

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ
ВОЛОГОДСКИЙ НАУЧНО-КООРДИНАЦИОННЫЙ ЦЕНТР ЦЭМИ РАН

**СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РЕГИОНА:
ТЕНДЕНЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ**

**Вологда
2003**

ББК 51.1(231)
С66

Публикуется по решению
Ученого совета
ВНКЦ ЦЭМИ РАН

Состояние здоровья населения региона: тенденции и перспективы / А.И. Попугаев, К.А. Гулин, Н.А. Короленко, Е.А. Селиванов, Г.В. Тихомирова – Вологда: Вологодский научно-координационный центр ЦЭМИ РАН, 2003. – 68 с.

Научные редакторы
доктор экономических наук, профессор
В.А. Ильин
начальник Департамента здравоохранения Вологодской области
А.А. Колинько

Настоящая работа представляет собой обобщенный результат изучения состояния здоровья населения Вологодской области и определяющих его факторов. Предложены основные направления охраны и укрепления общественного здоровья в регионе. Материалы исследования могут быть использованы при анализе здравоохранительной политики и планировании ее перспектив.

Книга предназначена для специалистов здравоохранения и представителей других сфер (экономики и управления, образования, социальной защиты и др.), специализирующихся в области охраны и укрепления здоровья, а также всех интересующихся проблемами общественного здоровья.

ISBN 5-93299-038-4

© Попугаев А.И., Гулин К.А., Короленко Н.А.,
Селиванов Е.А., Тихомирова Г.В., 2003
© Вологодский научно-координационный центр
ЦЭМИ РАН, 2003

СОДЕРЖАНИЕ

К читателям.....	4
Введение.....	6
1. Состояние здоровья населения региона.....	8
1.1. Социально-демографическая ситуация	9
1.2. Заболеваемость.....	15
1.3. Состояние здоровья в оценках населения.....	18
2. Факторы, влияющие на здоровье населения.....	22
3. Анализ возможности получения квалифицированной медицинской помощи.....	42
3.1. Функционирование системы здравоохранения.....	42
3.2. Оценка населением уровня и качества медицинской помощи.....	47
3.3. Информированность населения в вопросах охраны и укрепления здоровья	53
4. Направления охраны и укрепления здоровья населения.....	57
Заключение.....	63
Приложение.....	65

К ЧИТАТЕЛЯМ

Здоровье является одной из главных ценностей как для отдельного человека, так и для общества в целом. В условиях складывающихся тенденций развития экономики Вологодской области, превышения смертности над рождаемостью, других демографических и медико-социальных проблем вопрос охраны и укрепления здоровья населения стал приоритетным для законодательной и исполнительной власти региона.

Все более очевидным становится тот факт, что здоровье, экономическое благополучие и социальная среда неразрывно связаны друг с другом. Сегодня состояние здоровья населения, главным образом, определяется такими факторами, как образ жизни, профессиональный, трудовой и социальный статус, экономическое положение, экологические условия.

Исторический опыт профилактики заболеваний в России, а также положительные результаты ряда зарубежных стран говорят о том, что наличие четко сформулированной политики и скоординированных действий всех секторов общества и государства повышает вероятность достижения поставленных целей в сфере охраны и укрепления здоровья.

Система здравоохранения региона располагает ограниченными возможностями влиять на здоровье населения. Поэтому всестороннее взаимодействие органов власти всех уровней, всех секторов общества и населения имеет очень большое значение. В этом плане межсекторальный подход обеспечивает достижение согласия в вопросах о приоритетах, стратегиях, направлениях и предпринимаемых действиях по охране и укреплению здоровья.

В Вологодской области, первой из российских регионов, с опорой на отечественный и зарубежный опыт, на межведомственной основе разработана концепция «Вологодская область – Здоровье-21: долгосрочная политика охраны и укрепления здоровья населения Вологодской области». Этот документ поддержан Законодательным собранием и утвержден постановлением Губернатора от 15 мая 2000 года.

В основу политики были положены следующие социальные и этические принципы:

- здоровье – одно из важнейших прав человека и универсальная ценность общества;
- справедливость и солидарность в вопросах охраны здоровья;

- ответственное отношение к своему здоровью каждого человека;
- ответственность и подотчетность органов власти, руководителей предприятий и организаций за здоровье граждан.

Целями долгосрочной политики являются достижение устойчивой положительной динамики состояния здоровья населения Вологодской области и повышение качества трудового потенциала на основе улучшения здоровья.

В октябре 2002 года в развитие этого документа постановлением Правительства Вологодской области утвержден «Стратегический план по охране и укреплению здоровья населения Вологодской области на 2002 – 2010 годы».

Результатом реализации Концепции и Стратегического плана должно стать улучшение состояния общественного здоровья, сокращение затрат на лечебные мероприятия, перераспределение ресурсов в пользу профилактики, что положительно отразится на благосостоянии и благополучии всех жителей Вологодской области.

Периодическая и регулярная оценка и критический анализ результатов осуществления политики по охране и укреплению здоровья, ее стратегий, задач, направлений и соответствующих программ позволят своевременно вносить необходимые коррективы и совершенствовать ее. Это невозможно без создания и развития соответствующей информационно-аналитической среды.

Надеемся, что представляемая читателям книга, подготовленная специалистами Департамента здравоохранения Вологодской области и Вологодского научно-координационного центра ЦЭМИ РАН, будет заметным вкладом в решение столь важной задачи.

*Колинько А.А.,
начальник Департамента здравоохранения
Вологодской области*

ВВЕДЕНИЕ

Здоровье – одна из основных составляющих человеческого и трудового потенциала, важнейший фактор социально-экономического развития. Именно поэтому всемерная охрана и укрепление здоровья граждан является приоритетной государственной задачей. Сегодня это особенно актуально для России, вставшей в последнее десятилетие перед лицом серьезных демографических проблем. Стремительные темпы снижения рождаемости и роста смертности, сокращения средней продолжительности жизни говорят о том, что здоровье жителей как страны в целом, так и отдельных ее регионов 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.

Поиск и выбор эффективных подходов к решению вопросов охраны и укрепления здоровья в условиях экономического кризиса чрезвычайно сложен в силу многофакторности существующих проблем. Отсюда, успех здравоохранительной деятельности не может быть достигнут усилиями исключительно медицинского сектора. Необходим комплексный многоуровневый подход к их решению, основанный на принципе межсекторального взаимодействия в самом широком понимании.

В 1999 – 2000 гг. в целях улучшения состояния общественного здоровья в Вологодской области был принят политический документ «Вологодская область – Здоровье-21: долгосрочная политика охраны и укрепления здоровья населения Вологодской области», нацеленный на формирование устойчивой положительной динамики состояния здоровья населения региона и повышение качества трудового потенциала области на основе улучшения здоровья населения.

В октябре 2002 г. в развитие этого документа постановлением областного правительства утвержден «Стратегический план по охране и укреплению здоровья населения Вологодской области на 2002 – 2010 гг.», который в качестве главной цели провозгласил улучшение состояния общественно-го здоровья в регионе, включающего как объективные показатели здоровья, так и самооценки его населением.

Эффективная деятельность в сфере охраны и укрепления здоровья требует тщательной подготовки и обоснования, что невозможно без соот-

ветствующих научных исследований. На это, в частности, указывает и задача 3.19 «Научные исследования и информация по вопросам охраны здоровья» политического документа «Вологодская область – Здоровье-21», которая говорит о необходимости создания и совершенствования информационно-аналитической среды, позволяющей не только обосновывать и готовить принятие соответствующих решений, но и осуществлять мониторинг за их выполнением, оценивать их результаты и прогнозировать варианты дальнейшего развития.

В связи с этим, начиная с 1999 г., Вологодский научно-координационный центр ЦЭМИ РАН и Департамент здравоохранения Вологодской области проводят исследование по теме «Мониторинг качества здоровья населения Вологодской области». Его цель – комплексное изучение текущего состояния и динамики общественного здоровья населения региона и выработка направлений его охраны, стабилизации и укрепления.

Настоящая работа представляет собой обобщенный результат разностороннего изучения состояния здоровья населения Вологодской области. Она включает: анализ данных о состоянии общественного здоровья в регионе и влияющих на него факторов; анализ динамики субъективных оценок состояния здоровья населения области; результаты изучения степени приверженности населения региона к проведению профилактических мер для сохранения собственного здоровья; возможные направления улучшения состояния здоровья населения Вологодской области, с учетом региональных особенностей. При этом акцент сделан на здоровье взрослого населения¹.

¹ Свою специфику имеют проблемы детского здоровья, а также психического здоровья населения региона. Они рассмотрены в отдельных книгах, подготовленных совместными усилиями специалистов Департамента здравоохранения Вологодской области и ВНКЦ ЦЭМИ РАН.

1. СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РЕГИОНА

Здоровье – это такое состояние человеческого организма, которое обеспечивает оптимальное взаимоотношение его с окружающей средой и способствует активизации всех видов жизнедеятельности человека (в трудовой, хозяйственной, семейно-бытовой, рекреационной, медико-социальной и других сферах). Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) в 1948 г. определила здоровье как «состояние полного физического, душевного, социального благополучия человека, а не только отсутствие болезней и физических дефектов»².

Здоровье можно рассматривать с различных позиций и во многих аспектах: медицинском, социальном, экономическом, морально-этическом и т.д. С позиций медицины оно представляет собой естественное состояние организма, характеризующееся его уравновешенностью с окружающей средой и отсутствием каких-либо болезненных изменений³.

В демографии, социальной гигиене и организации здравоохранения различают здоровье населения и здоровье индивида. Здоровье населения – это процесс, определяемый уровнем состояния биосоциальной системы «население», результат биологической эволюции и социального развития человеческой популяции за весь период ее существования. Здоровье индивида – это качественная характеристика состояния человека, обеспечивающая достижение чувства полноты жизни и максимально возможный для него вклад в человеческую культуру⁴.

С социальной точки зрения является благом, от степени обладания которым зависит уровень удовлетворения практически всех потребностей человека⁵. В экономическом смысле здоровье населения выступает одной из наиболее важных составляющих национального богатства. В процессе охраны и укрепления здоровья населения расходуется часть валового внутреннего продукта, но при этом само здоровье служит в качестве особого экономического ресурса, который во многом определяет эффективность социально-экономического развития⁶.

Существует множество методов измерения здоровья, большинство из которых основывается на критериях, отражающих состояние не собствен-

² Устав Всемирной организации здравоохранения. – Женева, – 1946. – С. 3.

³ Большая советская энциклопедия / Под ред. А.М. Прохорова. М., 1972.

⁴ Население и трудовые ресурсы: Справочник. – М., 1990.

⁵ Панкратьева Н.В., Попов В.Ф., Шиленко Ю.В. Здоровье – социальная ценность. – М., 1989.

⁶ Науменко А.Ю. Организационные и экономические аспекты реформы здравоохранения. – М., 1999.

но здоровья населения, а его «нездоровья» (заболеваемость, смертность, инвалидизация). При таком подходе используются прежде всего 2 группы статистических показателей: 1) показатели, характеризующие демографическую ситуацию (уровень рождаемости, смертности, естественного прироста, ожидаемая продолжительность жизни и т.д.); 2) медицинские показатели (физическое развитие, заболеваемость, болезненность, инвалидизация, госпитализация населения).

