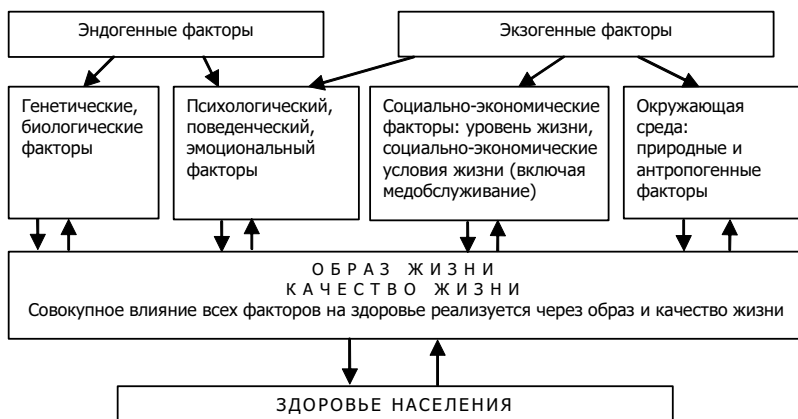
Таблица 1.3. Влияние образа жизни на здоровье и «нездоровье» населения

Характеристики образа жизни, формирующие здоровье населения	Доля влияния, в %	Коэффициент корреляции		Доля влияния, в %	Характеристики образа жизни, формирующие нездоровье населения
		$r \pm m$	$r \pm m$		
Высокий уровень медицинской активности	26,6	0,369±0,0012	0,354±0,0013	21,8	Низкий уровень медицинской активности
Высокий уровень медико-социальной активности	19,8	0,317±0,0007	0,412±0,0014	24,8	Низкий уровень медико-социальной активности
Высокий уровень деятельности в быту	13,1	0,289±0,0014	0,263±0,0012	11,6	Низкий уровень деятельности в быту
Высокий уровень социально-культурной активности	12,4	0,175±0,0014	0,112±0,0011	6,2	Низкий уровень социально-культурной активности
Высокий уровень производственно-трудовой активности	11,2	0,167±0,0013	0,147±0,0013	8,2	Низкий уровень производственно-трудовой активности
Совокупное влияние	83,1	0,689±0,0002	0,751±0,0003	72,6	

Таким образом, наиболее сильное влияние на формирование здоровья населения оказывает медицинская активность, которая отражает типичные и характерные виды, формы деятельности людей в области индивидуального и общественного здоровья. Она включает в себя деятельность отдельных лиц, групп, населения в целом, работу органов и учреждений здравоохранения, направленную на здоровье. При этом медицинская активность складывается из поведения, характеризующего отношение к своему здоровью и здоровью других людей, к выполнению медицинских предписаний и назначений, своевременности посещения лечебно-профилактических учреждений. Медицинская активность обуславливает более 30% всех факторов здоровья населения и от ее недостатка (низкой активности) зависит не менее 50% заболеваемости [44].

На основании анализа и обобщения существующих представлений и концепций Ю.П. Лисицыным предлагается интегральная схема факторов формирования здоровья населения (рис. 1.2).

Рис. 1.2. Воздействие на здоровье населения эндогенных и экзогенных факторов



Источник: Лисицын Ю.П., Полунина Н.В. Общественное здоровье и здравоохранение. – М., 2002.

Согласно схеме, на первом этапе все факторы подразделяются на эндогенные, связанные с особенностями организма населения, и экзогенные, связанные с воздействием на человека внешней среды. На втором этапе выделяются четыре группы факторов, из которых к эндогенным относятся генетические и биологические факторы, к экзогенным – факторы окружающей среды и социально-экономические включая медицинское обслуживание. На стыке экзогенных и

эндогенных – факторы, связанные с поведенческими, психологическими и эмоциональными особенностями человека, которые решено выделить в отдельную группу в связи со спецификой их природы и увеличением свидетельств их значимости для здоровья.

В тесном взаимодействии друг с другом рассмотренные выше факторы определяют образ и качество жизни, которые являются интегральными факторами, непосредственно влияющими на здоровье населения. Образ жизни характеризует различные виды, способы деятельности человека (быт, труд, отдых), а также качество жизни – среду проживания, условия, в которых эта деятельность осуществляется, с позиции комфортности для человека, и субъективную оценку их человеком. В представленной системе также действуют и обратные связи, обуславливающие влияние здоровья на образ и качество жизни населения и в дальнейшем на биологические и наследственные характеристики следующих поколений; психологические и поведенческие особенности человека; социально-экономическое развитие и окружающую среду.

В контексте предложенной интегральной схемы факторов воздействия под социально-экономическими факторами в данном подходе понимаются образ и качество жизни населения и определяющие их уровень жизни, занятость населения, социально-экономические условия жизни (жилищные условия, условия труда и отдыха, доступность и качество услуг, в т.ч. медицинского обслуживания, и т.д.), а также поведенческие и психологические особенности человека, связанные с адаптацией к изменениям в социально-экономической сфере и удовлетворенностью различными сторонами жизни.

В связи со значительным ухудшением здоровья населения России в постсоветский период особую актуальность в отечественной науке приобрело изучение негативных факторов, влияющих на здоровье. По мнению *Б.Т. Величковского* [12], ухудшение демографической ситуации и здоровья населения обусловлено 5 основными факторами:

- лишением большинства населения сильной положительной трудовой мотивации – возможности достойно зарабатывать честным трудом;

- отсутствием необходимой информации и материальной возможности для свободного и сознательного выбора времени рождения ребенка, т.е. предотвращения, а не прерывания нежелательной беременности;

➤ отсутствием в семье и обществе условий для скорейшего и радикального улучшения физического, психологического и социального здоровья детей и молодежи;

➤ невозможностью повсеместного использования населением достаточного количества продуктов питания, воды и напитков, не только безопасных, но и сбалансированных по содержанию микроэлементов, прежде всего йода и фтора, и витаминов, недостающих во многих регионах страны;

➤ неэффективностью мероприятий по сокращению доли бездомного населения и населения, проживающего в неудовлетворительных жилищных условиях.

Измерение влияния отдельных факторов на состояние здоровья достаточно сложный процесс. Основную сложность составляют три момента:

первый – выделение нужного фактора из множества других, также оказывающих влияние на здоровье;

второй – существование временного лага между воздействием какого-либо фактора и проявлением этого влияния на здоровье, причем величины этих лагов не одинаковы;

третий – трудность заключается в необходимости исключить влияние возрастного фактора, который в сильной степени определяет здоровье.

Для получения более достоверных результатов факторы, влияющие на здоровье, необходимо рассматривать в качественном и количественном аспектах [24].

Объективная и субъективная оценка общественного здоровья. Ключевой проблемой российской системы здравоохранения является значительный разрыв между государственными гарантиями бесплатного предоставления медицинской помощи населению и их финансовым обеспечением. По минимальной оценке, объем государственного финансирования здравоохранения (из бюджетов всех уровней и средств обязательного медицинского страхования) в реальном выражении уменьшился в течение 90-х годов на треть. Его рост, начавшийся с 2000 г., пока недостаточен для компенсации произошедшего снижения. Между тем гарантии бесплатного медицинского обслуживания населения, установленные в советское время, остались практически неизменными, а затраты, необходимые для их обеспечения, увеличились вследствие появления новых фондоемких медицинских технологий и новых дорогостоящих лекарственных

препаратов. Финансовая необеспеченность государственных гарантий обусловила рост легальных и теневых расходов пациентов на приобретение лекарств и оплату медицинских услуг и ухудшение доступности качественной медицинской помощи для широких слоев населения.

В настоящее время предложено много показателей, стандартов и других характеристик для оценки здоровья населения. Объективно состояние здоровья оценивается на основании анализа медицинской документации, субъективная оценка здоровья отражает физическое и психическое состояние индивидуума, выявленное на основании данных опроса респондентов. Сравнение и совмещение оценок позволяет вывести интегральный показатель здоровья, представляющий научный и практический интерес. С одной стороны, социологическая информация в контексте мониторинга здоровья может рассматриваться в качестве дополнительной к массиву медико-статистических данных, традиционно используемых в сфере здравоохранения. С другой стороны, эта информация уникальна, так как она отражает явления социальной реальности, которые имеют субъективную природу.

В отечественной науке при оценке здоровья населения чаще всего используют широко известные демографические показатели, показатели заболеваемости, инвалидности и физического развития (рис. 1.3).

Рис. 1.3. Медико-статистические показатели, характеризующие состояние здоровья населения



Источник: Лисицын Ю.П., Полунина Н.В., Отдельнова К.А. и др. Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения: Учебное руководство. – Казань, 1998.

М.С. Бедный [5] считает возможным оценивать состояние здоровья населения по так называемым интегральным показателям, к которым чаще всего относят показатели младенческой и материнской смертности, средней продолжительности предстоящей жизни (СППЖ). Величина перечисленных показателей не только определяет состояние здоровья населения, но и характеризует уровень социально-экономического развития страны в целом, степень медицинской грамотности населения, уровень и качество организации медицинской помощи населению. Как правило, рост экономики государства и индивидуального достатка населения, совершенствование социальной инфраструктуры и организации медицинской помощи сопровождаются снижением показателей смертности и увеличением СППЖ.

Обобщенный опыт существующих подходов и исследований здоровья показывает, что для выявления роли социально-экономических факторов в его формировании наиболее целесообразно использовать следующие показатели: ожидаемая продолжительность предстоящей жизни, показатели смертности (младенческая смертность, перинатальная смертность, смертность по причинам), отдельные показатели заболеваемости (психические расстройства, включая алкоголизм и наркоманию, болезни нервной системы, туберкулез и венерические болезни, врожденные аномалии), а также некоторые другие индикаторы здоровья в зависимости от особенностей и целей проводимого исследования.

Для получения интегральной оценки состояния здоровья населения применяются комплексные показатели (индексы) здоровья, рассчитанные на основе различных наборов исходных показателей. Несмотря на достаточное разнообразие подходов к построению и широкому применению различных индексов, общепризнанного оптимального интегрального показателя здоровья нет.

Для всестороннего изучения роли социально-экономических факторов в формировании здоровья населения необходимо комплексное исследование проблемы на разных территориальных уровнях, поскольку такой подход позволяет перейти от изучения здоровья населения на макроуровне (страна, экономический район) и мезоуровне (субъект Федерации) к конкретному исследованию человека, изучению его отношения к собственному здоровью на микроуровне (район, отдельные населенные пункты). Взгляд на проблему на каждом уровне детализации дает возможность выявить закономерности и особенности, «невидимые» на других уровнях:

- для отражения состояния здоровья на разном уровне обобщения используются разные показатели: так, например, для больших групп населения одним из важнейших показателей является ожидаемая продолжительность жизни, а при исследовании на микроуровне большую роль играет субъективная оценка состояния здоровья;

- некоторые факторы воздействия могут быть изучены только на определенном уровне обобщения: например, отдельные поведенческие и психологические характеристики – на микроуровне;

- возможность и/или целесообразность применения некоторых методов исследования только на определенном уровне обобщения.

Существует многообразие подходов к определению индивидуального и общественного здоровья, но в большинстве своем эти показатели характеризуют не состояние здоровья населения, а его патологию, то есть здоровье населения характеризуется от противного – «нездоровья».

Объективная статистическая информация позволяет быстро охватить проблемную ситуацию и увидеть закономерности и противоречия того или иного явления, но в то же время она оценивает состояние здоровья населения лишь по фактическим уровням заболеваемости. При этом не учитывается латентная заболеваемость, по поводу которой население не обращается за медицинской помощью. Кроме того, при сугубо статистическом подходе за рамками учета оказывается множество социально значимых факторов, оказывающих существенное влияние на общественное здоровье. Следовательно, для полноценного и достоверного анализа состояния общественного и индивидуального здоровья необходим консолидирующий принцип, объединяющий в себе как объективные, так и субъективные критерии оценки состояния здоровья.

В мировой практике все больше утверждается стандартизованный сбор мнений пациентов о своем здоровье как мониторинг результатов здравоохранения. Конечной целью любой здравоохранительной деятельности следует считать достижение качественной жизни пациентов. Поэтому сбор стандартных ответов на стандартные вопросы является самым эффективным методом оценки статуса здоровья. Тщательно выстроенные связи вопросов и ответов легли в основу современных опросников по качеству жизни, применяемых для оценки тактики здравоохранения в целом и при проведении эпидемиологических исследований.

Таким образом, формирование эффективного мониторинга, обеспечивающего динамическую оценку общественного и индивидуального здоровья населения региона и информационную поддержку принятия решений, направленных на его улучшение, должно иметь комплексный межведомственный характер. Информационное наполнение мониторинга должно сочетать в себе объективные (статистические) и субъективные (данные опросов общественного мнения) показатели.

Помимо перечисленных методов оценки здоровья, в качестве измерителя уровня здоровья учеными используется и его самооценка респондентами по пятибалльной шкале: от 5 баллов (отличное) до 1 балла (очень плохое).

В современной западноевропейской социологии здоровья и здравоохранения акцент сделан на изучении продолжительности здоровой жизни и ее качества. Для этого применяются такие индикаторы, как мобильность, самообслуживание, повседневная деятельность, боль и дискомфорт, беспокойство или депрессия. На основании этих индикаторов составляется шкала измерения качества здоровья [21].

Однако в отечественной науке при оценке здоровья населения чаще всего опираются на широко известные демографические показатели, показатели заболеваемости, инвалидности и физического развития.

ГЛАВА 2

ТЕНДЕНЦИИ И ПРОБЛЕМЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

2.1. Демографическое развитие и здоровье населения России

Анализ состояния и тенденций популяционных процессов в мире указывает, что их эволюция осуществлялась в соответствии с закономерностями естественно-научного характера, которые стали фоном для проявлений развернувшегося в России социально-экономического кризиса.

В начале прошлого столетия экономически развитые страны вступили на путь перехода к современному способу воспроизводства населения [51].

Первая фаза этого демографического перехода представляет собой стадию отхода процессов естественного движения населения от патриархального типа его воспроизводства, заключающегося в очень высоких уровнях рождаемости и смертности, высоком уровне естественного прироста населения, молодой возрастной структуре населения и также высоком уровне младенческой смертности.

Очередной этап перехода к современному способу воспроизводства – стремительное снижение рождаемости, происходящее параллельно с ним снижение смертности (в том числе младенческой), очень высокий естественный прирост населения.

В основе третьей фазы демографического перехода лежит замедление темпов снижения рождаемости при нарастании смертности, постарение населения, являющееся следствием неуклонного повышения продолжительности предстоящей жизни. В конце этой фазы уровни рождаемости и смертности приближаются друг к другу с формированием низкого уровня естественного прироста населения и низкой младенческой смертности.

Весь цивилизованный, экономически развитый мир уже преодолел этот путь и в настоящее время находится в состоянии его четвертой, заключительной фазы, на которой популяция достигла устойчивого динамического равенства процессов рождаемости и смертности, нулевого, слабо или умеренно отрицательного естественного прироста населения, очень низкой младенческой смертности и значительной доли в общей структуре пожилого населения. Сущность этой фазы демографического перехода заключается в достижении народонаселением стабильной и неизменной численности и структурного состава, что происходит во всех странах мира практически по типовой схеме.

Вступление страны на путь современного способа воспроизводства населения представляет собой результат созревания в обществе сложного комплекса взаимосвязанных с уровнем научно-технического прогресса явлений: например, чем выше образование, тем ниже рождаемость. Точно так же на состоянии рождаемости отражаются и темпы урбанизации: показатели рождаемости в городах ниже по сравнению с сельскими поселениями.

Максимальное снижение младенческой смертности (нормальным принято считать смертность 5,0 на 1000 родившихся живыми) ведет к планированию семьи, а не заставляет иметь большее количество детей в расчете на то, что часть из них непременно умрет в младенчестве [51].

В связи с переоценкой ценностей в современном цивилизованном мире и выходом на первое место здоровья все стандартизованные по возрасту показатели смертности населения снижаются. В экономически развитых странах стало модным быть здоровым.

Россия является частью общемирового процесса развития. Анализ динамики рождаемости и смертности в России показывает, что естественное движение населения на протяжении XX века определялось закономерностями демографического перехода к современному способу воспроизводства, через который уже прошли страны Европы [14, 51].

Начало демографического перехода в России состоялось в 1920-е – 1930-е годы, когда имел место устойчивый процесс снижения показателей рождаемости и смертности (по данным первой Всероссийской переписи населения 1897 г., рождаемость равнялась 49,5 на 1000 населения, а смертность – 31,4).

Вторая фаза демографического перехода в России протекала в период 1940-х – 1960-х годов. В это время произошло стремительное снижение смертности, которое привело к достижению в 1960 г. показателя 7,4 на 1000 населения.

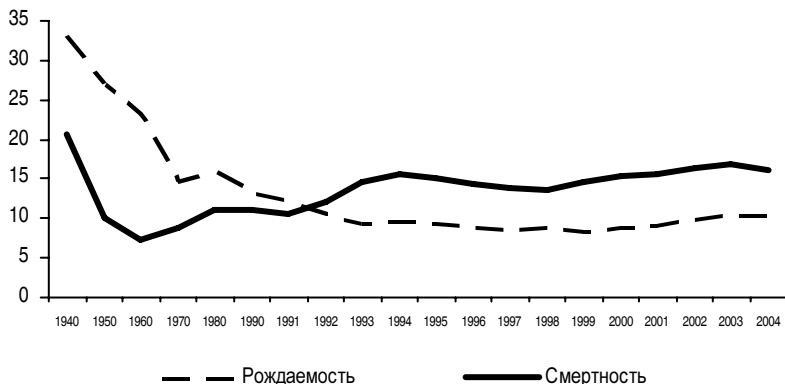
В основе данного снижения смертности в России, хотя и с заметным отставанием по сравнению со странами Европы, лежит широкое внедрение в медицинскую практику сульфаниламидов, антибиотиков, противотуберкулезных препаратов, иммунотерапии и иммунопрофилактики. Это значительно снизило причины смерти от инфекционных и паразитарных заболеваний и младенческую смертность (с 205,2 на 1000 родившихся в 1940 г. до 88,4 – в 1950 г.), что при высоком уровне рождаемости привело к резкому всплеску естественного прироста населения. Произошел рост ожидаемой продолжительности предстоящей жизни: с 47 в 1939 г. до 69 лет в 1961 г. в том числе с 44 до 64 лет у мужчин и с 47 до 72 лет у женщин. В течение второй фазы перехода параллельно снижению смертности продолжала снижаться и рождаемость: с 33,0 на 1000 населения в 1940 г. до 23,2 в 1960 г.

В следующей фазе демографического перехода значительный рост ожидаемой продолжительности предстоящей жизни привел к реструктуризации населения страны с увеличением доли пожилых возрастных групп, что стало причиной роста общих показателей смертности населения: с 7,4 на 1000 населения в 1960 г. до 11,0 в 1980 г. и 11,2 в 1990 г.

Заключительная фаза демографического перехода в России началась с достижения равновесия показателей рождаемости и смертности (1991 – 1992 гг.). Однако переживавшийся страной социально-экономический кризис внес коррективы в протекание популяционных процессов, углубив состояние естественной убыли населения преимущественно за счет более высоких по сравнению со странами Европы показателей смертности.

В последние десятилетия на фоне социального стресса и трансформации среды обитания человека в России происходит усиление имеющихся и появление новых негативных тенденций в формировании общественного здоровья. Демографическая ситуация вызывает серьезные опасения. Сокращение населения началось в стране с 1992 г. по причине его естественной убыли: превышения числа смертей над числом рождений (*рис. 2.1*), снижения (*табл. 2.1*) ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ).

Рис. 2.1. Естественное движение населения Российской Федерации



Источники: Тишук Е.А. Медико-демографические процессы в Российской Федерации в контексте общемировых закономерностей // Вопросы статистики. – 2005. – №8; Демографический ежегодник: Стат. сборник. – Вологда, 2005.

Таблица 2.1. Ожидаемая продолжительность жизни в России

Годы	Ожидаемая продолжительность жизни (лет)		Рост или снижение по сравнению с 1964 – 1965 гг. (лет)	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
1964 – 1965	64,6	73,4	–	–
2002	58,5	72,0	-6,1	-1,4
2003	58,8	72,0	-5,8	-1,4
2004	58,9	72,3	-5,7	-1,1

Источники: Население России 2002: Десятый ежегодный демографический доклад / Под ред. А.Г. Вишневого. – М.: КДУ, 2004; Демографический ежегодник: Стат. сборник. – Вологда, 2005; Регионы Северо-Западного федерального округа. Социально-экономические показатели: Стат. сборник. – Вологда, 2005.

По прогнозам Федеральной службы государственной статистики население России к 2016 г. сократится до 134 млн. чел. При этом рост смертности взрослого населения происходит на фоне постоянного стресса, подавленности и напряженности в обществе в связи с социальными и экономическими потрясениями, плохим питанием, ростом преступности, неумеренным потреблением алкоголя, загрязнением окружающей среды [67].

В таблице 2.2 представлены сравнительные данные по ожидаемой продолжительности жизни населения России и Японии. После второй мировой войны показатели ОПЖ в обеих странах были сходными. Однако за послевоенные годы продолжительность жизни в Японии возросла почти на 20 лет [64], а в России в 2004 г. она была ниже, чем в 1964 – 1965 гг. [19, 65].

**Таблица 2.2. Динамика ожидаемой продолжительности жизни населения
России и Японии**

Страна	1992 г.	1995 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.
Мужчины							
Россия	62,0	59,0	61,0	59,0	59,0	59,0	58,0
Япония	76,0	76,0	77,3	77,1	77,0	78,0	78,0
Женщины							
Россия	73,7	72,0	73,0	72,2	72,0	72,0	72,0
Япония	83,0	83,0	84,1	84,0	84,0	85,0	85,0

Источник: Прохоров Б.Б., Тикунов В.С. Медико-демографическая классификация регионов России // Проблемы прогнозирования. – 2005. – №5; World health statistics 2005. – WHO, 2005.

Депопуляция в России обусловлена кардинальными изменениями уровней рождаемости и смертности. По сравнению со странами Европы российская естественная убыль населения выше в несколько раз (табл. 2.3) [75, 93].

**Таблица 2.3. Естественный прирост населения в странах Европы
(на 1000 чел. населения)**

Страна	1985	1987	1988	1989	1990	1995	1996	1997	1998	2002
Австрия	-0,3	0,2	0,6	0,6	1,0	0,9	0,9	0,5	0,3	-1,0
Бельгия	0,3	1,2	1,4	1,4	2,0	0,9	1,0	1,2	0,7	1,0
Великобритания	1,5	2,4	2,4	2,1	2,7	1,6	1,6	1,6	0,8	1,0
Венгрия	-1,7	-1,6	-1,5	-2,0	-2,0	-3,2	-3,7	-3,8	-4,4	-3,0
Германия	-1,9	-0,7	-0,2	-0,3	-0,1	-1,4	-1,1	-0,8	-1,6	-1,0
Дания	-0,8	-0,3	0,0	0,4	0,5	1,3	1,3	1,5	1,2	1,0
Италия	0,6	0,3	0,6	0,6	0,4	-0,5	-0,3	-0,4	-0,8	-2,0
Швеция	0,5	1,4	1,9	2,8	3,4	0,7	0,2	-0,4	-0,7	0,0

Источники: Тишук Е.А. Медико-демографические процессы в Российской Федерации в контексте общемировых закономерностей // Вопросы статистики. – 2005. – №8; World Development Indicators. – The World Bank, 2004. CD-RUM.

Депопуляция – долгосрочная национальная проблема, она не может быть устранена быстро – по мере снижения влияния социально-экономических и политических факторов. В Центре демографии и экологии человека (ЦДЭЧ) разработаны возможные траектории демографического развития России (прогноз) до 2100 г., разработка которых началась несколько лет назад и нашла отражение в ряде публикаций [13, 14]. Согласно нижней границе прогнозного сценария предполагается быстрое убывание численности населения России. Если на начало 2001 г. она составляла 146 млн. человек, то к началу 2051 г., с 50% вероятностью, будет ниже 98 млн., а к началу 2101 г. – ниже 68 млн. человек. Прогнозные гипотезы ЦДЭЧ не исключают роста смертности населения в ближайшие годы. При этом согласно нижнему пределу продолжительность жизни мужчин составит 57 лет, женщин – 71,5 г.

Судя по прогнозным гипотезам, ожидается быстрое сокращение потенциальных работников. Это прежде всего люди трудоспособного возраста, к которому при ныне действующем в России пенсионном законодательстве относятся мужчины от 16 до 60 лет и женщины от 16 до 55 лет. Экстраполяционный прогноз показывает, что с периода 2006 – 2007 г. начнется быстрое сокращение абсолютного числа россиян в трудоспособном возрасте. С вероятностью, равной 50%, к 2050 г. представителей этой группы будет на 45% меньше, чем в 2000 г. А к 2100 г. от того количества трудоспособных, которое было в России в 2000 г., останется около 35%. Если бы удалось реализовать стабилизационный вариант прогноза, сокращение было бы намного меньшим, но полностью избежать его невозможно. Это связано с меняющимся возрастным составом населения.

Доля пожилых (60 лет и старше) людей в России возросла с 6,7% в 1939 г. до 18,5% в 2002 г. и продолжает расти. В настоящее время во многих странах доля пожилых превышает 20%: в странах ЕС она составляет 21,5%, в Японии – 23,7% [51]. В России сокращение численности трудоспособного населения в условиях постоянного старения ведет к росту нагрузки пожилыми – числа пожилых на 1000 лиц трудоспособного возраста. Экстраполяционный прогноз показывает, что (с 50% вероятностью) нагрузка пожилыми за 100 лет вырастет на 103%, а согласно стабилизационному прогнозу – на 77%. Даже при стабилизационном варианте рост нагрузки пожилыми очень велик.

Менее драматичной прогнозируется общая демографическая нагрузка – пожилыми и детьми в совокупности. По экстраполяционному прогнозу (с 50% вероятностью) она составит к 2100 г. 51% от уровня 2000 г., а по стабилизационному прогнозу – 38%. Об усугублении ситуации свидетельствует динамика основных причин смерти населения нашей страны (табл. 2.4). Так, смертность населения Российской Федерации в результате патологии системы

**Таблица 2.4. Динамика причин смерти населения России
(на 100 тыс. населения)**

Год	Классы болезней				
	болезни системы кровообращения	новообразования	болезни органов дыхания	болезни органов пищеварения	инфекционные и паразитарные болезни
1960	260,7	138,4	74,4	30,5	52,2
1990	617,4	194,0	59,3	28,7	12,1
2004	895,4	201,7	64,6	59,3	25,7

Источники: Население России 2002: Десятый ежегодный демографический доклад / Под ред. А.Г. Вишневого. – М.: КДУ, 2004; Заболеваемость населения России в 2004 году: Стат. мат. – М.: Министерство здравоохранения и социального развития РФ, 2005.

кровообращения возросла в течение 1960 – 2004 гг. более чем в 3 раза, новообразований – 1,5 раза, органов пищеварения – почти вдвое, в то же время смертность от инфекционных и паразитарных заболеваний снизилась в 2 раза [25, 51].

К началу 60-х гг. XX в. в мире ведущими причинами смерти стали служить хронические болезни преимущественно эндогенной этиологии (прежде всего болезни сердечно-сосудистой системы, онкологические заболевания и др.), обусловленные влиянием канцерогенных факторов кумулятивного (накапливающегося) действия. Успехи борьбы с ними достигнуты благодаря определенной стратегии, основанной на массовых профилактических мероприятиях, которые не требовали большой активности со стороны самого населения.

Мировой опыт показывает, что к середине 60-х гг. XX века возможности этой стратегии в развитых странах оказались исчерпанными. Понадобилось выработать новую стратегию действий, направленную на уменьшение риска смерти от заболеваний неинфекционного происхождения. Эта стратегия требовала и более активного, сознательного отношения к своему здоровью каждого индивидуума, и намного больших материальных затрат на охрану и восстановление общественного здоровья. Западным странам удалось выработать новую стратегию, в СССР новые требования времени не были реализованы [51].

Главные потери продолжительности жизни в России связаны со смертностью взрослых мужчин. Все причины смерти можно разделить на 3 группы: излечимые болезни (смертность от которых может быть предотвращена современной медициной у населения в возрастах моложе 75 лет), предупреждаемые болезни (смертность от которых может быть снижена на основе мер социальной политики правительства) и все остальные причины смерти.

В *таблице 2.5* представлены данные о различиях в продолжительности жизни мужчин в Великобритании и в России с анализом причин смертности. Они показывают, что в России существует огромный резерв снижения смертности населения, который не реализуется целенаправленно. В результате страна значительно отстает по ОПЖ от развитых стран (*табл. 2.6*) [51, 94].

За 1966 – 2000 гг. в России зарегистрировано 14 млн. смертей, из них более 5 млн. преждевременных смертей людей в возрасте до 65 лет, среди которых свыше 80% – мужчины. И сейчас положение со смертностью в стране не улучшается.

**Таблица 2.5. Сравнительная продолжительность жизни мужчин
в Великобритании и в России (лет)**

Год	Продолжительность жизни		Разница в продолжи- тельности жизни (всего)	В том числе смерть вследствие:		
	Великобритания	Россия		излечимых болезней	предупреждаемых болезней	других причин смерти
1965	68,31	64,66	3,64	1,16	-0,15	2,92
1970	68,58	63,06	5,51	0,83	0,45	4,07
1975	69,43	62,47	6,96	1,44	0,8	4,39
1980	70,4	61,37	9,03	2,06	1,06	5,07
1985	71,62	62,7	8,92	2,38	0,91	4,67
1990	72,95	63,75	9,2	2,05	1,28	4,6
1995	74,03	58,13	15,91	2,81	1,64	8,62
1996	74,35	59,63	14,72	2,69	1,4	7,89
1997	74,71	60,9	13,81	2,67	1,27	7,24
1998	74,87	61,25	13,62	2,63	1,33	7,07
1999	75,02	59,89	15,13	2,83	1,2	8,24

Источник: Население России 2002: Десятый ежегодный демографический доклад / Под ред. А.Г. Вишневого. – М.: КДУ, 2004.

**Таблица 2.6. Отставание России по ожидаемой продолжительности жизни
в начале XX и начале XXI веков**

Год	От США	От Франции	От Швеции	От Японии
Мужчины				
1900	15,9	12,7	20,3	14,5
2000	15,2	16,5	18,5	18,7
2003	16,2	17,2	19,2	19,2
Женщины				
1900	16,2	14,1	20,8	13,1
2000	7,5	10,8	9,9	12,4
2003	8,0	12,0	11,0	13,0

Источники: Население России 2002: Десятый ежегодный демографический доклад / Под ред. А.Г. Вишневого. – М.: КДУ, 2004; World health statistics 2005. – WHO, 2005.

Существующая для населения России вероятность не дожить до 60 лет при рождении в период 2000 – 2005 гг., по оценкам ООН, составляет 28,9% – наиболее высокий показатель среди всех стран ОЭСР, Центральной, Восточной Европы и СНГ. В развитых странах мира этот показатель, как правило, не превышает 10%, в США составляет 12,6% [22].

Ряд исследователей считает, что корни сегодняшнего неблагополучия со смертностью связаны с событиями, происходившими в России в 90-х годах прошедшего столетия, – этого нельзя исключить полностью [63, 96].

В последние годы выросла по сравнению с 1990 г. заболеваемость россиян по основным классам болезней. За 14 лет более чем в два раза увеличилась первичная обращаемость по поводу болезней системы кровообращения, при этом стало больше таких осложнений, как гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца. Болезни системы кровообращения составляют более 50% всех причин инвалидности.

Онкологическая заболеваемость обращает на себя внимание большим количеством больных и высокой летальностью. Самая высокая летальность наблюдается при новообразованиях пищевода (65,2%), желудка (55,3%), легких (56,2%), она обусловлена поздним обращением за медицинской помощью и недостаточной профилактической работой [51].

Влияние на психический статус населения оказывает состояние затяжного психоэмоционального и социального стресса, в котором живет свыше 70% населения России. Только в 2004 г. впервые зарегистрировано более 1 млн. больных с диагнозами «психическое расстройство» и «расстройство поведения» [25].

Остается высоким уровень заболеваемости социально значимыми болезнями. К ним в первую очередь относится туберкулез, заболеваемость которым в 2004 г. по сравнению с 1992 г. возросла более чем в 2 раза. Из-за финансовых трудностей в учреждениях здравоохранения 40% из вновь выявленных больных туберкулезом уже имели фазу распада легочной ткани. Анализ социальной структуры больных туберкулезом с впервые установленным диагнозом указывает, что среди них растет доля пенсионеров, инвалидов, лиц, отбывающих наказания в местах лишения свободы, бомжей. Российская ситуация по туберкулезу отличается от ситуации в странах Западной и Восточной Европы ростом смертности от инфекции. В России за 11 лет (1991 – 2002 гг.) число больных с впервые установленным диагнозом «активный туберкулез» и число умерших от туберкулеза увеличилось почти в 2,5 раза.

В 2002 г., по данным психоневрологических, наркологических учреждений, диспансерных больных алкоголизмом насчитывалось 2199,5 тыс., наркоманией – 322,9 тыс., токсикоманией – 12,8 тыс. Ежегодно их общее количество увеличивается на 210 – 220 тыс. чел., в том числе на 40 тыс. – больных алкогольными психозами [28, 51].

В результате ожидаемая средняя продолжительность здоровой жизни (HALE), по оценкам Всемирной организации здравоохранения [88], составляла в России в 2002 г. 58,6 года. Это соответствовало

уровню таких стран, как Вануату (58,9 года), Гондурас (58,4), Египет (59,0), Индонезия (58,1), КНДР (58,8), Суринам (58,8), Фиджи (58,8), Филиппины (59,3) и другие. В развитых странах мира этот показатель близок или превышает 70 лет (в Великобритании – 70,6; в Германии – 71,8; в США – 69,3; во Франции – 72,0; в Японии – 75 лет).

Именно состояние здоровья населения является главной угрозой сохранению не только конкурентоспособности в мировой экономической системе, но и территориальной целостности страны уже в обозримой перспективе. В силу того, что процессы воспроизводства населения чрезвычайно инерционны, пожинать плоды демографического кризиса 1990-х гг. придется не одно десятилетие. Поэтому и деятельность по преодолению кризисных явлений в демографической сфере, и состояние здоровья тех относительно немногочисленных поколений, которые приходят на смену нынешним, требуют особого внимания.

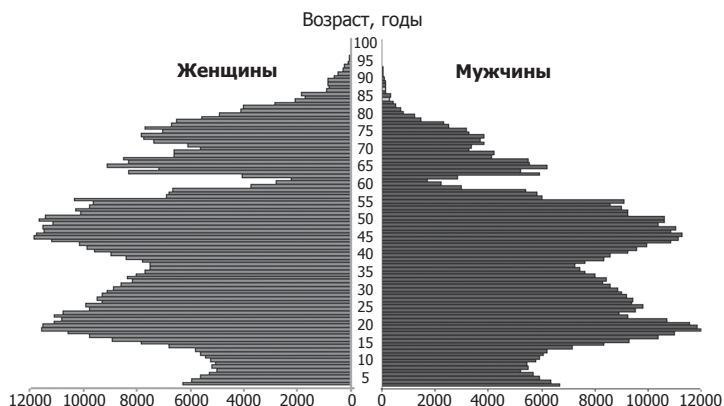
2.2. Региональные аспекты общественного здоровья

На начало 2005 г. в Вологодской области насчитывалось 1245,5 тыс. человек – это около 0,9% населения России. Две трети населения проживало в городах (847,5 тыс. чел), одна треть – в сельской местности (398 тыс. чел.). В половозрастной структуре населения области 46,2% занимают мужчины, 53,8% – женщины. Доля трудоспособного населения составляет 62,1% (44,9% – в городе, 17,2% – на селе), младше трудоспособного возраста – 17,2% (11,7 и 5,5% соответственно), старше трудоспособного возраста – 20,8% (12,7 и 8,1%).