Однако более эффективным представляется применение консолидирующего принципа, объединяющего как объективные, так и субъективные критерии оценки состояния здоровья. То есть, кроме названных объективных параметров, основанных на медицинской и социально-демографической статистике, важным является также использование субъективных оценок состояния здоровья, полученных в результате социологических исследований. Их результаты позволяют определить субъективную оценку, которую дает население своему здоровью, глубже проанализировать факторы, в той или иной мере формирующие здоровье, оценить степень удовлетворенности медицинским обслуживанием, а также узнать отношение людей к реформированию здравоохранения.

В соответствии с вышеназванными источниками информации в работе отдельно рассматривается социально-демографическая ситуация в регионе, заболеваемость и оценки населением собственного здоровья.

1.1. Социально-демографическая ситуация

Современная демографическая обстановка в регионе, как и в стране в целом, характеризуется процессом постоянной убыли населения. Так, численность населения Вологодской области сократилась с 1356 тыс. человек в 1990 г. до 1301 тыс. человек в 2002 г. По прогнозам, к 2015 г. она составит 1207 тыс. человек, или 89% от уровня 1990 г.⁷ Темпы убыли населения в регионе несколько опережают средние по России (рис. 1).

⁷ Российский статистический ежегодник. – М., 2001. – С. 33; Статистический ежегодник Вологодской области 1995-2001 гг. – Вологда, 2002. – С. 35; Основные направления стратегии социально-экономического развития Северо-Западного федерального округа Российской Федерации на период до 2015 г. – С. 353.

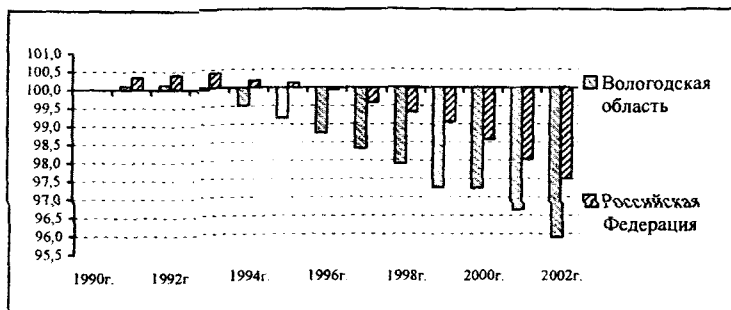


Рис. 1. Динамика численности постоянного населения Вологодской области и РФ (в % к 1990 г.)

Такая ситуация обусловлена произошедшим в последнее десятилетие снижением рождаемости (с 12 в 1991 г. до 9 человек на 1000 населения в 2001 г.) и резким подъемом уровня смертности (с 12 в 1991 г. до 17 человек в 2001 г.; табл. 1). Несмотря на некоторое повышение рождаемости в последние годы, суммарный коэффициент рождаемости⁸ сохраняется на прежнем уровне и составляет 1,2 рождения на одну женщину (так же, как и по России), при том, что для простого воспроизводства населения требуется уровень 2,1 – 2,3. После некоторого снижения в середине 1990-х гг., с 1998 г. вновь наблюдается тенденция роста показателя смертности населения Вологодской области. Смертность продолжает значительно превышать показатели рождаемости.

Таблица 1

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

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

Источник: Статический ежегодник Вологодской области. 2000. – Вологда, 2001. – С. 35.

⁸ Суммарный коэффициент рождаемости, представляющий сумму возрастных коэффициентов рождаемости, т.е. чисел рождений по возрастам женщин в расчете на одну женщину, является весьма информативной характеристикой интенсивности рождаемости. Он показывает, сколько в среднем детей родила бы одна женщина на протяжении всего репродуктивного периода (15 – 49 лет) при сохранении в каждом возрасте уровня рождаемости того года, для которого вычислены возрастные коэффициенты.

Вследствие этих процессов, угрожающих масштабов достигла естественная убыль населения в регионе. В 2001 г. этот показатель составил 7,9 человека на 1000 населения, что значительно выше общероссийского уровня (для сравнения: естественная убыль населения в целом по Российской Федерации составила в 2001 г. 6,5; по Северо-Западному Федеральному округу в 2000 г. – 8,6 человека на 1000 населения; рис. 2).

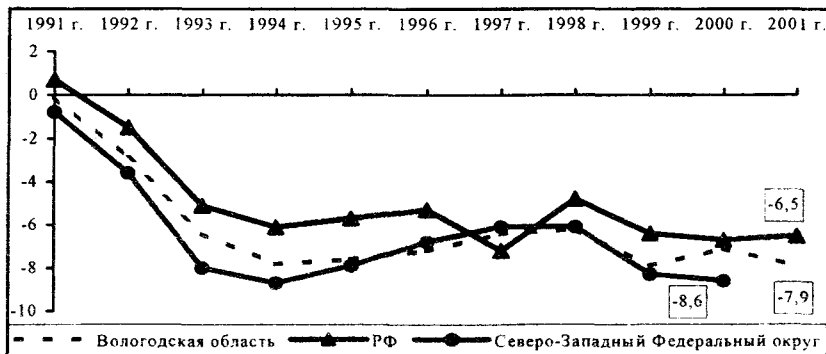


Рис. 2. Естественный прирост (убыль) населения в 1991 – 2001 гг.

Особую тревогу вызывает ситуация, сложившаяся в сельской местности. Так, за последние десять лет произошло значительное снижение рождаемости (с 13 в 1991 г. до 8 человек на 1000 населения в 2001 г.; табл. 1) и рост показателей смертности (с 14 до 20 человек на 1000 населения). Смертность сельского населения заметно выше, чем городского. Естественная убыль населения в 2001 г. на селе составила 12 человек на 1000 жителей (в городе – 6). Учитывая то, что для нашего региона село является основным поставщиком продовольственной продукции, сохранение такой тенденции в перспективе грозит серьезной продовольственной проблемой.

Среди районов Вологодской области существуют заметные различия в уровне естественной убыли. Наихудшие показатели в 1999 – 2001 гг. были отмечены в Устюженском, Чагодощенском (в среднем 16 – 17 человек на 1000 населения), Сокольском, Бабаевском, Усть-Кубинском, Вашкинском, Харовском (13 – 14). Заметно лучше ситуация обстоит в городах Вологде и Череповце (4 – 5 человек на 1000 населения), Великоустюгском, Вологодском, Нюксенском, Тотемском (6 – 8) районах.

Ведущий фактор роста естественной убыли населения – подъем уровня смертности. В последнее десятилетие в области наблюдается рост

смертности практически по всем основным классам причин смерти: и по тем, которые напрямую зависят от социальной ситуации в стране и регионе (инфекционные и паразитарные болезни, несчастные случаи, отравления и травмы), и по так называемым «болезням цивилизации» (психические расстройства, болезни системы кровообращения, новообразования).

Динамика изменений показателей смертности в последнее десятилетие свидетельствует о наличии определенной зависимости между уровнем смертности и социально-экономического развития в стране и регионе. Своего пика показатели смертности достигли в середине 1990-х гг., а в период некоторой социально-экономической стабилизации, в 1996 г. – первой половине 1998 г., они имели тенденцию к снижению (табл. 2). В 1999г. вновь произошло ухудшение ситуации: по-видимому, сказались негативные последствия финансово-экономического кризиса августа 1998 года. Однако, несмотря на социально-экономическую стабилизацию в 2000 – 2001 гг., уровень смертности продолжает расти. В целом за 10 лет показатели смертности выросли на 43%.

Таблица 2

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

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

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

За период с 1991 по 2001 гг. существенно вырос удельный вес смертей, вызванных несчастными случаями, отравлениями и травмами (в 1,9 раза), заболеваниями органов пищеварения (в 2,4 раза), инфекционными болезнями (в 2,3 раза). Рост смертности от психических расстройств составил 6,9 раза.

В структуре смертности населения региона в целом первое место занимают заболевания системы кровообращения (по данным 2001 г. – 61%). Далее следуют несчастные случаи, травмы и отравления (16%), на третьем месте – новообразования (13%). Иной выглядит структура смертности среди трудоспособного населения. Здесь по классам болезней первые три места занимают: несчастные случаи, отравления, травмы (326,9 человека на 100 тыс. населения); болезни органов кровообращения (216,9 на 100 тыс. населения); новообразования (85,4 на 100 тыс. населения). Смертность населения в трудоспособном возрасте от большинства причин, за исключением болезней органов дыхания, а также убийств и преднамеренных насильственных действий, в сельской местности выше, чем в городской (табл. 3).

Таблица 3
Структура причин смертности населения в трудоспособном возрасте в 2001 г.

Причины	Область		Городская местность		Сельская местность	
	абс.	на 100 тыс. нас.	абс.	на 100 тыс. нас.	абс.	на 100 тыс. нас.
Всего	6206	794,3	4395	788,6	1811	808,4
От новообразований	667	85,4	452	81,1	215	96,0
От болезней системы кровообращения	1695	216,9	1171	210,1	524	233,9
От болезней органов дыхания	301	38,5	248	44,5	53	23,7
От несчастных случаев, отравлений, травм	2554	326,9	1765	316,7	789	352,2
От отравлений алкоголем	359	45,9	238	42,7	121	54,0
От самоубийства	505	64,6	319	57,2	186	83,0
От убийств и преднамеренных насильственных действий	350	44,8	244	43,8	58	25,9

Источник: данные Департамента здравоохранения Вологодской области.

Состояние здоровья и уровень смертности населения существенно сказываются на показателях ожидаемой продолжительности жизни⁹. В 2000 г. средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении по области и по стране составила 66 лет (в 1990 г. – 70 лет), в том числе 59 лет

⁹ Средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении – это средняя предстоящая продолжительность жизни новорожденного при условии сохранения уровня смертности, сложившегося на момент определения этого показателя. Она рассчитывается на основе таблицы дожития по следующей формуле: $E_0 = T_0 \cdot I_0 \cdot 0,5$, где T_0 – общее число человеко-лет, которое предстоит прожить всей совокупности родившихся с момента рождения и конечная предельным возрастом – 100 лет; I_0 – исходная совокупность родившихся (10 тыс. или 100 тыс. чел.); 0,5 – поправка, учитывающая то, что человек редко умирает в свой день рождения и живет некоторое время в году своей смерти, считается, что в среднем человек проживет не менее 6 мес. до дня смерти.

– для мужчин и 73 – для женщин (табл. 4). Это на 10 – 15 лет меньше, чем в экономически развитых государствах. Разница в ожидаемой продолжительности жизни у мужчин и женщин в регионе составляет 14 лет.

Таблица 4

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (число лет)

Показатель	Год										
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Вологодская область	70	69	68	65	64	64	65	66	67	65	66
Женщины	75	75	74	73	72	72	73	73	73	72	73
Мужчины	63	63	61	58	57	58	59	61	61	59	59
Городское население	70	69	68	66	64	64	66	67	67	66	66
Женщины	74	74	74	73	72	72	73	73	73	72	73
Мужчины	65	63	61	59	57	58	59	61	62	60	60
Сельское население	69	69	66	64	63	64	64	65	65	64	64
Женщины	75	76	74	73	71	72	72	72	72	72	73
Мужчины	63	62	60	57	56	57	58	59	60	58	58
Россия	69	69	68	65	64	65	66	67	67	66	66

Источник: Статистический ежегодник Вологодской области. 2000. – Вологда, 2001. – С. 35.

Интересно взглянуть на уровень и динамику ущерба, причиненного преждевременной смертностью региональному сообществу. В настоящее время существует ряд показателей, рассматривающих в качестве интегральных характеристик ущерб обществу от преждевременной смертности. Наиболее распространенный среди них – показатель ПППЖ (потерянные годы потенциальной жизни).

Расчет потерь ПППЖ по причине преждевременной смертности производится по следующей формуле:

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

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

В соответствии с рекомендациями ВОЗ, в качестве базового значения продолжительности жизни был взят возраст, равный 65 годам. Как показывает рис. 3, за период с 1999 по 2001 гг. произошло значительное увеличение показателя ПППЖ (со 143 до 160 тыс. лет). Вызвано это прежде всего ростом смертности населения в трудоспособном возрасте. Так, потери за счет смертности населения в возрасте от 0 до 4 лет увеличились за этот период на 1 тыс. 49 лет, от 5 до 19 лет – на 921 год, от 20 до 44 лет – на 4 тыс. 473 года,

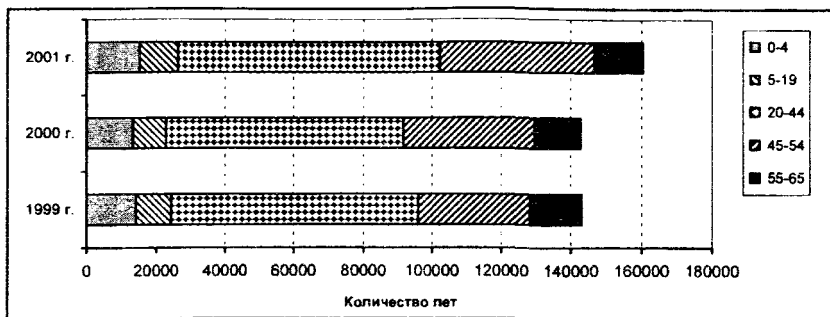


Рис. 3. Возрастная структура ИГПЖ по причине преждевременной смертности населения Вологодской области за 1999-2001 гг. (лет)

от 45 до 54 лет – на 11 тыс. 911 лет, от 55 до 65 – снизились на 1 тыс. 108 лет. Данный факт требует усиленного внимания к состоянию здоровья трудоспособного населения.

1.2. Заболеваемость

Важными индикаторами, характеризующими состояние здоровья населения, являются показатели болезненности, заболеваемости. К сожалению, в регионе они имеют устойчивую тенденцию к увеличению: за последнее десятилетие уровень заболеваемости¹⁰ в Вологодской области вырос, причем здесь он значительно выше, чем в России и Северо-Западном федеральном округе (табл. 5).

Наиболее остро эта проблема стоит в Сокольском, Междуреченском, Харовском, Великоустюгском районах, а также в городах Вологде и Череповце, где данный показатель в 2001 г. превышал среднеобластной уровень. Несколько лучше в этом отношении ситуация в Никольском, Вологодском, Бабушкинском, Бабаевском, Кичменгско-Городецком районах (менее 500 случаев на 1000 населения).

Сложнейшей медико-социальной проблемой остается онкологическая заболеваемость. Показатель заболевания населения области злокачественными новообразованиями в 2000 г. был равен 302, в 2001 г. он достиг 320 (по России в 2001 г. 310) случаев на 100 тыс. населения, тогда как, к примеру, в 1994 г. он составлял по области 278, а по стране – 279 случаев на

¹⁰ Заболеваемость населения выражается количеством больных с впервые установленным диагнозом, выявленных в течение года при обращении в медицинское учреждение или при профилактическом осмотре.

100 тыс. населения. В разрезе муниципальных образований наиболее сложная ситуация в последние годы наблюдается в Междуреченском, Сокольском, Бабушкинском районах (более 400 случаев на 100 тыс. населения). Наибольший процент запущенных случаев отмечен в Междуреченском, Вытегорском, Бабаевском районах – 30%, при среднем по области, равном 23,5%.

Таблица 5

Заболееваемость населения по основным группам болезней (на 1000 человек)

Показатель	Год								
	1991	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2001 к 1991, %
Общая заболеваемость по России	–	678,8	648,5	674,2	670,4	710,0	735,7	–	–
То же по Северо-Западному Федеральному округу	–	697,5	652,7	687,0	696,0	736,0	754,2	–	–
То же по Вологодской области	616,2	736,6	682,3	719,8	741,9	795,2	837,0	816,9	133
В том числе по группам болезней:									
Инфекционные и паразитарные	33,5	47,4	42,1	40,1	44,3	50,0	53,8	47,6	142
Новообразований	4,8	6,0	6,1	6,5	6,9	6,8	7,5	7,5	156
Эндокринной системы	3,9	6,3	5,4	6,7	8,4	10,4	9,7	8,4	175
Крови и кровеносной системы	2,5	3,7	4,1	4,2	5,2	5,3	5,5	5,2	208
Психические расстройства	8,0	10,2	8,2	6,9	8,1	7,7	8,2	6,1	76
Нервной системы и органов чувств	45,0	58,4	62,8	65,7	73,9	76,5	86,6	83,5	186
Органов кровообращения	9,2	12,5	13,4	13,9	15,2	17,3	18,2	18,8	204
Органов дыхания	329,7	364,4	315,3	354,6	347,1	384,5	405,7	393,6	119
Органов пищеварения	13,8	19,8	20,3	21,5	22,9	23,7	24,4	23,9	173
Мочеполовой системы	15,0	21,7	45,7	23,1	26,4	27,4	29,2	32,2	215
Осложн-я беременности и родов	24,4	31,1	31,4	36,8	31,0	38,3	43,4	47,6	195
Кожи и подкожной клетчатки	32,7	48,4	47,2	43,6	46,9	45,5	48,7	52,5	161
Костно-мышечной системы	22,7	27,8	29,0	29,7	33,0	31,7	32,5	33,1	146
Врожденные аномалии	0,9	2,3	1,8	2,0	2,4	2,8	2,2	1,8	200
Травмы и отравления	89,7	97,7	92,9	87,6	86,7	87,1	83,1	79,6	89
Перинатального периода	4,8	9,8	11,8	–	3,3	18,8	21,5	–	448

Источник: Стат. ежегодник Вологодской области. 2000. – Вологда, 2001. – С. 9.

Одной из наиболее острых медицинских и социально-экономических проблем является инвалидизация населения. В области ежегодно более 10 тыс. человек становятся инвалидами (в 2000 г. таких было около 16 тыс., в 2001 г. – более 17 тыс. человек; табл. 6). С 1991 по 2001 г. число лиц, впервые признанных инвалидами, увеличилось в два раза (в том числе и относительно численности населения). В 2001 г. этот показатель составил 133 человека на 10 тыс. населения, что значительно выше уровня аналогичного показателя по стране (в целом по Российской Федерации он достиг значения 76,6 человека на 100 тыс. человек населения).

Таблица 6

**Численность лиц, впервые признанных инвалидами
в Вологодской области в 1991 – 2001 гг.**

Показатель	Год								
	1991	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2001 к 1991,%
Всего признано инвалидами (чел.)	8241	17676	11882	11557	12506	11552	16255	17475	212
То же, на 10 тыс. населения	61	131	88	86	94	87	124	133	218
То же, на 10 тыс. работающих	126	294	197	199	219	231	318	339	269
В том числе в связи: Со злокачественными новообразованиями	7	22	17	20	23	25	29	30	429
Болезнями системы кровообращения	12	165	95	88	101	109	181	191	1592
По причине травм	5	23	17	15	14	14	16	12	240

Источник: Статистический ежегодник Вологодской области. 2000. – Вологда, 2001. – С. 100.

Основные заболевания, послужившие причинами первичного выхода на инвалидность, – сердечно-сосудистые (57%), онкологические заболевания (9%) и травмы и отравления (5%).

Наиболее серьезная ситуация в этом плане отмечается в таких районах области, как Вашкинский, Кирилловский, Бабаевский, Чагодощенский, Тарногский. Здесь число лиц, впервые признанных инвалидами, достигло очень высоких значений – более 300 случаев на 10 тыс. населения.

Таблица 7

Обращаемость населения в ЛПУ и уровень госпитализации

Показатель	Год								
	1991	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2001 к 1991,%
Число посещений на 1 жителя в год	7,4	7,7	7,7	7,7	7,7	8,2	8,4	8,4	114
Уровень госпитализации (на 100 чел.)	23,5	23,9	22,6	22,9	24,0	23,9	24,4	25,2	107

Источник: данные Департамента здравоохранения Вологодской области.

О росте заболеваемости свидетельствует также динамика обращаемости в ЛПУ и госпитализации населения региона. Уровень госпитализации довольно высок, причем он продолжает расти. В 2001 г. он составил 25,2 больного на 100 чел. (это самый высокий показатель за последнее десятилетие; табл. 7). В среднем по стране этот показатель несколько ниже – в последние годы он колеблется в пределах 20-22 больных на 100 чел.

1.3. Состояние здоровья в оценках населения

Другим индикатором изменений в состоянии здоровья в последние годы могут служить результаты опросов общественного мнения, проводимых ВНКЦ с 1999 г.¹¹ Субъективные оценки являются важным первичным источником информации о состоянии здоровья населения. Надежность субъективной оценки может вызывать определенные сомнения, особенно в тех случаях, когда ухудшение здоровья не отражается на самочувствии или, наоборот, существуют неприятные ощущения, которые не могут рассматриваться как функциональное расстройство организма, то есть болезнь. Однако, опыт ряда исследований дает основание рассматривать субъективные оценки в качестве достаточно надежных и представительных характеристик здоровья. В частности, высокую степень корреляции между самооценками респондентов и объективной информацией об их здоровье (результаты медицинских осмотров, лабораторных анализов, материалы текущего учета обращаемости в поликлинику) выявило исследование, проведенное в 1981 г. Институтом социально-экономических проблем народонаселения РАН¹². Сильно выраженную связь между коэффициентом смертности и самооценками здоровья показало исследование, проведенное в 1990 г. в рамках Всемирной организации здравоохранения на базе 25 европейских стран¹³. Поэтому, 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.

Сопоставление данных измерений показывает, что преобладающая часть жителей Вологодской области считает состояние своего здоровья удовлетворительным. За последние три года (2000 – 2002 гг.) средние оценки жителями области своего здоровья стабилизировались. Около трети опрошенных в 2002 г. охарактеризовали его как «отличное, хорошее», а в 1999 г. – лишь около четверти (рис. 4). Улучшение самооценок здоровья

¹¹ Опросы проходят в городах Вологде и Череповце, а также в 8 районах области (Бабаевском, Великоустюгском, Вожегодском, Грязовецком, Кирилловском, Никольском, Тарногском и Шекснинском). Количество респондентов 1400–1500 человек. Выборка целенаправленная, квотная. Репрезентативность выборки обеспечена соблюдением следующих условий: пропорций между городским и сельским населением; пропорций между жителями населенных пунктов различных типов (сельские населенные пункты, малые и средние города); половозрастной структуры взрослого населения области. Ошибка выборки не превышает 5 процентов.

¹² Народное благосостояние. Тенденции и перспективы. – М., 1991. – С. 175.

¹³ Женщина, мужчина, семья в России: последняя треть XX века. Проект «Таганрог». – М., 2001. – С. 225.