По сравнению с 1999 г. численность постоянного населения уменьшилась почти на 74 тыс. человек [17, 18, 59]. Начиная с 1993 г. естественная убыль населения находится на стабильно высоком уровне: 6,2 – 8,4 на 1000 человек населения в год. Миграционный оборот (сумма прибывших и выбывших) в 2004 г. составил 26,9 тыс. человек, миграционный прирост – 330 человек, лишь на 3,1% перекрыв естественную убыль. Таким образом, возможность снижения темпов убыли населения за счет миграции практически исчерпана. Показатели естественного движения населения в муниципальных образованиях области приведены в *приложении 1*. Наиболее интенсивно процессы депопуляции протекают в Устюженском, Чагодощенском, Бабаевском, Вашкинском, Вожегодском, Харовском, Вытегорском, Сокольском, Усть-Кубинском, Череповецком, Белозерском, Кичменгско-Городецком, Никольском районах.

Среди жителей региона преобладает женское население (53,8% женщин и 46,2% мужчин). На *рисунке 2.2* представлена возрастная пирамида населения Вологодской области на начало 2004 г.

Рис. 2.2. Возрастно-половая структура населения Вологодской области на начало 2004 г.



Источник: Государственный доклад о состоянии здоровья населения и деятельности системы здравоохранения Вологодской области в 2004 году. – Вологда: ДЗО, 2005.

За 5 лет количество мужчин сократилось более чем на 41 тыс. человек. Преобладание женского населения над мужским отмечается в городских и сельских поселениях, превышая указанное соотношение по Северо-Западному федеральному округу и по Российской Федерации (табл. 2.7).

Таблица 2.7. Соотношение мужского и женского населения (количество женщин на 1000 мужчин, 2004 г.)

Территория	Городское население	Сельское население
СЗФО	1 193	1 089
Вологодская область	1 196	1 115
Российская Федерация	1 175	1 100

Источник: Регионы Северо-Западного федерального округа. Социально-экономические показатели: Стат. сборник. – Вологда, 2005.

Одна из особенностей медико-демографических процессов, характерных для сельской местности, – это старение населения. Так, на селе количество лиц старше трудоспособного возраста в 1,5 раза превышает число лиц младше трудоспособного возраста, в то время как в городской местности – в 1,1 раза.

В возрастно-половой структуре населения области численное преобладание женщин над мужчинами отмечается после 34 лет и с возрастом все более увеличивается (табл. 2.8). Такое неблагоприятное соотношение сложилось из-за высокого уровня преждевременной смертности мужчин, которая в области превосходит аналогичные средние показатели по СЗФО и по РФ.

Таблица 2.8. Возрастная структура населения Вологодской области по гендерным признакам (2004 г.; в % от всего населения)

Возрастные группы	Мужчины	Женщины
Лица младше трудоспособного возраста (моложе 16 лет)	8,8	8,4
Лица трудоспособного возраста (М – 16-59 лет вкл., Ж – 16-54 года вкл.)	31,3	30,8
Лица старше трудоспособного возраста (М – старше 60 лет, Ж – старше 55 лет)	6,1	14,7

Источник: Регионы Северо-Западного федерального округа. Социально-экономические показатели: Стат. сборник. – Вологда, 2005.

В области сформировался регрессивный тип популяции. По классификации ООН общество является демографически старым, если в его составе свыше 7% населения в возрасте 65 лет и более. В настоящее время 14,4% жителей региона (по РФ на 01.01.04 г. – 13,4%), или каждый седьмой, находится в возрасте 65 лет и старше, каждый пятый (20,6%) – в пенсионном возрасте. В то же время в общем числе пенсионеров доля мужчин составляет лишь 29%. Иными словами, люди не доживают до «старческих» причин смерти.

Численность детей до 16 лет включительно составляет всего 17,2%. Для возобновления трудовых ресурсов и развития промышленного потенциала региона доля лиц моложе трудоспособного возраста должна быть в пределах 20 – 25%. Показатель демографической нагрузки в целом по области достигает 609 человек на 1000 трудоспособного населения, в городе – 542, на селе – 787 (по РФ на начало 2004 г. – 604 человека на 1000 трудоспособного населения).

В 2004 г. умерли 23,9 тыс. человек, что на 4 тыс. больше, чем в 1999 г. Показатель общей смертности по всем причинам за 2004 г. составил 1914,5 на 100 тыс. человек. Смертность среди мужчин была равна 2290 на 100 тыс. населения (по РФ в 2003 г. – 1901; по СЗФО – 2141); среди женщин – 1565 на 100 тыс. населения (по РФ в 2003 г. – 1421; по СЗФО – 1583), что в 1,5 раза ниже по сравнению с мужчинами.

Наиболее высокие показатели смертности зарегистрированы в Устюженском (27,1 на 1000 чел. населения), Чагодощенском (26,9), Бабаевском (25,5) районах. Продолжает сохраняться разница в показателях смертности между городским и сельским населением (17,1 и 23,7 на 1000 чел. населения соответственно). Около трети умерших – люди трудоспособного возраста, среди которых более 80% – мужчины. По России доля умерших мужчин так же высока – 80%.

Смертность населения в области почти вдвое превышает рождаемость. Высокая смертность и низкий ее «возраст» обуславливают небольшую продолжительность жизни (табл. 2.9). Начиная с 2000 г. величина падения средней продолжительности жизни составляла 0,5 года для женщин и более 1 года для мужчин за каждый кален-

Таблица 2.9. Продолжительность жизни населения Вологодской области

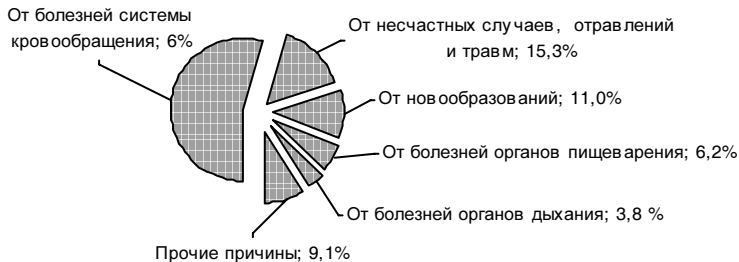
Контингенты	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Население в целом	63,8	64,3	65,4	66,5	66,7	65,4	66,0	64,9	63,8	62,5	64,0
Мужчины	57,2	57,6	58,9	60,6	61,1	59,3	60,0	58,5	57,3	57,0	58,0
Женщины	71,6	72,1	72,8	72,9	72,7	72,2	73,0	72,4	71,6	70,9	71,0

Источники: Показатели состояния здоровья населения Вологодской области. 1999 – 2003 гг. – Вологда: ЦГСН в Вологодской области, 2004; Государственный доклад о состоянии здоровья населения и деятельности системы здравоохранения Вологодской области в 2004 году. – Вологда: ДЗО, 2005.

дарный статистический год. Продолжительность жизни мужчин на 15–13 лет меньше, чем женщин. Самая высокая мужская смертность отмечается в экономически активной возрастной группе.

В структуре смертности населения области по причинам смерти (рис. 2.3) в 2004 г. по-прежнему первое ранговое место занимали болезни органов кровообращения (1046 на 100 тыс. населения). На втором месте находятся несчастные случаи, отравления и травмы (соответственно 292), на третьем – новообразования (211), четвертом – болезни органов пищеварения (119).

Рис. 2.3. Структура смертности населения Вологодской области в 2004 г. по причинам смерти



Источник: Государственный доклад о состоянии здоровья населения и деятельности системы здравоохранения Вологодской области в 2004 году. – Вологда: ДЗО, 2005.

В структуре смертности по причинам смерти среди мужчин первые три ранговых места занимают болезни органов кровообращения (47%), несчастные случаи, отравления и травмы (22%), новообразования (11%); среди женщин – болезни органов кровообращения (65%), новообразования (11%), несчастные случаи, отравления и травмы (7%).

Высоким остается уровень смертности по причине несчастных случаев. В основном это люди трудоспособного возраста, составляющие трудовой потенциал области и активно участвующие в социальной жизни. Смертность мужчин от несчастных случаев, отравлений и травм в регионе почти в 4 раза выше, чем женщин, и превосходит данный показатель в ряде областей СЗФО (табл. 2.10) [66].

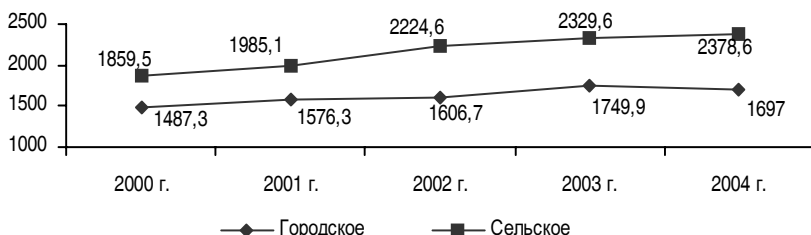
Таблица 2.10. Смертность населения по основным классам причин смерти за 2004 г. (число умерших на 100 тыс. населения)

Территория	Всего		В том числе					
			болезни системы кровообращения		новообразования		несчастные случаи, отравления, травмы	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
Республика Карелия	2 256	1 512	1 054	961	233	171	506	118
Республика Коми	1 853	1 215	770	673	182	132	493	148
Архангельская область	2 130	1 422	1 020	921	229	167	518	125
Калининградская область	2 124	1 527	935	816	218	178	536	151
Вологодская область	2 329	1 575	1 083	1 021	251	178	511	107
Ленинградская область	2 416	1 669	1 230	1 191	272	196	510	132
Мурманская область	1 602	1 087	761	673	180	141	326	87
Новгородская область	2 645	1 908	1 447	1 344	277	175	548	131
Псковская область	2 786	2 109	1 528	1 495	284	190	554	135
г. Санкт-Петербург	1 800	1 468	972	989	286	264	275	78

Источник: Регионы Северо-Западного федерального округа. Социально-экономические показатели: Стат. сб. – Вологда, 2005.

Имеет место разница в уровне смертности между городским и сельским населением, наблюдается рост этого показателя (рис. 2.4). Это можно объяснить рядом наиболее значимых социальных факторов, влияющих на состояние здоровья человека в городе и на селе.

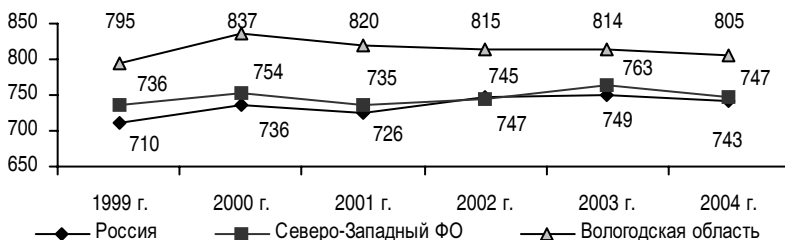
Рис. 2.4. Динамика общей смертности городского и сельского населения Вологодской области (на 100 тыс. населения)



Состояние здоровья и уровень смертности населения существенным образом сказываются на показателях ожидаемой продолжительности жизни, которая в 2004 г. составляла по области 62,8 года (в 1990 г. – 70 лет), в том числе 55,7 года – для мужчин. Это ниже, чем по СЗФО и РФ, и на 10 – 15 лет меньше, чем в экономически развитых государствах. Разница в ожидаемой продолжительности жизни у мужчин и женщин в регионе достигла почти 16 лет.

В 2004 г. на территории Вологодской области было зарегистрировано более 1737 тыс. случаев заболеваний, в том числе более 1010 тыс. с впервые установленным диагнозом. По сравнению с 2000 г. уровень заболеваемости снизился на 4%, но продолжает превышать средние показатели по Северо-Западному федеральному округу и России (рис. 2.5).

Рис. 2.5. Динамика заболеваемости населения Вологодской области в сравнении с показателями Северо-Западного федерального округа и России (на 100 тыс. населения)



Источники: Регионы СЗФО. Социально-экономические показатели: Стат. сб. – Вологда, 2004; Заболеваемость населения России в 2004 году: Стат. мат.– М.: Министерство здравоохранения и социального развития РФ, 2005.

Таблица 2.11. Состояние здоровья жителей Вологодской области

Нозологические группы заболеваний	Болезненность на 100 тыс. нас.		Заболеваемость на 100 тыс. нас.		Число находящихся на диспансерном наблюдении на 1000 нас.	
	2003 г.	2004 г.	2003 г.	2004 г.	2003 г.	2004 г.
ВСЕГО	132 952,6	137 755,7	78 825,0	80 133,7	258,0	261,8
В том числе:						
Инфекционные и паразитарные болезни	5 512,9	5 491,3	4 098,0	4 089,9	19,8	16,9
Новообразования	2 501,8	2 653,9	722,3	784,5	17,3	18,2
Болезни эндокринной системы	3 726,7	4 153,1	841,8	1 011,5	22,5	24,3
Болезни крови и кроветворных органов	1 441,0	1 442,0	481,2	495,2	9,2	9,1
Психические расстройства	4 729,1	4 648,9	712,2	701,4	30,0	29,5
Болезни нервной системы и органов чувств	2 866,8	3 317,2	1 240,3	1 302,2	7,4	7,7
Болезни глаза и его придаточного аппарата	1 1078,2	12 105,9	3 573,3	3 989,0	14,2	15,4
Болезни уха и сосцевидного отростка	3 852,0	4 324,5	2 707,4	3 016,0	2,5	2,3
Болезни системы кровообращения	13 198,3	14 868,0	1 819,4	1 983,1	34,2	36,7
Болезни органов дыхания	41 663,4	40 217,8	37 962,2	36 635,0	17,7	19,0
Болезни органов пищеварения	7 789,7	8 021,2	2 327,9	2 427,7	40,6	40,0
Болезни мочеполовой системы	6 864,3	7 422,2	3 177,7	3 747,8	19,5	19,5
Осложнения беременности и родов	5 388,7	5 596,1	4 916,9	4 932,4	6,7	6,4
Болезни кожи и подкожной клетчатки	6 359,4	6 497,2	5 005,3	5 369,1	3,7	3,8
Болезни костно-мышечной системы	9 117,8	9 675,3	3 261,3	3 397,7	8,8	8,9
Врожденные аномалии	530,9	585,6	146,4	170,2	3,5	3,8
Симптомы, признаки и необозначенные состояния	1 448,9	1 917,7	746,1	942,9	2,1	2,2
Травмы и отравления	8 331,6	8 422,7	8 286,0	8 353,5	1,8	1,7

Источник: Государственный доклад о состоянии здоровья населения и деятельности системы здравоохранения Вологодской области в 2004 году. – Вологда: ДЗО, 2005.

Интенсивно распространяются в области патологические состояния с повышенным кровяным давлением, сахарный диабет, мочекаменная болезнь (153, 177, 158% к уровню 2000 г. соответственно).

Показатели заболеваемости всего населения Вологодской области (в сравнении с 2003 г.) по международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10) представлены в *таблице 2.11*.

Данные таблицы показывают, что в структуре заболеваемости населения области в 2004 г. первое ранговое место занимали болезни органов дыхания, второе – травмы и отравления, третье – болезни кожи и подкожной клетчатки, четвертое и пятое места – инфекционные и паразитарные болезни, болезни глаза и его придаточного аппарата.

Показатели общественного здоровья населения Вологодской области за 2003 – 2004 гг. в разрезе муниципальных образований даны в *приложении 2*.

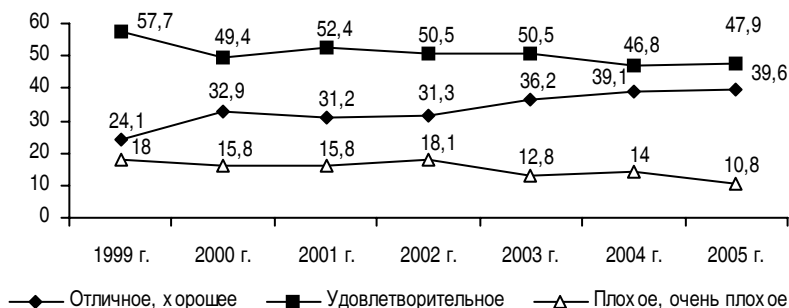
Наиболее неблагоприятные показатели состояния здоровья населения (болезненность и заболеваемость на 100 тыс. населения) отмечены среди жителей Сокольского (203 075,5 и 119 485,9 соответственно), Междуреченского (182 881,0 и 103 720,4), Усть-Кубинского (174 954,6 и 105 932,7) районов. Низкие показатели болезненности и заболеваемости отмечались в Никольском (77 831,2 и 40 421,7), Бабушкинском (78 947,7 и 47 514,9) и Верховажском (86 572,5 и 50 350,8) районах, что, вероятно, связано с низкой обеспеченностью этих районов врачами: Никольском – 8,0 на 10 тыс. населения; Бабушкинском – 10,9; Верховажском – 11,1 (среднеобластной показатель – 31,4 на 10 тыс. населения).

2.3. Состояние здоровья в оценках населения

Самооценки здоровья широко используются при проведении анкетных опросов, и не только в нашей стране. Несмотря на некоторые ограничения метода самооценок, он признан достаточно надежным и рекомендован ВОЗ для мониторинга здоровья как внутри отдельных стран, так и для межстрановых сравнений [24]. Массив социологической информации о состоянии здоровья целесообразно использовать в качестве дополнительного инструмента для оценки результативности политики здравоохранения в регионе. Опыт ряда исследований показывает высокую степень соответствия субъективной (с позиции человека) и объективной (с позиции специалистов-медиков) оценки здоровья. Изучение субъективных характеристик жителей области в отношении своего здоровья занимает одно из ключевых мест в рамках проведенного исследования.

Сопоставление данных опроса в динамике показывает, что за последние 6 лет произошли изменения в оценке населением области состояния своего здоровья. С 24 до 40% возросла доля тех, кто дает здоровью положительные оценки. Представительство отрицательных характеристик сократилось с 18 до 11%. Около 50% населения считает состояние своего здоровья удовлетворительным (рис. 2.6).

Рис. 2.6. Оценка состояния собственного здоровья жителями Вологодской области (в % от числа опрошенных, без учета затруднившихся ответить)



Структура самооценок здоровья жителями региона примерно соответствует общероссийской. Так, по данным Национального обследования благосостояния домохозяйств и участия в социальных программах (НОБУС), проведенного органами государственной статистики в апреле 2003 г. [99], как «хорошее» и «очень хорошее» оценили свое здоровье 32% жителей страны (по области – 36%), как «удовлетворительное» – 50% (51%), как плохое и очень плохое – 18% (13%).

Иную картину показывают данные Европейского статистического бюро (Евростат) [22, 99]. По состоянию на 2003 г. как «хорошее» и «очень хорошее» оценивали свое здоровье 65% мужчин и 57% женщин, как «удовлетворительное» – соответственно 26 и 29%, как «плохое» и «очень плохое» – 9 и 13% (сводная информация по 15 странам Евросоюза). Очевидно то, что доля положительных самооценок здоровья в данном случае существенно выше российского уровня.

В период измерений в Вологодской области наибольшее увеличение доли позитивных оценок собственного здоровья отмечено в возрастных группах от 30 до 55 лет (женщины) и от 30 до 60 лет (мужчины) – с 26 до 40% (табл. 2.12) с одновременным снижением удельного веса лиц, удовлетворительно оценивающих здоровье.

Значительный прирост доли позитивных оценок в течение последнего года характерен для жителей старшего возраста (от 55 – 60 лет и старше) – с 15 до 22%. В этой же группе увеличилась доля населения

Таблица 2.12. Оценка состояния здоровья в зависимости от возраста
(в % от числа опрошенных, без учета затруднившихся ответить)

Возраст	Вариант ответа											
	Отличное, хорошее				Удовлетворительное				Плохое, очень плохое			
	2002	2003	2004	2005	2002	2003	2004	2005	2002	2003	2004	2005
До 30 лет	55,2	57,1	57,5	55,7	37,3	37,8	35,5	38,3	7,5	4,9	6,8	6,0
От 30 до 55 (женщины) И от 30 до 60 (мужчины)	25,9	37,8	38,8	40,5	58,9	51,4	49,1	48,8	15,2	10,4	11,9	10,7
Старше 55 – 60 лет	15,3	8,1	15,7	21,8	45,0	63,6	56,4	54,2	39,1	28,0	27,9	24,0

с удовлетворительной оценкой здоровья. Во всех возрастных группах отмечается сокращение удельного веса отрицательных характеристик здоровья. Этому способствовала относительная стабилизация социально-экономического положения в области (за 5 лет в сопоставимых ценах 2004 г. уровень пенсий возрос в 1,45 раза, заработной платы – в 1,65 раза, среднедушевых доходов населения – в 1,6 раза).

По сравнению с 2003 г. доля малоимущего населения, имеющего среднедушевые денежные доходы ниже величины прожиточного минимума, уменьшилась с 20 до 18% в общей численности населения области [70].

Имеют место гендерные различия в оценках здоровья. У женщин доля положительных оценок здоровья увеличилась с 26% в 2002 г. до 36% в 2005 г., у мужчин – с 38 до 46% соответственно. В то же время с 19 до 13% снизилась доля женщин и с 17 до 11% – доля мужчин с негативной оценкой здоровья (табл. 2.13). Однако критичнее состояние здоровья оценивается женщинами, так как для них характерно более внимательное отношение к своему здоровью, чем для мужчин.

Таблица 2.13. Гендерные различия в оценке состояния здоровья населения
(в % от числа опрошенных, без учета затруднившихся ответить)

Пол	Вариант ответа											
	Отличное, хорошее				Удовлетворительное				Плохое, очень плохое			
	2002	2003	2004	2005	2002	2003	2004	2005	2002	2003	2004	2005
Мужской	38,0	43,0	48,9	46,1	44,8	46,4	39,5	42,8	17,2	10,1	11,6	10,9
Женский	26,1	31,8	31,7	35,5	54,8	53,2	52,2	51,2	18,8	14,4	15,8	13,2

За период 2002 – 2005 гг. увеличение доли положительных оценок состояния здоровья прослеживается и в разрезе территорий: на 5 процентных пунктов в г. Вологде, на 8 – в г. Череповце, на 10 – в районах области. При этом происходит снижение доли населения, оценивающего свое здоровье негативно: 7, 10, 3 процентных

Таблица 2.14. Оценка состояния здоровья в зависимости от места жительства (в % от числа опрошенных, без учета затруднившихся ответить)

Место жительства	Вариант ответа											
	Отличное, хорошее				Удовлетворительное				Плохое, очень плохое			
	2002	2003	2004	2005	2002	2003	2004	2005	2002	2003	2004	2005
Вологда	32,7	31,8	36,2	37,9	49,5	52,7	51,2	50,8	17,6	14,6	12,7	11,0
Череповец	30,0	42,1	41,8	38,2	50,1	44,8	44,9	51,9	19,8	12,0	13,2	9,7
Районы	31,2	35,2	39,2	41,1	51,1	52,8	45,6	44,7	17,6	12,1	14,9	14,2

пункта соответственно (табл. 2.14). Согласно десятибалльной шкале, предложенной в анкете (1 – самый низкий балл, 10 – самый высокий), в течение всего периода мониторинга оценка населением своего здоровья составляла 6 баллов.

Несмотря на то, что лишь каждый десятый житель области характеризует состояние своего здоровья как плохое и очень плохое, значительной остается доля тех, кто время от времени испытывает те или иные недомогания (табл. 2.15).

Таблица 2.15. Оценка населением частоты и тяжести недомоганий, заболеваний (в % от числа опрошенных)

Вариант ответа	Год	Ежемесячно	Несколько раз в год	Раз в год и реже
Легкие недомогания, не снижающие в целом трудоспособности	2005	38,0	31,2	21,5
	2004	36,3	27,3	25,1
	2003	34,5	32,7	20,2
	2002	34,6	32,3	19,1
	2001	34,5	33,8	21,5
Недомогания, снижающие возможность нормально работать, однако не требующие больничного листа	2005	17,3	36,4	26,9
	2004	18,1	30,5	27,8
	2003	17,0	31,5	27,6
	2002	18,3	33,9	23,7
	2001	17,1	33,2	26,9
Болезни, приводящие к потере способности работать на производстве, учиться и т.д., но не лишаящие возможности заниматься самообслуживанием	2005	5,6	15,6	40,7
	2004	6,5	15,4	34,8
	2003	5,6	14,7	35,9
	2002	6,1	17,1	34,7
	2001	3,8	16,1	39,0
Болезни, приводящие к полной потере дееспособности, требуется обслуживание со стороны, лечение в санатории	2005	2,5	9,8	19,8
	2004	3,4	6,1	17,0
	2003	3,0	4,0	14,1
	2002	3,7	6,2	20,9
	2001	1,5	4,3	16,3

За последний год на 4 процентных пункта возрос удельный вес населения, ежемесячно испытывающего легкие недомогания, и на 6 процентных пунктов – доля населения, у которого несколько раз в год возникают болезни, приводящие к полной потере дееспособности.

Возраст является важным фактором, влияющим на здоровье человека. По данным проведенного исследования, жители до 30 лет реже, чем лица старше 55 (женщины) и 60 (мужчины) лет, испытывают недомогания и болезни различной степени тяжести. В старшем возрасте отмечается рост по сравнению с 2002 г. всех форм заболеваний с почти ежемесячными проявлениями (табл. 2.16).

Таблица 2.16. Оценка населением частоты и тяжести недомоганий, заболеваний (в % от числа опрошенных)

Вариант ответа	Возраст, лет	Почти ежемесячно		Несколько раз в год		Раз в год и реже	
		2002	2005	2002	2005	2002	2005
Легкие недомогания, не снижающие в целом трудоспособности	До 30	35,4	34,3	34,6	29,7	18,0	23,1
	30 – 55 (60)	32,9	37,1	32,4	33,3	20,6	21,6
	От 55 до 60	38,3	43,5	28,8	28,5	18,4	19,6
Недомогания, снижающие возможность нормально работать, однако не требующие больничного листа	До 30	22,0	16,6	32,3	31,7	26,3	31,7
	30 – 55 (60)	16,2	15,9	34,6	40,8	23,3	26,2
	От 55 до 60	19,9	20,7	33,1	32,0	21,6	23,3
Болезни, приводящие к потере способности работать на производстве, учиться и т.д., но не лишаящие возможности заниматься самообслуживанием	До 30	5,7	2,9	17,4	13,1	38,3	45,1
	30 – 55 (60)	6,0	5,7	15,8	12,7	33,1	44,8
	От 55 до 60	7,2	8,1	17,9	24,2	37,2	28,0
Болезни, приводящие к полной потере дееспособности, требуется обслуживание со стороны, лечение в санатории	До 30	3,4	1,4	7,4	6,2	18,9	21,1
	30 – 55 (60)	3,4	1,7	5,4	8,4	21,6	18,6
	От 55 до 60	4,6	5,2	6,6	15,6	20,2	20,7

Причем недомогания регистрируют чаще жители городов Вологды и Череповца, а жители районов указывают на более тяжелые состояния. Болезни, приводящие к потере способности работать на производстве и к полной потере дееспособности, население, проживающее в областном центре, отмечает чаще, чем череповчане.

Таким образом, анализ показателей здоровья населения Вологодской области указывает, что процессы, происходящие в демографическом развитии области, есть депопуляция в самом опасном проявлении.

Несмотря на общее улучшение оценочных характеристик субъективных показателей здоровья населения (чему способствовала относительная стабилизация социально-экономического положения в регионе за последние 5 лет), значительной остается доля тех, кто время от времени испытывает те или иные заболевания.

В старшем возрасте отмечается рост всех заболеваний с почти ежемесячным проявлением – это требует принятия мер по улучшению социально-экономического положения пожилых людей, укреплению их здоровья.

ГЛАВА 3

СОЦИАЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ СОХРАНЕНИЯ И УКРЕПЛЕНИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ В РЕГИОНЕ

3.1. Объективные факторы формирования общественного здоровья населения

Здоровье невозможно оценить в отрыве от социальной экономики [30, 31], от условий и возможностей человеческой жизнедеятельности, той конкретной среды, в которой находится человек. Общественное здоровье как интегральное качество системы общественных отношений, условий и образа жизни всесторонне раскрывается только с помощью системного подхода [87]. Поэтому наряду с оценкой общего состояния здоровья важной задачей исследования выступает характеристика условий и образа жизни населения. Она представлена в данном разделе настоящей работы.

Материальное положение населения. Существенное влияние на состояние здоровья людей оказывает уровень их доходов. Разумеется, более высокие доходы не являются автоматически залогом лучшего здоровья, но они позволяют обеспечить определенный набор материальных благ, способствующих сохранению и укреплению потенциала здоровья. Так, например, в 2005 г. по сравнению с 2002 г. доля положительных оценок собственного здоровья высокодоходными и низкодоходными слоями населения возросла на 14 процентных пунктов, населения со средними доходами – на 11; доля отрицательных оценок здоровья у населения с высокими доходами осталась без изменения, а у населения со средними и низкими доходами снизилась на 11 и 8 процентных пунктов соответственно (*табл. 3.1*).

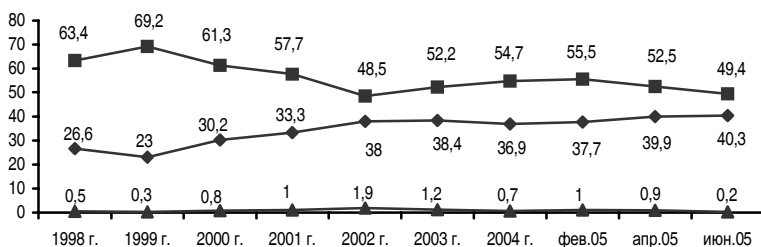
Как показывают данные анкетирования, за 5 лет представительство «бедных» и «богатых» в целом по области практически не изменилось, имеется тенденция роста (в 2005 г. этот показатель вырос

Таблица 3.1. Оценка здоровья респондентов в зависимости от материального обеспечения (в % от числа опрошенных, без учета затруднившихся ответить)

Вариант ответа											
Отличное, хорошее				Удовлетворительное				Плохое, очень плохое			
2002	2003	2004	2005	2002	2003	2004	2005	2002	2003	2004	2005
20% населения с наиболее высокими доходами											
39,0	44,2	45,8	52,8	49,3	47,4	47,6	35,6	11,7	8,5	6,5	11,6
60% населения со средними доходами											
23,3	29,1	35,5	33,9	50,6	53,4	47,7	51,6	25,7	17,1	16,6	14,3
20% населения с наиболее низкими доходами											
29,6	32,0	32,7	43,6	55,8	55,3	48,0	49,4	14,6	12,2	19,0	6,9

по сравнению с 2001 г. на 7%) доли населения, относящего себя к среднеобеспеченной категории (рис. 3.1). С «людьми среднего достатка» и «богатыми» чаще других идентифицируют себя жители области в возрасте от 30 до 55 лет (48%).

Рис. 3.1. Распределение ответов на вопрос: «К какой категории Вы себя относите?» (в % от числа опрошенных)



Согласно статистическим данным, за период с 2001 по 2004 г. среднедушевой доход 10% наиболее обеспеченного населения вырос на 7377 руб. (с 6091 до 13468 руб.), 10% наименее обеспеченного населения – на 344 руб. (с 844 до 1188 руб.). Сократилась численность населения с денежными доходами ниже прожиточного минимума – с 312 тыс. чел. (24% от общей численности населения) в 2001 г. до 224 тыс. чел. (18% от численности населения) в 2004 г.

Однако, несмотря на позитивные социально-экономические изменения в области, степень социального расслоения растет. Коэффициент фондов (соотношение доходов 10% наиболее и 10% наименее обеспеченного населения) в 2001 г. составил 8 раз, а в 2004 г. – 11 раз. Существующий средний уровень денежного дохода на одного члена семьи (5236 руб.) недостаточен для обеспечения «достойного»

качества жизни [70]. Он составляет лишь 53% от той суммы (в среднем 9790 руб.), которую респонденты считают необходимой для «нормальной» жизни.

Низкий уровень доходов обуславливает невысокую покупательную способность населения. За 5 лет только на 2% возросла доля жителей области, у которых покупка товаров длительного пользования не вызывает трудностей. На 12% увеличилась доля населения, у которого денег хватает только на приобретение необходимых продуктов питания и одежды, и на 7% снизилась доля тех, кому денег недостаточно даже на питание. При этом более трети (37%) жителей области отметили, что доходов им хватает только на приобретение необходимых продуктов питания (табл. 3.2).

Таблица 3.2. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Какая из приведенных оценок наиболее точно характеризует Ваши доходы?» (в % от числа опрошенных, без учета затруднившихся ответить)

Оценка доходов	1999 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.
Денег вполне достаточно, чтобы ни в чем себе не отказывать	1,2	2,1	3,1	2,2	2,9	2,0
Покупка большинства товаров длительного пользования не вызывает трудностей	2,5	6,0	6,1	7,0	8,5	8,4
Денег хватает только на приобретение необходимых продуктов питания и одежды	24,2	32,3	35,1	38,6	41,9	44,4
Денег хватает только на приобретение продуктов питания	46,2	43,3	40,7	39,9	36,4	36,9
Денег не хватает даже на приобретение продуктов питания, приходится влезать в долги	25,9	14,0	12,8	10,4	8,1	6,7

Обусловленный этим недостаточный ассортимент и качество питания, ограниченный объем покупок промышленных товаров, отсутствие возможностей для полноценного отдыха и т.д. оказывают существенное влияние на состояние здоровья.

Большинство (53%) тех, кто следит за своим здоровьем и занимается спортом, относят себя к людям среднего достатка.

Таким образом, оптимизирующее влияние на оценки здоровья лиц с более высокими доходами оказывает, помимо причин материального порядка, присущее им благоприятное социальное самочувствие.

Структура и качество питания. Важнейшую роль в сохранении и укреплении здоровья человека играет питание. От объема и качества продовольственного потребления напрямую зависит нормальное функционирование человеческого организма и уровень его развития.

Пища современного человека превратилась в продукт промышленного производства и содержит всевозможные химические добавки. Изменения в питании стали одной из причин развития у людей сначала так называемого «третьего» состояния (промежуточного между здоровьем и болезнью), а затем «болезней цивилизации». Нарушения в питании привели также к ослаблению противораковой защиты организма. Сложившееся положение усугубляется тем, что до сих пор нет единства среди ученых в понимании валеологической сущности питания, нет единой теории питания. Поэтому не удивительно, что книжный рынок постоянно пополняется литературой, в которой описывается множество «нетрадиционных подходов» к питанию, чаще всего находящихся в противоречии с человеческой природой.

В питании люди руководствуются либо вкусовыми ощущениями, либо экономическими соображениями (поесть дешево или изысканно и дорого), либо социальными привычками (посидеть в компании). У человека детства не формируется валеологически обоснованный подход к пищевому поведению.

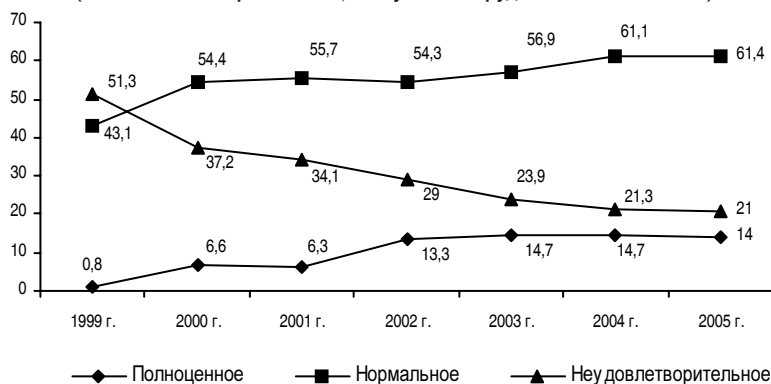
В науке существуют три теории питания: теория сбалансированного питания; теория адекватного питания; теория функционального питания.

В настоящее время приоритетной является концепция функционального питания. В ней питание рассматривается не только как фактор сохранения здоровья, но и как созидающее и укрепляющее его средство. Цель концепции – оптимизация питания человека в соответствии с его возрастом, полом, особенностями профессиональной деятельности, состоянием здоровья, экологическими условиями, иными словами – в соответствии с индивидуальным стилем пищевого поведения. При этом, во-первых, обязательно употребление человеком продуктов естественного происхождения (овоци, фрукты, зелень, молоко, зерно, рыба, дичь и др.), которые при ежедневном применении оказывают благоприятное регулирующее действие на организм в целом или на его отдельные системы, органы. Во-вторых, необходимо использование биологически активных пищевых добавок (антиоксиданты, органические кислоты, фитонциды и другие биологически активные вещества), а также продуктов, содержащих специфическую кишечную микрофлору. Причем учитываются совместимость пищевых продуктов, суточные и сезонные ритмы функционирования организма. Каждый человек должен выработать на основании современных научных взглядов на питание свой

индивидуальный стиль пищевого поведения, сущность которого состоит в том, чтобы выявить типичные реакции своей пищеварительной системы, причины, которые их вызывают, и на основании этого внести необходимые изменения в свой образ жизни.

Доля жителей области, считающих свое питание «нормальным», возросла с 56% в 2001 г. до 61% в 2005 г. Напротив, удельный вес тех, кто оценивает свое питание как «неудовлетворительное», снизился с 34 до 21% соответственно. Полноценным питанием считают 14% населения (рис. 3.2).

Рис. 3.2. Распределение ответов на вопрос: «Как Вы оцениваете свое питание?» (в % от числа опрошенных, без учета затруднившихся ответить)



Питание относится к наиболее важным потребностям человека. Поэтому удельный вес расходов на питание в структуре расходов населения используется в качестве индикатора уровня жизни: чем ниже их доля, тем выше уровень благосостояния общества. Так, в 2000 г. расходы на питание составили 28,4% от потребительских расходов населения, а в 2004 г. – 25%.

За 2004 г. появились некоторые положительные изменения и в структуре продовольственного потребления. По данным государственной статистики, в 2004 г. по сравнению с 2000 г. среднедушевое потребление мяса и мясопродуктов возросло на 20%, молока и молочных продуктов – на 18%, овощей – на 4%, фруктов – на 58%, сахара и кондитерских изделий – на 9%; снизилось потребление хлеба на 2%, картофеля – на 14% [71]. Однако фактическое потребление продуктов питания жителями области ниже рекомендуемых Российской академией медицинских наук (РАМН) норм, за исключением хлеба, картофеля, кондитерских изделий, растительных и животных жиров (табл. 3.3).

Таблица 3.3. Потребление продуктов питания населением Вологодской области в сравнении с рекомендуемыми нормами (в расчете на члена семьи в год; кг)

Продукты	1990	1995	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Рекомендуемый РАМН набор пищевых продуктов*
Мясо и мясопродукты	66	53	47	49	47	56	56	59	70
Молоко и молокопродукты	398	288	189	213	218	235	232	252	370
Яйца, штук	218	180	167	220	195	203	215	225	274
Рыба и рыбопродукты	15	10	13	14	16	17	16	18	20
Хлебопродукты	111	106	128	116	120	120	121	114	107
Овощи и бахчевые	67	77	90	89	94	95	87	93	140
Картофель	97	122	105	125	114	109	104	107	105
Фрукты, ягоды	31	26	20	26	33	37	35	41	75
Кондитерские изделия	35	34	55	34	33	34	36	37	38
Масло растительное, маргарин и другие жиры	5	6	11	12	12	12	12	12	13

* Цит. по: Билич Г.Л., Назарова Л.В. Основы валеологии. – СПб., 1998.

Источник: Статистический ежегодник Вологодской области. – Вологда, 2005.

Потребление продуктов питания существенно различается в зависимости от уровня благосостояния. Домохозяйства с наименьшими доходами потребляли в 6 раз меньше, чем с наибольшими, фруктов, в 3 раза – рыбопродуктов, мясных и молочных продуктов (табл. 3.4).

Таблица 3.4. Потребление основных продуктов питания в домашних хозяйствах Вологодской области различного уровня благосостояния (кг на члена домохозяйства)

Пищевые продукты	% от рекомендуемых РАМН норм	
	10% группа населения с наименьшими среднедушевыми доходами	10% группа населения с наибольшими среднедушевыми доходами
Мясо и мясопродукты	40,0	122,8
Молоко и молочные продукты	29,7	94,6
Яйца, штук	48,5	112,0
Рыба и рыбопродукты	50,0	165,0
Хлебные продукты	94,4	106,5
Овощи и бахчевые	32,8	94,3
Картофель	69,5	124,8
Фрукты и ягоды	16,0	97,3
Сахар и кондитерские изделия	60,5	136,8
Масло растительное, маргарин и другие жиры	84,6	100,0

Существует опасность для здоровья людей с низкими средне-душевыми доходами, связанная с нарушением структуры рациона питания. Это проявляется в недостаточном потреблении мяса и мясопродуктов, молока и молокопродуктов, яиц, рыбы и рыбных продуктов, овощей, фруктов и ягод, содержащих необходимые белки, клетчатку, минеральные вещества, витамины.

Согласно концепции сбалансированного питания, суточные энергозатраты взрослого человека зависят от характера физической нагрузки и составляют в среднем 2500 ккал. Соотношение белков, жиров, углеводов в полноценном рационе должно составлять 1:1,2:4,6 [6]. Однако фактическое их потребление не соответствует рекомендуемому соотношению.

Показатели пищевой ценности потребляемых населением области продуктов, выражающиеся в объеме суточного потребления белков, жиров и углеводов, за анализируемый период возросли. По сравнению с 2000 г. потребление белков увеличилось почти на 9%, жиров – на 10%, углеводов – на 5% (табл. 3.5).

Таблица 3.5. Пищевая и энергетическая ценность продуктов питания в домашних хозяйствах Вологодской области (в среднем на члена домашнего хозяйства)

Пищевая ценность потребляемых продуктов (в сутки)	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.
Белки (г)	65	64	64	68	68	69,7
Жиры (г)	81	87	88	93	93	97,4
Углеводы (г)	413	392	404	411	416	411,7
Энергетическая ценность (ккал), в том числе в продуктах животного происхождения	2 648	2 615	2 672	2 762	2 780	2 812,6
	606	645	633	684	677	724,9

Источник: Статистический ежегодник Вологодской области. – Вологда, 2005.

Энергетическая ценность потребляемой пищи превышает среднее рекомендуемое количество на 313 ккал за счет повышенного содержания хлеба, хлебопродуктов и картофеля при снижении наиболее полезных продуктов питания.

Значительные различия в калорийности пищевых продуктов имеют место при сравнении 10% наиболее и 10% наименее обеспеченного населения области. Так, первая группа получает 3466 ккал в сутки, что превышает рекомендуемую норму для лиц со средней физической нагрузкой на 966 ккал, а вторая – всего 1933 ккал. Эти данные подтверждают тезис о том, что высокие доходы не обеспечивают здорового питания. А население с низкими доходами не получает нормативного питания даже по калорийности, не говоря о разнообразии потребляемых продуктов.

Важной предпосылкой для поддержания состояния здоровья населения на необходимом уровне является использование качественной воды для питья и приготовления пищи. Как показывают результаты опросов, примерно две трети населения используют для этих целей водопроводную воду, качество которой низкое.

Согласно информации Центра госсанэпиднадзора в Вологодской области [17] 47% проб питьевой воды в 2004 г. не соответствовали гигиеническим нормативам по санитарно-химическим показателям и 14% проб – по микробиологическим показателям. Однако предпочитают покупать воду только 6% опрошенных (в 2001 г. – 3%). В основном это жители гг. Вологды и Череповца.

В 2005 г. по сравнению с 2004 г. произошло снижение оценок качества потребляемой водопроводной воды (по 5-балльной шкале), которые дают жители области (табл. 3.6).

Таблица 3.6. Оценка населением Вологодской области качества водопроводной воды от 1 до 5 баллов)

Область				Вологда				Череповец				Районы			
2002	2003	2004	2005	2002	2003	2004	2005	2002	2003	2004	2005	2002	2003	2004	2005
<i>Цвет</i>															
2,7	2,8	2,9	2,8	2,3	2,3	2,5	2,4	3,0	3,1	3,3	3,1	2,8	2,7	2,9	2,8
<i>Прозрачность</i>															
2,6	2,9	3,0	2,8	2,3	2,3	2,5	2,4	2,7	3,2	3,3	3,2	2,8	3,0	3,0	2,8
<i>Запах</i>															
2,5	2,6	2,8	2,7	2,1	2,0	2,2	2,1	2,8	2,8	2,9	2,9	2,6	2,8	3,0	2,8
<i>Вкус</i>															
2,4	2,6	2,6	2,6	1,8	1,9	2,1	2,2	2,7	2,8	2,9	2,8	2,7	2,7	2,8	2,8
<i>Жесткость</i>															
2,1	2,4	2,5	2,4	1,7	1,8	2,1	2,0	2,4	2,7	2,7	2,8	2,3	2,5	2,6	2,3

Результаты исследования показывают, что полноценность пищевого рациона – это экономическая проблема, которая может быть реализована только путем повышения доходов населения. Необходимы общеэкономические меры по улучшению покупательной способности всех групп населения и доступности для них полноценных продуктов питания.

Задачи осуществления мер по обеспечению доброкачественной питьевой водой населения области, обозначенные в стратегическом плане «Охрана и укрепление здоровья населения Вологодской области на 2003 – 2010 годы», не теряют своей актуальности.

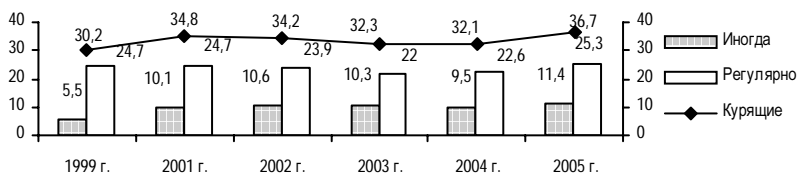
3.2. Субъективные факторы формирования общественного здоровья населения

Поведенческие факторы риска. Сегодня особую значимость приобретают такие понятия, как «здоровьесберегающее поведение», «культура самосохранения». Они ставят здоровье на высочайший уровень в структуре жизненных ценностей, определяют активность человека в отношении к здоровью. Исключение из жизни факторов риска позволяет нейтрализовать генетическую предрасположенность к заболеваниям и снабжает навыками поддержания здоровья [36].

Особая опасность курения, злоупотребления алкоголем, пренебрежения здоровым образом жизни заключается в том, что влияние этих факторов на человеческий организм носит замедленный характер и может длительное время не ощущаться. Существуют многочисленные доказательства зависимости между потреблением алкоголя, курением и развитием распространенных хронических неинфекционных заболеваний [16, 36]. Именно поэтому здоровый образ жизни населения и уменьшение ущерба, причиняемого алкоголем, наркотиками и табаком, выделяются в качестве основных профилактических направлений в рамках стратегического плана «Охрана и укрепление здоровья ...» (п. 5, 9).

Распространенность курения среди жителей области увеличилась с 35% в 2001 г. до 37% в 2005 г., что явилось наибольшим показателем за период наблюдений с 1999 г. При этом возросла доля как регулярно курящих, так и тех, кто курит иногда (рис. 3.3).

Рис. 3.3. Распределение ответов на вопрос: «Курите ли Вы в настоящее время?» (в % от числа опрошенных)



Среди курящих преобладают те, кто выкуривает не более одной пачки сигарет в день (76%). Более одной пачки в день выкуривают 24% курильщиков. Жители г. Череповца курят значительно больше. По одной пачке сигарет в день выкуривают 42% от числа опрошенных череповчан, 23% – вологжан и 34% – жителей районов области.

За период проведения мониторинга установлено, что женщины (20%) курят значительно меньше мужчин (50%). Молодежь (до 30 лет) более склонна к курению, чем представители среднего и старшего возрастов (табл. 3.7).

Таблица 3.7. Степень распространенности курения в половозрастном разрезе (в % от числа опрошенных)

Показатель	Мужчины в возрасте (лет)			Женщины в возрасте (лет)		
	До 30	30-60	Старше 60	До 30	30-55	Старше 55
Не курят	36,9	39,7	55,2	76,1	73,9	87,9
Курят	63,1	60,3	44,8	28,4	25,9	10,8
Без ответа	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	1,3

Крайне тревожно то, что примерно треть молодых женщин – основная репродуктивная группа – курят. Ведущим мотивом, побуждающим к курению, выступает, по мнению опрошенных, его «успокаивающий» эффект. Такой повод браться за сигарету назвали 43% курящих, 11% из них считают курение приятным занятием, 10% курят по примеру друзей и знакомых (табл. 3.8).

Таблица 3.8. Структура причин курения (в % от числа курильщиков)

Варианты ответов	Вологда	Череповец	Районы	Область
Это успокаивает	38,3	43,8	46,4	43,5
Это приятное занятие	13,3	15,2	7,3	11,3
Потому, что курят мои друзья и знакомые	12,2	5,7	10,6	9,6
Это помогает в общении	4,1	6,7	2,6	4,2
Я чувствую себя взрослее и увереннее	0,0	1,9	2,0	1,4
Затрудняюсь ответить	36,7	31,4	32,5	33,3

Большинство курящих (57%) хотели бы бросить курить, в том числе 19% согласны отказаться от этой привычки при условии посторонней помощи (в 2001 г. – 39 и 22% соответственно).

Не хотят бросать курить 41% курящих (в 2001 г. – 37%), причем лиц, не желающих порвать с вредной привычкой, в Череповце и Вологде больше, чем в районах области (в 2005 г. – 50, 44 и 34% соответственно). Более 20 лет курят 25% опрошенных (в 2001 г. – 37%). Пятая часть курящих (21%) считает, что курение не вредит здоровью. Большинство курильщиков (71%) признают вред курения для своего здоровья, однако продолжают курить (в 2001 г. – 76%).

Еще одной вредной привычкой, которая может оказывать негативное влияние на здоровье людей, является потребление алкогольных напитков.

Как показал опрос, 62% населения (в 2001 г. – 63%) признает отрицательное влияние алкоголя на здоровье, но 19% (в 2001 г. – 25%) полагает, что алкогольные напитки не влияют на состояние здоровья, а 7% потребителей указывают на его положительное воздействие (в 2001 г. – 9%). Причины потребления алкогольных напитков представлены в таблице 3.9.

Таблица 3.9. Распределение ответов на вопрос: «Если Вы употребляете алкогольные напитки, то с чем это связано?» (в % от числа опрошенных)

Варианты ответов	Череповец	Вологда	Районы	Область
«За компанию»	45,7	39,5	40,5	41,6
Как способ снятия нервного напряжения	30,8	20,9	20,7	23,3
Это приятное занятие	8,9	17,4	8,8	11,0
Это помогает в общении	4,9	10,7	10,4	9,1
Затрудняюсь ответить	14,2	20,6	18,4	17,9

Употребляют спиртные напитки 78% мужчин и 61% женщин. Рост доли лиц, употребляющих спиртные напитки, в 2005 г. произошел во всех половозрастных группах, независимо от социальной самоидентификации.

Удельный вес лиц, употребляющих алкогольные напитки в объеме до 200 мл в неделю, составляет 51%; до 0,5 л в неделю – 24%; до 1 л в неделю – 10%. Более 2 л в неделю выпивают 7% жителей области, причем доля этой группы продолжает расти (табл. 3.10).

Таблица 3.10. Распределение ответов на вопрос: «Как часто и в каком количестве Вы употребляете алкогольные напитки?» (в % от числа опрошенных, без учета затруднившихся ответить)

Варианты ответов	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.
До 200 мл в неделю	55,0	49,2	49,5	50,7	51,4
До 0,5 л в неделю	19,2	23,1	23,3	22,5	23,5
До 1 л в неделю	9,9	12,0	11,2	10,5	9,9
Свыше 2 л в неделю	3,3	5,3	6,2	7,7	7,2

Из алкогольных напитков жители области предпочитают водку (40%) и пиво (37%). Водке в основном отдают предпочтение мужчины старше 30 лет, живущие в районах области, относящие себя к категориям «бедных» и «нищих». Пиво больше употребляют жители г. Вологды и г. Череповца, младшей возрастной группы, независимо от пола и социальной категории. Разумеется, нельзя учесть количество лиц, страдающих алкоголизмом. Однако настораживает то, что количество трудоспособного населения, совсем не употребляющего алкогольные напитки, составляет лишь 29% (в 2001 г. – 30%).

Одной из проблем в сфере потребления алкогольной продукции остаются спиртосодержащие жидкости. Предназначенные для использования в технических целях, они заполняют нишу дешевого алкоголя.

Как показали результаты общеобластного опроса, проведенного в феврале 2005 г., около 16% респондентов отметили, что им «довольно часто» приходилось сталкиваться с тем, что кто-то из их знакомых употреблял в качестве замены алкогольных напитков

различные суррогаты. Еще 37% жителей области сталкивались с этим иногда. Самые высокие показатели – в районах области, где 61% опрошенных указали на употребление спиртосодержащих жидкостей (табл. 3.11).

Таблица 3.11. Распределение ответов на вопрос: «Приходилось ли Вам сталкиваться с тем, что кто-то из Ваших знакомых употреблял в качестве замены алкогольных напитков различные спиртосодержащие жидкости?» (в % от числа ответивших)

Варианты ответов	Вологда	Череповец	Районы	Область
Да, довольно часто	9,1	17,4	18,9	16,1
Да, иногда	27,5	36,4	41,9	37,1
Нет, никогда не приходилось	54,3	33,7	22,8	33,1
Затрудняюсь ответить	9,1	12,5	16,4	13,7

Согласно информации Территориального органа государственной статистики, в 2004 г. в Вологодской области число больных алкоголизмом и алкогольными психозами, состоявших на учете в ЛПУ, составило 17,5 тыс. От причин, связанных с употреблением алкоголя, умерли 1069 чел., в том числе 179 женщин и 742 мужчины трудоспособного возраста (смертность возросла в 3,5 раза по сравнению с 1999 г.) [71].

Физическая активность населения. Согласно данным опросов, 49% населения свободное время проводит дома (в 2001 г. этот показатель был равен 58%). Предпочитают прогулки на свежем воздухе 32% (в 2001 г. – 25%) жителей области. Практически не изменилась по сравнению с 2001 г. доля населения, увлекающегося физкультурой и спортом (11 и 8% соответственно). Не значительно возросло число респондентов, проводящих свой досуг вне дома (табл. 3.12; рис. 3.4).

Таблица 3.12. Уровень физической активности населения в зависимости от места проживания (в % от числа опрошенных)

Вид деятельности	Вологда	Череповец	Районы	Область
Сижу дома (телевизор, чтение, домашние дела)	42,8	46,7	52,2	48,6
Прогулки на свежем воздухе	37,0	32,8	28,9	31,8
Занимаюсь спортом (физкультурой)	10,1	13,1	10,4	11,0
Посещаю культурно-массовые мероприятия	10,4	17,9	11,8	13,0
У меня нет свободного времени	13,8	13,1	13,7	13,6
Другое	1,2	5,1	1,1	2,1

Следует отметить, что в свободное время уровень физической активности у горожан выше, чем у сельских жителей. Лица, занимающиеся физкультурой (спортом) и совершающие прогулки на свежем воздухе, более адекватно оценивают свое здоровье (табл. 3.13).

Рис. 3.4. Распределение ответов на вопрос: «Как Вы проводите свободное время?» (в % от числа опрошенных)

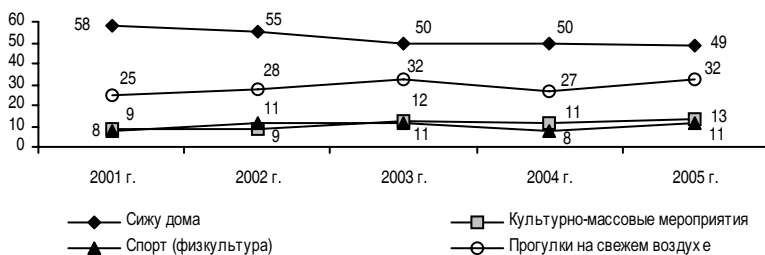


Таблица 3.13. Оценка состояния здоровья в зависимости от формы проведения свободного времени (в % от числа опрошенных)

Варианты ответов	Оценка здоровья		
	Отличное, хорошее	Удовлетворительное	Плохое, очень плохое
Сиджу дома	43,1	42,6	14,2
Прогулки на свежем воздухе	55,0	37,9	7,1
Занимаюсь спортом	57,8	35,1	7,1
Посещаю культурно-массовые мероприятия	41,5	46,7	11,4
Нет свободного времени	30,5	55,5	13,0

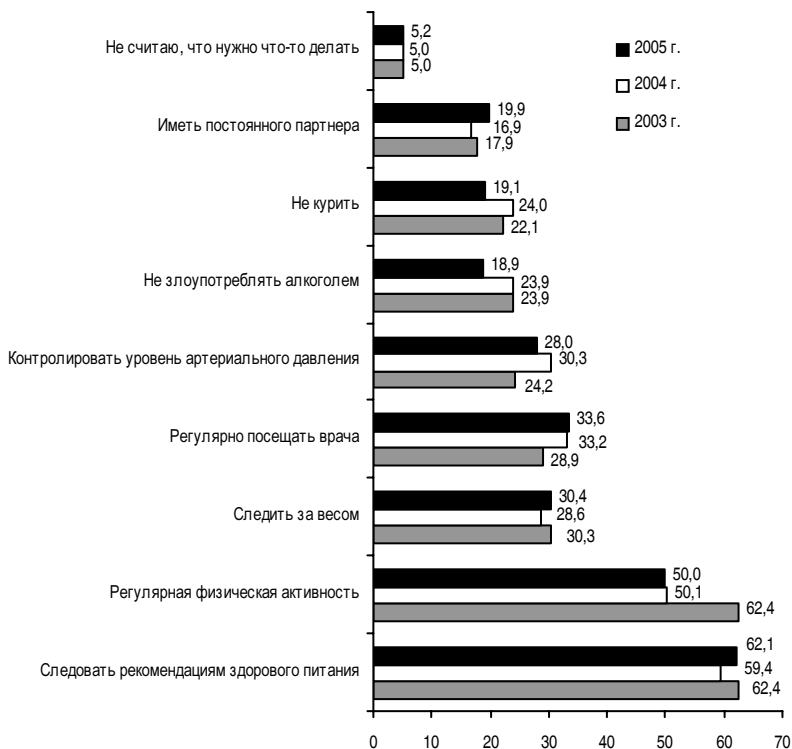
В реальной охране и укреплении здоровья населения не активно, мало привержено здоровому образу жизни. Около половины опрошенных (47%) считают себя полностью ответственными за свое здоровье (в 2001 г. – 50%). Однако эта ответственность в основном имеет декларативный характер.

Уровень физической активности населения при проведении свободного времени остается довольно низким. Даже среди представителей молодого возраста (до 30 лет) большинство предпочитает пассивные формы досуга: 42% молодежи сидит дома перед телевизором, 37% просто гуляют по улицам и лишь 19% занимаются спортом.

Итак, образ жизни населения, который характеризуется низкой физической активностью и пристрастием к вредным привычкам, не способствует формированию благоприятной почвы для укрепления здоровья.

Информированность населения по вопросам охраны и укрепления здоровья. Знания людей о принципах здорового образа жизни, о мерах по профилактике заболеваний являются одним из основных элементов, определяющих их намерения и реальные действия по охране и укреплению своего здоровья (рис. 3.5). Именно поэтому данные о характере информированности жителей региона в вопросах здоровья, источниках получения ими этой информации чрезвычайно важны при разработке и реализации здравоохранительной политики.

Рис. 3.5. Что Вы считаете необходимым делать, чтобы сохранить или улучшить свое здоровье? (в % от числа опрошенных, без учета затруднившихся ответить)



В настоящее время в Вологодской области различные средства массовой информации являются каналами просвещения населения по проблемам здоровья. Большинство людей читают прессу и доверяют ей.

Сотрудниками ВНКЦ ЦЭМИ РАН проанализировано отражение проблем общественного здоровья в 5 наиболее популярных в области периодических изданиях за июль – сентябрь 2005 г. Содержательному исследованию подверглись 80 публикаций из череповецкой газеты «Речь» (22), газеты «Вологодская неделя» (2), областных газет «Красный Север» (29) и «Хронометр» (27). В газете «Русский Север (Пятница)» материалы профилактической направленности не публиковались. Оценка информации проведена по объему, направленности, проблематике, отрицательным и положительным аспектам. Публикации занимают от 20 до 240 строк. Большинство (92,5%) рассмотренных статей имеют информационно-рекомендательный, 1,25% – рекламный характер. Освещение вопросов здорового образа жизни можно отметить только в двух статьях (2,2%).

Авторами статей, помещенных в череповецкой газете «Речь», являются компетентные специалисты. Остальные газетные публикации (в том числе рубрика «Медсовет» в газете «Красный Север») подготовлены корреспондентами газет, а в 2,5% случаев статьи перепечатаны из других периодических изданий. Так как профилактическая информация адресована широкому кругу читателей, роль индивида нашла отражение практически везде, однако в большинстве своем – как объекта воздействия. Ни в одной публикации человек не выступает как субъект, формирующий свое здоровье. Практически отсутствуют тематические публикации специалистов по проблемам здорового образа жизни, здорового питания и другим валеологическим вопросам. Роль государства нашла отражение в трех статьях, посвященных вопросам финансирования отраслей здравоохранения, зарплаты врачей, проведения на различном уровне совещаний, конференций. Но в этих статьях не представлена взаимосвязь государства, здравоохранения, семьи, школы, предприятия в процессе формирования у индивида морально-волевых и ценностно-мотивационных установок на здоровье. Таким образом, содержательный анализ газетных публикаций показывает, что тема общественного здоровья не является приоритетной.

На неэффективную просветительскую работу СМИ указывают материалы опроса общественного мнения: в 2005 г. по сравнению с 2001 г. объем знаний о здоровом образе жизни, получаемый жителями области по телевидению, из газет, по радио, снизился на 8, 18 и 49% соответственно.

Отсутствует мотивация на профилактическую деятельность и у медицинских работников: в течение пяти лет мониторинга уровень выполняемой ими работы с населением не повысился. В семьях также отсутствует установка на здоровье и здоровый образ жизни, и она имеет тенденцию к снижению.

Население хотело бы получать сведения о здоровье в первую очередь из газет, с экранов телевизоров. Отмечается недостаток квалифицированной информации, исходящей от медицинских работников: потребность в ней (51%) оказалась значительно выше реально имеющегося уровня (23%).

Возрастает потребность в получении информации здравоохранительной тематики из научно-популярных изданий, но они не доступны массовому читателю из-за высокой цены (табл. 3.14).

Закономерным является вопрос о качестве информации о здоровье, получаемой из СМИ. Полезной данную информацию считают 53% жителей области (в 2001 г. – 52%). Однако 57% опрошенных называют получаемую из СМИ информацию недостаточной для профилактики заболеваний.

Таблица 3.14. Источники информации, получаемой жителями Вологодской области о здоровье, и их информационные потребности в этой сфере в % от числа опрошенных)

Источники информации	Вариант ответа									
	Получали					Хотели бы получать				
	2001	2002	2003	2004	2005	2001	2002	2003	2004	2005
Телевидение	68,5	77,8	68,1	76,8	63,2	69,6	68,5	63,2	59,7	56,9
Газеты	61,1	50,4	54,8	57,4	50,1	53,6	50,5	52,6	50,7	58,1
Журналы	26,0	26,1	23,1	29,7	27,3	22,3	26,5	30,0	27,8	30,9
Медицинские работники	25,4	21,0	18,3	30,6	23,3	50,3	43,9	47,8	51,7	50,7
Научно-популярные издания	8,4	7,4	8,4	8,9	16,6	19,3	14,5	17,2	20,7	23,6
Радиопередачи	32,4	27,8	25,2	23,5	16,6	24,7	23,1	19,0	20,0	21,1
Семья	19,8	16,1	14,8	16,9	10,5	17,5	16,7	18,7	23,0	20,4

Население региона интересуют прежде всего вопросы питания – 64%, здоровой физической активности – 35% (табл. 3.15).

Таблица 3.15. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Какие темы о здоровье Вас больше всего интересуют?» (в % от числа опрошенных)

Темы о здоровье	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Питание	86,4	74,4	66,7	60,3	62,3	63,6	65,1
Здоровая физическая активность	60,8	59	53,1	44,7	40,3	35	37,9
Кровяное давление	32,1	35,9	39,5	27,8	26,7	33,3	27,7
Вред наркотиков	16	21,7	18,8	19,7	17,3	16,5	25,1
Вопросы сексуальной жизни	23,9	24,8	31,1	23,6	24	24,7	24,6
Избыточный вес	20,3	23,7	26,4	21,6	23,3	23,7	22,2
Вред курения	21,5	23	16,8	18,1	16,5	17,8	17,6
Алкоголь	19,5	16,3	12,6	12,4	12,3	12,7	13,4

Следует отметить, что потребность в информации имеет различия в зависимости от пола и возраста. Так, молодежь более заинтересована в сведениях о вреде наркотиков, вопросах сексуальной жизни; для женщин среднего возраста наиболее актуальна проблема избыточного веса и т.д. (табл. 3.16).

Среди специализированных форм подачи информации предпочтение жителями области отдается тематическим передачам о здоровье на телевидении (70%), бесплатной многотиражной газете по вопросам охраны и укрепления здоровья (24%), специальным передачам о здоровье по радио (24%). В наименьшей степени население оказалось заинтересовано в школах укрепления здоровья (11%), в лекциях по вопросам охраны и укрепления здоровья по месту работы, учебы (11%).

Таблица 3.16. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Какие темы о здоровье Вас больше всего интересуют?» (в % от числа опрошенных)

Темы о здоровье	Мужчины			Женщины		
	До 30 лет	30-60 лет	От 60 лет	До 30 лет	30-55 лет	От 55 лет
Питание	10,2	21,4	7,1	13,3	30,2	17,9
Здоровая физическая активность	13,4	19,0	8,5	12,6	31,5	15,1
Вред наркотиков	17,1	24,8	4,3	15,1	28,2	10,5
Вопросы сексуальной жизни	20,0	20,0	3,8	17,7	25,8	12,8
Вред курения	15,0	30,4	5,7	16,2	20,2	12,6
Избыточный вес	9,3	15,8	4,2	15,1	40,5	15,1
Кровяное давление	4,1	16,8	8,8	10,8	33,0	26,5
Алкоголь	13,9	30,5	6,4	16,0	23,0	10,2
Стрессы	9,9	16,8	5,8	14,3	36,2	17,1

В последние годы департаментом здравоохранения области осуществляется программа внедрения института врачей общей практики. Однако информирование населения по этому вопросу недостаточное. Не владеют информацией о службе врача общей практики 54% опрошенных. Из числа знающих о преимуществах введения данной системы медицинского обслуживания лишь 26% дают положительную оценку такой новации, причем жители Череповца более отрицательно настроены к введению этой службы, чем жители областного центра и районов.

Таким образом, данные анкетирования подтверждают значительный дефицит знаний у населения о здоровом образе жизни. Это результат отсутствия программных концептуальных установок на здоровый образ жизни в средствах массовой информации и серьезных просчетов в деятельности учреждений образования и здравоохранения.

Проведенные исследования показывают, что задачу повышения уровня знаний населения о здоровом образе жизни, продекларированную в концепции «Вологодская область – Здоровье-21...» и отраженную в стратегическом плане «Охрана и укрепление здоровья населения Вологодской области на 2003 – 2010 годы», на деле еще только предстоит реализовать.

Требуется увеличение объема качественной, профессиональной информации о здоровье и профилактике заболеваний, предоставляемой медицинскими учреждениями и средствами массовой информации, с последующей возможностью применения ее на практике. При этом темы и формы подачи информации должны варьироваться в зависимости от возраста и пола потребителей.

ГЛАВА 4

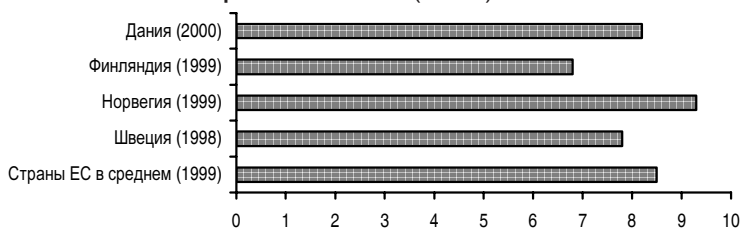
ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАК ОСНОВА ОХРАНЫ И УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ

4.1. Тенденции развития российской системы здравоохранения

Лавина технического прогресса, захлестнувшая человечество во второй половине XX века, привела к резкому ухудшению экологии, что характеризуется прежде всего техногенным загрязнением окружающей среды. Значительная часть населения страдает от загрязнения организма. Следует говорить о новой эндоэкологической болезни, разнообразные клинические формы которой протекают в виде различных заболеваний. В современных условиях популяции людей взаимодействуют с широким комплексом средовых факторов, во многом определяющих неблагоприятные изменения со стороны здоровья. Загрязнение окружающей среды химическими веществами обуславливает неблагоприятные сдвиги в организме человека, которые в ряде случаев могут способствовать развитию болезней.

Проблема эндоэкологии стала проблемой XXI века, важнейшим фактором выживания человечества, требующим намного больше сил и средств здравоохранения. Это имеет серьезное экономическое значение, заключающееся в том, что в современном мире, по мере приближения стран к состоянию законченности демографического перехода, нарастает количество расходов на нужды здравоохранения – на 1% от ВВП каждое десятилетие. Если в 1920-е годы цивилизованный мир тратил на нужды здравоохранения примерно 0,7–1,2% ВВП, в 1930-е годы – 2%, в 1940-е – 3%, то сейчас соответствующие расходы стран континента составляют 7–9%, в то время как в США тратят вообще около 19% ВВП. При этом и сам валовой национальный продукт возрастает от десятилетия к десятилетию. Объем финансирования здравоохранения в странах Европейского союза (ЕС) в процентах от валового внутреннего продукта (ВВП) представлен на *рисунке 4.1* [98].

Рис. 4.1. Объем финансирования здравоохранения в странах Европейского союза (% ВВП)



Источник: Швеция / Европейская обсерватория по системам здравоохранения, Европейское региональное бюро ВОЗ. <http://www.observatory.dk>

Главными причинами высокой смертности в России являются несовершенные подходы к охране здоровья, неадекватная государственная политика в области здравоохранения, ухудшение функционирования системы медицинской помощи населению, снижение ее доступности [96].

По данным российских исследователей, общественные расходы на здравоохранение в стране в 2000 г. сократились по сравнению с 1991 г. в 2,5 раза, в том числе консолидированного бюджета – более чем в 3 раза. Установлена корреляционная связь средней продолжительности жизни с показателем уровня ВВП на душу населения [96]. Сравнение совокупных и государственных расходов на здравоохранение в России и в других странах показывает, что Россия отстает не только от развитых стран, но и от ряда европейских стран с переходной экономикой (табл. 4.1) [95].

Таблица 4.1. Совокупные и государственные расходы на здравоохранение в России, отдельных развитых странах и европейских странах с переходной экономикой (по международному курсу доллара)

Страна	Расходы на здравоохранение									
	совокупные					государственные				
	1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001
Россия	390	382	378	420	454	284	263	245	293	310
Беларусь	375	391	415	424	464	327	337	355	362	402
Польша	461	543	558	572	629	332	355	397	400	452
Словакия	608	636	664	642	681	558	583	595	574	608
Словения	1 097	1 223	1 299	1 421	1 545	868	927	981	1 080	1 157
Чехия	930	944	972	1 031	1 129	853	867	889	942	1 031
Великобритания	1 516	1 573	1 704	1 827	1 989	1 214	1 261	1 371	1 479	1 634
Швеция	1 855	1 903	2 053	2 195	2 270	1 592	1 633	1 760	1 866	1 935
Бельгия	1 988	1 969	2 105	2 272	2 481	1 422	1 417	1 519	1 639	1 778
Дания	2 099	2 238	2 344	2 398	2 503	1 727	1 835	1 927	1 979	2 063
Канада	2 187	2 288	2 433	2 580	2 792	1 532	1 617	1 713	1 828	1 978
Швейцария	2 841	2 952	3 080	3 160	3 322	1 567	1 619	1 704	1 758	1 897
США	3 939	4 095	4 287	4 540	4 887	1 784	1 874	1 895	2 005	2 168

Источник: The World health report: 2004 : changing history. – WHO, 2004.