объясняется стабилизацией экономической ситуации в области, что, в свою очередь, привело к улучшению социально-психологического самочувствия населения.

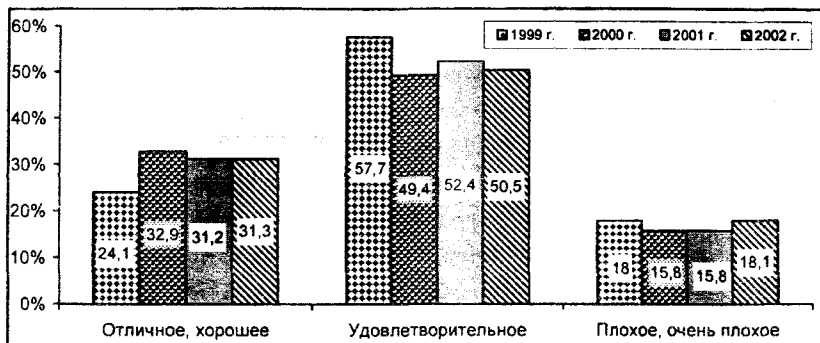


Рис. 4. Оценка состояния собственного здоровья жителями Вологодской области (в % от числа опрошенных, без учета затруднившихся ответить)

Устойчивость в оценках подтверждается стабильностью частоты легких недомоганий и недомоганий, снижающих возможность нормально работать. Необходимо отметить некоторый рост болезней, приводящих к потере дееспособности (табл. 8). Это согласуется с увеличением доли населения, охарактеризовавшего свое здоровье как «плохое» и «очень плохое».

Таблица 8

Оценка жителями Вологодской области частоты и тяжести присущих им недомоганий, заболеваний (в % от числа опрошенных)

Вариант ответа	Почти ежемесячно			Несколько раз в год			Раз в год и реже		
	1999 г.	2001 г.	2002 г.	1999 г.	2001 г.	2002 г.	1999 г.	2001 г.	2002 г.
Легкие недомогания, не снижающие в целом трудоспособности	39,6	34,5	34,6	30,2	33,8	32,3	20,5	21,5	19,1
Недомогания, снижающие возможность нормально работать, однако не требующие больничного листа	17,3	17,1	18,3	39,5	33,2	33,9	25,8	26,9	23,7
Болезни, приводящие к потере способности работать на производстве, учиться и т.д., но не лишаящие возможности заниматься самообслуживанием	4,0	3,8	6,1	18,9	16,1	6,2	41,7	39,0	34,7
Болезни, приводящие к полной потере дееспособности, требуется обслуживание со стороны, лечение в санатории	0,9	1,5	3,7	4,4	4,3	6,2	16,5	16,3	20,9

Довольно стабильная самооценка здоровья в 1999 – 2002 гг. обусловлена, на наш взгляд, стабилизацией социально-психологического самочувствия населения, что создало более благоприятную почву для восприятия людьми различных сторон своей жизни, в том числе здоровья. Увеличение доли положительных оценок состояния здоровья прослеживается и в разрезе территорий Вологодской области. Некоторое исключение составляет Череповец (табл. 9).

Таблица 9

Оценка состояния здоровья в зависимости от места жительства респондентов (в %, без учета затруднившихся ответить)

Место жительства	Вариант ответа								
	Отличное, хорошее			Удовлетворительное			Плохое, очень плохое		
	1999 г.	2001 г.	2002 г.	1999 г.	2001 г.	2002 г.	1999 г.	2001 г.	2002 г.
Вологда	21,3	30,9	32,7	61,0	54,8	49,5	17,4	13,9	17,6
Череповец	31,1	32,7	30,0	60,5	49,9	50,1	8,5	17,3	19,8
Районы	22,4	30,6	31,2	55,0	52,5	51,1	22,3	16,0	17,6

Сохраняются заметные различия в оценках состояния здоровья представителями разных возрастных групп: у молодежи удельный вес положительных оценок здоровья по-прежнему значительно выше, а отрицательных – ниже, чем у старшего поколения. По данным опросов, около 50% респондентов молодого возраста оценили состояние своего здоровья как «отличное, хорошее», тогда как среди старшей возрастной группы – только 12%. Почти 40% представителей старшего возраста оценивают свое здоровье как «плохое» и «очень плохое». В 2002 г. наблюдается прирост удельного веса отрицательных характеристик здоровья в старшей возрастной группе – с 36 до 39%. Наибольшее увеличение доли позитивных оценок характерно для молодежи – с 44 до 55% (табл. 10).

Таблица 10

Оценка состояния здоровья в зависимости от возраста респондентов (в %, без учета затруднившихся ответить)

Возраст	Вариант ответа								
	Отличное, хорошее			Удовлетворительное			Плохое, очень плохое		
	1999 г.	2001 г.	2002 г.	1999 г.	2001 г.	2002 г.	1999 г.	2001 г.	2002 г.
До 30 лет	43,5	51,0	55,2	48,6	42,7	37,3	7,9	7,0	7,5
От 30 до 55 лет	21,2	28,0	25,9	64,6	57,6	58,9	13,9	14,5	15,2
Старше 55 лет	9,7	12,0	15,3	53,7	53,1	45,0	36,3	36,0	39,1

Таблица 11

Оценка состояния здоровья в зависимости от пола респондентов
(в %, без учета затруднившихся ответить)

Пол	Вариант ответа								
	Отличное, хорошее			Удовлетворительное			Плохое, очень плохое		
	1999 г.	2001 г.	2002 г.	1999 г.	2001 г.	2002 г.	1999 г.	2001 г.	2002 г.
Мужской	31,1	37,0	38,0	53,7	47,8	44,8	14,8	14,5	17,2
Женский	18,8	27,0	26,1	60,9	55,4	54,8	20,3	16,9	18,8

С точки зрения гендерных различий принципиальных изменений в оценках здоровья не происходит (табл. 11). Состояние здоровья по-прежнему критичнее оценивается женщинами, так как женщины в целом более внимательно относятся к своему здоровью, чем мужчины. На протяжении всего периода исследования мужчины (31 – 38%) чаще, чем женщины (19 – 26%), оценивали свое здоровье как отличное, хорошее (разница показателей в среднем составляет 11%).

Таким образом, состояние общественного здоровья в регионе характеризуется ухудшением социально-демографических и медицинских показателей. К наиболее опасным тенденциям следует отнести низкий уровень рождаемости, высокий уровень смертности и вызванную этими процессами депопуляцию населения; рост заболеваемости, снижение продолжительности жизни. Результаты социологических опросов свидетельствуют о том, что только треть населения оценивает свое здоровье как «хорошее» и «отличное».

Выявленные проблемы требуют концентрации усилий лиц, принимающих решения, различных ведомств, общественных сил на реализации политики охраны и укрепления здоровья в регионе. Однако любые меры в этом направлении не будут эффективными без учета и анализа факторов, влияющих на здоровье человека. Их рассмотрению посвящен следующий раздел настоящей работы.

2. ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ

Здоровье как объект исследования представляет собой сложное явление и рассматривается как результат воздействия всех факторов, оказывающих влияние на жизнь отдельных людей и населения в целом (социальные, экономические, психологические, экологические, генетические и т.д.). Все они по своей природе сложны, многомерны и не могут быть сведены к односторонней оценке. При этом возникает необходимость выявить те факторы, от которых в первую очередь зависит уровень здоровья населения, и определить степень их влияния. Решение этой задачи позволит обеспечить оптимизацию системы управления и проведение эффективной финансовой политики в области охраны и укрепления здоровья населения.

Гигиеническая наука считает, что состояние здоровья населения определяется тремя основными факторами: генофондом популяции, состоянием окружающей среды и социально-экономическими факторами (жилищные условия, питание, доступность физической культуры, возможности для рекреации и проведения полноценного досуга, уровень здравоохранения). Из этого следуют основные направления оценки и анализа факторов, влияющих на качество здоровья населения¹⁴.

В «Отчете о мировом развитии – 1993. Инвестиции в здравоохранение», подготовленном Всемирным Банком совместно со Всемирной организацией здравоохранения, на примере ряда государств представлена расчетная оценка влияния отдельных социально-экономических факторов на здоровье населения. Оцениваемый в отчете перечень экономических факторов наиболее часто используется для этих целей в мировой практике. Он включает в себя:

1. Возможности семьи: доходы и образование.
2. Питание.
3. Потребление табака, алкоголя и наркотиков.
4. Размеры и эффективность системы здравоохранения.
5. Климат и географическое положение, в основном определяющие видовую структуру заболеваемости.
6. Состояние окружающей среды¹⁵.

¹⁴ Когут А.Е., Рохчин В.Е. Информационные основы регионального социально-экономического мониторинга. – С-Пб., 1995.

¹⁵ Концепция дальнейшего развития здравоохранения и прикладной медицинской науки в Российской Федерации / Под. ред. Ю.М. Комарова. – М., 1994.

Многие отечественные исследователи в качестве определяющих здоровье факторов выделяют показатели, которые в состоянии оценить российская государственная статистика. Среди них:

- финансирование отрасли здравоохранения;
- уровень жизни населения;
- потенциал лечебно-профилактических учреждений отрасли здравоохранения;
- финансовые возможности экономической системы¹⁶.

В целом, по обобщенным оценкам отечественных и зарубежных исследователей, здоровье обусловлено: на 50% и более – условиями и образом жизни; на 20-25% – состоянием (загрязнением) внешней окружающей среды; на 20% – генетическими факторами и на 5-10% – состоянием сферы здравоохранения¹⁷. Во многом исходя из этого в рамках настоящего исследования рассматриваются блоки факторов, касающиеся социально-экономических условий жизнедеятельности людей, образа их жизни и параметров среды их труда и обитания, состояния медицинского сектора.

Доходы населения

Одним из факторов, крайне отрицательно повлиявших на здоровье населения в последнее десятилетие, стало резкое сокращение доходов и ухудшение материального положения значительных социальных групп. Согласно данным мониторинга общественного мнения ВНКЦ ЦЭМИ РАН¹⁸, в 1996 г. 60% жителей Вологодской области считали себя «бедными» и «нищими», 70% отмечали, что их доходов хватает, в лучшем случае, на приобретение продуктов питания. Ситуация еще более ухудшилась после финансово-экономического кризиса 1998 г. По результатам опросов, в 1999 г. доля населения, идентифицирующего себя с «бедными» и «нищими», возросла до 70%, а удельный вес тех, чьи доходы позволяют обеспечивать лишь продовольственное потребление семей, – до 72%.

¹⁶ Ермаков С.П. Здоровье населения и здравоохранение в России. – М., 1998.

¹⁷ Экономика и управление здравоохранением / Под ред. Ю.П. Лисцина. М., 1993.

¹⁸ Опросы проводятся с 1996 г. по 2000 г. Объем выборки – 1300-1500 респондентов. Опросы проводились в городах Вологде и Череповце, а также в восьми районах области (Бабаевском, Великоустюгском, Вожегодском, Грязовецком, Кирилловском, Никольском, Тарногском; до 2000 г. – в семи районах). Репрезентативность выборки обеспечена соблюдением следующих условий: пропорций между городским и сельским населением, пропорций между жителями населенных пунктов различных типов (сельские населенные пункты, малые и средние города); половозрастной структуры взрослого населения области. Ошибка выборки не превышает 5 процентов.

В 2000 – 2002 гг. благосостояние населения региона улучшилось, о чем свидетельствует осязаемое улучшение оценок, которые дают жители области своему социально-экономическому положению. В 2000 г. социальная самоидентификация населения претерпела определенные изменения: доля «бедных» и «нищих» несколько уменьшилась, в то время как доля респондентов, считающих себя «богатыми» и «среднеобеспеченными», возросла (табл. 12). В последующие два года эта позитивная тенденция получила дальнейшее развитие. В 2002 г. доля «бедных» и «нищих» сократилась до 49%, а «богатых» и «среднеобеспеченных» – возросла до 40%.

Таблица 12

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

Категория	Год						
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Богатые	0,5	0,5	0,5	0,3	0,8	1,2	1,9
Среднеобеспеченные	30,6	26,8	26,8	23,0	30,2	33,0	38,0
Бедные	50,0	53,1	50,4	53,6	48,9	47,5	38,7
Нищие	9,7	10,7	13,3	15,5	12,4	10,1	9,8

Рост доходов повлек за собой повышение покупательной способности населения, позитивные изменения в структуре потребительских расходов домохозяйств. Эту ситуацию фиксируют результаты опросов общественного мнения ВНКЦ (табл. 13). В 2002 г. удельный вес низкодоходных категорий населения сократился до 54%. Напротив, доля тех жителей области, доходов которых достаточно для приобретения необходимых продуктов и одежды, возросла до 35%, а тех, кто не имеет каких-либо серьезных материальных трудностей, – до 9%.

Таблица 13

Распределение ответов респондентов на вопрос: «Какая из приведенных оценок наиболее точно характеризует Ваши доходы?» (в % от числа опрошенных)

Оценка доходов	Год						
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Денег вполне достаточно, чтобы ни в чем себе не отказывать	1,7	2,0	1,8	1,2	1,5	2,1	3,1
Покупка большинства товаров длительного пользования не вызывает трудностей	4,1	4,0	3,6	2,5	3,9	6,0	6,1
Денег достаточно для приобретения необходимых продуктов и одежды	24,9	25,4	23,8	24,2	31,2	32,3	35,1
Денег хватает только на приобретение продуктов питания	43,8	42,2	40,9	46,2	46,4	43,3	40,7
Денег не хватает даже на приобретение продуктов питания, приходится влезать в долги	25,5	26,4	29,9	25,9	16,0	14,0	12,8

В то же время, несмотря на позитивные изменения последних трех лет, в региональном сообществе продолжают оставаться значительными низкодходные категории населения, у которых возможности полноценной заботы о своем здоровье ограничены. Характер взаимосвязи уровня благосостояния и здоровья населения красноречиво показывают социологические данные.

Анализ результатов опросов позволяет выявить степень взаимосвязь состояния здоровья населения и уровня благосостояния. Из данных табл. 14 видно, что чем выше уровень доходов респондентов, тем более позитивны их оценки состояния здоровья. Удельный вес негативных характеристик наиболее весом у тех групп жителей области, доходов которых хватает либо только на питание, либо недостаточно и на эти нужды, вследствие чего приходится влезать в долги.

Таблица 14

Оценка здоровья респондентов в зависимости от доходов (в %, 2002 г.)

Оценка доходов	Отличное	Хорошее	Удовлетв.	Плохое	Очень плохое
Денег вполне достаточно, чтобы ни в чем себе не отказывать	20,0	36,1	32,2	8,0	4,0
Покупка большинства товаров длительного пользования не вызывает трудностей	8,3	45,4	43,3	2,6	-
Денег достаточно для приобретения необходимых продуктов и одежды	4,5	36,0	50,0	8,7	1,6
Денег хватает только на приобретение продуктов питания	2,2	21,2	55,1	20,5	1,2
Денег не хватает даже на приобретение продуктов питания	2,2	20,0	58,5	17,6	1,1

Такая же зависимость прослеживается при сопоставлении оценок здоровья и социальной самоидентификации жителей региона. Чем выше категория, к которой относят себя респонденты, тем более позитивны их оценки состояния собственного здоровья. Наиболее благоприятные характеристики своему здоровью дают те, кто идентифицирует себя с «богатыми» и «среднеобеспеченными», наименее позитивные – те, кто причисляет себя к «бедным» и «нищим» (табл. 15).

**Оценка здоровья респондентов в зависимости
от социальной самоидентификации (весна 2002; в %)**

Категория	Отличное	Хорошее	Удовле- твор.	Плохое	Очень плохое
Богатые	-	43	43	14	-
Со средним достатком	6,8	37,6	46,7	7,3	2,9
Бедные	1,6	22,1	56	19	1,5
Нищие	3,7	14,0	51	13	1,9

Таким образом, уровень благосостояния населения оказывает весьма существенное влияние на состояние здоровья населения, являясь необходимым условием сохранения устойчивой положительной динамики общественного здоровья в регионе. И хотя высокий уровень доходов не приведет автоматически к улучшению здоровья людей, все же он способен обеспечить набор жизненных благ, необходимых для поддержания нормальной работы организма и личностного развития.

Питание

Среди факторов внешней среды, воздействующих на человеческий организм, питанию принадлежит ведущее место. Правильное питание обеспечивает оптимальное развитие организма человека, его трудоспособность, повышение защитных сил. Связь между здоровьем и питанием является самой непосредственной и проявляется ярче, чем другие связи. Снижение уровня питания быстро отражается на уровне здоровья. Нездоровое питание, выражающееся в недостаточном потреблении пищевых веществ, витаминов и микроэлементов, служит причиной развития многих заболеваний эндокринной системы и других. Неправильная структура питания приводит к избыточному весу и ожирению.

Отсутствие у большей части населения средств на относительно дорогостоящие продукты и, как следствие, вынужденный отказ от их приобретения или частичное их замещение дешевыми продуктами собственного производства привели к негативным изменениям в структуре продовольственного потребления. Среднедушевое потребление мяса и мясопродуктов снизилось в Вологодской области в 1990-е годы более чем на четверть, молока и молокопродуктов – более чем наполовину, фруктов – более чем на треть (табл. 16-17). Недостаток продуктов животного происхождения и фруктов, преобладание овощей и хлебопродуктов обуславливает преимущественно однообразное и неполноценное по качественным характеристикам продовольственное потребление основной массы населения региона.

Таблица 16

Потребление основных продуктов питания населением Вологодской области
(по материалам бюджетных обследований, в расчете на члена семьи, кг)

Показатель	Год											
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Мясо и мясопродукты	66	63	56	58	55	53	47	55	51	47	49	47
Молоко и молочные продукты	398	404	341	335	333	288	260	246	210	189	213	218
Яйца, штук	218	228	246	204	196	180	146	117	137	167	220	195
Рыба и рыбопродукты	15	14	12	11	11	10	8	14	13	13	14	16
Хлебные продукты	111	114	117	111	105	106	98	114	133	128	116	120
Овощи и бахчевые	67	69	64	58	58	77	68	89	71	90	89	94
Картофель	97	103	108	97	120	122	121	108	111	105	125	114
Фрукты и ягоды	31	21	21	26	26	26	25	34	22	20	26	33
Сахар	35	34	30	33	32	34	31	42	51	55	34	33
Масло растительное, маргарин и др. жиры	5	4	5	5	5	6	6	9	11	11	12	12

Таблица 17

Потребление основных продуктов питания населением Вологодской области
(по материалам бюджетных обследований, в % к 1990 г.)

Показатель	Год											
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Мясо и мясопродукты	100	96	84	88	83	80	71	83	77	71	74	71
Молоко и молочные продукты	100	102	86	84	84	72	65	62	53	48	54	55
Яйца	100	105	113	94	90	83	67	54	63	77	101	89
Рыба и рыбопродукты	100	93	80	73	73	67	53	93	87	87	93	107
Хлебные продукты	100	103	105	100	95	96	88	103	120	115	105	108
Овощи и бахчевые	100	103	96	87	87	115	102	133	106	134	133	140
Картофель	100	106	111	100	124	126	125	111	114	108	129	118
Фрукты и ягоды	100	68	68	83	84	84	81	110	71	65	84	106
Сахар	100	97	86	94	91	97	89	120	146	151	97	94
Масло растительное, маргарин и др. жиры	100	80	100	100	100	120	120	180	220	220	240	240

После 1999 г., в связи с улучшением социально-экономической обстановки и ростом благосостояния населения, рацион питания жителей региона несколько улучшился. В частности, увеличилось потребление молока и молокопродуктов, яиц, рыбы и рыбопродуктов, фруктов и ягод. Эти изменения подтверждаются также увеличением удельного веса позитивных характеристик своего питания населением: с 1999 г. по 2002 г. доля жителей области, оценивающих свое питание как «полноценное», увеличилась с 1 до 13%, как «неудовлетворительное», «плохое» и «очень плохое» – сократилась с 51 до 29% (рис. 5).

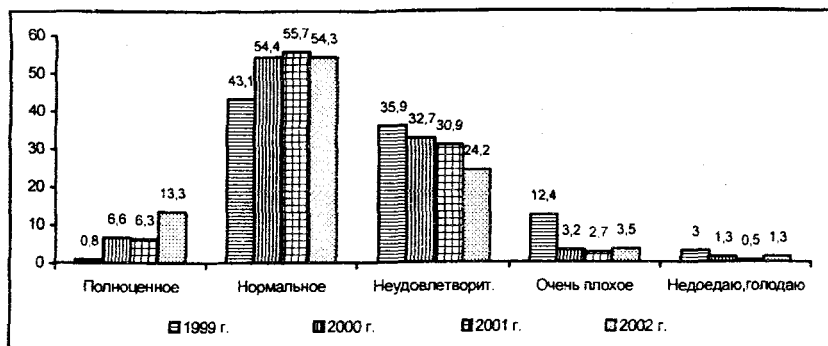


Рис. 5. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Как Вы оцениваете свое питание?» (в % от числа опрошенных)

По мнению же тех, кто оценил свое питание негативно, главной причиной плохого питания являются материальные трудности (89% опрошенных в 2002 г.). Отметим, что 12% респондентов связывают свое плохое питание с режимом работы, особенно это относится к жителям Череповца (26%). Новые реалии занятости, требующие предельной мобилизации работников в течение всего рабочего дня, а также за его пределами, приводят к нарушению режима питания и закладыванию фундамента будущих болезней (особенно пищеварительной системы).

В целом, несмотря на отмеченные неблагоприятные сдвиги в продовольственном потреблении, большая доля населения в 1999 – 2002 гг. оценивала свое питание как «нормальное». Определенный оптимизм в приведенных оценках может быть во многом связан с невысокими критериями оценки своего питания некоторой частью населения. В этом случае критерий «нормальности» далеко не всегда может совпадать с объективным положением дел. Например, результаты бюджетных обследований показывают, что с 1991 по 2001 гг. объем белков в потребленных продуктах питания в городских домохозяйствах (на 1 человека в сутки) сократился с 67 до 61 грамма, в сельских – с 87 до 70 граммов. Уровень калорийности пищи остался практически неизменным, однако если в 1991 г. за счет продуктов животного происхождения горожане получали 36% калорий (877 ккал), а сельские жители – 34% (1089 ккал), то в 2001 г. – 26% (638 ккал) и 21% (623 ккал) соответственно¹⁹.