В 2001 г. государственные расходы на здравоохранение в расчете на душу населения в РФ составляли 310 долларов США (по паритету покупательной способности). Это в 7 раз меньше, чем в США (2168 долл.), в 6,8 раза – чем в Германии (2113 долл.), в 6,3 раза – чем во Франции (1951 долл.), в 5,3 раза – чем в Великобритании (1634 долл.). При этом отставание России по показателю валового регионального продукта было заметно меньшим: в расчете на душу населения (7100 долл. США) он уступал соответствующему показателю США (34320 долл.) в 4,8 раза, Германии (25350 долл.) – в 3,6 раза, Франции (23990 долл.) – в 3,4 раза, Великобритании (24160 долл.) – в 3,4 раза.

Приведение соотношения между объемом государственных расходов на здравоохранение и величиной национального дохода в соответствие со стандартами развитых стран мира позволило бы увеличить уровень бюджетного финансирования отрасли в 1,5–2 раза в расчете на каждого жителя России. Это могло бы создать возможности для существенного улучшения условий функционирования сферы охраны и укрепления здоровья даже при существующем уровне общественного производства, а в последующем – расширить их благодаря поступательному росту ВВП.

Реструктуризация здравоохранения России невозможна без существенного увеличения объемов финансирования и технического перевооружения. На качество медицинской помощи в значительной степени оказывает влияние слабая организация ее первичного звена (в том числе укомплектованность врачевым и средним медицинским персоналом), интенсивность оказания стационарной помощи (продолжительность пребывания в больнице), в меньшей – обеспеченность больничными койками и количество госпитализаций в расчете на 100 чел. населения (*табл. 4.2*) [20, 98]. Диспропорция в соотношении численности врачей и среднего медицинского персонала в здравоохранении России приводит к тому, что определенную часть рабочего времени, вместо приема пациентов, врачи выполняют «неврачебную» работу. В 2004 г. в России в общей сложности на 100 врачей приходилось 225 фельдшеров и медицинских сестер, в то время как в большинстве развитых стран это соотношение составляет 100:300 и более [96].

На зависимость общественного здоровья от социально-экономических условий указывали в конце XIX – начале XX века российские ученые-гигиенисты А.П. Доброславин, Е.А. Осипов, В.О. Португалов, Ф.Ф. Эрисман [63]. Ф.Ф. Эрисман писал, что главные факторы эконо-

Таблица 4.2. Показатели работы больниц в России и странах Европейского союза за 1995 – 2000 гг.

Страна	Число коек на 1000 населения	Число госпитализаций на 100 населения	Средняя продолжительность госпитализации (дни)	Средняя занятость койки (%)
Дания	3,3	19,2	5,5	79,9
Финляндия	2,4	19,3	4,3	74,0
Норвегия	3,1	14,5	6,0	85,2
Швеция	2,5	15,9	5,5	77,5
Страны ЕС (в среднем)	4,2	17,1	8,2	77,0
Россия, 2000 г.	10,9	н. д.	15,4	85,7
Россия, 2004 г.	9,9	22,2	14,0	87,3

Источники: Швеция / Европейская обсерватория по системам здравоохранения, Европейское региональное бюро ВОЗ. <http://www.observatory.dk>; Деятельность и ресурсы учреждений здравоохранения. – М.: Министерство здравоохранения и социального развития РФ, 2005.

мической жизни влияют на состояние общественного здоровья и приводят к чрезмерной болезненности и смертности населения. Ю.Ф. Флоринская установила корреляционную зависимость между показателями потери жизненного потенциала (количество лет недожития до потенциально достигаемого возраста) и обеспеченностью жилого фонда водопроводом и канализацией [100]. На зависимость здоровья населения от социально-экономических факторов указывает и Всемирная организация здравоохранения [97].

Сегодня российскому здравоохранению в условиях крайней неопределенности и жесточайших ограничений предстоит попытаться защитить здоровье населения. Бывший в свое время министром здравоохранения РФ Ю.Л. Шевченко охарактеризовал здравоохранение России как один из основных факторов национальной безопасности страны [84].

В результате реформ в России ответственность за здоровье населения несут органы региональной и местной власти. Они должны планировать и нормировать медицинское обслуживание и управлять им на подведомственной территории.

Таким образом, здравоохранение приблизилось к обслуживаемому населению. Однако показатели его здоровья не улучшаются, смертность растет, а здравоохранение еще не окончательно переориентировано на первичное медицинское обслуживание и профилактику [61].

4.2. Региональное здравоохранение и общественное здоровье

Вологодская область охватывает 145,7 тыс. км². В нее входят 28 муниципальных образований, в т.ч. 26 сельских. На территории области расположено более 8 тыс. сельских населенных пунктов. Плотность населения 9,3 чел. на 1 км².

Условия труда сельских жителей сопряжены с неблагоприятными климатическими условиями, с высоким риском производственного травматизма. Спецификой сельскохозяйственного труда являются: большая занятость низкоквалифицированным физическим трудом, суточная миграция работников, сезонность работ; дополнительная работа в домашнем подсобном хозяйстве, плохие бытовые условия. Нередко рабочее место находится в отдалении от места жительства и ЛПУ, что затрудняет оказание медицинской помощи. Условия труда в сельском хозяйстве обуславливают специфические и профессиональные заболевания. Велико воздействие многочисленных вредных для здоровья факторов: физических (пыль, шум, вибрация и др.), химических (пестициды, удобрения и др.), биологических (туберкулез и другие зоонозы).

Производственный травматизм составляет не менее 18,7% общей заболеваемости сельского населения (при этом, как правило, данный показатель занижен). Наибольшее число случаев травматизма регистрируется среди населения в возрасте от 40 до 49 лет. Чаще всего травмируются механизаторы, животноводы и строители. Причины производственных травм в сельском хозяйстве в основном носят организационный, технический и санитарно-гигиенический характер. Среди организационных причин наиболее важны слабый надзор за соблюдением техники безопасности и личной профилактики травматизма, недостатки в организации труда, использование работника не по специальности, недостаточное обучение безопасным методам работы.

Социальные и экономические условия жизни сельского населения хуже, чем городских жителей. Среди работников сельского хозяйства меньше доля лиц с высшим образованием, ниже общеобразовательный уровень в целом. Социально-экономические изменения на селе привели к ухудшению материального и общественного положения большей части населения. Наиболее сложным является положение сельских семей с низким уровнем доходов и пенсионеров. Велик уровень безработицы и, как следствие, высока алкоголизация, особенно мужчин трудоспособного возраста.

Долгосрочной концепцией «Вологодская область – Здоровье-21...» и стратегическим планом «Охрана и укрепление здоровья...» [39, 73] определены важнейшие направления организации системы здравоохранения региона, взят курс на профилактику заболеваний. В соответствии с выбранными приоритетами осуществляется поэтапная реструктуризация сети государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, включающая развитие амбулаторно-поликлинического звена и стационарзамещающих технологий, активную ориентацию населения на здоровый образ жизни. С 1998 г. действует «Программа государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью», увеличение стоимости которой в 2004 г. по сравнению с 2003 г. составило 11,5%. С 2003 г. реализуется российско-шведский проект «Врач общей практики» [18, 55].

В 2004 г. на 42,4% возросла доля бюджетных расходов на здравоохранение (2004 г. – 1457,2; 2003 г. – 1023,3 млн. руб.). Сопоставление данных о расходах консолидированного бюджета области показывает, что в период с 1998 по 2004 г. объемы финансирования отрасли «Здравоохранение» в абсолютной оценке увеличились в 5,5 раза. Финансирование целевых профилактических программ из областного бюджета составляет 10,7% от бюджета отрасли, что в 1,5 раза выше уровня финансирования в 2001 г.

В соответствии с данными Министерства финансов РФ, по уровню бюджетных расходов в отрасли в 2004 г. в расчете на душу населения (в сопоставимой оценке) Вологодская область занимала 4 место в Северо-Западном федеральном округе РФ и превышала среднероссийский уровень (табл. 4.3) [29].

Таблица 4.3. Расходы консолидированного бюджета Вологодской области на отрасль здравоохранения в 2004 г. в сравнении с регионами Северо-Западного федерального округа (на 1 жителя)

Регион	Расходы на здравоохранение:		
	руб.	в % к РФ	ранговое место в СЗФО
Республика Коми	4 006,6	165,0	1
Мурманская область	4 114,4	138,7	2
Республика Карелия	2 688,7	124,8	3
Вологодская область	2 380,0	115,9	4
Архангельская область	2 584,5	113,3	5
Санкт-Петербург	2 441,1	105,3	6
Ленинградская область	2 164,4	98,3	7
Псковская область	1 405,7	76,5	8
Калининградская область	1 657,6	71,1	9
Новгородская область	1 353,6	67,3	10
В среднем по СЗФО	2 576,4	85,4	–
В среднем по РФ		100	–

Источники: Здравоохранение в России: Стат. сборник. – М.: Росстат, 2005. // www.Komistat.ru

В 2004 г. в области функционировало 201 амбулаторно-поликлиническое учреждение. Сеть стационарных учреждений представлена 124 больницами, в том числе: 2 больницы федерального подчинения, 14 диспансеров, 2 областных больницы, 8 городских.

Медицинская помощь сельскому населению оказывается сетью областных лечебно-профилактических учреждений, 25 центральными районными больницами (ЦРБ), 1 центральной районной поликлиникой, 12 районными больницами, 45 участковыми больницами, 10 домами сестринского ухода, 42 сельскими врачебными амбулаториями (СВА), 680 фельдшерско-акушерскими пунктами (ФАП). По сравнению с 2000 г. число участковых больниц сократилось с 49 до 45, ФАП – с 687 до 680, количество СВА увеличилось с 38 до 42.

Особенности организации медицинской помощи жителям села:

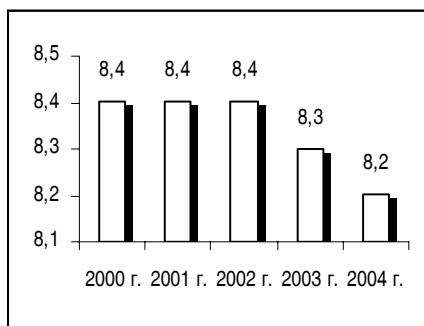
- 1) этапность: ФАП, участковая больница, ЦРБ, областные лечебно-профилактические учреждения;
- 2) максимальная децентрализация амбулаторно-поликлинической помощи (приближение ее к сельским жителям) и максимальная централизация стационарной помощи;
- 3) многовариантность организационных форм медицинской помощи, включая выездную амбулаторно-поликлиническую помощь, с целью приближения ее к населению и раннего выявления заболеваний;
- 4) широкое использование областных и городских ЛПУ;
- 5) преимущественно фельдшерский прием.

Мощность всех амбулаторно-поликлинических учреждений области – 31340 посещений в смену. Всего в медицинские учреждения области выполнено 10332,9 тыс. посещений (в том числе посещения на дому – 629,9 тыс.). Число посещений на 10 тыс. населения в 2004 г. в целом по области составляло 248,5 ед., по районам – 232,2 ед. Среднее число посещений врача на одного жителя области было равно 8,2, по районам области – 5,7 (РФ – 9,0; СЗФО – 8,6). Количество посещений врачей и фельдшеров в расчете на одного жителя составляло 10,0 ед., по районам – 9,2 ед.

За 2002 – 2004 гг. наблюдалась тенденция к снижению числа посещений врача на одного жителя в год (рис. 4.2). В тяжелом положении находится сектор здравоохранения в сельской местности, где удаленность ЦРБ от участковых больниц и ФАП составляет от 3 до 110 км (рис. 4.3), средний радиус обслуживания ФАП и СВА – до 10 км. Следует признать, что значительная доля сельского населения проживает в условиях неразвитых транспортных коммуникаций, что связано с неудовлетворительным состоянием дорог, сокращением автобусных и речных маршрутов, с отсутствием современных средств связи.

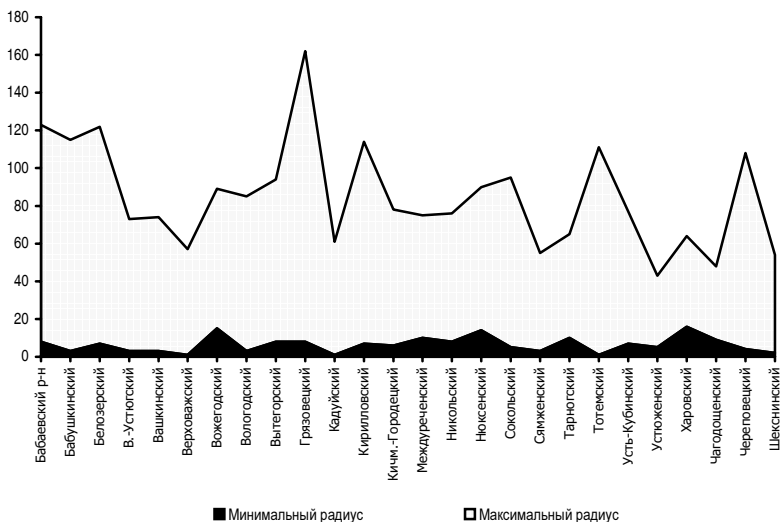
Высокая стоимость транспортных услуг также сокращает доступность квалифицированной врачебной помощи. В результате снижается уровень обращаемости населения в пункты врачебной помощи из отдаленных от них поселений, что способствует накоплению хронической патологии (число посещений на одного сельского жителя в год, включая скорую помощь, составляет 2,5).

Рис. 4.2. Количество посещений врача по Вологодской области (на 1 жителя в год)



Источник: Государственный доклад о состоянии здоровья населения и деятельности системы здравоохранения Вологодской области в 2004 году. – Вологда: ДЗО, 2005.

Рис. 4.3. Средний радиус обслуживания центральными районными больницами населения муниципальных образований Вологодской области (км)



Так, в 12 районах (из 26) число посещений врача на одного жителя ниже среднегодового уровня по муниципальным образованиям области. В половине районов доля больных с запущенной онкопатологией выше среднеобластной. Заболеваемость психическими расстройствами, смертность от несчастных случаев, отравлений и травм в районах области превышает среднеобластные показатели. В структуре смертности сельского населения по классам болезней

первые три места занимают болезни системы кровообращения (БСК), несчастные случаи, отравления и травмы, новообразования. Смертность от БСК среди сельских жителей преобладает над показателями смертности городского населения (в 2004 г. в структуре смертности городского населения она составила 52,12%, сельского – 59,63%).

В то же время заболеваемость БСК жителей села ниже, чем городского населения. Низкая выявляемость БСК у сельских жителей не позволяет своевременно проводить профилактические мероприятия.

В Никольском, Бабушкинском, Верховажском, Междуреченском, Нюксенском, Вологодском, Вашкинском, Череповецком, Белозерском, Сямженском, Тотемском, Кичменгско-Городецком районах число посещений врача на одного жителя в год ниже среднегодового уровня по муниципальным образованиям области (рис. 4.4).

Таким образом, различием в оказании амбулаторно-поликлинической помощи в городе и на селе является:

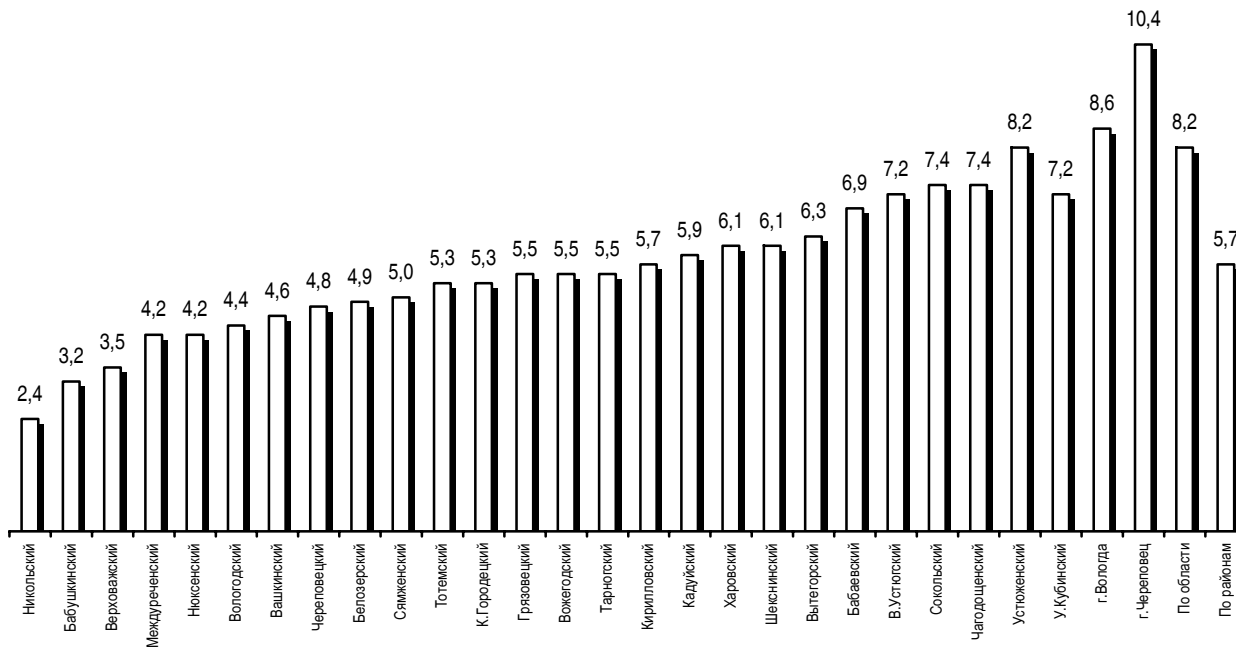
- более низкая обращаемость сельского населения за медицинской помощью в сравнении с городским;
- снижение уровня обращаемости по мере удаленности сел от пунктов врачебной помощи;
- значительные потери времени сельскими жителями на одно посещение врача;
- значительная часть обращений к фельдшерам осуществляется без последующего обращения к врачам (24 – 30%);
- низкая по сравнению с городом выявляемость заболеваний у обратившихся в связи с недостаточными оснащенностью, уровнем квалификации медицинских работников.

Анализируя ресурсное обеспечение системы здравоохранения, необходимо отметить высокую текучесть кадров и, как следствие, недоукомплектованность лечебно-профилактических учреждений врачами.

Обеспеченность населения медицинским персоналом за последнее десятилетие не улучшилась. В области продолжает сохраняться недостаток кадровых ресурсов, прежде всего врачебного персонала. Особенно недостаточно в центральных районных больницах врачей узких специальностей. На начало 2005 г. потребность во врачебных кадрах составляла 573 специалиста, из них 39,5% – на селе.

В 2004 г. 9 из 45 участковых больниц и 9 из 42 сельских амбулаторий не были укомплектованы врачами. Показатель укомплектованности должностей врачей физическими лицами по области составлял 52,2%, в ряде районов – ниже 50%. В 46% муниципальных

Рис. 4.4. Амбулаторно-поликлиническое обслуживание населения Вологодской области в 2004 г.
(число посещений на 1 жителя в год по муниципальным образованиям)



Источник: Государственный доклад о состоянии здоровья населения и деятельности системы здравоохранения Вологодской области в 2004 году. – Вологда: ДЗО, 2005.

образований (Бабушкинский, Белозерский, Вашкинский, Вологодский, Кичменгско-Городецкий, Междуреченский, Никольский, Нюксенский, Сямженский, Усть-Кубинский, Чагодощенский, Череповецкий муниципальные районы) укомплектованность врачами была ниже средне-областного уровня.

Степень обеспеченности здравоохранения области врачами (в расчете на 10 тыс. человек населения) была почти на 26% ниже среднероссийского показателя. Аналогичная ситуация сложилась и в сфере обеспеченности населения средним медицинским персоналом: показатель укомплектованности штатных должностей физическими лицами в области в 2004 г. составил 67%.

По обеспеченности населения врачами Вологодская область находится на 7 месте, средним медицинским персоналом – на 5 месте среди регионов Северо-Западного федерального округа (табл. 4.4).

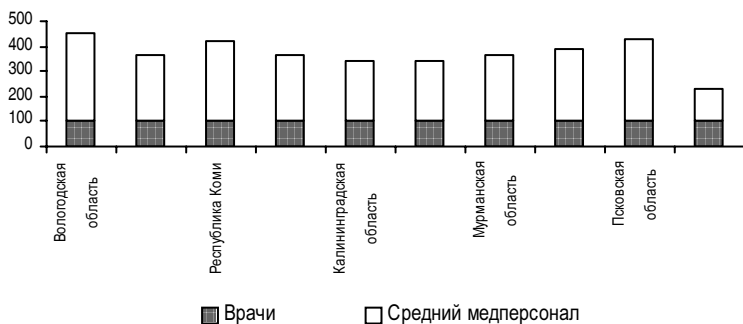
Таблица 4.4. Обеспеченность медицинским персоналом в регионах Северо-Западного федерального округа РФ в 2004 г.

Территория	Численность на 10 тыс. чел. населения				Численность населения (человек) на одного мед. работника			
	Врачи	Ранг	Ср. мед. персонал	Ранг	Врачи	Ранг	Ср. мед. персонал	Ранг
Вологодская область	31,4	7	108,4	5	318	7	92	5
Республика Карелия	43,6	3	116,6	3	229	3	86	3
Республика Коми	38,2	5	121,2	1	262	5	82	1
Архангельская область	44,8	2	118,0	2	223	2	85	2
Калининградская область	31,1	8	75,7	9	321	8	132	9
Ленинградская область	25,8	10	63,4	10	388	10	158	10
Мурманская область	42,3	4	111,2	4	236	4	90	4
Новгородская область	33,4	6	96,3	7	299	6	104	7
Псковская область	29,2	9	96,6	6	342	9	103	6
г. Санкт-Петербург	69,8	1	90,9	8	143	1	110	8
СЗФО в целом	46,6	-	96,1	-	215	-	104	-
Справочно: Россия, 2004 г.	42,4	-	95,6	-	236	-	105	-

Источники: Деятельность и ресурсы учреждений здравоохранения. – М.: Мин. здравоохранения и социального развития РФ, 2005; Регионы Северо-Западного федерального округа. Социально-экономические показатели: Стат. сборник. – Вологда, 2004.

В районах области работает 5691 средний медработник, обеспеченность средним медицинским персоналом по районам составляет 88,1%. Хотя его численность превышает численность врачей в области в 3,5 раза (в РФ и СЗФО превышение составляет 2 раза), недостаток врачебных кадров накладывает отпечаток на качество предоставляемой медицинской помощи (рис. 4.5). В районах значительная часть обращений за медицинской помощью осуществляется к фельдшерам.

Рис. 4.5. Обеспеченность населения Северо-Западного федерального округа медицинским персоналом (количество средних медицинских работников на 100 врачей)



Источник: Регионы Северо-Западного федерального округа. Социально-экономические показатели: Стат. сборник. – Вологда, 2005.

В течение ряда лет департаментом здравоохранения проводится настойчивая, целенаправленная работа по развитию стационар-замещающих технологий. За три года (2002 – 2004 гг.) количество дневных стационаров в сельской местности региона увеличилось с 1 в 2000 г. до 19 в 2004 г., а число развернутых в них койко-мест – с 15 до 127. Число пролеченных в условиях дневного стационара сельских жителей возросло с 734 до 4423 соответственно. Число коек в области на 01.01.2005 г. составляет 14465, без коек дневного стационара – 14282, без коек сестринского ухода – 13877. Обеспеченность населения больничными койками равна 115 ед. на 10 тыс. населения или 85% к уровню 1991 г. (табл. 4.5).

Обеспеченность койками по области за 2004 год увеличилась прежде всего за счет уменьшения численности населения.

За три года только на 363 единицы сократилось в области количество коек в стационарах круглосуточного пребывания (рис. 4.6). В среднем по районам области обеспеченность койками составляет 84,9 на 10 тыс. населения, в 2003 году – 83,8. На ряде территорий

**Таблица 4.5. Обеспеченность населения больничными койками
(на 10 тыс. населения)**

1991 г.	1997 г.	1998 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2004 г. в % к 1991 г.
<i>Вологодская область</i>								
135	120	118	113	114	113	112,4	115,2	-14,7
<i>Российская Федерация</i>								
134,8	120,6	117,9	116	115	106,8	105,8	99,3	-26,3
<i>Северо-Западный федеральный округ</i>								
128,6	112	111	110	110	102,2	101,2	98,0	-23,8

Источники: Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2004 год. – Вологда, 2005; Деятельность и ресурсы учреждений здравоохранения. – М., Министерство здравоохранения и социального развития РФ, 2005.

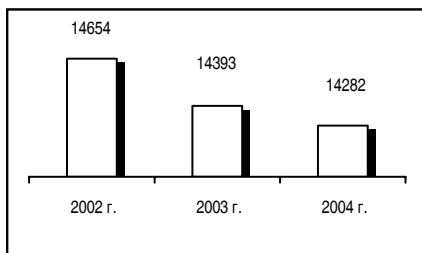
обеспеченность койками остается высокой (г. Череповец, Великоустюгский, Вашкинский, Бабаевский районы).

Всего в области функционируют 73 дневных стационара. Число мест в них в 2004 г. увеличилось на 324 (на 24%) по сравнению с 2003 г. Количество больных, пролеченных в дневных стационарах, возросло с 28376 человек в 2003 г. до 41317 человек в 2004 г. (в 1,4 раза). Число коек дневного стационара при амбулаторно-поликлинических учреждениях в 2004 г. в 8 раз превысило количество коек при больничных учреждениях (183 и 1492 соответственно).

В 2004 г. дневные стационары работали в 24 муниципальных районах (кроме Вытегорского и Харовского) и в г. Вологде, Череповце. В 2004 г. пролечено в 1,5 раза больше сельских жителей, чем в 2003 г. Такие изменения являются результатом целенаправленной работы по реструктуризации коечной сети, повышению эффективности ее использования. Однако слабая материальная оснащенность консультативно-диагностических служб поликлиник не позволяет использовать донозологические формы диагностики.

В 2004 г. уровень госпитализации достиг 26 больных на 100 чел. населения – это самый высокий показатель за последнее десятилетие (табл. 4.6). По СЗФО и в среднем по стране этот показатель несколько ниже – в 2004 г. он составил 22 больных на 100 чел. населения.

Рис. 4.6. Количество коек круглосуточного пребывания в стационарах Вологодской области



Источник: Государственный доклад о состоянии здоровья населения и деятельности системы здравоохранения Вологодской области в 2004 году. – Вологда: ДЗО, 2005.

**Таблица 4.6. Основные показатели деятельности стационарных служб
в Вологодской области**

Показатель	1991	1997	1998	2000	2001	2002	2003	2004	2004 г. в % к 1991 г.
Среднее пребывание больного на койке	16,2	15,8	15,5	15,0	14,4	14,2	14,0	13,6	-16,0
Больничная летальность (взрослые)	1,0	1,1	1,1	1,2	1,3	1,3	1,4	1,7	+41,2
Уровень госпитализации (на 100 чел.)	23,5	22,9	24,0	24,4	25,2	25,5	25,6	26,2	+10,3
Оборот койки	17,3	18,9	20,4	21,8	22,3	22,5	22,9	22,9	+24,4
Число дней работы койки в году	280	299	315	327	322	321	321	323	+13,2

Источники: Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2004 год. – Вологда: ДЗО, 2005; Деятельность и ресурсы учреждений здравоохранения. – М.: Министерство здравоохранения и социального развития РФ, 2005.

Значительная доля средств, выделяемых отрасли здравоохранения области, затрачивается на дорогостоящую стационарную помощь. Ежегодно госпитализируется около 26% жителей области, причем в районах – 22,3%. При этом части госпитализированных не требуется интенсивное лечение и круглосуточное наблюдение в условиях стационара. Тем не менее в дневных стационарах коек в 8 раз меньше, чем в стационарах с круглосуточным пребыванием.

Средняя по области длительность пребывания больного в стационаре – 14 дней (по России и по СЗФО этот показатель равен также 14 дням), что существенно превышает общепринятый показатель стран ЕС (для сравнения: в странах Западной Европы средняя продолжительность равна 8,2 дня ¹) и указывает на низкую интенсивность оказания стационарной помощи в России. Установлена прямая средней силы корреляционная зависимость заболеваемости населения, посещаемости врачей, количества коек в стационаре, длительности пребывания больного в стационаре от численности врачей на территории ($r = 0,539; 0,700; 0,573; 0,626$ соответственно).

Амбулаторно-поликлиническими учреждениями проводится плановая профилактическая работа (табл. 4.7).

Профилактические осмотры переведены на платную основу. Неполный охват осмотрами обязательных контингентов связан с недостаточной укомплектованностью врачами, отсутствием финансовых возможностей у предприятий и хозяйств. Требуется улучшения

¹Цит. по: Иванов В.Н., Суворов А.В. Проблемы охраны здоровья населения России / <http://www.gazeta.ru/2002/10/22/zdravoohrane.shtml>.

Таблица 4.7. Охват профилактическими медицинскими осмотрами обязательных контингентов (2004 г., % от числа подлежащего осмотру взрослого населения)

Контингенты	По области	По районам
Всего обследовано, в т.ч.:	93,2	92,8
– работников промышленных предприятий	91,5	90,2
– работников сельского хозяйства	83,2	83,1
– прочих контингентов	95,8	95,3

качество профилактических осмотров в плане полноты обследования и качество оздоровительной работы среди выявленных больных. Инвалиды Великой Отечественной войны в районах осмотрены в 2004 г. на 89,8%, участники ВОВ – на 86,9%, воины-интернационалисты – на 56,1%.

Таким образом, деятельность стационарных служб в регионе в последние годы характеризовалась высоким уровнем госпитализации, длительным пребыванием больного в стационаре, недостаточно эффективным использованием коечного фонда и врачебного персонала.

Проводимая в настоящее время реструктуризация сети лечебно-профилактических учреждений с приоритетом амбулаторно-поликлинического звена осуществляется медленно. В целом сохраняется госпитальный тип системы здравоохранения, обусловленный неготовностью амбулаторно-поликлинических учреждений к принятию на себя больших объемов медицинской помощи из-за низкой укомплектованности первичного звена, слабого технического оснащения.

Все это свидетельствует о низком уровне профилактики, высокой заболеваемости и недостаточной работе амбулаторно-поликлинической и стационарзамещающей служб в области.

4.3. Доступность и качество медицинского обслуживания в оценках населения

Для исследования доступности и качества медицинского обслуживания важен уровень удовлетворенности людей медицинской помощью. В качестве формы получения информации об этом выступают опросы общественного мнения, являющиеся инструментом обратной связи между органами здравоохранения и обществом.

Данные мониторинга за 2005 г. показывают, что пятая часть жителей области обращается за медицинской помощью реже одного раза в год, примерно столько же (23%) – один раз в год; ежемесячно и раз в квартал обращается, соответственно, 9 и 13% населения.

При возникновении болезней и недомоганий 70% населения обращается в поликлинику. Медицинское обслуживание населения области имеет территориальные особенности. Жители Вологды обращаются в основном в поликлиники, жители Череповца нередко обращаются в медицинские учреждения по месту работы, т.к. в этом городе более распространена ведомственная медицина. В районах, где ведомственная лечебная сеть не развита, население чаще обращается в поликлинику, участковую больницу или вызывает скорую помощь (табл. 4.8).

Таблица 4.8. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Если Вам нужна медицинская помощь, то куда Вы обращаетесь, как правило?» (в зависимости от места проживания; в % от числа опрошенных)

Варианты ответов	Область	Вологда	Череповец	Районы
В поликлинику	70,0	80,1	68,4	66,2
В больницу	15,6	8,0	4,8	24,4
В медучреждения по месту работы	10,2	6,1	23,1	5,8
В скорую помощь	8,2	3,4	4,3	12,3
В платные медучреждения	7,5	15,9	9,1	2,9
К частнопрактикующему врачу	7,0	7,6	8,5	6,0

Можно констатировать, что предпочтение отдается государственным медицинским учреждениям в силу сохраняющейся более широкой их доступности. Дифференциация доходов населения обуславливает неравномерный доступ к услугам здравоохранения: так, лишь 25% населения, относящего себя к категории «богатых», обращается в бесплатные государственные медицинские учреждения, в остальных категориях этот показатель колеблется от 67 до 75%.

В 2005 г. уровень обращаемости к врачу оставался высоким – 61% населения в течение года (в 2001 г. – 64%). Среди основных причин, по которым жители области не обращаются в медицинские учреждения в случае болезни, следует отметить: недостаток времени, предпочтение «народных средств», самолечения традиционной медицине, сомнение в квалификации медицинского персонала, удаленность медицинского учреждения от дома (рис. 4.7).

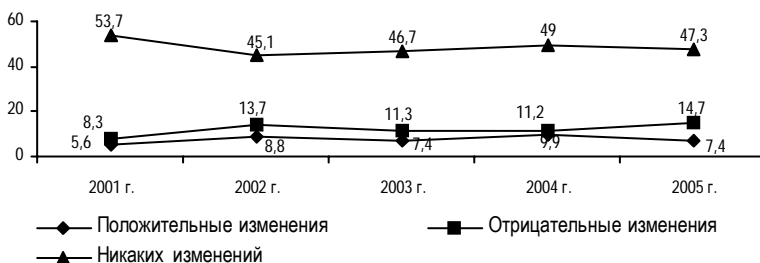
Сомнение в квалификации (возможности влиять на здоровье пациента) медицинского персонала высказали 21% респондентов, по большей части в возрасте 55 (60) лет и старше. Данная оценка показывает недостаточное соблюдение деонтологических принципов при оказании медицинской помощи лицам престарелого возраста с хронической патологией.

Рис. 4.7. Распределение ответов на вопрос: «Если в случае болезни Вы не обращаетесь в поликлинику, то по какой причине?» (в % от числа опрошенных)



По мнению 47% жителей области, за последний год не произошло каких-либо изменений в сфере оказания медицинской помощи. Ухудшение работы ЛПУ отметили 15%, улучшение – 7% опрошенных (рис. 4.8).

Рис. 4.8. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Отмечаете ли Вы изменения в оказании медицинской помощи за последние 12 месяцев?» (в % от числа опрошенных, без учета затруднившихся ответить)



Уровень удовлетворенности населения обслуживанием в медицинских учреждениях различных типов в динамике не стабилен (табл. 4.9, 4.10). Жителями области отмечается ухудшение качества обслуживания в ведомственных поликлиниках (индекс удовлетворенности снизился с 2,2 в 2003 г. до 1,9 в 2005 г.), в платных медицин-

**Таблица 4.9. Степень удовлетворенности жителей области качеством
медицинского обслуживания**
(в % от числа обратившихся, без учета затруднившихся ответить)

Тип учреждения	Год	Удовлетворены	Относительно удовлетворены	Не удовлетворены
Поликлиника по месту жительства	2005	31,3	44,7	24
	2004	32,8	42,5	24,7
	2003	30,0	42,7	27,4
	2002	37,0	26,4	36,6
	2001	31,0	45,4	23,5
	2000	34,5	44,1	20,6
	1999	37,7	40,6	21,7
Поликлиника предприятия, ведомственные поликлиники	2005	22,2	44,1	33,7
	2004	30,4	41,1	28,6
	2003	31,7	41,6	26,7
	2002	22,7	37,5	39,8
	2001	27,6	49,2	23,2
	2000	35,3	48,2	22,4
	1999	38,5	37,9	26,3
Платные медицинские учреждения	2005	35,7	41,7	22,6
	2004	37,7	37,3	25
	2003	42,5	38,8	18,7
	2002	28,9	39,9	31,1
	2001	38,1	42,5	19,3
	2000	42,7	38,5	17,2
	1999	48,0	31,2	20,8

**Таблица 4.10. Индекс удовлетворенности жителей области качеством
медицинского обслуживания***

Тип учреждения	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Поликлиника по месту жительства	2,0	2,0	2,1	2,1	2,2	2,1
Поликлиника предприятия, ведомственные поликлиники	2,1	1,8	2,0	2,2	2,2	1,9
Платные медицинские учреждения	2,2	2,0	2,2	2,2	2,3	2,1

*Индекс удовлетворенности медицинским обслуживанием (от 1 до 3). Индекс удовлетворенности равный 3 соответствует полной удовлетворенности населения медицинским обслуживанием, равный 1 – полной неудовлетворенности. Расчет индекса: $I_u = (x : 3 + y : 2 + z : 1) : 100$ где x – доля населения, удовлетворенного качеством медицинской помощи; y – доля населения, относительно удовлетворенного качеством медицинской помощи; z – доля населения, не удовлетворенного качеством медицинской помощи; 3, 2, 1 – коэффициенты.