¹⁹ Уровень жизни населения Вологодской области в 1991 – 2001 гг. Статистический сборник. – Вологда, 2002. – С. 21.

Оскудение рациона питания и снижение его качества является одним из ведущих факторов, оказывающих крайне неблагоприятное влияние на состояние здоровья жителей региона. При этом в наиболее худших условиях оказываются малообеспеченные слои населения. По данным бюджетных обследований, в 2001 г. в 10% домохозяйств области с наименьшими доходами (в пересчете на 1 члена) потреблялось хлебопродуктов в 1,8 раза меньше, чем в 10% домохозяйств с наибольшими доходами (155 кг против 87 кг), овощей и бахчевых – в 3,2 раза (139 и 43 кг), рыбы и рыбопродуктов – в 4 раза (28 и 7 кг), мяса и мясопродуктов – в 4,9 раза (79 и 16 кг), молока и молокопродуктов – в 4,9 раза (359 и 73 кг), фруктов и ягод – в 7 раз (58 и 8 кг). Более того, по сравнению с серединой 1990-х гг. этот разрыв значительно увеличился²⁰.

Образ жизни

Один из факторов, обуславливающих состояние здоровья человека, – это присущий ему образ жизни, наличие или отсутствие тех или иных вредных привычек. Он во многом может свидетельствовать о желании или нежелании людей следить за своим здоровьем. Особая опасность курения, злоупотребления алкоголем, пренебрежения здоровым образом жизни заключается в том, что негативное влияние этих привычек на человеческий организм носит замедленный характер, не ощущается непосредственно. Это притупляет присущие человеку механизмы самосохранения и не влечет за собой необходимых позитивных изменений в его поведении.

Как показывает практика, усвоение семи положительных в гигиеническом отношении привычек – отказ от курения, своевременное и рациональное питание, 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 поведения²¹.

Именно поэтому здоровый образ жизни и уменьшение ущерба, причиняемого алкоголем, наркотиками и табаком, выделяются в качестве основных направлений деятельности в рамках политического документа «Вологодская область – Здоровье-21». В частности, ставятся задачи:

²⁰ Уровень жизни населения Вологодской области в 1991 – 2001 гг. Статистический сборник. – Вологда, 2002. – С. 22.

²¹ Население и трудовые ресурсы. Справочник. – М., 1990.

- увеличение числа людей, приверженных здоровому образу жизни (здоровое питание, физическая активность, отказ от вредных привычек);
- снижение распространенности курения во всех возрастных группах;
- формирование стереотипа так называемого ответственного потребления алкоголя, не ведущего к отрицательным социальным и медицинским последствиям;
- борьба с употреблением наркотических и психотропных веществ в не медицинских целях.

По мнению жителей Вологодской области, наиболее значимыми для сохранения и улучшения здоровья факторами являются здоровое питание (59%), регулярная физическая активность (51%), слежение за весом (34%), контроль уровня артериального давления (29%) и т.д. Факторы не злоупотребления алкоголем и отказа от курения отметили менее четверти опрошенных (рис. 6).

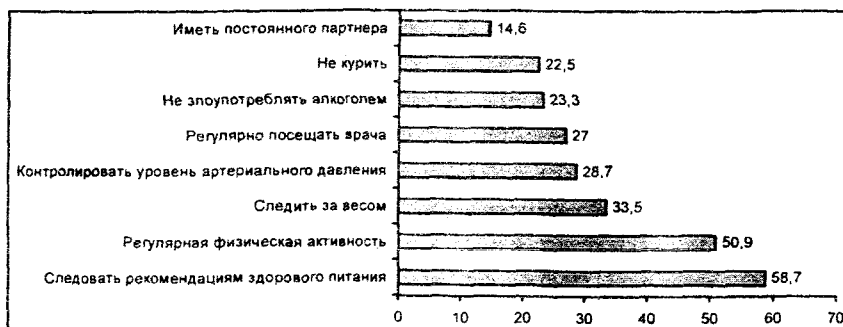


Рис. 6. Представления жителей Вологодской области о приоритетных мерах по сохранению и улучшению здоровья (в % от числа опрошенных)

В последние годы распространенность различных мер профилактики среди жителей области не претерпела существенных изменений (рис. 7). Наибольшая их доля (15%), по данным опроса общественного мнения в 2002 г., соблюдала режим питания (в предыдущие годы – 16%). Применяли физические нагрузки только 13 и 12% соответственно. Безусловно, столь невысокие показатели нельзя назвать позитивными. Настораживает и то, что возросла доля респондентов, лишь периодически заботящихся о своем здоровье (21% в 2002 г. против 14% в предыдущие годы).

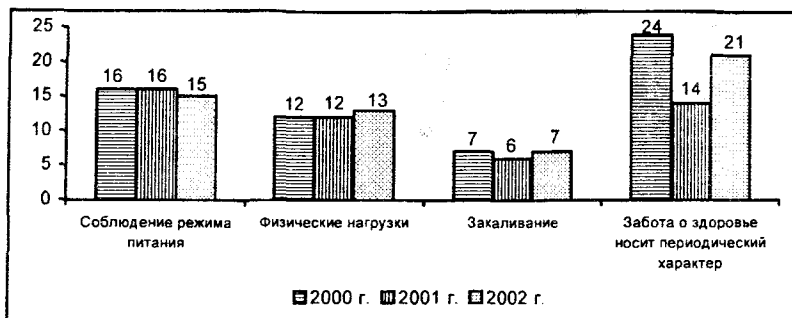


Рис. 7. Распространенность различных профилактических мер среди жителей Вологодской области (в % от числа опрошенных)

Степень применения тех или иных профилактических мер имеет свою специфику у представителей разных категорий населения. Если молодежь чаще применяет физические нагрузки, занимается спортом (20%), то с увеличением возраста все большая доля людей стремится соблюдать режим питания (табл. 18).

Таблица 18

Основные профилактические меры, применяемые респондентами в зависимости от их возраста (в %; без учета затруднившихся ответить; 2002 г.)

Мера профилактики	Возраст, лет		
	До 30	От 30 до 55	Старше 55
Физические нагрузки и спорт	20,2	12,5	6,8
Соблюдение режима питания	12,2	15,4	19,5
Закаливание	8,5	6,1	4,9
Забота о здоровье носит эпизод. характер	13,0	22,7	24,1

По-разному относятся к профилактике заболеваний мужчины и женщины (табл. 19). Например, мужчины более склонны к физическим нагрузкам и занятиям спортом, а женщины – к соблюдению режима питания. Мужчины чаще, чем женщины, пользуются такой мерой профилактики, как закаливание.

Таблица 19

Основные профилактические меры, применяемые респондентами в зависимости от их возраста (в %; без учета затруднившихся ответить; 2002 г.)

Мера профилактики	Пол	
	Мужской	Женский
Физические нагрузки и спорт	18,2	9,6
Соблюдение режима питания	14,2	16,4
Закаливание	8,8	4,7
Забота о здоровье носит эпизод. характер	17,1	23,1

Таким образом, стратегия профилактической деятельности в современных условиях должна быть направлена на активизацию действий населения в укреплении собственного здоровья с помощью профилактики и здорового рационального образа жизни, для чего необходимо формирование соответствующей материальной, психологической и информационной среды. Для достижения необходимого эффекта пропаганду мер профилактики целесообразно ориентировать на интересы и потребности, присущие различным социально-демографическим группам.

Помимо изучения степени распространенности среди жителей региона тех или иных профилактических мер, необходим также анализ поведенческих факторов риска.

Проводимый в рамках исследования анализ степени приверженности населения вредным привычкам показывает, что доля жителей области, курящих регулярно, достаточно стабильна. Удельный вес тех, кто курит не регулярно, вырос с 6% в 1999 г. до 11% в 2002 г. (рис. 8).

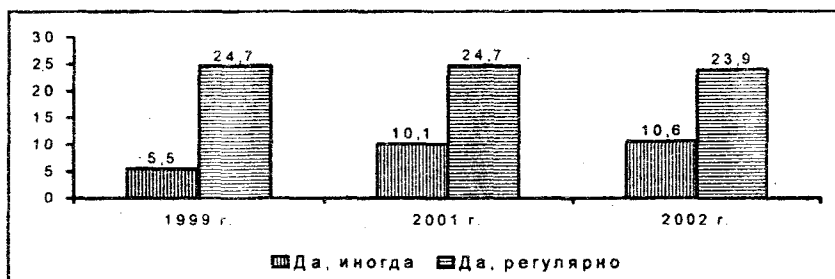


Рис. 8. Распределение ответов на вопрос: «Курите ли Вы в настоящее время?» (в % от числа опрошенных)

К курению наиболее склонны мужчины. Среди них регулярно курит 40% (в 2001 г. – 42%), иногда – 12% (13%). Среди женщин распространенность заметно ниже: из них регулярно курит 12% (в 2001 г. – 13%), иногда – 9% (9%). Как видим, процент не снижается.

Основной причиной, побуждающей к курению, является его «успокаивающий» эффект. Такой повод «браться за сигарету» назвало 44% курильщиков. Каждый десятый курит по примеру друзей и знакомых. Более трети (34%) опрошенных затрудняются определить причину курения. Большинство курильщиков (72%) признает вред курения для своего здоровья. Настораживает то, что почти треть курильщиков (28%) не осознают вред данной привычки. Показательна в этом отношении самооценка здоро-

вья курящим и не курящим населением области. Во всех возрастных группах доля оптимистичных оценок своего здоровья выше у не курящих жителей региона (табл. 20).

Таблица 20

Состояние здоровья курящего и не курящего населения в зависимости от возраста (в % от числа опрошенных; 2002 г.)

Состояние здоровья	До 30 лет		30-50 лет		Старше 50 лет	
	Курящие	Не курящие	Курящие	Не курящие	Курящие	Не курящие
Отличное	6,9	13,5	3,8	5,5	0,0	3,2
Хорошее	40,2	43,9	21,0	23,3	10,0	12,4
Удовлетворительное	39,2	37,4	58,6	58,4	55,7	51,3
Плохое	12,7	4,3	15,1	12,0	27,1	28,7
Очень плохое	1,0	0,9	1,6	0,8	7,1	4,5

Более половины курящих (56% в 2002 г.) хотело бы бросить курить. Достаточно высок удельный вес не желающих расставаться с этой вредной привычкой – 42%.

Еще одной вредной привычкой, которая может оказывать негативное влияние на здоровье людей, является потребление алкогольных напитков. Осознается это и 50% жителей Вологодской области. В то же время, как показывают опросы, каждый пятый полагает, что алкоголь никак не влияет на состояние здоровья.

С 1995 г. по 2001 г. в Вологодской области продажа алкогольных напитков и пива (в абсолютном алкоголе) выросла с 8,4 литра до 12,2 литра на душу населения, то есть почти в полтора раза. При этом, например, продажа пива, в натуральном выражении, выросла с 774 до 6493 тысяч декалитров, то есть в 8,4 раза²². Не случаен, в этой связи, рост алкогольных психозов в области – с 972 до 1717 случаев²³. В 1999 г. по причине алкогольного отравления умерло 330 человек, в 2001 г. – уже 579 человек. Как видим, показатели растут довольно быстро²⁴.