ских учреждениях (с 2,2 до 2,1 соответственно), в участковой поликлинике и при вызове врача на дом. В наибольшей степени не удовлетворены качеством медицинского обслуживания жители районов области (табл. 4.11).

Таблица 4.11. Степень удовлетворенности жителей области качеством медицинского обслуживания в зависимости от места проживания
(в % от числа обращающихся, в 2005 г.)

Тип учреждения	Удовлетворены			Удовлетворены относительно			Не удовлетворены			Индекс удовлетворенности		
	Вологда	Череповец	Районы	Вологда	Череповец	Районы	Вологда	Череповец	Районы	Вологда	Череповец	Районы
Поликлиника по месту жительства	35,8	32,9	28,5	46,2	40,8	45,8	18,0	26,3	25,7	2,2	2,1	2,0
Поликлиника предприятия, ведомственные поликлиники	24,4	30,8		52,4	46,1		23,2	23,1		2,0	2,1	
Платные медицинские учреждения	45,9	46,2	22,8	34,5	31,9	52,9	19,6	21,9	24,3	2,3	2,2	2,0

Рассматривая степень удовлетворенности жителей региона качеством медицинского обслуживания по видам помощи, можно отметить, что наибольшая доля позитивных оценок качества услуг отмечается при вызове скорой медицинской помощи. Что касается обращения к врачу, то здесь низка степень удовлетворенности населения консультациями по беременности и родам, госпитализацией – для хирургической операции, с нехроническими и хроническими заболеваниями (*табл. 4.12*).

К наиболее распространенным негативным явлениям, с которыми приходится сталкиваться при обращении за помощью в медицинские учреждения, жители области в 2005 г., как и ранее, отнесли очереди, невозможность попасть на прием в удобное время, плохую организацию работы регистратур, недостаток справочной информации о работе тех или иных специалистов. В 2005 г. по сравнению с 2002 г. участились жалобы на опоздания и нерегламентированные перерывы в работе медработников, иногда имело место неуважительное отношение к пациентам (*табл. 4.13*).

Ожидания населения в отношении улучшения работы медицинских учреждений связаны прежде всего с повышением квалификации медперсонала (53%), внедрением новых технологий (46%), полным обеспечением медикаментами (33%). Эффективность деятельности ЛПУ за счет повышения оплаты пациентами медицинских услуг не рассматривается населением в качестве приоритетной (*табл. 4.14*).

**Таблица 4.12. Степень удовлетворенности населения качеством медицинского обслуживания по видам помощи
(в % от числа обратившихся)**

Виды помощи		Удовлетворены			Относительно удовлетворены			Не удовлетворены			Индекс удовлетворенности		
		2003	2004	2005	2003	2004	2005	2003	2004	2005	2003	2004	2005
Вызов скорой неотложной помощи		42,1	40,7	42,9	39,3	39,1	39,8	18,6	20,2	17,3	2,2	2,2	2,3
Вызов врача на дом		36,5	37,0	38,2	43,5	42,9	44,7	20,0	20,0	17,1	2,2	2,2	2,2
Лечение и удаление зубов		42,5	36,7	43,9	32,8	40,0	36,1	24,7	23,9	20,0	2,2	2,1	2,2
Обращение к врачу в поликлинику		34,7	35,9	37,0	46,2	48,5	46,6	19,1	15,6	16,4	2,2	2,2	2,2
Амбулаторное лечение		28,8	30,7	30,8	48,1	49,8	52,0	23,1	19,5	17,2	2,1	2,1	2,1
Протезирование зубов		28,4	27,4	33,2	27,5	40,4	41,2	44,1	32,2	25,6	1,8	2,0	2,1
Диагностическое обследование		25,3	31,2	23,8	46,2	43,6	50,0	28,5	25,2	26,2	2,0	2,1	2,0
Консультация по беременности и родам		31,5	29,7	19,9	36,1	38,1	52,5	32,4	32,2	27,6	2,0	2,0	1,9
Госпитализация	с хроническим заболеванием	23,1	19,6	14,3	36,7	48,5	58,5	40,1	31,9	27,2	1,8	1,9	1,9
	с нехроническим заболеванием	21,2	19,9	11,4	44,5	47,0	61,1	34,2	33,1	27,5	1,9	1,9	1,8
	для хирургической операции	19,7	24,4	12,6	43,4	46,3	46,1	36,8	29,4	41,3	1,8	2,0	1,7

Таблица 4.13. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Приходилось ли Вам в течение последнего года сталкиваться со следующими явлениями в деятельности медицинских учреждений?» (в % от числа опрошенных)

Явление	Варианты ответа							
	часто				иногда			
	2002	2003	2004	2005	2002	2003	2004	2005
Очереди	56,9	57,8	62,3	61,9	14,2	15,0	16,1	18,9
Невозможность попасть на прием в удобное время	39,8	42,2	46,1	46,0	21,8	22,0	24,4	29,6
Плохая организация работы регистратур	20,9	17,1	20,5	22,4	18,7	22,5	25,5	34,6
Недостаток информации о работе специалистов, о том, к кому нужно обратиться в случае заболеваний	20,7	18,6	20,7	20,6	16,4	19,8	22,1	30,2
Необходимость оплачивать медицинские услуги, которые должны предоставляться бесплатно	17,4	14,4	16,7	15,9	18,1	22,3	20,3	28,4
Опоздания, нерегламентированные перерывы в работе медработников	17,2	15,5	16,4	19,8	17,9	22,8	25,4	31,2
Хамство, неуважительное отношение к пациентам	15,2	11,8	13,9	14,4	15,9	22,0	24,3	30,4

Таблица 4.14. Распределение ответов на вопрос: «Что, на Ваш взгляд, может способствовать повышению эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений?» (в % от числа опрошенных)

	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.
Повышение квалификации медперсонала	52,9	44,3	49,4	52,7
Внедрение новых технологий	47,9	45,2	49,9	46
Полное обеспечение медикаментами	40,1	37,6	34,8	32,7
Усиление экспертного контроля	16,1	18,5	15,3	15,3
Оплата за качество мед. услуг	15,9	17,2	12,5	11,6
Введение частичной оплаты лечения пациентами	7,9	7,9	5,9	6,9

Таким образом, результаты опроса показывают ухудшение качества обслуживания пациентов практически на всех уровнях оказания медицинской помощи. Население отказывается от различных видов медицинских услуг по причине удаленности медицинского учреждения от места проживания, несвоевременности и некомфортности оказания медицинской помощи.

4.4. Участие населения в финансировании здравоохранительной деятельности

При разработке реформ одной из основных задач считалось обеспечение населения всей страны бесплатным набором медицинских услуг. Однако сейчас, учитывая жестко ограниченные объемы бюджетного и страхового финансирования, необходимо признать целесообразным введение частичной платности услуг в российском здравоохранении. В то же время доступности медицинского обслуживания серьезно угрожают все более заметные различия в экономическом положении населения.

Параллельно с сокращением объема общественного финансирования в России происходит коммерциализация медицинских услуг: доля частных расходов в общем финансировании здравоохранения выросла в период с 1991 по 2000 г. в 12 раз (табл. 4.15).

Таблица 4.15. Структура расходов на здравоохранение в РФ (в %)

Источник расходов	1991 г.	1995 г.	2000 г.
Общественное финансирование	97	82	65
Частное финансирование	3	18	35
в том числе:			
– расходы населения на оплату медицинских услуг	2,4	7	13
– расходы на добровольное медицинское страхование	0,6	11	22

Источник: Иванов В.Н., Суворов А.В. Проблемы охраны здоровья населения России // www.gazeta.ru/2002/10/22/zdravoohrane.shtml

Вместе с тем существует дифференциация среди доходных групп населения в отношении расходов на медицинскую помощь. Определено, что на 20% населения с наименьшими доходами и 20% – с наибольшими приходилось, соответственно, 5 и 55% расходов на лекарства. Такая дифференциация указывает на недоступность дорогостоящих лекарств для большей части населения. Что касается платных медицинских услуг, то у малообеспеченной группы населения они составили две трети всех расходов [96]. Кроме того, значение частных средств (официальная и теневая оплата медицинских услуг) в финансировании здравоохранения возрастает, и в такой ситуации отсутствие официально установленной частичной платы за медицинскую помощь, безусловно, нарушает равенство населения в сфере медицинского обслуживания. В России проведен уже ряд исследований, позволяющих оценить распространенность платной медицинской помощи населению (табл. 4.16) [86].

Таблица 4.16. Доля пациентов, плативших за получение медицинской помощи (в %)

Исследователь	Место, год	Выборка	Вид медицинской помощи			
			Амбулаторно-поликлиническая	Диагностические исследования	Стоматологическая	Стационарная
Ин-т социальных исследований (Москва) Центр межд. здравоохранения Бостонского ун-та	Общероссийская выборка, 1997	3000 домохозяйств	30	-	-	71
ИСЭПН РАН	Таганрог, 1998		22	-	-	60
Кемеровский гос. университет	Кемерово, 1998		18-38	45	84	51
ВЦИОМ	Общероссийская выборка, 1999	1600 чел.	4-20	44	80	34-37
Фонд «Российское здравоохранение»	Новгородская обл., 2000, 2001	1061 чел., 450 домохозяйств	24- 18	-	59	46-94
Фонд «ИНДЕМ»	Общероссийская выборка, 1999 – 2001	2017 чел.	34	-	-	-
Рос. мониторинг экономического положения и здоровья населения	Общероссийская выборка, 2001	4006 домохозяйств, 10976 чел.	10	21	-	15
Центр экономико- социальных исследований	Белгородская, Вологодская, Самарская, Челябинская области, Хабаровский край, Республика Чувашия, 2000 – 2001	562 чел.	41	36	-	48
ОАО «РОСНО»	Москва, Санкт-Петербург, Саратов, 2000	10000 чел.	81	-	-	-
СПбГУ, Центр исследования проблем гос. и муниципального управления	Санкт-Петербург, 2002	1502 чел.	12*	34	29	18*

* Только услуги врачей.

Источник: Шишкин С.В., Бестремянная Г.Е., Красильникова М.Д. и др. Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет. – М., 2004.

Расходы россиян на здравоохранение складываются из оплаты лекарств, приобретаемых в розничной торговле, оплаты медицинских услуг, предоставляемых медицинскими учреждениями на платной основе, взносов по добровольному медицинскому страхованию (ДМС) и неформальных платежей за медицинскую помощь.

В последние годы стоимость полисов добровольного медицинского страхования и плата за предоставление медицинских услуг растут высокими темпами (табл. 4.17).

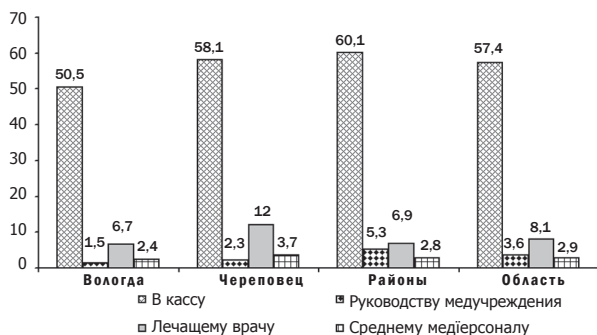
Таблица 4.17. **Динамика государственных и частных расходов на российское здравоохранение** (млрд. руб., в ценах 2000 г.)

Вид расходов	1993 г.	1994 г.	1995 г.	1996 г.	1997 г.	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.
Государственное финансирование	302,1	277,0	204,5	206,7	235,1	189,1	190,7	203,0	207,3	234,5
ДМС	2,1	3,7	4,2	5,6	7,2	6,3	8,8	12,8	19,4	16,7
Платные медицинские услуги	3,9	5,5	10,2	14,3	19,7	18,9	24,2	27,5	30,9	33,2
Расходы населения на лекарства	-	28,4	40,6	45,8	68,2	43,5	60,2	70,1	92,3	102,2

Источник: Шишкин С.В., Бестремянная Г.Е., Красильникова М.Д. и др. Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет. – М., 2004.

По данным опроса, проведенного авторским коллективом в Вологодской области в 2005 г., на необходимость оплаты медицинских услуг указывают 77% из числа респондентов, в том числе ежемесячно расходуют средства на лечение 22%. При этом оплачивали лечение, внося деньги в кассу учреждения, 57% опрошенных, неофициальную оплату услуг производили 11% (рис. 4.9). Расход средств населения области на медицинские услуги представлен в таблице 4.18.

Рис. 4.9. **Оплата медицинской помощи населением области в 2005 г.**
(по месту жительства, в % от числа опрошенных)



Из числа респондентов 62% отказывались от медицинских услуг по причине их платности, при этом чаще всего – от стоматологической помощи и диагностических обследований (табл. 4.19). Это свя-

Таблица 4.18. Распределение ответов на вопрос: «Если Вы расходовали средства на лечение, то на что и на какую сумму?» (средние затраты в руб., 2005 г.)

Вид затрат	Вологда	Череповец	Районы	Область
На приобретение лекарств для амбулаторного лечения	599	1 263	652	815
На приобретение лекарств для лечения в стационаре	677	701	547	621
На оплату операций	7 153	4 160	1185	3 436
На оплату лечебных процедур	942	1 780	519	1 064
На разовую оплату лечения	2 197	1 883	706	1 709

зано с недостаточным перечнем медицинских услуг, заложенным системой обязательного медицинского страхования и областной программой государственных гарантий в этих сферах помощи.

Таблица 4.19. Распределение ответов на вопрос: «Бывали или нет в течение последнего года случаи, когда Вам приходилось отказываться от следующих медицинских услуг по причине их платности?» (в % от числа опрошенных в 2005 г.)

Вид помощи	Часто	Иногда
Вызов скорой неотложной помощи	5,3	9,9
Вызов врача на дом	1,7	11,0
Лечение и удаление зубов	15,4	26,5
Обращение к врачу в поликлинику	1,9	14,2
Диагностическое обследование	8,1	18,6
Амбулаторное лечение	3,6	17,2
Протезирование зубов	11,4	19,4
Госпитализация	для хирургической операции	1,4
	с нехроническим заболеванием	1,9
	с хроническим заболеванием	2,3
Консультация по беременности и родам	2,1	10,3

По данным проведенного исследования, 78% населения пользуется полисом обязательного медицинского страхования (ОМС) и лишь 5% – полисом добровольного медицинского страхования (ДМС).

Льготное (бесплатное) получение лекарств. Трудности с приобретением лекарств отметил 41% опрошенного населения, наиболее актуальна эта проблема в районах области. Основной причиной возникновения трудностей были высокая стоимость лекарств и частое отсутствие их в аптеках (табл. 4.20).

Льготу на бесплатное получение лекарств имеют 29% опрошенных. Треть из них указывают на частое отсутствие в аптеках лекарств по бесплатным рецептам, что вынуждает 28% льготников приобретать препараты за полную стоимость и 15% – отказываться от их

Таблица 4.20. Распределение ответов на вопрос: «Каковы причины трудностей в приобретении лекарств, назначенных врачом?» (в % от числа опрошенных, без учета затруднившихся ответить)

Причина трудностей	Вологда	Череповец	Районы	Область
Высокая стоимость лекарств	69,4	59,3	52,0	57,2
Отсутствие лекарств в аптеке	22,6	38,9	46,2	39,6
Отказ аптеки выдать лекарство бесплатно при наличии рецепта	9,7	6,2	13,9	11,4
Отказ врача в выписке рецепта на приобретение лекарств бесплатно	5,6	6,2	3,6	4,6

приобретения. Особенно сложная ситуация с обслуживанием бесплатных рецептов наблюдается в районах области.

Таким образом, дифференциация доходов населения обуславливает неравномерный доступ к услугам здравоохранения. Так, платными медицинскими услугами пользуются 75% жителей области, относящих себя к категории «богатых», в остальных категориях этот показатель колеблется от 25 до 33%. От этих же условий зависит возможность приобретения полиса ДМС: среди богатых им пользуются 37%, среди людей со средним достатком – 6%, среди считающих себя бедными – 4%. В то же время 55% опрошенных желали бы приобрести полис ДМС при двух-трехкратном увеличении доходов. Высокая доля (16%) затруднившихся ответить на вопрос о необходимости иметь полис ДМС указывает на то, что население не придает серьезного значения охране своего здоровья и гарантиям повышения качества медицинского обеспечения.

ГЛАВА 5

ОПЫТ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ В РЕГИОНЕ

5.1. Интегрированная модель профилактики болезней системы кровообращения

Анализ данных научной литературы показывает, что в структуре общей смертности населения смертность от болезней системы кровообращения занимает ведущее место и имеет тенденции к постоянному росту, особенно среди лиц трудоспособного возраста [3, 4, 8, 79, 89].

В структуре смертности населения Вологодской области первое место также занимают БСК (по данным 2004 г. – 54,6%).

Исследования последних 25 лет убеждают в том, что лидирующее место в структуре БСК принадлежит артериальной гипертонии (АГ) [10, 33, 82, 90, 91].

АГ – одно из наиболее значимых хронических заболеваний, которым, по оценкам экспертов, страдает около 40% взрослого населения России [54, 83]. Результаты крупных эпидемиологических исследований свидетельствуют о наличии прямой корреляционной зависимости между уровнем артериального давления (АД) и риском развития угрожающих жизни осложнений [92]. По мнению ряда аналитиков, решающим и эффективным средством стабилизации показателей здоровья населения является переориентация медицинской науки и практики на профилактику хронических неинфекционных заболеваний (НИЗ) и формирование у населения здорового образа жизни (ЗОЖ) [40, 45].

Актуальность разработки комплекса конкретных мероприятий определяется тем, что внедрение системы обязательного медицинского страхования в практическое здравоохранение утвердило принципы оплаты труда врача в первичном здравоохранении в зависимости от количества принятых пациентов. Такая система оплаты

привела к тому, что работа по первичной и вторичной профилактике БСК проводилась в минимальных объемах или вовсе не проводилась. Количество больных с БСК, находящихся на диспансерном наблюдении у участкового врача, снизилось. Анализ заболеваемости АГ и организации работы первичного звена здравоохранения по диспансеризации пациентов показали, что только 50% больных АГ охвачены диспансерным наблюдением; сохраняется низкий охват наблюдения больных цереброваскулярной болезнью (ЦВБ) – не более 15,9%. Данный факт указывает на неблагоприятную ситуацию в организации диспансеризации БСК, так как заболеваемость ЦВБ в 1,5–2 раза выше, чем заболеваемость ишемической болезнью сердца (ИБС), а охват диспансерным наблюдением в 3–4 раза ниже [4]. Такое положение дел не позволяет эффективно проводить работу по профилактике БСК в первичном звене здравоохранения.

Необходимо отметить, что современный международный опыт свидетельствует об усилении приоритетности таких направлений, как профилактика заболеваний и укрепление здоровья, межсекторальный подход в решении проблем охраны здоровья, усиление приверженности населения здоровому образу жизни [52].

С целью преодоления неблагоприятных тенденций в состоянии здоровья населения Правительством РФ утверждена Концепция развития здравоохранения и медицинской науки РФ (Постановление Правительства РФ от 5.11.1997, №1387), а также принята Концепция охраны здоровья населения РФ до 2005 г. (Распоряжение Правительства РФ от 31.08.2000, № 1202-р).

При этом среди приоритетных направлений выделяются: профилактика социально значимых заболеваний, контроль факторов их риска, санитарно-гигиеническое образование и другие мероприятия по укреплению здоровья на федеральном, региональном и местном уровнях и в первичном звене здравоохранения. Приказом Минздрава России от 23.09.2003 г. № 455 «О совершенствовании деятельности органов и учреждений здравоохранения по профилактике заболеваний в РФ» определены основные задачи по организации профилактики неинфекционных заболеваний.

Проблемы отечественной политики здравоохранения глубоко анализируются и прорабатываются в исследованиях [15, 32, 77, 78].

Все вышеизложенное доказывает, что актуальность вопросов профилактики неинфекционных заболеваний, в частности БСК, обоснована в научных работах, отражена в нормативно-правовых документах. В то же время отечественный опыт последних десятилетий показывает, что даже такие масштабные решения, предлагавшиеся

по созданию в здравоохранении России системы профилактики неинфекционных заболеваний, как «Комплексная программа работы по усилению профилактики заболеваний и укрепления здоровья населения СССР на 1985 – 1990 гг.», не позволили создать систему профилактики неинфекционных заболеваний в существовавших тогда условиях в связи с наличием ряда нерешенных проблем по методологии организации (управления) этой работы на региональном и муниципальном уровнях.

Среди причин конечной неудачи в реализации комплексной программы профилактики следует назвать отсутствие исходных показателей по многим программным заданиям и неудовлетворительное решение вопроса об управлении комплексной программой. Не была организована наиболее перспективная для этой цели матричная структура, которая предполагала бы создание специальной (штабной) службы управления программой для сбора, оценки информации, вариантной разработки управленческих решений и контроля их исполнения.

Существенной методологической ошибкой было делегирование решения вопросов управления программой с уровня межведомственного совета по профилактике на отраслевой уровень – Минздрава СССР. При этом вопросы внутриведомственного управления решались стандартными организационно-административными методами.

Крайне слабо применялась методология «обратной связи», в том числе в отношении динамики использования выделявшихся финансовых ресурсов по годам выполнения программы. Союзные и республиканские министерства и ведомства сведения о финансировании программных мероприятий не включали в отчеты. Тем самым не использовался ценный критерий оценки и контроля исполнения программы. Решения межведомственного совета не распространялись на всех участников комплексной программы профилактики, вертикальные и горизонтальные управленческие связи не были упрощены. Республиканским министерским и ведомственным подпрограммам не придавалась максимальная «самоуправляемость», отсутствовало необходимое методологическое и методическое сопровождение [50].

Проведение реформ политического устройства государства и здравоохранения выдвигает на первый план решение задач по разработке не только системы анализа, прогнозирования состояния здоровья населения, но и комплекса упреждающих мероприятий, созданию системы контроля исполнения принятых на региональном и муниципальном уровнях решений по профилактике заболеваний.

Требуют углубленного изучения вопросы распространенности факторов риска БСК среди населения, его потребности в первичной и вторичной профилактике, компетентности и уровня знаний медицинских работников в области профилактики неинфекционных заболеваний, в частности БСК, готовности органов власти и учреждений здравоохранения регионального и муниципального уровня к организации и проведению мероприятий (вмешательств) по профилактике неинфекционных заболеваний, факторов риска и укреплению здоровья населения.

Не менее важными факторами в образе жизни, оказывающими отрицательное влияние на здоровье жителей региона, заболеваемость БСК, является приверженность вредным привычкам, несбалансированность рациона питания, снижение его качества, неблагоприятные условия труда и состояние окружающей среды.

Еще более актуализируют рассматриваемую проблему ряд противоречий:

- смертность населения от БСК высокая, в то же время недостаточно четко разработан концептуальный подход к решению проблем профилактики на региональном и особенно на муниципальном уровнях;

- отмечается рост заболеваемости БСК, однако знания медицинских работников и других секторов общества о методах первичной и вторичной профилактики заболеваний и факторов их риска недостаточны;

- распространенность АГ как основного фактора риска осложнений БСК высокая, вместе с тем слабо разработаны технологии активного выявления, профилактики и лечения АГ, особенно в сельских муниципальных образованиях;

- высокая распространенность поведенческих факторов риска ведет к росту БСК, в то же время нет достаточно эффективных методов популяционного характера по снижению распространенности поведенческих факторов риска;

- смертность от БСК среди жителей сельской местности выше, чем среди городского населения, однако не разработаны технологии внедрения профилактики БСК и факторов риска для жителей сельской местности.

Приведенные выше данные требуют решительных мер по устранению наиболее распространенных причин преждевременной смертности от БСК, заболеваемости и нетрудоспособности. Необходимо соответствующим образом организовать управление, уделяя основное внимание услугам, обладающим высоким потенциалом воздействия на показатели здоровья.

Основная черта эффективного управления – его ориентация на конечные результаты. Управленческие решения в области организации здравоохранения, его финансирования, подготовки медицинских кадров и т.д. должны основываться на ясной стратегии развития, которая ориентирует данные решения на конечные результаты работы системы здравоохранения – улучшение состояния здоровья населения. Переход от преобладающего в настоящее время оперативного управления ресурсами к стратегическому управлению позволяет повысить эффективность работы всех звеньев системы здравоохранения.

Развитие системы здравоохранения на всех уровнях должно базироваться на стратегическом подходе, что означает ясное понимание целей, выбор приоритетных задач, основанных на глубоком анализе состояния здоровья и ситуации в системе здравоохранения, и определение способов достижения данных задач. Формулирование таких целей, приоритетов и способов является задачей государства и важнейшей функцией органов управления здравоохранения.

Стратегический подход предполагает разработку политики, стратегии и внедрения методов стратегического управления.

Разработка политики в области управления здоровьем и профилактики заболеваний включает выработку единого видения будущего системы – перспективы развития, определения общего направления движения, тех целей и задач, которые планируется достичь в среднесрочной или долгосрочной перспективе.

Разработка стратегии или, как часто ее называют, стратегического плана предполагает четкое определение того, каким образом будут достигнуты поставленные стратегические цели и задачи.

Стратегическое управление – это системный подход к управлению, который обеспечивает создание общей концепции деятельности организации (стратегии) и ориентирует систему оперативного управления и все мероприятия на достижение поставленных стратегических целей.

Стратегическое управление включает:

- ⇒ стратегическое планирование;
- ⇒ формирование организационных структур, обеспечивающих реализацию стратегических планов;
- ⇒ обеспечение соответствия оперативного (текущего) планирования и управления стратегическим планам;
- ⇒ мониторинг и оценку реализации стратегических планов.

Органы государственной власти субъектов Российской Федерации и органы местного самоуправления должны иметь собственную четкую позицию в отношении целей и приоритетов развития региональных и муниципальных систем здравоохранения.

Ориентиром для разработки региональной политики и стратегии в области здравоохранения являются цели и задачи, механизмы их достижения, определенные в стратегических документах, разработанных на федеральном уровне.

Стратегические документы федерального уровня:

- Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации, Постановление Правительства РФ от 5 ноября 1997г. №1387.

- Концепция охраны здоровья населения Российской Федерации на период до 2005 г. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 31 августа 2000 г. №1202-р.

- Решение Коллегии Министерства здравоохранения Российской Федерации «О ходе реализации Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации, задачах на 2001 – 2005 гг. и на период до 2010 года» от 21 марта 2001 г.

- Решение Коллегии Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об итогах работы органов и учреждений здравоохранения в 2002 году и мерах по повышению качества медицинской помощи населению».

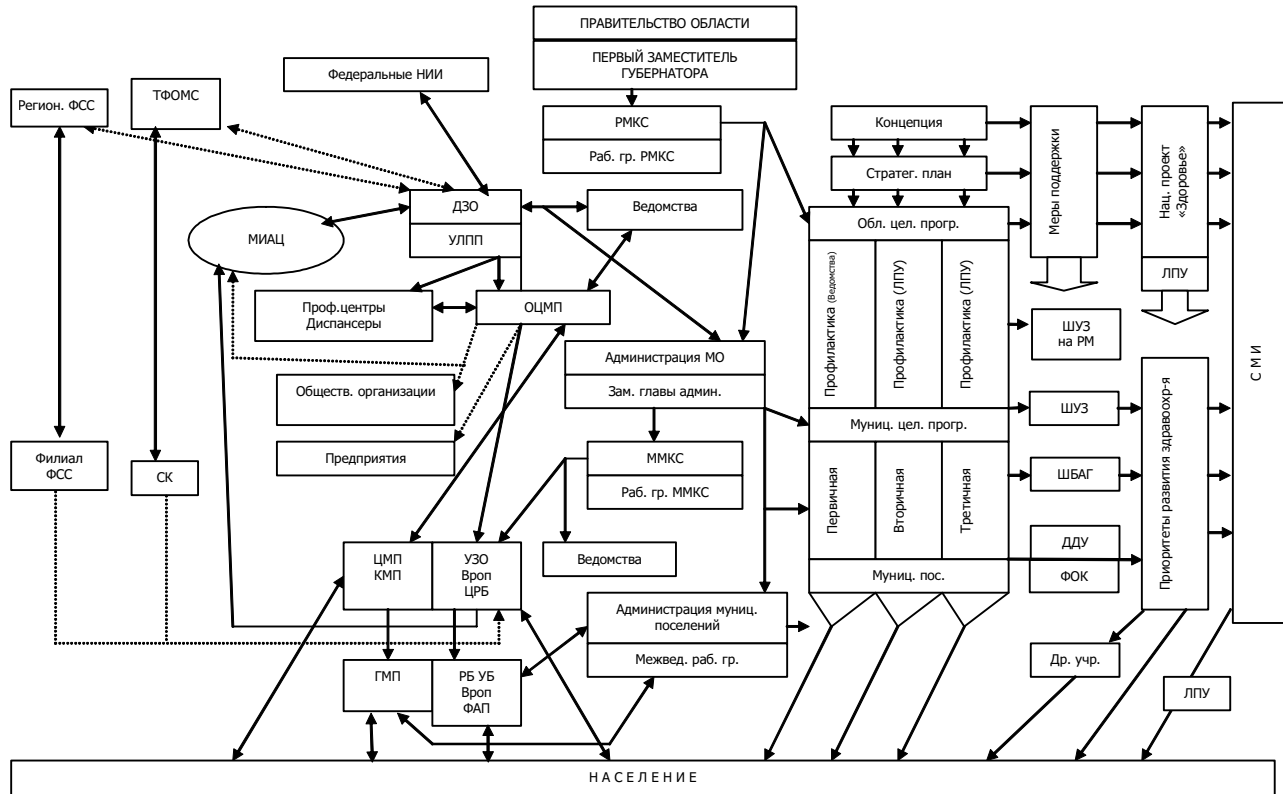
В соответствии с современными представлениями произошло изменение приоритета при планировании стратегии укрепления здоровья населения: смещение акцента от клинического подхода в сторону популяционных профилактических программ. Новый подход требует согласованных действий всех структур общества, а этого можно достичь с помощью разработки региональной политики профилактики заболеваний и укрепления здоровья населения (*рис. 5.1*). При этом следует руководствоваться определениями ВОЗ:

- **Укрепление здоровья** – процесс, позволяющий повысить контроль за своим здоровьем и улучшить его.

- **Профилактика заболеваний** – это подходы и действия, направленные на уменьшение вероятности того, что заболевание или расстройство негативно скажется на индивидууме, прекращение или замедление прогрессирующего расстройства или уменьшение инвалидности.

- **Политика в области укрепления здоровья** – это согласие среди партнеров о том, какие проблемы надо решать, и о том, каким способом или с помощью каких стратегий это надо делать.

Рис. 5.1. Организационно-функциональная модель медико-социальной профилактики болезней системы кровообращения на региональном уровне



Разработка политики в области укрепления здоровья населения является новым действием в российском обществе, хотя в развитых странах уже на протяжении десятков лет действуют долговременные стратегии, опубликованы и переиздаются политические документы в области профилактики заболеваний и укрепления здоровья.

Факт достижения консенсуса должен быть закреплен в политическом документе, в котором необходимо представить общие цели и задачи, согласованные между всеми сторонами, участвующими в выработке политики.

В целях создания и развития политики укрепления здоровья и профилактики заболеваний в Вологодской области разработана в 2000 г. концепция «Вологодская область – Здоровье-21...». Стратегической целью политики является улучшение здоровья населения на основе обеспечения доступности, качественной медицинской помощи, а также развитие культуры здорового образа жизни и расширение профилактики заболеваний. В реализации политики охраны и укрепления здоровья населения Вологодской области используется программно-целевой подход, который предполагает на основе разработанной концепции «Вологодская область – Здоровье-21...» поэтапную реализацию целевых профилактических программ в соответствии с обозначенными приоритетами.

В 2005 г. на территории области финансировалось 10 работающих целевых программ:

- Неотложные меры борьбы с туберкулезом;
- Сахарный диабет;
- Льготные лекарства;
- Вакцинопрофилактика;
- Комплексная информатизация системы здравоохранения Вологодской области;
- Анти-ВИЧ/СПИД;
- Эффективная и безопасная лучевая диагностика;
- Профилактика и лечение артериальной гипертонии среди населения Вологодской области;
- Здоровый ребенок;
- Совершенствование службы скорой медицинской помощи.

На основе концепции «Вологодская область – Здоровье-21...» и во исполнение ее разработан стратегический план «Охрана и укрепление здоровья населения Вологодской области на 2003 – 2010 гг.», в котором предусмотрены основные задачи по десяти направлениям, соответствующие обозначенным приоритетам. Выполнение задач по каждому из направлений обеспечивается путем разработки и

реализации региональных целевых программ с четким указанием целей, задач, графика исполнения мероприятий, выделяемых ресурсов и ответственных лиц/организаций. В документе представлены разделы, оговаривающие механизмы реализации стратегического плана и его оценки. Основными приоритетами и задачами региональной государственной политики в области здравоохранения определены:

- сокращение заболеваемости, распространение которой несет особую угрозу здоровью граждан и национальной безопасности;

- снижение уровня преждевременной смертности от болезней системы кровообращения, от несчастных случаев, травм, суицидальных попыток, от злокачественных новообразований.

Обозначая перечень региональных приоритетов, необходимо принимать во внимание имеющиеся финансовые возможности. В условиях ограниченных ресурсов все большее значение приобретают методы программно-целевого управления, реализуемые целевые социальные проекты в области укрепления здоровья населения и профилактики заболеваний (федеральные, региональные и муниципальные целевые программы), важным условием функционирования которых является сбалансированный межведомственный подход к их формированию при едином государственном заказе.

Согласно разработанным федеральным целевым программам «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера на 2002 – 2006 гг.», «Профилактика и лечение артериальной гипертензии в Российской Федерации на 2002 – 2008 гг.», в Вологодской области реализуется областная целевая программа «Профилактика артериальной гипертензии».