Рассматривая итоги опросов 1999 – 2002 гг., необходимо заметить, что общее потребление алкогольных напитков в целом не изменилось. Доля трудоспособного населения области, совсем не употребляющая алкогольные напитки, составляет 20 – 25%. За последний год отмечается сокращение доли тех, кто употребляет до 200 мл алкогольных напитков в неделю, – с 37 до 32%, но произошло увеличение значений других показателей, что сводит на нет положительные результаты (рис. 9).

²² Статистический ежегодник Вологодской области 1995-2001 гг. – Вологда, 2002. – С. 204, 216.

²³ Данные департамента здравоохранения Вологодской области.

²⁴ Статистический ежегодник Вологодской области 1995-2001 гг. – Вологда, 2002. – С.37.

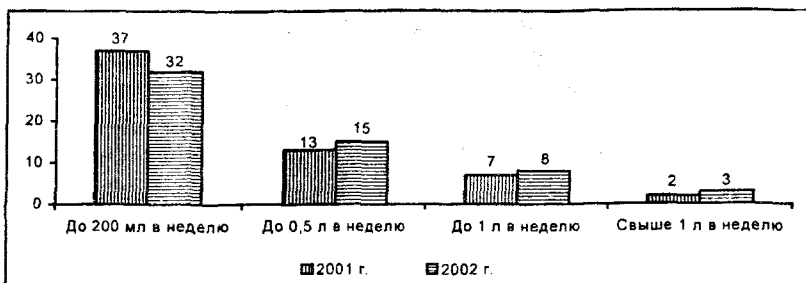


Рис. 9. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Употребляете ли Вы алкогольные напитки?» (в % от числа опрошенных)

Употребление алкогольных напитков в большей степени присуще мужчинам (74%), нежели женщинам (62%). Наиболее распространена эта привычка среди молодежи (76%), в меньшей степени – среди лиц среднего (70%) и старшего (49%) возраста (табл. 21).

Таблица 21

Распределение ответов на вопрос: «Употребляете ли Вы алкогольные напитки?» (в % от числа опрошенных; 2002 г.)

Показатель	Мужчины в возрасте (лет)			Женщины в возрасте (лет)		
	До 30	30-60	Ст. 60	До 30	30-55	Ст. 55
До 0,2 л в неделю	27,8	26,1	35,7	35,9	39,6	19,6
До 0,5 л в неделю	21,9	25,2	21,3	11,5	8,3	4,0
До 1 л в неделю	10,1	16,4	8,6	7,8	1,8	1,5
Более 1 л в неделю	8,3	6,2	2,9	1,8	1,4	1,0

В результате образ жизни большинства населения не способствует формированию благоприятной почвы для эффективной реализации мероприятий по охране и укреплению здоровья. Поэтому, наряду с другими мерами, особое внимание необходимо уделять просветительской и пропагандистской деятельности, направленной на увеличение доли населения, приверженного здоровому образу жизни, на снижение поведенческих факторов риска. Здесь, в первую очередь, нужен дифференцированный подход, исходящий из потребностей отдельных категорий населения.

Условия труда

Трудовая деятельность, которой человек в среднем занят треть своего времени, оказывает влияние на все процессы, происходящие в его организме. В условиях социально-экономической нестабильности и становления рыночных отношений проблемы охраны труда и здоровья работающе-

го населения, обеспечения безопасной производственной среды приобрели особую актуальность. Реструктуризация медико-санитарных частей, здравпунктов и служб цеховых терапевтов привела к ухудшению медицинского обслуживания трудящихся, нарушенной оказалась система общественного, диетического и лечебно-профилактического питания на предприятиях, ухудшаются санитарно-бытовые условия. Кроме того, следует иметь в виду то, что необходимость приспособления к изменившимся условиям существования вынудила людей значительно активизировать свою трудовую деятельность за счет вторичной (и более) занятости в ущерб свободному времени и отдыху. Это может также негативно влиять на их здоровье.

В Вологодской области численность экономически активного населения по состоянию на 2001 г. составляла 683 тысяч человек (52% всего населения). Поэтому условия и безопасность труда имеют весьма важное значение для формирования здоровья значительной его части. Данные опроса по измерению качественного состояния трудового потенциала населения региона, проведенного ВНКЦ ЦЭМИ РАН в мае 2002 г., показывают, что условия работы считают значимым фактором 65% трудящихся, безопасность труда – 30%.

Согласно статистическим данным, в 1990-е гг. наиболее отчетливая тенденция ухудшения условий труда отмечалась в промышленности региона (30% занятого населения). Доля работающих в условиях, не отвечающих санитарно-гигиеническим нормам, выросла на промышленных предприятиях с 27 до 42%. Ситуация изменилась в лучшую сторону только в 2000 г., она продолжает улучшаться, но уровень 1992 г. еще не достигнут (табл. 22). Это способствует возникновению и развитию профессиональных заболеваний.

Таблица 22

Доля работающих в условиях, не отвечающих санитарно-гигиеническим нормам, в отраслях экономики Вологодской области (в % от общей численности занятых в отрасли)

Отрасль	Год									
	1992	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	
Промышленность	26,5	32,2	33,1	39,8	41,6	40,8	29,2	27,8	28,1	
Строительство	16,6	9,1	11,4	13,3	13,2	12,7	11,9	7,3	8,5	
Транспорт	10,2	15,7	11,5	9,5	9,8	14,2	11,8	15,0	11,1	
Связь	3,7	1,0	0,4	0,2	0,2	0,1	0,2	0,1	0,0	

Источник: Статистический ежегодник Вологодской области 1995-2001 гг. – Вологда, 2002. – С. 59.

Наиболее высок удельный вес работников, занятых в условиях, не отвечающих санитарно-гигиеническим нормам, в черной металлургии (39,4%), в машиностроении и металлообработке (38,1%), легкой промышленности (30,1%)²⁵. По данным на конец 2001 г., в промышленности в целом работало в таких условиях 33% мужчин и 21% женщин, в строительстве – 10 и 5%, на транспорте – 8 и 10% соответственно²⁶.

По итогам опроса 2002 г., только 3% трудящихся жителей области охарактеризовали условия своего труда на производстве как «отличные» (в 2001 г. – 5%), 27% – как «хорошие» (27%), 56% – как «удовлетворительные» (54%), 14% – как «неудовлетворительные» (14%). Испытывали те или иные отрицательные воздействия условий труда на свое здоровье 54% работающих (в 2001 г. – 57%). В условиях высоких нервно-эмоциональных нагрузок работают 29%, вынужденного положения тела во время работы и больших физических нагрузок – по 12%, повышенной загазованности и запыленности места работы – 8%, действия химических и токсических веществ – 5%, чрезмерно низкой температуры – 3%, других факторов – 7% опрошенных.

Субъективные оценки жителями области своего здоровья указывают на зависимость его состояния от условий труда. Как показывает таблица 23, большинство тех, кто оценивает условия своего труда как «отличные» и «хорошие», дает и благоприятные характеристики своему здоровью. И напротив, неудовлетворительные оценки условий труда согласуются с соответствующими характеристиками здоровья.

Таблица 23

Самооценка здоровья населением в зависимости от условий труда
(в % от числа опрошенных, без учета затруднившихся ответить; 2002 г.)

Состояние здоровья	Условия труда			
	Отличные	Хорошие	Удовлетворит.	Неудовлетворит.
Отличное	35,0	12,3	3,2	3,6
Хорошее	43,3	48,3	18,4	12,4
Удовлетворительное	15,0	34,5	64,3	55,6
Плохое	6,7	4,5	13,4	24,9
Очень плохое	0,0	0,3	0,8	3,6

Кроме того, не теряет своей актуальности и проблема травматизма на производстве. По данным статистики, число пострадавших при несчастных случаях на производстве с утратой трудоспособности на 1 рабочий день и более сократилось с 4277 человек в 1995 г. до 3176 человек в 2001 г. Одна-

²⁵ Статистический ежегодник Вологодской области 1995-2001. – Вологда, 2002. – С. 59.

ко в пересчете на 1000 работающих этот показатель не только не уменьшился, но даже вырос – соответственно с 9,4 до 10,1 человека. В период с 1995 г. по 2001 г. в среднем на производстве погибал 51 человек ежегодно. В пересчете на 1000 работающих в 1995 г. погибло 0,158, в 1999 г. – 0,189, в 2000 г. – 0,175, в 2001 г. – 0,124 человека²⁷.

Состояние окружающей среды

В течение последнего десятилетия остро встал вопрос об охране здоровья людей от негативных последствий экономической деятельности. Если раньше основное внимание обращали на здоровье людей, непосредственно занятых на производстве, то сейчас большее внимание стали уделять негативным последствиям влияния окружающей среды на здоровье населения, проживающего в районе воздействия промышленных объектов, выбросов в окружающую среду.

Основными экологическими проблемами региона продолжают оставаться следующие:

1. Регулирование выбросов производственных отходов в атмосферу.
2. Рост в городах и районах области парка легковых автомобилей, в том числе и неисправных.
3. Обеспечение населения качественной питьевой водой.

По данным проведенного в 2002 г. опроса, благоприятными экологические условия проживания в своем районе считают 50% жителей области. Отрицательную оценку экологическим условиям дали 47% опрошенных. И в том, и в другом случае существует зависимость оценок от места проживания респондентов. Так, наиболее благоприятны экологические условия в районах области, а не благоприятны – в Череповце, что обусловлено высокой концентрацией в городе промышленных предприятий и предприятий черной металлургии в том числе (табл. 24).

Таблица 24

Распределение ответов респондентов на вопрос: «Как Вы считаете, экологические условия проживания в Вашем районе в целом благоприятны?»
(в % от числа опрошенных; 2002 г.)

Варианты ответов	Область	Вологда	Череповец	Районы
Да	49,6	43,0	41,8	56,9
Нет	47,3	52,4	55,6	40,6

²⁶ Статистический ежегодник Вологодской области 1995-2001. – Вологда, 2002. – С. 60.

Рассмотрим основные экологические факторы, влияющие на формирование параметров здоровья населения региона.

Для человека характерна высокая чувствительность к воздействию загрязненного атмосферного воздуха. Он способствует возникновению злокачественных новообразований, обострению астматических заболеваний, обострению аллергических реакций. С середины 1990-х гг. отмечается тенденция снижения количества выбрасываемых в атмосферу загрязняющих веществ за счет сокращения объемов производства и выполнения воздухо-охраных мероприятий. Суммарный объем выбросов в атмосферу в 2001 г. составил 475,605 тыс. тонн загрязняющих веществ, количество выбросов сокращается (в 1999 г. они составляли в сумме 638,409 тыс. тонн) в связи с проведением крупных воздухо-охраных мероприятий, внедрением на предприятиях современных очистительных систем (табл. 25).

Таблица 25

Выбросы и улавливание вредных веществ, отходящих от стационарных источников, загрязнение атмосферного воздуха

Показатель	Год						
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Общее кол-во образовавшихся загрязняющих веществ, тыс. тонн	2847	2649	2538	2577	2450	2163	2091
Из общего количества уловлено и обезврежено загрязняющих веществ, тыс. тонн	2104	1923	1856	1899	1812	1685	1615
В % к общему количеству	74	73	73	74	74	78	77
Выброшено в атмосферу загрязняющих веществ, тыс. тонн	743	726	683	679	638	478	476

Источник: Статистический ежегодник Вологодская область. 1995-2001. – Вологда, 2002. – С. 29.