Такие подходы позволяют концентрировать ресурсы на приоритетных направлениях и осуществлять комплексный подход к решению поставленных задач по улучшению здоровья населения на основе:

- ↻ межведомственной координации, организации взаимодействия деятельности исполнительной власти (органы управления здравоохранением, образованием, культурой, физкультурой и спортом и т.д.), общественных организаций, СМИ, населения (конкретного человека), направленной на поддержку политики укрепления здоровья и формирования здорового образа жизни;

- ↻ совершенствования организации медико-социальной помощи (модернизация процессов оказания помощи и реструктуризации деятельности ЛПУ первичного звена здравоохранения);

Таблица 5.1. Критерии, используемые для анализа ситуации по болезням системы кровообращения в Вологодской области

Показатель	Критерий
Демографические показатели	Рождаемость Смертность
Данные официальной статистики	Структура смертности по причинам болезней, полу, возрасту Заболеваемость (некоторые показатели, такие, как инфаркт миокарда, инсульт, артериальная гипертония) Больничная летальность от инфаркта, инсульта Уровни госпитализации Обращаемость в различные медицинские учреждения (для оценки объема оказываемой медицинской помощи)
Поведенческие факторы риска (ФР)	Курение Алкоголизация Нерациональное питание Низкая физическая активность
Биологические факторы риска	Артериальная гипертонзия Избыточная масса тела Гиперхолестеринемия Гипергликемия
Возможность для разработки политики укрепления здоровья населения и профилактики заболеваний	Структура поддержки: структура и деятельность областного центра профилактики организация городского центра профилактики в городах Вологодской области организация отделов или кабинетов профилактики в муниципальных ЛПУ подушевое финансирование в здравоохранении, организация школ здоровья
Социальная политика в регионе	Показатели безработицы Прожиточный минимум в регионе Социальная защита льготных категорий населения Изучение социального настроения
Деятельность в области разработки политики укрепления здоровья и профилактики заболеваний	Описание постоянно действующих целевых программ и мероприятий, включая региональные и муниципальные Отчеты об оценке эффективности программ

⇒ усиления деятельности по укреплению здоровья на региональном и муниципальном уровнях (пропаганда здорового образа жизни, разработка, реализация, мониторинг и оценка эффективности образовательных программ гигиенического обучения и воспитания населения).

Для разработки областной целевой программы (ОЦП) «Профилактика и лечение артериальной гипертензии» департаментом здравоохранения проведен анализ, который позволяет оценить ситуацию в регионе по нижеприведенным показателям (табл. 5.1), учесть в планах реализации ОЦП те мероприятия, которые положительным образом будут влиять на показатели здоровья населения области и принятие управленческих решений.

Рис. 5.2. Зависимость болезней системы кровообращения от социальных факторов риска, заболеваемости и смертности



Анализ демографических показателей, заболеваемости БСК, данных исследования социального настроения людей позволяет сделать вывод о том, что уровень заболеваемости и смертности от БСК в основном зависит от биологических, поведенческих и социальных факторов риска (рис. 5.2).

5.2. Развитие системы медицинской профилактики в Вологодской области

Для успешного осуществления действий по укреплению здоровья населения и профилактике заболеваний должна быть развита и создана возможность их выполнения как в службе здравоохранения, так и в обществе в целом.

В секторе здравоохранения на региональном уровне существует структура, которая играет основную роль в пропаганде здорового образа жизни (укрепления здоровья) и профилактики БСК, – Областной центр медицинской профилактики; на муниципальном уровне – городские центры медицинской профилактики, центры здоровья; в амбулаторно-поликлинических учреждениях – кабинеты (центры, отделы медицинской профилактики), врачи общей практики, участковые врачи, фельдшеры и медицинские сестры.

Областной центр медицинской профилактики (ОЦМП) в настоящее время – одна из основных структур в здравоохранении, чья работа направлена в основном на пропаганду здорового образа жизни и профилактику неинфекционных заболеваний (в частности, БСК) на популяционном, групповом и индивидуальном уровнях.

Основные задачи ОЦМП:

- координация действий по укреплению здоровья, профилактике неинфекционных заболеваний и организации межсекторального сотрудничества;
- участие в разработке и реализации политик и стратегий по укреплению здоровья и профилактике заболеваний;
- участие в разработке и реализации областных целевых программ в области укрепления здоровья и профилактики заболеваний;
- просветительская и информационная работа с населением через СМИ, организация общественных мероприятий, работа на местах (в ЛПУ, на предприятиях);
- подготовка медицинских специалистов и специалистов других профилей по вопросам укрепления здоровья и профилактики заболеваний;
- разработка и реализация отдельных мероприятий по укреплению здоровья и профилактике заболеваний через взаимодействие с лечебно-профилактическими учреждениями и другими секторами общества.

ОЦМП является координатором реализации ОЦП «Профилактика и лечение артериальной гипертонии».

До разработки концепции «Вологодская область – Здоровье-21...» штат сотрудников ОЦМП состоял из 5 человек. Его деятельность не была четко определена, первичной профилактике и укреплению здоровья не уделялось должного внимания; деятельность СМИ по этому вопросу была очень ограниченной; общественные организации и население не вовлекались в профилактическую работу; подготовленность кадров была недостаточной, а финансирование – минимальным.

Процесс совершенствования деятельности ОЦМП по организации работы в регионе состоял из следующих этапов:

- пересмотр целей и задач ОЦМП с учетом современных требований – переориентации здравоохранения на принципы работы по укреплению здоровья населения и профилактику заболеваний (реализация концепции «Вологодская область – Здоровье-21...»);
- предложение новой организационной структуры и разработка бизнес-плана (включая смету расходов, профессиональный профиль и должностные обязанности сотрудников ОЦМП);
- повышение квалификации сотрудников;
- усиление стратегического и оперативного планирования.

Пересмотр целей и задач, повышение потенциала ОЦМП – единственная возможность улучшить деятельность по профилактике и укреплению здоровья населения в регионе. Соответственно, реорганизация структуры центра медицинской профилактики предполагает следующее:

- новый персонал (директор, имеющий хорошие навыки управленческой работы, специалист по работе со СМИ, психолог и социальный работник); его задача заключается в том, чтобы деятельность центра медицинской профилактики была более ориентирована на человека;

- специалисты по межсекторальным связям, международному сотрудничеству и координации этой деятельности;

- специалисты по организации и координации профилактической работы в лечебно-профилактических и других муниципальных учреждениях;

- специалисты по организации мониторинга образа жизни и поведенческих привычек;

- перемещение акцента в деятельности центра медицинской профилактики с вторичной профилактики на стратегию укрепления здоровья и первичную профилактику;

- сбор и анализ данных о различных аспектах здоровья, в частности о факторах риска, что необходимо для планирования будущей деятельности;

- ответственность ОЦМП за координацию профилактической работы как в рамках ведомства здравоохранения, так и во взаимодействии здравоохранения и других заинтересованных секторов;

- финансирование ОЦМП из областного бюджета, грантов и внебюджетных источников.

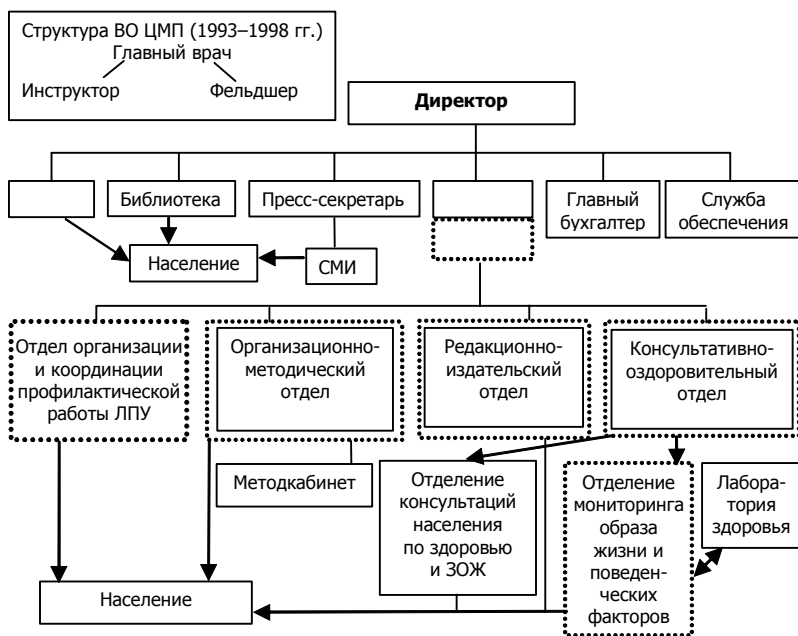
Повышение квалификации сотрудников. В ходе сотрудничества с Государственным научно-исследовательским центром профилактической медицины (ФГУ «ГНИЦ ПМ»), Федеральным агентством по здравоохранению и социальному развитию сотрудники ОЦМП прошли подготовку в рамках учебного курса (144 учебных часа) по вопросам укрепления здоровья, который состоял из 6 модулей: введение в курс по укреплению здоровья; питание и здоровье; профилактика табакокурения; физическая активность; профилактика артериальной гипертензии; профилактика инфекций, передаваемых половым путем.

Стратегическое и оперативное планирование деятельности ОЦМП. Ключевым моментом новой стратегии является ориентация деятельности на сообщество, а не только на сектор здравоохранения. Разработаны четкие рабочие планы на год, в которые включены только

те мероприятия, которые могут быть реально профинансированы и, следовательно, реализованы. Мониторинг и оценка результативности такой работы стали основным принципом стратегического планирования.

На данный момент ОЦМП существенно увеличил штат сотрудников и активно организует различные мероприятия, нацеленные на укрепление здоровья и профилактику заболеваний среди населения; под непосредственным руководством Департамента здравоохранения Вологодской области центр также выполняет функции основного координатора и инициатора всех мероприятий, относящихся к первичной профилактике и укреплению здоровья. ОЦМП активно взаимодействует со СМИ, ведет сбор и анализ данных о состоянии здоровья, представляет информацию о результатах исследований в департамент здравоохранения для принятия управленческих решений (рис. 5.3).

Рис. 5.3. Структура Вологодского областного центра медицинской профилактики



2004 год

Количество работающих – 42 чел.

Количество оргтехники:

компьютеров – 13 ед.

множит. техники – 3 ед.

Автотранспорт – 3 ед.

□ Приказ МЗ РФ № 295 от 06.10.97

▨ Приказ МЗ РФ № 455 от 23.09.03

ОЦМП является основным координатором всей профилактической работы учреждений здравоохранения сельских муниципальных образований. При ЛПУ в области работают 45 кабинетов медицинской профилактики. Во всех центральных районных больницах открыты кабинеты доврачебного приема. Создано для населения 517 школ здоровья, в том числе 206 школ для больных артериальной гипертонией, 28 школ для больных сахарным диабетом. Задачей департамента здравоохранения на ближайшие годы является увеличение количества школ здоровья до 790.

Опыт развития системы медицинской профилактики в регионе имеет свою историю, которая всегда была ориентирована прежде всего на профилактику болезней системы кровообращения. Так, в 1994 г. впервые среди субъектов Российской Федерации в Вологодской области был создан «Центр по профилактике атеросклероза» в организационно-правовой форме акционерного общества закрытого типа (АОЗТ). Учредителями данного учреждения стали государственные, крупные коммерческие и научные организации региона. Выбор такой формы организации был обусловлен, с одной стороны, нарастающей сверхсмертностью населения, в первую очередь от болезней системы кровообращения, отсутствием на региональном и муниципальном уровне системы медицинской профилактики БСК, отсутствием полноценного финансирования учреждений здравоохранения. Финансирование некоторых ЛПУ (в частности, городская больница №3) осуществлялось до 30% от потребности. Финансовых ресурсов было недостаточно не только для лечебно-диагностической деятельности ЛПУ, но и для профилактической работы. С другой стороны, развитие рыночной экономики в государстве предполагает и развитие многоукладности, рынка медицинских услуг в отрасли здравоохранения. Существование и развитие системы приватной медицины закреплено Конституцией России, Гражданским кодексом (ч. 1), а также Основами законодательства РФ «Об охране здоровья граждан» (ст. 14, 15) и др.

Появились возможности для инновационной деятельности в сфере здравоохранения. Создание акционерного общества закрытого типа «Центр по профилактике атеросклероза» позволило привлечь финансовые и интеллектуальные ресурсы.

Основными задачами центра были определены:

➤ оказание профилактической лечебно-диагностической, консультативной помощи с использованием современной технологии лечения и профилактика атеросклероза и артериальной гипертонии;

➤ изучение распространенности АГ и атеросклероза в различных возрастах, профессиональных группах населения г. Вологды и Вологодской области;

➤ организация профилактики АГ и атеросклероза путем пропаганды здорового образа жизни среди населения города Вологды, области, проведение медикаментозного и эфферентных методов лечения гиперлипидемии с целью профилактики ИБС, атеросклероза;

➤ динамическое наблюдение за лицами, у которых выявлена гиперлипидемия, с целью профилактики осложнений атеросклероза;

➤ подготовка и повышение квалификации врачей лечебно-профилактических учреждений г. Вологды, районов области и региона в целом по вопросам профилактики, диагностики, современных методов лечения атеросклероза (преимущественно коронарного и вызываемых им заболеваний);

➤ внедрение современных технологий диагностики, лечения и профилактики атеросклероза и АГ в практику ЛПУ г. Вологды и региона.

По согласованию с учредителями прибыль в первые годы направлялась на изучение распространенности артериальной гипертензии среди населения г. Вологды. Здесь был создан и введен, при методической поддержке ФГУ «ГНИЦ ПМ», Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию и департамента здравоохранения области регистр артериальной гипертензии (РАГ), организовано подразделение обработки и анализа данных этого регистра и вырабатывались предложения по принятию руководителями отрасли здравоохранения управленческих решений по реализации мер в отношении профилактики и лечения артериальной гипертензии и атеросклероза.

Главными результатами начала деятельности этого центра стали:

- разработка и реализация областной целевой программы «Профилактика и лечение артериальной гипертензии и атеросклероза среди населения Вологодской области на 1998 – 2002 гг.»;

- консолидированное финансирование мероприятий данной целевой программы;

- оказание методической (с привлечением ученых НИИ гт. Москвы и Санкт-Петербурга) и финансовой поддержки мероприятий ОЦМП по профилактике болезней системы кровообращения;

- содействие в продвижении современных гипотензивных препаратов пролонгированного действия от отечественных фармацевтических производителей (с этой целью было создано дочернее российско-датское фармацевтическое предприятие «Волдан-5»);

- обучение врачей кардиологов и терапевтов, с приглашением и финансированием участия ученых ФГУ «ГНИЦ ПМ» во внедрении в практику новых технологий медикаментозной и немедикаментозной профилактики и лечения артериальной гипертонии;

- открытие первых школ для больных артериальной гипертонией (ШБАГ) при Центре по профилактике атеросклероза.

В 1996 г., по согласованию с учредителями, с учетом большой социальной значимости задач, выполняемых центром, направленных на выявление, профилактику и лечение артериальной гипертонии среди населения, было принято решение реорганизовать АОЗТ «Центр по профилактике атеросклероза» в автономную некоммерческую организацию (АНО) с новым названием «Центр профилактики сердечно-сосудистых заболеваний». Прибыль данной организации стала направляться на профилактику болезней системы кровообращения в соответствии с целями и задачами организации. Были получены и некоторые льготы по налогообложению, что позволило поднять эффективность и объем профилактических мероприятий.

Основные результаты деятельности АНО «Центр профилактики сердечно-сосудистых заболеваний»:

- 1) найдена новая, более эффективная организационно-правовая форма существования и деятельности негосударственных медицинских учреждений – автономная некоммерческая организация;

- 2) созданы предпосылки:

- для привлечения небюджетных инвестиций в отрасль здравоохранения Вологодской области (проект «ТАСИС» – Система мер укрепления здоровья и профилактики заболеваний населения России);

- для восстановления системы медицинской профилактики БСК в Вологодской области;

- для формирования политики и стратегии охраны и укрепления здоровья населения Вологодской области.

Основные итоги создания и развития АНО «Центр по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний» во взаимодействии с ЛПУ г. Вологды и департаментом здравоохранения области :

- созданы предпосылки, условия для научно-исследовательской работы, что позволило привлечь интеллектуальные инновации – проведена научно-исследовательская работа и защищены диссертации:

- на соискание ученой степени доктора медицинских наук (Г.Т. Банщиков, 2004 г.) по теме: «Артериальная гипертония: эпидемиологическая ситуация и оптимизация ее контроля в первичном звене здравоохранения областного центра»;

- на соискание ученой степени кандидата педагогических наук (Р.А. Касимов, 2004 г.) по теме: «Взаимодействие семейного социального педагога и врача общей практики по формированию здорового образа жизни среди населения»;

- усиливается взаимодействие практического здравоохранения с федеральными научно-исследовательскими институтами по вопросам профилактики БСК.

5.3. Совершенствование медико-профилактической помощи

Чрезвычайно важную роль в профилактике заболеваний играет первичное здравоохранение муниципальных амбулаторно-поликлинических учреждений. Деятельность участковых врачей, фельдшеров и медицинских сестер имеет большое значение в профилактике неинфекционных заболеваний. Удовлетворение потребности граждан в первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в рамках государственной и муниципальной системы здравоохранения является одной из актуальных задач реализации социальных проектов (программ).

В соответствии с решением Коллегии Министерства здравоохранения и социального развития РФ «О задачах по реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения на 2006 – 2011 гг.» от 14.10.2005 г. ПМСП, как комплекс видов деятельности и мероприятий, в качестве непреложного условия должна включать меры по предупреждению наиболее распространенных заболеваний и контролю факторов риска, действия и меры по укреплению и контролю здоровья, а также медико-санитарное просвещение, способствующее обеспечению здоровья отдельных граждан, целевых групп и населения в целом.

ПМСП как основной вид медико-социальной помощи, центральное звено системы здравоохранения, обеспечивающее главную функцию – улучшения и сохранения здоровья населения, является доступной и бесплатной для каждого гражданина. Она подразумевает развитие следующих ресурсосберегающих технологий: целевые профилактические осмотры и диспансерное наблюдение; санитарно-гигиеническое образование; проведение других мероприятий, связанных с оказанием ПМПС гражданам по месту жительства (Приказ Министерства здравоохранения и социального развития от 29.07.2005 г. №487 «Об утверждении порядка организации оказания первичной медико-санитарной помощи»). Именно развитие профилактических и оздоровительных мероприятий позволит реализовать эти резервы здравоохранения для совершенствования организации

ПМСП населению области на базе территориальных ЛПУ (поликлиники, диспансеры, фельдшерско-акушерские пункты и другие учреждения) первичной и вторичной профилактики БСК.

За последние десять лет было приложено немало усилий для реорганизации системы здравоохранения и сосредоточения большего внимания на ПМСП. Все более значимым в ее рамках становится роль врача общей практики (ВОП) или семейного врача. Внедрение ВОП означает приобретение системой ПМСП нового качества, в котором осуществляется предоставление всесторонней, непрерывной и скоординированной помощи на индивидуальном и семейном уровне. Для решения вопросов подготовки ВОП в Вологде организована на базе областной глазной больницы кафедра Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования. Первый цикл переподготовки ВОП закончился в феврале 2005 года, выпущена группа из 18 специалистов. В настоящее время в области работает 111 медицинских работников в системе ВОП (в т.ч. 51 врач, 20 фельдшеров и 40 медицинских сестер).

Департамент здравоохранения Вологодской области проводит совместный проект с Советом области Эмтланд (Швеция) «Развитие системы семейной медицины в Вологодской области». Официально проект стартовал в 2003 году. За первые два года деятельности в рамках проекта в области открыты два пилотных офиса врачей ВОП: в поселках Молочное (поликлиника №5 г. Вологды) и Чебсара (Шекснинский район). Рабочие места врачей оборудованы офисным оборудованием и медицинской техникой.

Роль ВОП в области профилактики заболеваний и укрепления здоровья значительно увеличивается. Предоставление помощи, более сконцентрированной не только на индивидууме, но и на целевых группах населения, приведет к новому качеству взаимоотношений между пациентом и врачом, к изменению фокуса от диагностики и лечения к профилактике заболеваний.

Внедрение института ВОП в практическое здравоохранение позволяет основательнее пересмотреть существующие положения о функциональных обязанностях медицинских сестер, введении помощников (с фельдшерским образованием) ВОП и дополнительной подготовке этих специалистов по вопросам профилактики факторов риска БСК, пропаганде здорового образа жизни. Таким образом, значение ВОП повышается в вопросах координации, планирования работы и контроля.

В сельской местности важную роль в профилактике заболеваний, факторов риска и укреплении здоровья населения играют фельдшеры. В дополнение к оказанию профилактических услуг на индивидуальном и семейном уровне они также могут выполнять функции координаторов и организаторов программ профилактики и укрепления здоровья среди сельского населения.

Решение задач совершенствования медико-профилактической помощи как вида медико-социальной помощи на региональном уровне требует наличия (разработки):

- региональной социальной политики (концепция, стратегический план, региональные целевые программы), направленной на увеличение потенциала здоровья населения, и ее законодательного закрепления;
- научного обоснования механизмов реализации медико-социальной профилактики, организационно-методического обеспечения мероприятий по укреплению здоровья населения и профилактике заболеваний, обучения медицинских работников (врачей, фельдшеров, медицинских сестер) пропаганде здорового образа жизни среди населения;
- организации мониторинга БСК и факторов риска, ассоциированных с развитием БСК.

Кроме того, возникает необходимость в научном обосновании и внедрении новых организационных форм и методов повышения доступности и качества медико-социальной помощи как механизмов, стимулирующих их эффективное использование в этом процессе.

Комплексное социально-гигиеническое исследование состояния здоровья населения и оценок его потребности в медико-социальной помощи завоевывает все большее внимание специалистов по социальной гигиене, организации здравоохранения и другим направлениям профилактической медицины [49, 60]. Понимание неразрывного единства системы лечебной и профилактической работы среди населения распространяется на характеристику самых разнообразных форм организации процессов деятельности ЛПУ [4, 37].

Понимание проблем и поиск эффективных путей их решения должны быть обращены как к модернизации системы оказания ПМСП, реструктурирующей процессы деятельности ЛПУ, так и к совершенствованию деятельности специализированной медико-профилактической помощи на уровне муниципального первичного звена здравоохранения. Концептуальный подход к решению проблемы необходимо выстраивать на основе интеграции лечебных, профилактических и оздоровительных технологий оказания медицинской помощи.

Концепция оптимизации деятельности ЛПУ в регионе базируется на признании необходимости мобилизации ресурсов и целевых инвестиций на профилактические программы (мероприятия) для раннего выявления, диспансерного наблюдения больных наиболее распространенными заболеваниями (такими, как болезни системы кровообращения), на развитие сети школ, способствующих укреплению здоровья.

В целом интеграция медико-социальной профилактики в континуум оказания первичной медико-санитарной помощи означает как контроль факторов риска, раннего выявления и лечения пациентов с болезнями системы кровообращения, снижение частоты осложнений, так и улучшение качества жизни пациентов и продление ее путем повышения результативности, доступности и качества медицинской помощи.

Именно первичная медико-санитарная помощь значительным образом способствует обеспечению многих предпосылок для мер медико-социальной профилактики, укрепления здоровья, медико-санитарного просвещения населения. Она организуется путем повседневных контактов между медицинским персоналом и проживающими в конкретном населенном пункте контингентами населения, с присущими им условиями и образом жизни, сопряженными с риском развития БСК.

Известно, что здоровье в наибольшей степени зависит от образа жизни. Поэтому медико-санитарное просвещение на индивидуально-личностном уровне и уровне школ укрепления здоровья охватывает меры по социальной мобилизации и организации пропаганды здорового образа жизни. Данные о совершенствовании специализированной службы медицинской профилактики, о разработке программ профилактики болезней системы кровообращения для работающих граждан на рабочих местах, об укреплении здоровья через школы, о медико-гигиенической паспортизации населения приводятся в работах многих авторов [33, 40, 69]. Эти мероприятия содействуют информированности населения по вопросам здоровья и его охраны, включая улучшение знаний, разработку жизненных умений и навыков.

Рядом авторов проводились исследования по определению потребностей и удовлетворению степени спроса населения в осуществлении различных социальных программ. Отмечено, что определение потребностей должно стать обязательным условием при создании профилактических программ любого уровня. Только в этом случае возможно принятие правильных управленческих решений [4, 49].

В результате этих исследований показано, что необходимость медико-социальной профилактики для однородных по каким-либо характеристикам (демографическим, социальным, поведенческим) целевых групп населения определяется путем социологических исследований, выявляющих как отношение населения к своему здоровью, так и удовлетворенность медицинской помощью, ее качеством и доступностью, степень распространенности поведенческих факторов риска среди населения и его отношение к факторам риска [33].

Для успешного планирования, реализации и оценки эффективности профилактических мероприятий на уровне учреждений здравоохранения необходимо проведение мониторинга БСК (заболеваемость, смертность), а также факторов, обуславливающих эти заболевания и их осложнения. Нуждается в разработке система оценки индикаторов и критериев эффективности профилактической деятельности учреждений и мер по медико-социальной профилактике болезней системы кровообращения.

Актуальность настоящего исследования связана с необходимостью научного обоснования организационно-методического обеспечения медико-социальной профилактики БСК на территории Вологодской области, программно-целевого планирования и контроля качества медико-социальной помощи данной категории пациентов, разработки организационно-функциональной модели профилактики БСК на региональном уровне.

Необходим поиск эффективных путей совершенствования организации медико-социальной помощи при БСК, основанных на принципах перепроектирования процессов и развития профилактического направления деятельности. Эта деятельность включает такие виды медицинской помощи, как: предупреждение и снижение смертности от БСК, выявление ранних и скрытых форм болезней и факторов их риска; организация диспансерного наблюдения этой категории больных и предоставление дополнительной медицинской помощи отдельным категориям граждан, в том числе обеспечение их необходимыми лекарственными средствами. Кроме того, медицинская помощь должна быть подкреплена санитарно-просветительскими разработками и услугами по пропаганде здорового образа жизни, гигиеническому воспитанию, предупреждению вредного влияния на здоровье населения негативных факторов социальной среды.

Резюмируя сказанное, следует подчеркнуть, что ОЦП «Профилактика и лечение артериальной гипертонии среди населения Вологодской области» – важный элемент программно-целевого управления в организации работ по выявлению, лечению и профилактике артериальной гипертонии.

Целью данной областной программы выступают:

- ❖ стабилизация эпидемиологической ситуации, связанной с артериальной гипертензией как социально значимым заболеванием и с ее последствиями;

- ❖ комплексное решение проблем профилактики, диагностики, лечения АГ, реабилитации больных с ее осложнениями.

Задачи областной целевой программы «Профилактика и лечение артериальной гипертензии среди населения Вологодской области»:

- реализация на региональном и муниципальном уровнях системы программных мероприятий;

- организация управления и контроль за ходом их реализации;

- мониторинг и оценка эффективности и экономической целесообразности.

Департаментом здравоохранения области [4] проведено исследование по проблемам артериальной гипертензии в г. Вологде. Были изучены эпидемиологическая ситуация и оптимизация ее контроля в первичном звене здравоохранения областного центра.

Артериальная гипертензия, являясь клинически самостоятельным заболеванием, одновременно выступает и как фактор риска других БСК. Учитывая вариабельность распространенности АГ в различных регионах, для оптимизации медицинской помощи важно оценить региональные особенности распространенности этой патологии, особенно принимая во внимание то, что задачи федеральной целевой программы профилактики и лечения артериальной гипертензии предполагают внедрение системы регистрации всех больных АГ. В качестве одной из перспективных мер рекомендуется ввести систему измерения АД и учета больных АГ при обращении пациентов в амбулаторно-поликлинические учреждения. В связи с тем, что в г. Вологде подобная система измерения АД всем лицам, обращающимся в поликлинику, внедрена с 1998 г. (год внедрения первой ОЦП), представляет интерес сравнить степень выявления АГ с ее истинной распространенностью по данным стандартизированного обследования.

С этой целью в течение 1999 – 2001 гг. для изучения распространенности АГ среди взрослого населения г. Вологды проведено три исследования: в 1999 г. – стандартное исследование семейной выборки; в 2000 г. – изучение распространенности АГ путем измерения АД при любом обращении в поликлиники г. Вологды; в 2001 г. – оценка распространенности АГ при обследовании случайной выборки (исследованы данные регистра больных АГ, регистры инфаркта миокарда, регистры мозгового инсульта).

При составлении семейной выборки в 7 поликлиниках г. Вологды в каждом из 106 терапевтических участков методом случайных чисел отобрано по одной квартире для обследования проживающих в ней взрослых лиц (в возрасте 18 лет и старше).

В данных квартирах проживало 345 человек указанной возрастной категории. Обследовано 245 человек (отклик 71%), в т.ч. 97 мужчин, 148 женщин. АГ зарегистрирована у 89 человек (36,3%) – 23 мужчин (23,7%) и 66 женщин (44,6%). Рассчитан стандартизованный по возрасту показатель – за стандарт принимали структуру населения Российской Федерации в 1999 г.

С 1998 г. в семи поликлиниках г. Вологды была внедрена система выявления и учета больных АГ при обращении в поликлинику по любому поводу как начальный этап разработки и составная часть усовершенствованной в последующие годы (2001 – 2002) модели выявления. Анализ распространенности АГ среди взрослых жителей г. Вологды, обратившихся в поликлиники за период с 01.01.2000 по 31.12.2000 г. показал, что АГ была зарегистрирована у 9060 (23,5%) обратившихся в поликлинику, в т.ч. 2539 мужчин (17,6%) и 6520 женщин (26,9%).

Распространенность АГ, выявленная по данным выборочного исследования, изучалась с ноября 2000 по март 2001 г. методом случайных чисел по спискам территориального Фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС); была отобрана 1% выборка из всего взрослого населения города – 1720 чел. (18 лет и старше). Исследование проведено среди 1123 человек (65,3%), результаты вносились в единую карту – регистр артериальной гипертензии (РАГ). Артериальная гипертензия установлена у 467 человек (41,6%), в том числе у 167 мужчин (37,4%) и 300 женщин (44,3%).

Известно, что оценка распространенности АГ среди населения по обращаемости в медицинские учреждения не может быть использована для планирования объемов оказания населению профилактической помощи в целях организации профилактики АГ и ее осложнений, т.к. при обращении в поликлинику АГ диагностируется только в случае обострения заболевания или при развитии осложнений. Во многих случаях артериальная гипертензия развивается бессимптомно и может проявиться только осложнением, поэтому обращаемость в поликлинику не отражает истинной распространенности АГ среди взрослого населения. Вместе с тем этот подход позволяет в несколько раз увеличить выявляемость АГ по сравнению с существующей официальной медицинской статистикой.

Были также проведены более детальный анализ степени диагностированной АГ при обращении в поликлиники и в случайной репрезентативной выборке. Удельный вес больных «мягкой» АГ при измерении АД всем обратившимся в поликлинику (12,2%) достоверно меньше удельного веса таких же больных, представленных в случайной репрезентативной выборке (42,2%, $P < 0,001$). А больных «тяжелой» АГ при обращении в поликлинику достоверно больше (31,4%) по сравнению с репрезентативной выборкой (14,8%, $P < 0,001$).

Таким образом, более полное выявление АГ, особенно на ранних стадиях заболевания, наблюдается при организации выборочных обследований населения.

Удельный вес смертности от БСК стабильно высок и составляет 55,3 – 55,5% в структуре общей смертности. Основное место в смертности от БСК занимает ИБС (45,8%) и ЦВБ (42,7%). Необходимо отметить, что за трехгодичный период (1999 – 2001 гг.) рост смертности в основном связан с ЦВБ: если смертность от ИБС в 2001 г. в сравнении с 1999 г. увеличилась на 5%, то от ЦВБ – на 40,1%.

Как уже отмечалось выше, амбулаторно-поликлиническое звено является основным медицинским учреждением, где проводятся мероприятия по профилактике и раннему выявлению заболеваний среди населения.

В структуре общей заболеваемости БСК составляют 13 – 14%, АГ – не более 2 – 3%. Выборочные исследования, выполненные в г. Вологде, показали, что реальная распространенность АГ среди взрослого населения города превышает 40%. Следовательно, с одной стороны, обращаются в поликлинику не все больные АГ, а с другой – существующая в поликлинике система медицинской помощи не обеспечивает измерение АД у каждого пациента, обратившегося за медицинской помощью. Важно организовать такую систему деятельности, в которой выявление АГ в реальной практике было бы возможно на более ранних стадиях болезни.

Этапы оптимизации работы поликлиник:

– разработка областной целевой программы «Профилактика и лечение артериальной гипертензии и атеросклероза на 1998 – 2002 гг.», для реализации которой с учетом региональных особенностей было организовано изучение распространенности АГ в Вологде;

– определение приоритетов ресурсного обеспечения и задач по выявлению, учету и контролю АГ в поликлиниках г. Вологды; пересмотр функциональных обязанностей действующих структур для решения приоритетных задач, разработка организационно-функциональной модели «ВЫУЧКА»;

– апробация модели и оценка ее эффективности проведена в двух поликлиниках г. Вологды.

Необходимо отметить, что этой работе во многом способствовало внедрение департаментом здравоохранения в 1998 г. регистра артериальной гипертонии в г. Вологде, а с 2003 г. – на всей территории Вологодской области. Кроме того, чрезвычайно важным этапом в реализации ОЦП «Профилактика и лечение артериальной гипертонии» явилась разработка организационно-функциональной модели «ВЫУЧКА» (рис. 5.4).

Рис. 5.4. Организация раннего выявления и наблюдения больных артериальной гипертонией в условиях поликлиники (по Г.Т. Банщикovu, 2004)



Предлагаемая модель позволяет использовать средний медицинский персонал, работающий в кабинете доврачебного приема (КДП), для измерения АД (табл. 5.2). В регистратуре перераспределяются потоки: впервые обратившиеся в текущем году и повторно обратившиеся. Впервые обратившиеся направляются в КДП, где пациенту измеряется АД с отметкой в амбулаторной карте.

Таблица 5.2. Дифференциация функциональных обязанностей медицинских работников структурных подразделений амбулаторно-поликлинических учреждений по выявлению, учету и контролю АГ (по Г.Т. Банщикovu, 2004)

Структура	Функциональные обязанности
Регистратура	<ul style="list-style-type: none"> • При первом обращении в году – направление в КДП. Маркировка амбулаторной карты об измерении АД в текущем году • При повторном обращении – проверка маркировки амбулаторной карты, отметка об измерении АД в текущем году • Направление к врачу первичного медицинского звена по цели посещения
Кабинет доврачебного приема	<p>Измерение АД и определение тактики:</p> <ul style="list-style-type: none"> • АД < 140/90 мм рт. ст. – рекомендации измерить АД через 1-2 года • При АД ≥ 135/85 мм рт. ст. и наличии СД второго типа – направление к участковому терапевту для индивидуального подбора препаратов • АД = 140/90 – 149/99 мм рт. ст. – повторное измерение АД через 2 недели для уточнения степени АГ и определения стабильности АД. При подтверждении АГ – направление в КМП. При нормализации АД – обращение в КДП через год • АД ≥ 150/100 мм рт. ст. – направление к терапевту (семейному врачу) территориального участка. Оказание доврачебной помощи при впервые выявленной высокой АГ
Кабинет медицинской профилактики поликлиники	<p>Консультация пациентов, направленных из КДП и от врачей первичного медицинского звена, с впервые выявленной АГ, определение основных факторов риска (ФР) Заполнение карты РАГ, ШБАГ Динамическое наблюдение за больными АГ I степени, не нуждающимися в медикаментозной терапии. Обучение врачей ПЗЗ методам профилактики АГ путем коррекции ФР</p>
Участковый врач (врач общей практики)	<p>Клинико-инструментальное обследование больных с впервые выявленной АГ, направленных из КДП и КМП для уточнения диагноза, стадии и степени риска. Заполнение карт РАГ на больных, уточнение суммарного риска сердечно-сосудистых осложнений. Направление для обучения в ШБАГ. Диспансерное наблюдение больных АГ II степени</p>
Врачи-специалисты: кардиолог, невролог, сосудистый хирург, диабетолог	<p>Консультация и наблюдение больных АГ III степени, имеющих высокий и очень высокий риск. Реабилитация. Индивидуальный подбор медикаментозной терапии. Диспансерное наблюдение</p>
КМС поликлиники	<p>Сбор карт РАГ и занесение их в базу данных. Ежеквартальное направление информации в отдел мониторинга ОЦМП и МИАЦ департамента здравоохранения</p>
Гл. врач поликлиники, зав. терапевтическим отделением	<p>По данным КМС, ежеквартальная (полугодовая и ежегодная) оценка состояния заболеваемости и выявляемости АГ среди населения территориальной поликлиники. Организация мероприятий по профилактике, лечению АГ и ее осложнений</p>
ОЦМП	<p>Ежеквартальный сбор в базу данных РАГ, поступающих из городов и районов области. Подготовка итоговых данных за год</p>
Департамент здравоохранения Вологодской области, МИАЦ	<p>Анализ данных по распространенности АГ и ее осложнений. Координация деятельности на региональном уровне в городах и районах. Разработка мероприятий по профилактике АГ и ее осложнений. На региональном уровне – мониторинг АГ в области, районах, городах</p>

При повторном обращении в текущем году пациент направляется к участковому врачу, ВОП или к специалисту по причине обращения. При повышенном АД тактика определяется врачом с учетом степени повышения АД: назначаются антигипертензивные препараты.

Выявляются поведенческие и биологические факторы риска, определяется потребность и алгоритм их коррекции. Активно вовлекаются в работу кабинеты медицинской профилактики (КМП), которые организуют школы для больных АГ. Больных АГ III степени, как правило имеющих осложнения и сопутствующие заболевания (ишемическую болезнь сердца, цереброваскулярные болезни, хроническую сердечную недостаточность), консультируют специалисты (кардиолог, невролог), проводится вторичная и третичная профилактика.

Разработанная модель обеспечивает профилактическую направленность, вовлечение профилактических структур – КДП, КМП, определяет их задачи на всех этапах: от выявления, учета, диспансерного наблюдения и профилактических вмешательств до внедрения ШБАГ, востребованность которой возросла. Чрезвычайно важным является вовлечение в динамическое наблюдение за больными «мягкой» АГ, с неосложненным и малосимптомным течением, работников КМП, что в реальной практике в большинстве случаев отсутствует.

В.А. Полесский с соавторами указанный алгоритм работы в поликлинике характеризует как современные технологии планирования улучшений за счет перепроектирования (реинжиниринга) внутренних организационных процессов деятельности ЛПУ, обеспечивающих одно из условий встраивания профилактики в континуум оказания медико-санитарной помощи¹. Как следует из рисунка 5.4, технологический процесс оказания в ЛПУ медицинской помощи в ЛПУ пациентам с социально значимыми заболеваниями, в зависимости от вида деятельности (программ), разделяется на несколько этапов.

Этап программы медико-демографического обслуживания. При первичном обращении пациента в ЛПУ выделяется три основных модуля этого этапа с функциями первичной и вторичной профилактики БСК (болезней системы кровообращения):

Полесский В.А. и др. Мониторинг здоровья и качества жизни: технологии социального проектирования / В.А. Полесский, С.А. Мартынич, В.Г. Запороженко, Е.А. Мартынич, А.Н. Плутницкий // Общественное здоровье и профилактика заболеваний. – 2006 . – №1. – С. 3-10.

1. Первичный скрининг (медсестра кабинета доврачебной помощи – КДП).

2. Целевые медицинские осмотры (врач по гигиеническому воспитанию, кабинет медицинской профилактики – КМП).

3. Школы укрепления здоровья.

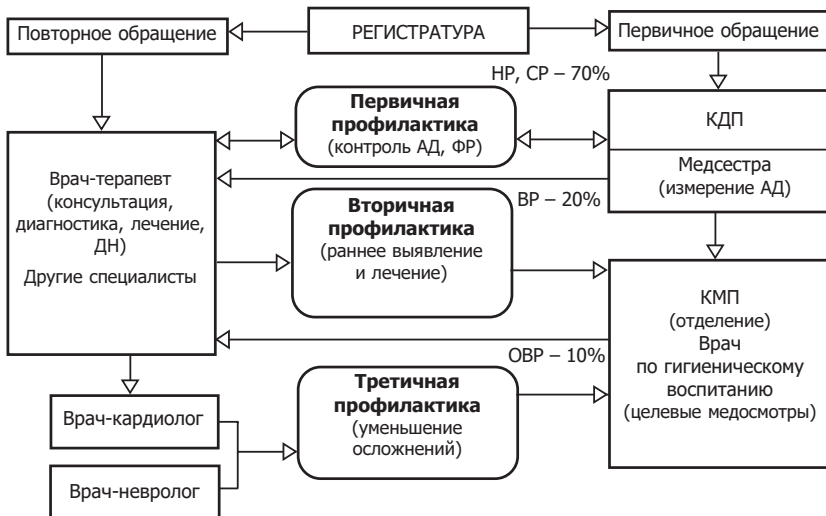
Этап программы базового медицинского обслуживания. При повторном обращении пациента в ЛПУ выделяют четыре основных блока этой программы с функциями вторичной и третичной профилактики:

- ⇨ Диагностика.
- ⇨ Консультация.
- ⇨ Лечение.
- ⇨ Диспансерное наблюдение.

Количество этапов технологического процесса может меняться, но суть остается той же – осуществление специалистами необходимых работ и услуг, направленных на контроль факторов риска, раннее выявление и лечение, снижение частоты осложнений БСК.

В результате проведенных исследований и внедрения в поликлинике организации работы по выявлению АГ и профилактике ее осложнений, лечению этого заболевания предлагается модель реинжиниринга процессов деятельности в ЛПУ (рис. 5.5).

Рис. 5.5. Модель реинжиниринга процессов деятельности в ЛПУ



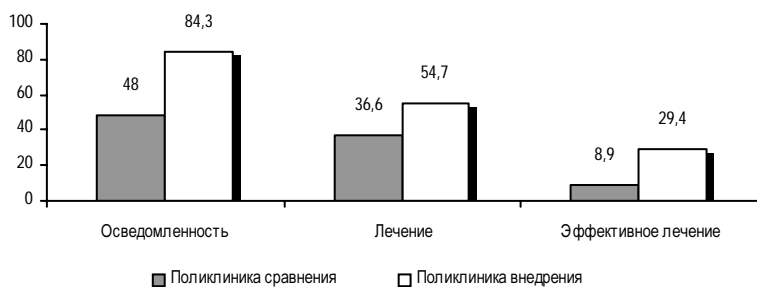
Реализация в Вологодской области национального проекта в здравоохранении, который предполагает усиление работы первичного звена здравоохранения по проведению диспансеризации, повышению доступности и качества ведения пациентов, безусловно позволяет распространить предлагаемые методы организации работы в ЛПУ Вологодской области.

Очень важны качественные показатели эффективности вмешательств, проведенных в ЛПУ г. Вологды. Для изучения эффективности вмешательства (модель «ВЫУЧКА») были выбраны две поликлиники (в них с 1998 г. руководство и врачи активно включались в организацию указанных выше мероприятий), в которых она оценивалась методом экспертных оценок (ЭО) по данным выкопировки из амбулаторных карт, включающим следующие показатели:

- достижение целевого уровня АД < 140/90 мм. рт. ст., в %;
- развитие сердечно-сосудистых осложнений (стенокардия, острый ИМ, МИ) за период наблюдения, в %;
- временная нетрудоспособность (ВН) больных АГ на 100 работающих, в случаях и днях.

В результате проведенной работы в поликлиниках внедрения улучшились показатели информированности пациентов о целесообразности профилактики факторов риска, приверженности к лечению АГ (рис. 5.6).

Рис. 5.6. Улучшение показателей информированности, лечения и контроля АГ у пациентов поликлиник внедрения



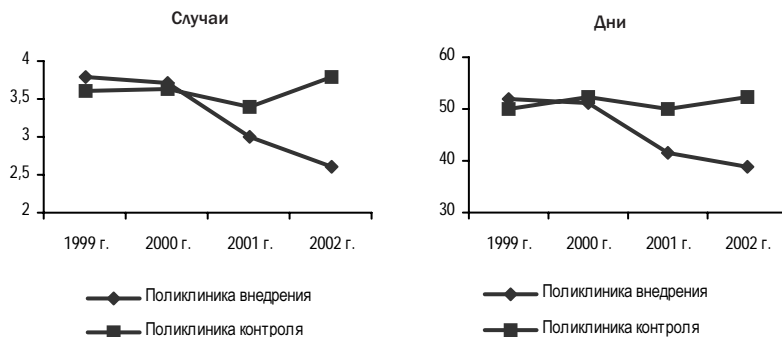
В поликлинике внедрения достоверно снизилась ($P < 0,05$) в сравнении с поликлиникой контроля частота гипертонических кризов (ГК), что связано с улучшением мотивации больных к применению антигипертензивной терапии, кроме того, наблюдалась тенденция к снижению частоты мозгового инсульта. За четыре года в поликлинике вне-

дрения число случаев ВН снизилось на 29%, в днях – на 28%. В поликлинике контроля положительная динамика отсутствует (табл. 5.3, рис. 5.7).

Таблица 5.3. Течение и исходы заболевания у больных АГ за 4 года реализации модели «ВЫУЧКА» – экспертные оценки (по Г.Т. Банщикову, 2004 г.)

Изучаемый признак	Поликлиника внедрения		Поликлиника сравнения		р
	абс.	%	абс.	%	
Осложнения (новые случаи за последние 4 года)					
Перенесли ИМ	7	2,9	7	2,0	>0,05
Перенесли МИ	7	2,9	14	4,0	>0,05
Развитие стенокардии	48	19,8	38	11,2	>0,05
ТИА	1	0,4	5	1,5	>0,05
Охват антигипертензивным лечением					
Постоянный прием	133	54,7	127	36,6	>0,05
Уровень АД на момент экспертной оценки (ближайшее измерение)					
Уровень АД <140/90 (целевое)	25	10,2	34	8,9	>0,05
АД = 140-159/90-99	56	22,9	99	25,8	>0,05
АД = 160-179/100-109	113	46,1	166	43,3	>0,05
АД ≥ 180/110	51	20,8	84	21,9	>0,05
Наличие ГК					
Не было кризисов за 4 года	180	73,5	223	58,2	<0,05
1-2 случая	43	17,6	90	23,5	>0,05
3 и более случая	13	5,3	27	7,0	>0,05
Нет информации в амб. картах	9	3,7	43	11,2	<0,05

Рис. 5.7. Динамика временной нетрудоспособности больных АГ (по данным экспертной оценки)



Чрезвычайно важным в стратегии вмешательств является организация школ для больных АГ. По данным анкетного опроса 90 больных, прошедших обучение в ШБАГ г. Вологды, отмечено следующее:

– информированность пациентов об основных факторах риска повысилась с 35 до 95%;

❖ удельный вес некурящих респондентов увеличился с 38,9 до 44,4%;

❖ доля пациентов (в общем числе опрошенных), постоянно корректирующих поведенческие и биологические факторы риска, возросла с 46,7 до 53,3%;

❖ доля больных АГ, систематически принимающих антигипертензивные препараты, увеличилась с 8,9 до 100%;

❖ удельный вес пациентов, имеющих тонометр и владеющих техникой измерения АД (самоконтроля), повысился с 6,7 до 51,1%.

Уделять особое внимание здоровью сельского населения стало наиболее актуальной задачей органов власти, всех секторов общества. Поиски путей решения этих проблем лежат в плоскости следующих стратегий:

– вовлечение в процесс улучшения охраны и укрепления здоровья населения руководителей местных органов власти;

– привлечение к решению задач первичной профилактики заболеваний и формирования здорового образа жизни населения;

– усиление мероприятий по активному выявлению хронических заболеваний, в первую очередь наиболее социально значимых: артериальной гипертонии, сахарного диабета и др.;

– развитие школ для вторичной профилактики неинфекционных заболеваний, прежде всего «Школы больных артериальной гипертонии»;

– восстановление и развитие системы медицинской профилактики на селе как координирующей и продвигающей превентивные меры, нацеленные на сокращение неинфекционных заболеваний, в первую очередь БСК.

Наиболее удачными в реализации этих стратегий в Вологодской области можно назвать два комплексных муниципальных проекта, развивающих идеи концепции охраны и укрепления здоровья населения в сельских районах по инициативе местных администраций.

Так, в 2001 г. в Грязовецком районе Вологодской области был создан городской Центр здоровья и разработана районная программа «Здоровье» на 2001 – 2005 гг., содержащая комплекс мероприятий по формированию ЗОЖ населения.

Преимуществами этого проекта являлось то, что впервые на муниципальном уровне разработана и реализована межведомственная программа, координацию которой с участием всех ведомств администрации осуществлял созданный на муниципальном уровне «Центр здоровья».

В то же время программа показала слабые стороны с точки зрения профилактики БСК:

- она не способствовала развитию системы медицинской профилактики (в ЦРБ не был открыт соответствующий кабинет);
- мероприятия медицинской профилактики, как первичной, так и вторичной, не нашли своего воплощения в сельских поселениях;
- не разработана районная программа профилактики артериальной гипертензии, не развивается система раннего и активного выявления АГ среди населения.

Вторым удачным проектом, позволившим продвинуть профилактику БСК в сельских поселениях, стала муниципальная программа Вожегодского района «Здоровье». Организацией разработки и реализации программы руководил лично глава района через созданный им координационный межведомственный комитет по охране и укреплению здоровья населения. По его же инициативе был восстановлен и укомплектован в соответствии с рекомендациями приказа Минздрава РФ №455 (2003 г.) кабинет медицинской профилактики, подобраны кадры, налажены тесные контакты с департаментом здравоохранения и областным центром медицинской профилактики.

Рассматриваемая муниципальная программа (она продлена на 2006 – 2008 гг.) включала вопросы охраны здоровья населения, здорового образа жизни, совершенствования и развития службы восстановления здоровья.

Следует отметить положительные моменты в ее реализации:

- осуществляется финансирование всех мероприятий программы;
- выявлены и устраняются факторы, ухудшающее здоровье жителей района;
- привлечены к реализации программы все ведомства администрации района; отработана система мониторинга ее реализации;
- внедрена система активного выявления АГ в пос. Вожега;
- впервые на принципах межсекторальности разработаны программы первичной и вторичной профилактики АГ во всех 15 муниципальных поселениях Вожегодского района; налажена система мониторинга основных показателей здоровья и мероприятий по профилактике БСК в сельских поселениях;
- разработана и внедряется система активного выявления АГ работниками участковых больниц и ФАП; в районе открыто 12 школ для больных АГ.

В 2004 году по инициативе главы Вожегодского района, при участии департаментов здравоохранения и образования области, Вологодского института развития образования (ВИРО) и Вологодского областного Центра медицинской профилактики (ВОЦМП) проведена обучающая конференция для сельских поселений, на которую были приглашены: главы сельских поселений, руководители участковых больниц и ФАП, директора школ, дошкольных учреждений, заведующие клубами, представители комитетов физической культуры и спорта, отделов по делам молодежи и др.

На пленарном заседании конференции был освещен опыт профилактической работы в области и ее муниципальных образованиях, проанализированы результаты первых лет реализации муниципальной программы Вожегодского района «Здоровье».

Работа в секциях была организована в трех группах: медицинские работники, педагоги и руководители сельских поселений совместно со специалистами по направлениям деятельности.

В последующем опыт Вожегодского района был распространен на Кадуйский и Нюксенский районы.

В феврале 2006 г. в пос. Вожега прошла конференция «Опыт и перспективы работы по формированию здорового образа жизни в сельских муниципальных образованиях и поселениях». В докладе главы Вожегодского района были изложены основные результаты работы по охране и укреплению здоровья населения сельского муниципального образования.

Кроме того, главы администраций Вожегодского и Нюксенского районов обучили руководителей центральных сельских муниципальных образований и сельских поселений планированию и организации работы по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни среди населения. Медицинские работники ЦРБ, участковых больниц и ФАП, принявшие участие в конференции, получили знания и практический опыт по активному выявлению артериальной гипертонии и организации школ для больных АГ в условиях сельских поселений; обрели опыт организации медицинской профилактики во взаимодействии с социальными работниками и учебными заведениями по вопросам здоровья подрастающего поколения, а также опыт разработки мероприятий по укреплению здоровья трудящихся (на рабочих местах) и пожилых людей.

С целью повышения роли сельских администраций, при взаимодействии с сельскими лечебно-профилактическими учреждениями, в организации работы по охране здоровья населения и усилению профилактической направленности медицинской помощи с 2003 г. ежегодно проводится областной конкурс «Здоровье вологжан», организованный Вологодским региональным отделением Всероссийской политической партии «Единая Россия» при содействии правительства области.

На уровне районов для проведения конкурсов сформированы комиссии с включением в их состав народных депутатов, представителей сельских администраций, ЦРБ, участковых больниц и др. Ежегодные конкурсы активизировали работу сельских администраций по привлечению ресурсов для проведения косметических ремонтов ЛПУ, благоустройства территории. В них принимают участие более 100 сельских ЛПУ. Победители награждаются новыми санитарными автомобилями УАЗ.

Несмотря на финансовые проблемы, проводится ежегодная работа по укреплению и расширению материальной базы лечебно-профилактических учреждений, по оснащению учреждений здравоохранения области санитарным автотранспортом, детским питанием, компьютерным оборудованием и программным обеспечением.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Из приведенных выше данных следует, что состояние здоровья населения представляет собой острую проблему. Процессы депопуляции обрели масштабы, несущие угрозу национальной безопасности (ежегодно численность населения уменьшается на 10 тыс. чел., или 0,8% всего населения).

Современная демографическая обстановка в Вологодской области, как и в стране в целом, характеризуется процессами постоянной убыли населения. Так, численность населения региона сократилась с 1356 тыс. человек в 1990 г. до 1245,5 тыс. человек в 2005 г. Темпы убыли населения несколько опережают средние по России. Особую тревогу вызывает ситуация, сложившаяся в сельской местности. Смертность сельского населения заметно выше городского. Естественная убыль населения на начало 2005 г. на селе составила 13,2 чел. на 1000 жителей, в городе – 6,3 чел. Вымирание села, рост смертности населения, особенно трудоспособного, и заболеваемость по большинству видов болезней, прежде всего социально значимых, обуславливают неудовлетворительную демографическую ситуацию в области.

Болезненное и противоречивое становление российского политического устройства усиливает социальное неравенство, бедность и недостаток средств тормозят продвижение страны к здоровому обществу.

Невысокий уровень здоровья большинства населения является следствием отрицательного влияния множества факторов, таких, как: низкий уровень жизни; плохое качество питания, воды; слабая удовлетворенность доступностью и качеством медицинской помощи. Все

большой вред здоровью наносят алкоголизм, курение, злоупотребление наркотиками, стресс, неправильное питание и, как следствие, повышение артериального давления, сахарный диабет, гиперхолестеринемия и др.

В популяционном отношении здоровье граждан способно оказать большое влияние на динамику экономического развития страны (или отдельного его региона) через воздействие на качество трудовых ресурсов. В таком контексте потребность в здоровье выходит за рамки индивидуального и носит обобщающий характер – «здоровье населения», которое является достоянием государства и служит неперенным условием успешного использования его производительных сил. Поэтому состояние здоровья населения и улучшение его показателей служит важным критерием развития общества.

Поиск и выбор эффективных подходов в решении вопросов профилактики заболеваний, укрепления здоровья населения в условиях экономического кризиса чрезвычайно сложен в силу многофакторности существующей проблемы. Поэтому успех здравоохранительной деятельности не может быть достигнут только в результате деятельности медицинского сектора. Необходим комплексный многоуровневый подход к их решению, основанный на принципах межсекторального взаимодействия в самом широком понимании. В то же время необходимо отметить ведущую роль системы здравоохранения в деле профилактики заболеваний, факторов риска и укрепления здоровья населения.

Закономерно поэтому, что в Послании Президента России В.В. Путина Федеральному Собранию высказано мнение о необходимости сосредоточения сил и ресурсов на достижении главной цели модернизации российского здравоохранения, а именно на «повышении доступности и качества медицинской помощи для широких слоев населения». Отмечено также, что «особое внимание необходимо уделить развитию первичного медицинского звена, первичной медицинской помощи, профилактике заболеваний, включая вакцинацию и эффективную диспансеризацию населения» [61].

Анализ данных социологических исследований и государственной статистики показал, что негативные изменения в состоянии здоровья жителей Вологодской области прежде всего являются результатом снижения качества жизни. Разрушаются здоровье и образ жизни большинства населения, который характеризуется низкой физической активностью и пристрастием к вредным привычкам.

Поскольку здоровье представляет собой сложное явление, подверженное влиянию множества разнородных и разноуровневых факторов, для эффективной реализации мероприятий стратегического плана «Охрана и укрепление здоровья населения Вологодской области на 2003 – 2010 годы» необходимо активное взаимодействие властных структур и общества, направленное на создание политической, экономической, социальной, правовой, психологической, научно-аналитической среды для формирования политики охраны и укрепления здоровья.

Успеха в реализации указанного документа можно достичь лишь при наличии соответствующего социального и психологического климата для его восприятия, снижения влияния стрессогенных факторов на организм человека, формирования у населения мотивации и индивидуального способа здорового образа жизни.

В сложившейся ситуации особенно важной становится интеграция всех ведомств, служб, структур, организаций, способных обеспечить программно-целевую деятельность в интересах охраны здоровья населения – ее организацию, финансирование, внедрение в жизнь.

Определяющим при этом выступает качество жизни индивида. Позитивные изменения в уровне доходов и потребления населения способны создать благоприятные условия для формирования здоровья путем целенаправленного оздоровления собственного образа жизни.

С целью снижения гендерного диспаритета в здоровье требуется увеличение объема качественной, профессиональной информации по здоровому образу жизни и профилактике заболеваний, предоставляемой медицинскими, педагогическими учреждениями и средствами массовой информации, с последующей возможностью применения ее на практике.

В соответствии с распоряжением Правительства РФ [62], в целях реализации Послания Президента РФ В. В. Путина Федеральному Собранию [61] необходимо повысить уровень знаний населения о здоровом образе жизни; обеспечить поддержку спортивно-оздоровительным учреждениям для повышения их доступности для всего населения.

Таким образом, стратегия профилактической деятельности в современных условиях должна быть направлена на активизацию населения в укреплении собственного здоровья посредством мер про-

филактики и на формирование здорового рационального образа жизни, для чего необходимо создание соответствующей материальной, психологической и информационной среды.

Обобщая результаты проведенного исследования, считаем целесообразным выполнение следующих мероприятий:

1. Мероприятия, относимые к полномочиям органов исполнительной и законодательной власти субъекта Федерации:

– в целях достижения реальных результатов при выполнении стратегического плана «Охрана и укрепление здоровья населения Вологодской области на 2003 – 2010 годы» проводить промежуточное мониторинговое его выполнения по ведомствам и территориям области; при оценке реализации программ стратегического плана в первую очередь учитывать достижение изменений определенных показателей общественного здоровья, а не только освоение средств, выделенных на их обеспечение.

2. Мероприятия, относимые к департаменту здравоохранения правительства области:

– необходимо осуществлять меры, направленные на привлечение и удержание в системе ЛПУ специалистов, повышение комфортности обслуживания, обеспечение равной доступности медицинской помощи для городского и сельского населения, для лиц с различным уровнем доходов; в основе развития сельского здравоохранения должно быть максимальное приближение общеврачебной помощи к жителям села;

– разработать и представить на утверждение в установленном порядке межведомственную программу «Здоровый образ жизни» на 2006 – 2010 годы, обратив особое внимание на повышение уровня знаний населения о здоровом образе жизни, его нравственных и духовных основах; на профилактику заболеваний взрослого населения на рабочем месте; на активизацию деятельности средств массовой информации по пропаганде здорового образа жизни, организации постоянно действующих информационно-пропагандистских систем с целью привития населению навыков личной и общественной профилактики болезней и демографических состояний, занимающих ведущее место в краевой патологии.

3. Мероприятия, относимые к компетенции органов местного самоуправления:

– обязать руководителей предприятий и организаций, независимо от ведомственной принадлежности, принять неотложные меры по обеспечению организационных, экономических и социальных условий, способствующих укреплению здоровья работающего населения, обеспечить межведомственное взаимодействие и комплексность в работе по вопросам сохранения общественного здоровья.

Однако любые меры в этом направлении не будут эффективными без учета и анализа факторов, влияющих на здоровье человека. Их мониторинговое изучение должно стать основой научно обоснованной профилактики.

Считаем целесообразным продолжить исследовательскую работу «Мониторинг состояния здоровья населения Вологодской области» при поддержке Правительства Вологодской области. В ходе исследования, наряду с вопросами объективной и субъективной оценки индивидуального и общественного здоровья, необходимо уделить наиболее пристальное внимание качеству жизни населения, экономическим проблемам, поведенческим факторам риска, состоянию обученности населения здоровому образу жизни и информированности в вопросах охраны и укрепления здоровья. Предполагается путем массовых опросов по уже используемым и новым методикам вести мониторинг общественного мнения. Выполнение поставленных задач позволит здравоохранению области реализовать инновационные формы профилактической работы с населением.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Агаджанян, Н.А. Ученые о здоровье и проблемы адаптации / Н.А. Агаджанян, Р.М. Баевский, А.П. Берсенева // Теория и практика валеологических исследований. – Ставрополь, 2001.
2. Амосов, Н. М. Раздумья о здоровье / Н.М. Амосов. – М., 1979.
3. Аронов, Д.М. Первичная и вторичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний – интерполяция на Россию / Д.М. Аронов // Сердце. – 2002. – Т.1,3.
4. Банщиков, Г.Т. Артериальная гипертония: эпидемиологическая ситуация и оптимизация ее контроля в первичном звене здравоохранения областного центра: автореф. дис. ... д.м.н. / Г.Т. Банщиков. – М., 2004.
5. Бедный, М.С. Семья – здоровье – общество / М.С. Бедный. – М., 1986.
6. Билич, Г.Л. Основы валеологии / Г.Л. Билич, Л.В. Назарова. – СПб., 1998.
7. Болезнь // Большая советская энциклопедия. – М., 1972. – Т. 9.
8. Борьба с артериальной гипертонией: доклад Комитета экспертов ВОЗ. – М., 1997.
9. Брехман, И.И. Проблемы обучения человека здоровью / И.И. Брехман // Валеология. – Владивосток, 2001.
10. Бриттов, А.Н. Профилактика артериальной гипертонии на популяционном уровне: возможности и актуальные задачи / А.Н. Бриттов // Русский медицинский журнал. – 1996. – Т. 5. – №9.
11. Васильева, О.С. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки / О.С. Васильева, Ф.Р. Федоров. – М., 2001.
12. Величковский, Б.Т. Реформы и здоровье населения (Пути преодоления негативных последствий) / Б.Т. Величковский. – Москва; Воронеж: ВГУ, 2002.
13. Вишневский, А.Г. Население России в первой половине нового века / А.Г. Вишневский, Е.М. Андреев // Вопросы экономики. – 2001. – №1.– С. 27.
14. Галецкий, В.Ф. Демографические аспекты устойчивого развития России / В.Ф. Галецкий // Проблемы прогнозирования. – 2005. – №6.– С. 161-170.
15. Вялков, А.И. Социально-гигиеническое обоснование реформы здравоохранения на территориальном уровне: дис. ... д. м. н. – М.,1999.
16. Глобальная стратегия ВОЗ в области рациона питания, физической активности и здоровья: резолюция 57. 17 от 22.05.2004.– Женева: ВОЗ, 2004.
17. Государственный доклад о санитарно-эпидемиологической обстановке в Вологодской области в 2004 году. – Вологда: ЦГСН в Вологодской области, 2005.
18. Государственный доклад о состоянии здоровья населения и деятельности системы здравоохранения Вологодской области в 2004 году. – Вологда: ДЗО, 2005.
19. Демографический ежегодник: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2005. – 48 с.

20. Деятельность и ресурсы учреждений здравоохранения.– М.: М-во здравоохранения и социального развития РФ, 2005.
21. Дмитриева, Е.В. Социология здоровья: методологические подходы и коммуникационные программы / Е.В. Дмитриева. – М., 2002.
22. Доклад о развитии человека / ООН. – М: Весь мир, 2004.
23. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. – Женева: ВОЗ, 2002.
24. Женщина, мужчина, семья в России: последняя треть XX века. Проект «Таганрог» / под ред. Н.М. Римашевской. – М., 2001. – 320 с.
25. Заболеваемость населения России в 2004 году: стат. мат. – М.: М-во здравоохранения и социального развития РФ, 2005.
26. Зайцев, Г.К. Валеология. Культура здоровья / Г.К. Зайцев, А.Г. Зайцев. – М., 2003.
27. Здоровье для всех в XXI столетии. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. – Копенгаген, 1998.
28. Здоровье населения России и деятельность учреждений здравоохранения в 2002 году: стат. мат. – М.: Минздрав РФ, 2003.
29. Здравоохранение в России: стат. сб. / Росстат. – М., 2005.
30. Ильин, В.А. Стратегия развития региона / В.А. Ильин, М.Ф. Сычев, К.А. Гулин [и др.]. – Вологда, 2004. – 228 с.
31. Ильин, В.А. Региональная стратегия экономического роста – 2015 / В.А. Ильин, М.Ф. Сычев, К.А. Гулин [и др.]. – Вологда, 2004. – 224 с.
32. Казначеев, В.П. Здоровье нации, просвещение, образование / В.П. Казначеев. – М., 1996.
33. Калинина, А.М. Отдаленные результаты многофакторной профилактики артериальной гипертонии в популяции мужчин 40-59 лет (10-летнее наблюдение) / А.М. Калинина, Л.В. Чазова, Л.И. Павлова // Тезисы Первого конгресса ассоциации кардиологов стран СНГ. – М., 1997.
34. Капитоненко, Н.А. Научное обоснование и обеспечение реализации основных направлений реформы здравоохранения на региональном уровне: автореф. дис. ... д. м. н. / Н.А. Капитоненко. – М., 1999.
35. Келлер Д.В. Медицинская экология / Д.В. Келлер, В.И. Кувакин. – СПб, 1998.
36. Колесов Д. В. Болезни поведения / Д.В. Колесов. – М., 2002.
37. Колинко, А.А. Научное обоснование медико-социальной профилактики заболеваний на территориальном уровне: автореф. дис. ... к. м. н. / А.А. Колинко. – М., 2004.
38. Конституция Российской Федерации: Принята всенародным голосованием 12 декабря 1993. – М.: Юрид. лит., 1993. – 64 с.
39. Концепция «Вологодская область – Здоровье-21: долгосрочная политика охраны и укрепления здоровья населения Вологодской области». – Вологда, 2000.
40. Лисицын, Ю.П. Образ жизни и здоровья населения / Ю.П. Лисицын. – М.: Знание, 1982.
41. Лисицын, Ю.П. Санология – наука об общественном здоровье и здоровом образе жизни / Ю.П. Лисицын // Здравоохранение Российской Федерации. – 1989. – № 6.

42. Лисицын, Ю.П. Медицина и гуманизм / Ю.П. Лисицын, А.М. Изуткин, И.Ф. Матюшин. – М., 1984.
43. Лисицын, Ю.П. Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения: учеб. руководство / Ю.П. Лисицын, Н.В. Полунина, К.А. Отдельнова [и др.]. – Казань, 1998.
44. Лисицын, Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение / Ю.П. Лисицын, Н.В. Полунина. – М., 2002.
45. Ляхова, А.В. Научные основы формирования здоровья студенческой молодежи: дис. ... д. м. н. / А.В. Ляхова. – М., 1998.
46. Максимова, В.Н. Здоровая личность / В.Н. Максимова, Н.М. Полегаева. – СПб.: ЛОИРО, 2001.
47. Марков, В.В. Основы здорового образа жизни и профилактика болезней / В.В. Марков. – М., 2001.
48. Матрос, Л.Г. Социальные аспекты и проблема здоровья / Л.Г. Матрос. – М., 1992.
49. Медик, В.А. Комплексное социально-экономическое исследование динамики здоровья населения и обоснование концептуальной модели реформы здравоохранения на региональном уровне (на примере Новгородской области): автореф. дис. ... д. м. н. / В.А. Медик. – М., 1996.
50. Население и трудовые ресурсы: справочник. – М.: Мысль, 1999.
51. Население России 2002: десятый ежегодный демографический доклад / под ред. А.Г. Вишневого. – М.: КДУ, 2004. – 224 с.
52. Нечаев, В.С. Научные основы формирования политики здравоохранения на различных уровнях государственного управления: автореф. дис. ... д. м. н. / В.С. Нечаев. – М., 2003.
53. Органов, Р. Г. Здоровый образ жизни и здоровье населения России / Р.Г. Органов // Проблемы социальной гигиены. – 2001. – № 5.
54. Органов, Р.Г. Значение сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний для здоровья населения России / Р.Г. Органов, Т.Я. Масленников, С.А. Штальнова, А.Д. Деев // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2002. – №2.
55. Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2004 г. – Вологда, 2005.
56. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан. – №30-ФЗ от 02.03.1998 (с изменениями и дополнениями опубликован 25.04.2004).
57. Панкратьева, Н.В. Здоровье – социальная ценность / Н.В. Панкратьева, В.Ф. Попов, Ю.А. Шиленко. – М.: Мысль, 1989.
58. Петленко, В.П. Проблема человека в теории медицины / В.П. Петленко, М.И. Резник. – К., 1984.
59. Показатели состояния здоровья населения Вологодской области. 1999 – 2003 гг. – Вологда: ЦГСН в Вологодской области, 2004.
60. Полесский, В.А. Оценка эффективности целевой программы профилактики и лечения артериальной гипертонии / В.А. Полесский, С.А. Мартынич, В.Т. Запороженко // Общественное здоровье и профилактика заболеваний. – 2005. – №2.
61. Послание Федеральному Собранию Российской Федерации: текст выступления президента РФ В.В. Путина перед депутатами Федерального Собрания в Кремле 25 апреля 2005 года // Российская газета. – 2005. – №86. – 26 апр.

62. Программа проведения в российском обществе пропаганды здорового образа жизни на 2003-2008 годы: распоряжение Правительства Российской Федерации № 736-р от 31.05.2002.
63. Прохоров, Б.Б. Условия жизни населения и общественное здоровье / Б.Б. Прохоров, И.В. Горшкова, Е.В. Тарасова // Проблемы прогнозирования. – 2003. – №5. – С. 127-139.
64. Прохоров, Б.Б. Медико-демографическая классификация регионов России / Б.Б. Прохоров, В.С. Тикунов // Проблемы прогнозирования. – 2005. – №5. – С. 142-151.
65. Регионы Северо-Западного федерального округа. Социально-экономические показатели: стат. сб. – Вологда, 2004. – 180 с.
66. Регионы Северо-Западного федерального округа. Социально-экономические показатели: стат. сб. – Вологда, 2005. – 181 с.
67. Россия в цифрах. 2002: краткий стат. сб. – М., 2003.
68. Социальная гигиена и организация здравоохранения / под ред. А.Ф. Серенко, В.В. Ермакова. – М.: Медицина, 1984.
69. Стародубов, В.И. Управляемые факторы в профилактике заболеваний / В.И. Стародубов, Н.П. Соболева, А.И. Лукашев. – М., 2003.
70. Статистический ежегодник Вологодской области. 1995–2004 гг.: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2005. – 305 с.
71. Статистический ежегодник Вологодской области. 1993–2003 гг.: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2004. – 305 с.
72. Степанов, А.Д. О значении и принципах подхода к определению понятий «здоровье» и «болезнь» / А.Д. Степанов // Здравоохранение Российской Федерации. – 1985. – №10.
73. Стратегический план «Охрана и укрепление здоровья населения Вологодской области на 2003 – 2010 годы». – Вологда, 2002.
74. Тарлло, В.Л. Геногеографические параметры здоровья населения / В.Л. Тарлло // Вестник научных исследований. – 1997. – №2-3.
75. Тишук, Е.А. Медико-демографические процессы в Российской Федерации в контексте общемировых закономерностей / Е.А. Тишук // Вопросы статистики. – 2005. – №8. – С. 45.
76. Устав Всемирной организации здравоохранения. – Женева, 1991.
77. Управление здравоохранением: учеб. пособие / под ред. В.З. Кучеренко. – М., 2001.
78. Филатов, В.Б. Стратегия развития регионального здравоохранения: опыт формирования / В.Б. Филатов. – М.: Рарог, 1999.
79. Фомин, И.В. Состояние проблемы артериальной гипертензии у людей трудоспособного возраста в Нижегородской области / И.В. Фомин, Е.В. Щербинина, И.П. Фадеева // Русский медицинский журнал. – 2002. – Т.10.
80. Фуко, М. Рождение клиники / М. Фуко. – М., 1998.
81. Царегородцев, Г.И. НТР и некоторые методологические проблемы современной медицины / Г.И. Царегородцев, А.В. Шиманов // Методологические и социальные проблемы современной медицины: сб. науч. трудов. – М., 1986.

82. Чазов, Е.И. Проблемы первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний / Е.И. Чазов // Терапевтический архив. – 2002. – №9.
83. Шальнова, С.А. Распространенность артериальной гипертонии в России: информированность, лечение, контроль / С.А. Шальнова, А.Д. Деев, О.В. Вихарева [и др.] // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2001. – №2.
84. Шевченко, Ю.Л. Здравоохранение РФ на рубеже веков / Ю.Л. Шевченко // Материалы Всероссийского съезда врачей. – М., 2001.
85. Шилова, Л.С. Научная обоснованность проблем / Л.С. Шилова // Отношение человека к здоровью и продолжительности жизни. – М., 1989.
86. Шишкин, С.В. Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет / С.В. Шишкин, Г.Е. Бестремянная, М.Д. Красильникова [и др.]. – М., 2004.
87. Юрьев, В. К. Здоровье населения и методы его изучения: учеб. пособие / В.К. Юрьев. – СПб., 1993.
88. Health in Europe. Data 1998-2003. – Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2005.
89. Calvino, Y., Calvo C., Romero R., Gude F., Sancher-Guissancle D. Atherosclerosis profile and micro albuminuria in essential hypertension. Am. J. Kidney Dis., 1999, 34.
90. Kjellgren, K.I, Svensson S., Ahlner J., Saljo R. Hypertensive patients knowledge of high blood pressure. Scand. J. Prim. Health Care, 1997, 15.
91. Keys, A. Seven countries: a multivariate analysis of death and coronary heart disease / A. Keys. – Cambridge: Harvard University Press, 1980.
92. Stamler J., Stamler R., Ncalton J., Blood pressure systolic and cardiovascular risk: US population data. Arch intern. Med., 1993, 153.
93. World Development Indicators [Электронный ресурс]. – The World Bank, 2004. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).
94. World health statistics 2005. WHO, 2005.
95. The World health report 2004: changing history. WHO, 2004.
96. Иванов, В.Н. Проблемы охраны здоровья населения России [Электронный ресурс] / В.Н. Иванов, А.В. Суворов. – Режим доступа: <http://www.gazeta.ru/2002/10/22/zdravoochrane.shtml>
97. Россия. Системы здравоохранения: время перемен [Электронный ресурс] / Европейская обсерватория по системам здравоохранения, Европейское региональное бюро ВОЗ. – Режим доступа: www.euro.who.int
98. Швеция [Электронный ресурс] / Европейская обсерватория по системам здравоохранения, Европейское региональное бюро ВОЗ. – Режим доступа: <http://www.observatory.dk>
99. Сводная информация [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.who.int/whosis>.
100. Флоринская, Ю.Ф. Региональные различия уровня здоровья российского населения [Электронный ресурс] / Ю.Ф. Флоринская. – Режим доступа: <http://osi.rn/web/hiedu.nsf/All/>

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Естественное движение населения в муниципальных образованиях Вологодской области

Районы	Рождаемость		Смертность		Естественный прирост (убыль)	
	2003 г.	2004 г.	2003 г.	2004 г.	2003 г.	2004 г.
Бабаевский	10,8	10,7	26,7	25,5	-15,9	-14,8
Бабушкинский	10,8	10,9	24,3	20,8	-13,5	-9,8
Белозерский	7,8	10,3	25,9	22,3	-18,1	-12
В.Устюгский	11,2	10,9	22,5	21,5	-11,3	-10,5
Вашкинский	9,5	10,2	23,5	24,6	-14,0	-14,4
Верховажский	12,5	12,6	20,9	20,1	-8,4	-7,5
Вожегодский	10,5	8,8	26,4	23,5	-15,9	-14,7
Вологодский	10,9	11,0	18,4	18,8	-7,5	-7,8
Вытегорский	10,6	10,5	23,8	24,1	-13,2	-13,6
Грязовецкий	11,2	10,8	23,3	20,5	-12,1	-9,7
Кичм.-Городецкий	8,5	9,5	22,3	21,9	-13,8	-12,4
Кадуйский	9,5	10,8	24,7	20,5	-15,2	-9,7
Кирилловский	10,4	11,6	24,5	22,6	-14,1	-11,0
Междуреченский	10,9	9,5	25,0	20,3	-14,1	-10,7
Никольский	10,3	11,0	24,0	23,7	-13,7	-12,7
Нюксенский	8,4	11,7	19,1	18,9	-10,7	-7,2
Сокольский	10,7	11,2	24,1	24,2	-13,4	-13,0
Сямженский	9,8	13,4	20,3	21,9	-10,5	-8,5
Тарногский	10,2	10,9	19,3	19,3	-9,1	-8,5
Тотемский	11,6	10,0	19,1	19,6	-7,5	-9,6
Усть-Кубинский	11,6	10,4	25,0	23,7	-13,4	-13,2
Устюженский	8,6	8,5	28,3	27,1	-19,7	-18,6
Харовский	9,5	8,8	24,7	23,2	-15,2	-14,5
Чагодощенский	10,6	9,5	29,4	26,9	-18,8	-17,4
Череповецкий	8,7	11,0	24,3	24,5	-15,6	-13,4
Шекснинский	9,2	10,3	19,3	18,1	-10,1	-7,8
г. Вологда	10,9	10,9	16,8	16,6	-5,9	-5,7
г. Череповец	10,4	10,7	15,6	15,4	-5,2	-4,7
По области	10,4	10,7	19,8	19,1	-9,4	-8,4
По районам	10,3	10,6	23,1	22,1	-12,8	-11,5
Справочно: РФ	10,2	10,5	16,4	16,0	-6,2	-5,5

Источник: Регионы Северо-Западного федерального округа. Социально-экономические показатели: Стат. сборник. – Вологда, 2005; Демографический ежегодник: Стат. сборник. – Вологда, 2005.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Состояние здоровья жителей муниципальных образований Вологодской области

Муниципальные образования	Показатели состояния здоровья населения					
	Болезненность на 100 тыс. населения		Заболеваемость на 100 тыс. населения		Число состоящих на диспансерном наблюдении на 1000 населения	
	2003 г.	2004 г.	2003г.	2004 г.	2003 г.	2004 г.
Бабаевский	117042,0	124553,9	63333,9	70424,5	378,5	381,7
Бабушкинский	83149,7	78947,7	51547,9	47514,9	185,3	188,3
Белозерский	154017,0	155522,6	67639,4	69406,8	316,6	323,4
Вашкинский	127870,4	124896,7	79746,1	74075,2	289,4	293,0
В. Устюжский	140515,2	151457,2	82319,7	87300,3	294,1	297,4
Верховажский	83972,2	86572,3	48808,9	50350,8	204,2	218,3
Вожегодский	111524,6	125098,2	66430,8	77444,5	268,5	277,9
Вологодский	104419,1	97125,9	52579,0	45343,5	190,3	173,5
Вытегорский	104701,6	109745,7	65754,1	64437,4	225,6	247,8
Грязовецкий	106112,3	111875,1	71698,7	73504,7	158,6	151,5
Кадуиский	114035,4	116567,8	72010,6	72523,0	334,4	356,1
Кирилловский	116071,0	118398,3	64536,5	69659,1	289,1	285,0
Кичм.-Городецкий	110082,0	116782,6	57485,8	59548,8	249,7	248,2
Междуреченский	182086,76	182881,0	103904,7	103720,4	321,9	351,2
Никольский	65857,9	77831,2	32414,7	40421,7	225,1	265,9
Нюксенский	108707,7	115054,9	65176,8	67472,6	246,9	264,5
Сокольский	199494,8	203075,5	110042,9	119485,9	286,8	291,1
Сямженский	119579,4	127854,0	69252,2	70098,5	343,2	400,6
Тарногский	122320,5	120944,6	67923,1	63975,1	273,5	285,1
Тотемский	122105,8	126891,2	59727,3	64434,0	281,0	291,5
Усть-Кубинский	136648,2	174954,6	85636,6	105932,7	256,3	328,8
Устюженский	116694,4	132774,1	58644,8	66510,9	281,1	307,5
Харовский	144599,5	152174,6	87872,5	93301,1	208,3	220,1
Чагодощенский	114810,0	125503,6	66306,5	72995,5	261,8	282,1
Череповецкий	101981,6	115543,8	58946,6	59440,8	223,8	238,3
Шекснинский	130863,9	119875,3	72586,7	61996,5	327,0	278,1
г. Вологда	142570,7	143769,9	87925,3	86721,0	220,3	216,4
г. Череповец	132213,7	140389,2	82888,9	84480,1	246,4	255,9
По области:	132952,6	137755,7	78825,0	80133,7	258,0	261,8

Источник: Государственный доклад о состоянии здоровья населения и деятельности системы здравоохранения Вологодской области в 2004 году. – Вологда: ДЗО, 2005.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Анкета для изучения оценок населением Вологодской области состояния здоровья и условий его охраны и укрепления

ВОЛОГОДСКИЙ НАУЧНО-
КООРДИНАЦИОННЫЙ
ЦЕНТР ЦЭМИ РАН

160014, Вологда, ул. Горького, д. 56-а
тел. 54-43-99

Номер анкеты:

--	--

Район	Населенный пункт

Код населенного пункта	
------------------------	--

Анкетер:

--

Добрый день!

Приглашаем Вас принять участие в опросе общественного мнения о состоянии здоровья населения Вашего города (района).

Просим Вас ответить на вопросы этой анкеты. На некоторые из них даны готовые варианты ответов – обведите номера тех, которые соответствуют Вашему мнению, в остальных случаях напишите свой вариант.

Опрос анонимный – фамилию в анкете указывать не нужно. Ваши ответы будут использованы только в обобщенном виде.

Благодарим за помощь!

Вологда
2005

1. Как Вы оцениваете состояние собственного здоровья в настоящее время?

1. Отличное
2. Хорошее
3. Удовлетворительное
4. Плохое
5. Очень плохое

2. Как, на Ваш взгляд, изменилось состояние Вашего здоровья за последний год?

1. Улучшилось
2. Осталось таким же
3. Ухудшилось
4. Затрудняюсь ответить

3. Чем Вы объясняете свое плохое здоровье?

1. Возрастом
2. Болезнью
3. Материальными трудностями
4. Своей жизненной неустроенностью
5. Серьезными проблемами с близкими
6. Нервным потрясением
7. Всем вышеперечисленным

4. Имеются ли у Вас хронические заболевания

- | | |
|-------------|------------------|
| 1. Нет | 3. Да, 2-3 |
| 2. Да, одно | 4. Да, 4 и более |

5. Если да, то каковы, по Вашему мнению, причины этих заболеваний?

- | | |
|----------------------------|---------------------------------------|
| 1. Наследственность | 7. Тяжелые переживания |
| 2. Условия жизни в детстве | 8. Плохое лечение острого заболевания |
| 3. Жилищные условия | 9. Несчастный случай, травма |
| 4. Условия питания | 10. Старость |
| 5. Алкоголизм | 11. Другие причины |
| 6. Курение | 12. Затрудняюсь ответить |

6. Курите ли Вы в настоящее время?

1. Нет
2. Да, иногда (обычно меньше чем одну сигарету/папиросу в день)
3. Да, регулярно

7. Если да, то сколько в среднем сигарет, папирос Вы выкуриваете в день в настоящее время?

1. Не более 5 сигарет (папирос) в день
2. Менее половины пачки
3. Хватает пачки на два дня
4. Не больше пачки в день
5. Более 1 пачки в день
6. Курю не каждый день

8. Почему Вы курите?

1. Это приятное занятие
2. Это успокаивает
3. Потому что курят мои друзья и знакомые
4. Это помогает в общении
5. Я чувствую себя взрослее и увереннее
6. Затрудняюсь ответить

9. Сколько лет Вы курите или курили, не считая периодов отказа от курения?

_____ лет (впишите полное количество лет)

10. Хотите ли Вы бросить курить?

1. Да
2. Да, если мне в этом кто-нибудь поможет
3. Нет

11. Как Вы считаете, курение вредит Вашему здоровью?

1. Да
2. Скорее да
3. Скорее нет
4. Нет
5. Помогает, снимает нервное напряжение
6. Затрудняюсь ответить

12. Употребляете ли Вы алкогольные напитки?

1. Да
2. Нет

13. Если да, то с чем это связано?

1. Это приятное занятие
2. Это помогает в общении
3. «За компанию»
4. Как способ снятия нервного напряжения
5. Затрудняюсь ответить

14. Если Вы употребляете алкогольные напитки, то как часто?

1. До 200 мл в неделю
2. До 0,5 л в неделю
3. До 1 л в неделю
4. Свыше 2 л в неделю

15. Какие алкогольные напитки Вы предпочитаете?

- | | |
|---------------------|----------------------------|
| 1. Водка | 4. Пиво |
| 2. Коньяк | 5. Вино |
| 3. Настойка (ликер) | 6. Другое (напишите) _____ |

16. Как, по-Вашему, алкоголь влияет на здоровье?

1. Не влияет никак
2. Отрицательно
3. Положительно

17. Есть ли у Вас недостатки в жилищных условиях?

1. Да

2. Нет

18. Если есть, то какие?

1. Сыро

4. Тесно

2. Холодно

5. Темно

3. Требуется капремонт

6. Другое (напишите) _____

19. Как Вы оцениваете свое питание?

1. Полноценное

2. Нормальное

3. Неудовлетворительное

4. Очень плохое

5. Регулярно недоедаю, голодаю

6. Затрудняюсь ответить

20. С чем Вы связываете свое плохое питание?

1. С материальными трудностями

2. С режимом работы (учебы)

3. С плохим качеством продуктов

4. Другое (напишите) _____

21. Какую воду Вы обычно употребляете для питья и приготовления пищи?

1. Как правило, воду из-под крана

2. Воду из-под крана, но использую фильтр

3. В основном воду из родника и колодца

4. Воду из магазина

5. Другое _____

22. Какую оценку от 1 до 5 баллов Вы бы дали следующим параметрам водопроводной воды? (5 - хорошее состояние, 1 - крайне неудовлетворительное, очень плохое)

Параметры	Оценка
1. Вкус	1- 2 - 3 - 4 - 5
2. Запах	1- 2 - 3 - 4 - 5
3. Цвет	1- 2 - 3 - 4 - 5
4. Прозрачность	1- 2 - 3 - 4 - 5
5. Жесткость (накипь в чайнике)	1- 2 - 3 - 4 - 5

23. Что Вы можете сказать об условиях труда на Вашей работе?

1. Отличные

2. Хорошие

3. Удовлетворительные

4. Плохие

5. Очень плохие

24. Испытываете ли Вы те или иные отрицательные воздействия условий труда на Ваше здоровье?

1. Да

2. Нет

25. Если да, то какие?

1. Высокие нервно-эмоциональные нагрузки
2. Вынужденное положение тела во время работы
3. Химические и токсические вещества
4. Радиация и действие СВЧ
5. Большая физическая нагрузка
6. Чрезмерно высокая температура
7. Чрезмерно низкая температура
8. Биологическая вредность
9. Повышенная загазованность и запыленность места работы
10. Плохая освещенность.
11. Другое (напишите) _____

26. Как Вы считаете, экологические условия проживания в Вашем районе в целом благоприятны?

1. Да 2. Нет

27. Какие проблемы, на Ваш взгляд, являются наиболее острыми для места Вашего проживания и вызывают наибольшие неудобства в повседневной жизни? (Оцените степень актуальности по 5-балльной шкале, где 1 – мало актуально, 5 – наиболее актуально.)

Неудовлетворительное жилищно-коммунальное обеспечение:		
1	Частые перебои с холодной водой	1-2-3-4-5
2	Частые перебои с горячей водой	1-2-3-4-5
3	Неудовлетворительное качество питьевой воды	1-2-3-4-5
4	Неудовлетворительное теплоснабжение	1-2-3-4-5
5	Другое (напишите)	1-2-3-4-5
Отсутствие в достаточном количестве:		
6	Предприятий бытового обслуживания	1-2-3-4-5
7	Учреждений здравоохранения	1-2-3-4-5
8	Сооружений для занятий физкультурой и спортом	1-2-3-4-5
9	Аптечных пунктов	1-2-3-4-5
10	Другое (напишите)	1-2-3-4-5
Другие проблемы:		
11	Плохое состояние тротуаров и дорог	1-2-3-4-5
12	Неудовлетворительное состояние двора/ грязь на улицах	1-2-3-4-5
13	Недостаточная телефонизация района	1-2-3-4-5
14	Сильная загазованность	1-2-3-4-5
15	Повышенный шум	1-2-3-4-5
16	Неудовлетворительное транспортное обслуживание	1-2-3-4-5

28. Как часто и как тяжело Вы болеете?

(В каждой строке номеров сделайте по одной отметке)

	Почти ежемесячно	Несколько раз в год	Раз в год и реже	Никогда
1. Недомогания (головные боли, общая слабость, обострения хронических болезней, травм, ран и т.д.), быстро проходящие под воздействием массажа, лекарств или сами по себе, не снижающие в целом трудоспособности	1	2	3	4
2. Недомогания, снижающие возможность нормально работать, однако не требующие больничного листа	1	2	3	4
3. Болезни, приводящие к потере способности работать на производстве, учиться и т.д., но не лишаящие возможности заниматься самообслуживанием, делать домашние дела, готовить пищу и т.д.	1	2	3	4
4. Болезни, приковывающие к домашней постели, приводящие к полной потере дееспособности, требуется обслуживание со стороны близких или других людей – сиделок и т.д., лечиться в санатории	1	2	3	4

29. Как часто Вам приходится обращаться за медицинской помощью в связи с состоянием Вашего здоровья?

1. Ежемесячно
2. Один раз в три месяца
3. Один раз в полгода
4. Один раз в год
5. Реже одного раза в год
6. Никогда не обращаюсь

30. Если Вам нужна медицинская помощь, то куда Вы обращаетесь, как правило? (отметьте все необходимые пункты)

1. В поликлинику (амбулаторию, диспансер, стоматологическую поликлинику)
2. К частнопрактикующему врачу
3. В платные медицинские учреждения
4. В медицинские учреждения по месту работы
5. Не обращаясь ни к кому, вызываю «скорую помощь»
6. В больницу

31. Если в случае болезни Вы не обращаетесь в поликлинику, то по какой причине?

1. Медицинское учреждение находится далеко от дома
2. Сомневаюсь в квалификации медицинского персонала
3. Хамство, неуважительное отношение медработников к пациентам
4. Предпочитаю пользоваться «народными средствами», самолечение.
5. Больничный лист на работе не оплачивают
6. Из-за недостатка времени
7. Другое (напишите)_____

32. Обращались ли Вы за последние 12 месяцев к врачу?

(пребывание в больнице не учитывается)

1. Да
2. Нет

33. Приходилось ли Вам в течение последнего года вызывать «скорую помощь?»

1. Нет
2. Да, 1 раз
3. Да, два раза
4. Да, три раза и более

34. Были ли Вы госпитализированы в последние 12 месяцев?

1. Да
2. Нет

35. Если да, то какова была общая продолжительность Вашего пребывания в больнице?

_____ дней (впишите полное количество дней)

36. Приходилось ли Вам ожидать место в стационаре?

1. Нет
2. Да, менее 3 суток
3. Да, от 3 до 7 суток
4. Да, более недели

37. Удовлетворяет ли Вас качество медицинского обслуживания?

	Да	Нет	Относительно	Давно не обращался	Затрудняюсь ответить или неприменимо ко мне
1. В поликлинике по месту жительства	1	2	3	4	5
2. В поликлинике предприятия, на котором Вы работаете, или других ведомственных поликлиниках	1	2	3	4	5
3. В лечебных учреждениях, где Вы оплачиваете медицинские услуги	1	2	3	4	5

38. Если Вам в течение последнего года приходилось обращаться за следующими медицинскими услугами, то удовлетворило ли Вас их качество?

	Да	Нет	Относительно	Давно не обращался	Затрудн. ответить или неприменимо ко мне
1. Вызов скорой неотложной помощи	1	2	3	4	5
2. Госпитализация для хирургической операции	1	2	3	4	5
3. Госпитализация с хроническим заболеванием	1	2	3	4	5
4. Госпитализация с хроническим заболеванием	1	2	3	4	5
5. Вызов врача на дом	1	2	3	4	5
6. Обращение к врачу в поликлинику	1	2	3	4	5
7. Лечение и удаление зубов	1	2	3	4	5
8. Протезирование зубов	1	2	3	4	5
9. Консультация по беременности и родам	1	2	3	4	5
10. Диагностическое обследование	1	2	3	4	5
11. Амбулаторное лечение	1	2	3	4	5

В настоящее время в России существуют два вида медицинского страхования: **обязательное**, включающее в себя минимум медицинских услуг, обеспечивающихся государством, и **добровольное** – позволяющее получить дополнительную медицинскую помощь за счет индивидуальных или коллективных (с места работы) отчислений.

39. Вы пользуетесь полисом обязательного медицинского страхования (ОМС) или добровольного медицинского страхования (ДМС)?

1. ОМС
2. ДМС
3. Затрудняюсь ответить

40. Хотели бы Вы приобрести полис добровольного медицинского страхования при двух-трехкратном увеличении доходов?

1. Да
2. Скорее да, чем нет
3. Скорее нет, чем да
4. Нет

41. Отмечаете ли Вы изменения в оказании медицинской помощи за последние 12 месяцев?

1. Положительные изменения
2. Отрицательные изменения
3. Не заметил(а) каких-либо изменений
4. Затрудняюсь ответить

42. Приходилось ли Вам в течение последнего года сталкиваться со следующими явлениями в деятельности медицинских учреждений?

	Часто	Иногда	Редко	Никогда
1. Очереди	1	2	3	4
2. Невозможность попасть на прием в удобное время	1	2	3	4
3. Хамство, неуважительное отношение мед. работников к пациентам	1	2	3	4
4. Плохая организация работы регистратур	1	2	3	4
5. Опоздания, нерегламентированные перерывы в работе медработников	1	2	3	4
6. Необходимость оплачивать услуги мед. учреждений, которые должны предоставляться бесплатно	1	2	3	4
7. Недостаток информации о работе специалистов, о том, к кому можно обратиться в случае тех или иных заболеваний	1	2	3	4
8. Отсутствие нужных специалистов	1	2	3	4

43. Приходилось ли Вам расходовать средства на лечение в текущем году?

1. Да, ежемесячно
2. Да, один раз в три месяца
3. Да, один раз в полгода
4. Да, один раз в год
5. Да, реже одного раза в год
6. Не расходовали, потому что не болели

44. Если Вы расходовали средства на лечение, то на что именно и какую сумму?

	Сумма, руб.
1. На приобретение лекарств для амбулаторного лечения	
2. На приобретение лекарств для лечения в стационаре	
3. На оплату операций	
4. На оплату лечебных процедур	
5. На разовую оплату всего лечения	

45. При оплате лечения в поликлинике, больнице Вы платили деньги:

1. В кассу
2. Руководству медучреждения
3. Врачу
4. Среднему медперсоналу

46. Бывали ли в течение последнего года случаи, когда Вам приходилось отказываться от следующих медицинских услуг по причине их платности?

	Часто	Иногда	Редко	Никогда	Всегда получал бесплатно
1. Вызов скорой неотложной помощи	1	2	3	4	5
2. Госпитализация для хирургической операции	1	2	3	4	5
3. Госпитализация с нехроническим заболеванием	1	2	3	4	5
4. Госпитализация с хроническим заболеванием	1	2	3	4	5
5. Вызов врача на дом	1	2	3	4	5
6. Обращение к врачу в поликлинику	1	2	3	4	5
7. Лечение и удаление зубов	1	2	3	4	5
8. Протезирование зубов	1	2	3	4	5
9. Консультация по беременности и родам	1	2	3	4	5
10. Диагностическое обследование	1	2	3	4	5
11. Амбулаторное лечение	1	2	3	4	5

47. Возникали ли у Вас трудности с приобретением лекарств, назначенных врачом?

1. Да
2. Нет

48. Если да, то в чем была причина этих трудностей?

1. Высокая стоимость лекарств
2. Отсутствие лекарств в аптеке
3. Отказ аптеки выдать лекарство бесплатно или со скидкой при наличии льготного рецепта
4. Отказ в выписке рецепта на приобретение лекарств бесплатно или по льготной цене.

49. Имеете ли Вы или члены Вашей семьи льготы на оплату лекарств?

1. Да
2. Нет

50. Бывали ли в течение последнего года случаи, когда Вам или членам Вашей семьи приходилось оплачивать приобретение лекарств, несмотря на наличие льготы?

1. Да, очень часто
2. Да, иногда
3. Да, но очень редко
4. Нет

51. Приходилось ли Вам в этих случаях отказываться от приобретения лекарств, несмотря на наличие льготы?

1. Да, очень часто
2. Да, иногда
3. Да, но очень редко
4. Нет

52. Что, на Ваш взгляд, может способствовать повышению эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений? (можно дать несколько вариантов ответа)

1. Внедрение новых технологий
2. Повышение квалификации медицинского персонала
3. Оплата качества медицинских услуг
4. Усиление экспертного контроля
5. Введение частичной оплаты лечения пациентами
6. Полное обеспечение медикаментами
7. Увеличение заработной платы медицинским работникам
8. Затрудняюсь ответить
9. Другое (напишите)_____

53. Каково Ваше отношение к введению службы врача общей практики?

1. Положительное
2. Отрицательное
3. Не знаю, что это такое
4. Затрудняюсь ответить

54. Приходилось ли Вам в течение последнего года пропускать рабочие дни по болезни?

1. Нет, не было необходимости
2. Нет, хотя необходимость была
3. Да, пропускал(а)_____дней (напишите количество дней)
4. Не помню

55. Что Вы сами считаете необходимым делать, чтобы сохранить или улучшить свое здоровье? (выберите 3 основные позиции и распределите их по степени важности)

	Место
1. Следовать рекомендациям здорового питания	1 – 2 – 3
2. Следить за весом	1 – 2 – 3
3. Регулярная физическая активность	1 – 2 – 3
4. Регулярно посещать врача	1 – 2 – 3
5. Контролировать уровень артериального давления	1 – 2 – 3
6. Иметь постоянного партнера	1 – 2 – 3
7. Не курить	1 – 2 – 3
8. Не злоупотреблять алкоголем	1 – 2 – 3
9. Не считаю, что нужно что-то делать	1 – 2 – 3

56. Как Вы обычно проводите свое свободное время?

1. Сиджу дома (телевизор, чтение, домашние дела)
2. Прогулки на свежем воздухе
3. Занимаюсь спортом (физкультурой)
4. Посещаю культурно-массовые мероприятия
5. У меня нет свободного времени
6. Другое (напишите)_____

57. Занимаетесь ли Вы профилактикой основных болезней? *(сердечно-сосудистых заболеваний, избыточного веса, простудных заболеваний и др.)*

1. Да
2. Нет

58. Если да, то каким образом? Укажите, каким способом профилактики Вы пользуетесь и как регулярно?

	Постоянно	Иногда
1. Соблюдение режима питания, диеты	1	2
2. Закаливание	1	2
3. Физические нагрузки и спорт	1	2
4. Другое (напишите)	1	2

59. Какие темы о здоровье Вас больше всего интересуют? *(разместите по степени важности три самых важных для вас пункта)*

	Место
1. Питание	1 — 2 — 3
2. Здоровая физическая активность	1 — 2 — 3
3. Вред наркотиков	1 — 2 — 3
4. Вопросы сексуальной жизни	1 — 2 — 3
5. Вред курения	1 — 2 — 3
6. Избыточный вес	1 — 2 — 3
7. Кровяное давление	1 — 2 — 3
8. Алкоголь	1 — 2 — 3
9. Стрессы	1 — 2 — 3
10. Другое (напишите)_____	1 — 2 — 3

60. Какой источник информации о здоровье для Вас наиболее важен?*(не более трех вариантов ответа)*

1. Специальные передачи о здоровье на телевидении
2. Специальные передачи о здоровье по радио
3. Бесплатная многотиражная газета по вопросам охраны и укрепления здоровья
4. Публикации материалов о здоровье в еженедельных рекламных газетах
5. Справочная служба об услугах здравоохранения
6. Справочный многоканальный телефон по вопросам здравоохранения
7. Лекции по вопросам охраны и укрепления здоровья по месту Вашей работы, учебы
8. Школы укрепления здоровья с лекционными и практическими занятиями по интересующей Вас тематике о здоровье

61. Получали ли Вы какую-либо информацию о профилактике заболеваний за последний месяц? (если нет, переходите к следующему вопросу)

1. Да

2. Нет

62. Если да, то откуда Вы получили эту информацию: (отметьте, пожалуйста, три наиболее важных источника)

1. Газеты

2. Журналы

3. Телевидение

4. Радиопередачи

5. Научно-популярные издания

6. Семья

7. Медицинские работники

8. Другие (укажите какие)

63. Как Вы считаете, достаточно ли Вам получаемой информации для профилактики заболеваний?

1. Да

2. Нет

64. Была ли полезной для Вас эта информация?

1. Да

2. Скорее да

3. Скорее нет

4. Нет

5. Затрудняюсь ответить

65. От кого Вы бы хотели получать информацию о здоровье?

(Отметьте, пожалуйста, три наиболее важных варианта и распределите их по степени важности)

	Место
1. Из газет	1 – 2 – 3
2. Из журналов	1 – 2 – 3
3. Из телевизионных передач	1 – 2 – 3
4. Из радиопередач	1 – 2 – 3
5. Из научно-популярных изданий	1 – 2 – 3
6. От членов семьи	1 – 2 – 3
7. От медицинских работников	1 – 2 – 3
8. Из других источников	1 – 2 – 3

66. Какую оценку Вы бы дали состоянию собственного здоровья?

(1 – самый низкий балл, 10 – самый высокий балл)

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10, 11 – затрудняюсь ответить

67. Кого Вы считаете ответственным за Ваше здоровье?

(можно дать несколько вариантов ответа)

1. Государство

2. Медицинских работников

3. Семью, родственников

4. Считаю себя частично ответственным за свое здоровье

5. Считаю себя полностью ответственным за свое здоровье

6. Затрудняюсь ответить

СООБЩИТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, О СЕБЕ

68. Ваш пол

1. Мужской
2. Женский

69. Ваш возраст _____ полных лет

70. Семейное положение

1. Состою в зарегистрированном браке и проживаю совместно с мужем (женой)
2. Состою в зарегистрированном браке и не проживаю совместно с мужем (женой)
3. Не состою в зарегистрированном браке, но проживаю совместно с мужем (женой)
4. Не состою в зарегистрированном браке и не проживаю совместно с мужем (женой), разведен(а)
5. Не замужем (холост)
6. Вдова(-ец)

71. Сколько человек в Вашей семье? _____

72. Сколько несовершеннолетних детей? _____

73. Какое у Вас образование?

1. Среднее
2. Среднее специальное
3. Неполное среднее
4. Незаконченное высшее
5. Высшее
6. Начальное
7. Нет образования

74. Посчитайте, пожалуйста, каков был среднемесячный фактический доход на одного члена Вашей семьи в течение последнего месяца (сложите все виды доходов, включая алименты, пособия на детей, приработки, проценты по вкладам, акциям, другим ценным бумагам и т.п. после удержания налогов, и разделите на число членов Вашей семьи)

_____ руб.

1 - в прошедшем месяце денег не получали

0 - затрудняюсь ответить

75. Какой размер дохода на одного члена семьи в месяц, по Вашему мнению, необходим для нормальной жизни?

_____ руб.

0 - затрудняюсь ответить

76. На каком предприятии (в организации) Вы работаете?

1. Государственное, муниципальное предприятие (учреждение)
2. Акционерное общество
3. Полное товарищество, общество с ограниченной и дополнительной ответственностью
4. Производственный, потребительский кооператив

5. Совместное предприятие, инофирма
6. Общественные и религиозные организации
7. Не работаю

77. Род занятий

1. Рабочий
2. Крестьянин
3. Инженерно-технический работник
4. Служащий (работник аппарата предприятия, учреждения)
5. Руководитель государственного предприятия
6. Интеллигент, не занятый на производстве (учитель, врач, научный работник, журналист и т.д.)
7. Предприниматель, имеющий свое дело
8. Студент
9. Военнослужащий
10. Сотрудник органов охраны общественного порядка
11. Руководитель коммерческой структуры
12. Ответственный работник органов управления
13. Учащийся
14. Безработный (официально зарегистрированный)
15. Неработающий, домохозяйка
16. Другое (напишите)_____

78. К какой категории Вы себя относите?

1. Богатым
2. Людям среднего достатка
3. Бедным
4. Нищим
5. Затрудняюсь ответить

79. Какая из приведенных ниже оценок наиболее точно характеризует Ваши денежные доходы?

1. Денег вполне достаточно, чтобы ни в чем себе не отказывать
2. Покупка большинства товаров длительного пользования (холодильник, телевизор) не вызывает у нас трудностей, однако покупка автомашины сейчас недоступна
3. Денег достаточно для приобретения необходимых продуктов и одежды, однако более крупные покупки приходится откладывать на потом
4. Денег хватает только на приобретение продуктов питания
5. Денег не хватает даже на приобретение продуктов питания, приходится влезать в долги

80. Где Вы живете?

1. В городе
2. В сельской местности

81. Есть ли у Вас домашний телефон?

1. Да
2. Нет

БОЛЬШОЕ СПАСИБО ЗА УЧАСТИЕ!

ЖЕЛАЕМ УДАЧИ ВО ВСЕХ ВАШИХ ДЕЛАХ!

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ



ПОПУГАЕВ АЛЕКСАНДР ИВАНОВИЧ

кандидат медицинских наук,
заместитель начальника Департамента
здравоохранения Вологодской области



РЫБАКОВА НИНА АЛЕКСЕЕВНА

доктор биологических наук, профессор,
старший научный сотрудник ВНКЦ ЦЭМИ РАН



ГУЛИН КОНСТАНТИН АНАТОЛЬЕВИЧ

кандидат исторических наук,
заместитель директора ВНКЦ ЦЭМИ РАН



ТИХОМИРОВА ГАЛИНА ВЛАДИМИРОВНА
младший научный сотрудник ВНКЦ ЦЭМИ РАН



КОРОЛЕНКО НАТАЛИЯ АЛЕКСАНДРОВНА
кандидат медицинских наук,
заместитель начальника управления
лечебно-профилактической помощи
Департамента здравоохранения Вологодской области



ШАБУНОВА АЛЕКСАНДРА АНАТОЛЬЕВНА
кандидат экономических наук,
заведующий отделом исследования социальных
проблем ВНКЦ ЦЭМИ РАН

В монографии освещены как теоретико-методологические аспекты проблемы, так и фактические вопросы демографии, здоровья взрослого населения. Выводы авторов заставляют задуматься над необходимостью неформального подхода к проблемам укрепления здоровья и сохранения населения. Поиск и выбор такого подхода чрезвычайно сложен и не может быть достигнут только усилиями медицинского сектора.

Книга внесет весомый вклад в развитие сотрудничества различных ведомств и формирование общественного мнения в вопросе сбережения населения и укрепления здоровья.

Чл.-корр. РАМН, профессор, заведующий кафедрой
общественного здоровья и здравоохранения
ММА им. И.М. Сеченова
В.Э. Кучеренко



Авторы книги подчеркивают, что здоровье представляет собой сложное явление, подверженное влиянию множества разнородных и разноуровневых факторов.

В монографии рассмотрен опыт успешно реализуемой в регионе интегрированной системы медико-социальной профилактики болезней системы кровообращения.

Нет сомнения, что представленные материалы будут иметь немаловажное значение в решении вопроса об улучшении качества жизни населения региона.

Академик РАМН, профессор, директор ФГУ
“ГНИЦ профилактической медицины” Росздрава РФ
Р.Г. Оганов