Все более актуальной для населения области, особенно крупных городов, становится проблема выброса вредных веществ в атмосферу от автотранспорта в связи со значительным увеличением его парка. В период с 1995 г. по 2001 г. число единиц автотранспорта в собственности юридических лиц и граждан возросло со 128,6 до 202,1 тысячи²⁸. По данным Департамента природных ресурсов и охраны окружающей среды, выброс загрязняющих веществ от автотранспорта составил в 1997 г. 62,1 тыс. тонн, в 2000 г. – 85,4 тыс. тонн, в 2001 г. – 90,9 тыс. тонн. Наибольшая доля данных выбросов приходится на Череповец (по данным 2001 г. – 33%) и Вологду (30%)²⁹.

²⁷ Статистический ежегодник Вологодской области 1995-2001. – Вологда, 2002. – С. 61

²⁸ Статистический ежегодник Вологодской области. 1995-2001. – Вологда, 2002. – С. 193.

²⁹ Экология-97. Вологодская область. Аналитический доклад о состоянии природной среды на 01.01.98 г. – Вологда, 1998. – С.9; Состояние и охрана окружающей среды Вологодской области в 2000

Наряду с увеличением численности автотранспорта возрастает также значимость проблемы ухудшения его качественных характеристик. О направленности изменения возрастной структуры подвижного состава автомобильного транспорта красноречиво говорят следующие цифры. Доля грузовых автомобилей на предприятиях и в учреждениях всех отраслей экономики со сроком эксплуатации до 5 лет сократилась за 1995 – 2001 гг. с 66 до 17%; от 5 до 10 лет и свыше 10 лет – возросла соответственно с 17 до 38% и с 17 до 45%. Удельный вес автобусов со сроком эксплуатации до 5 лет сократился с 66 до 27%; от 5 до 10 лет и свыше 10 лет – вырос соответственно с 16 до 35% и с 17 до 38%. Доля «пикапов» и легковых фургонов со сроком эксплуатации до 5 лет снизилась с 79 до 45%; от 5 до 10 лет и свыше 10 лет – увеличилась соответственно с 11 до 33% и с 10 до 22%³⁰.

Одной из очень серьезных, особенно для крупных городов, является проблема качества воды для питья и приготовления пищи. Вода поверхностных водоемов служит источником централизованного водоснабжения для 85% населения области. По данным Областного центра Госсанэпиднадзора, удельный вес неудовлетворительных проб питьевой воды по бактериологическим исследованиям в Вологодской области в 2000 г. превышал 13%, а по химическим – составлял почти 40% (табл. 26). В качестве основных причин низкого качества воды централизованных водопроводов выделяются несоответствие применяемых схем очистки воды степени загрязнения водоисточников, недостаточная мощность сооружений водоподготовки, неудовлетворительная обеспеченность реагентами, эксплуатация морально устаревшего оборудования.

Таблица 26

**Удельный вес неудовлетворительных проб воды в Вологодской области
(по данным Центра Госсанэпиднадзора в Вологодской области)**

	1996 г.	1997 г.	1998 г.	1999 г.	2000 г.
Бактериологические исследования	9,3	9,9	14,2	14,7	13,3
Химические исследования	38,1	32,8	35,1	30,6	39,9

Источник: О санитарно-эпидемиологической обстановке в Вологодской области 2000 г. Государственный доклад. – Вологда, 2001. – С. 16.

Ухудшение качества воды водоисточников при отсутствии необходимой реконструкции оборудования приводит к увеличению количества водопроводов, дающих некачественную воду. Так, доля водопроводов, не от-

г.: Статистический сборник. – Вологда, 2001. – С. 26; Состояние и охрана окружающей среды Вологодской области в 2001 г.: Статистический сборник. – Вологда, 2002. – С. 28.

вечающих гигиеническим нормам из-за отсутствия очистных сооружений, в период 1996 – 2000 гг. выросла в 1,8 раза, из-за отсутствия обеззараживающих установок – также в 1,8 раза (табл. 27).

Таблица 27

Доля водопроводов Вологодской области, не отвечающих гигиеническим нормативам (по данным Центра Госсанэпиднадзора в Вологодской области)

Не отвечают из-за отсутствия:	1996 г.	1997 г.	1998 г.	1999 г.	2000 г.
Очистных сооружений	7,7	9,2	8,7	16,5	14,2
Обеззараживающих установок	4,1	2,6	5,8	5,1	7,5

Источник: О санитарно-эпидемиологической обстановке в Вологодской области 2000 г. Государственный доклад. – Вологда, 2001. – С. 17.

В то же время, водопроводной водой, качество которой оставляет желать много лучшего, пользуется, по данным опроса, проведенного ВНКЦ ЦЭМИ РАН в 2002 г., большинство населения региона. «Альтернативные» источники питьевой воды доступны меньшему количеству жителей области. Население крупных городов частично решает проблему качества водопроводной воды с помощью бытовых фильтров, а также приобретения воды в магазине, население районов – за счет использования родниковой и колодезной воды (табл. 28).

Таблица 28

Распределение ответов респондентов на вопрос: «Какую воду Вы обычно употребляете для питья и приготовления пищи?» (2002 г., в % от числа опрошенных)

Вариант ответа	Область	Вологда	Череповец	Районы
Как правило, воду из-под крана	62,8	51,8	68,7	65,2
Из-под крана, но использую фильтр	15,8	25,9	22,7	7,2
В основном воду из родника и колодца	12,5	10,3	1,3	19,3
В летний период в основном воду из родника и колодца	9,3	13,0	10,2	7,1
Воду из магазина	3,5	7,3	4,4	1,1
Другое	1,8	3,0	1,0	1,6

Интересны оценки, которые дают жители области качеству потребляемой водопроводной воды (по 5-балльной шкале). По данным исследования 2002 г., уровень ее жесткости был оценен в 2,1 балла (в 2001 г. – в 2,5 балла); вкус – в 2,7 балла (2,4 балла); запах – 2,8 балла (2,5 балла); цвет – в 3,0 балла (2,7 балла); прозрачность – в 3,1 балла (2,6 балла соответственно). Снижение оценок с 2001 г. по 2002 г. произошло за счет областного центра, в Череповце и районах качественные характеристики различных параметров водопроводной воды, по мнению населения, остались примерно на прежнем уровне.

³⁰ Статистический ежегодник Вологодской области. 1995-2001. – Вологда, 2002. – С. 194.

**Оценка населением территорий области различных параметров
водопроводной воды (от 1 до 5 баллов; 2002 г.)**

Вариант ответа	Область	Вологда	Череповец	Районы
Цвет	2,7	2,3	3,0	2,8
Прозрачность	2,6	2,3	2,7	2,8
Запах	2,5	2,1	2,8	2,6
Вкус	2,4	1,8	2,7	2,7
Жесткость	2,1	1,7	2,4	2,3

На общем фоне наиболее низкими характеристиками водопроводной воды выделяются жители Вологды, которые оценили ее качество по всем параметрам ниже среднего (табл. 29).

Рассмотрев основные факторы, влияющие на состояние здоровья населения региона, можно говорить о том, что основными болевыми точками с позиции их влияния на здоровье населения региона являются материальное положение населения, питание и обеспечение водой, образ жизни и распространенность вредных привычек. Каждый из приведенных факторов, безусловно, целесообразно в перспективе рассмотреть более углубленно. Установление степени зависимости характеристик состояния здоровья от тех или иных факторов – задача, требующая пристального внимания. Она позволит дифференцировать факторы по критерию управляемости и просчитать необходимые затраты, что даст соответствующую информацию для принятия решений на региональном и местных уровнях.

Еще одним немаловажным фактором, от которого зависит состояние здоровья жителей региона, выступает состояние сферы здравоохранения.

3. АНАЛИЗ ВОЗМОЖНОСТИ ПОЛУЧЕНИЯ КВАЛИФИЦИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

3.1. Функционирование системы здравоохранения

Проводимые в стране реформы оказали воздействие и на состояние отрасли здравоохранения. За этот период в регионе на 21% (со 161 до 126 единиц) сократилось число больниц, на 8% – число врачебных учреждений, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь (с 224 до 206 единиц), на 15% – число фельдшерско-акушерских пунктов (с 818 до 696 единиц).

Основным показателем, характеризующим деятельность амбулаторно-поликлинических учреждений, является их мощность. За период с 1991 по 2001 гг. этот показатель почти не изменился и в 2001 г. составил 31 тыс. посещений за смену (табл. 30). Однако это лишь 77% от федерального норматива³¹.

Таблица 30

Деятельность амбулаторно-поликлинических учреждений
Вологодской области в 1991-2000 гг.

Показатели	Год							
	1991	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Мощность амбулаторно-поликлинических учреждений (число посещений за смену в тыс.)	30,0	32,4	31,0	30,5	30,2	31,0	31,2	31,0
Число посещений за смену на 10 тыс. чел. (обеспеченность АПУ)	221	239	230	227	226	233	237	236
Число посещений на 1 жителя в год	7,4	7,7	7,7	7,7	7,7	8,2	8,4	8,4
То же по Российской Федерации	9,3	9,1	9,1	9,1	9,1	9,3	9,4	-
То же по Северному экономическому району	-	8,6	8,3	8,3	8,6	8,6	8,7	-

Источник: данные Департамента здравоохранения Вологодской области.

Несколько вырос показатель обеспеченности населения амбулаторно-поликлинической помощью, составив в 2001 г. 236 посещений за смену. Но все же этот показатель несколько ниже, чем в целом по стране: в 2000 г. по России он составил 245, по Северо-Западному Федеральному округу – 278 посещений в смену на 10 тыс. чел. В то же время имеются существенные различия по уровню обеспеченности населения амбулаторно-поликлинической помощью среди муниципальных образований области.

³¹ Методические рекомендации по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. – М., 2001.

Так, если в Тарногском, Сокольском и Нюксенском районах, по данным 2001 г., он достаточно высок (более 300 посещений), то в Верховажском, Никольском, Тотемском, Харовском районах этот показатель составлял менее 150 посещений за смену.

Самая высокая посещаемость лечебно-поликлинических учреждений за год отмечена в 2001 г. в городах Череповце (11 посещений на 1 жителя) и Вологде (9), самая низкая – в Верховажском, Бабушкинском и Никольском районах (2–3).

Обеспеченность населения врачами и средним медицинским персоналом за последнее десятилетие почти не изменилась (табл. 31). В области продолжает сохраняться нехватка кадровых ресурсов, прежде всего, врачебного персонала. По уровню обеспеченности врачами в 2000 г. Вологодская область находилась на 69 месте среди всех субъектов РФ. Наиболее низкий уровень обеспеченности врачами отмечается в Верховажском, Грязовецком, Никольском, Бабушкинском, Вологодском районах (менее 12 врачей на 10 тыс. человек). Лишь города Вологда и Череповец, а также Великоустюгский и Сокольский районы по обеспеченности врачебным персоналом не уступают среднеобластному показателю; в других районах дела обстоят значительно хуже. Аналогичная ситуация сложилась и по обеспеченности населения средним медицинским персоналом. Если в Вологде и Череповце этот показатель выше среднеобластного, то в Устюженском, Харовском, Вологодском, Череповецком, Грязовецком, Верховажском районах – значительно ниже (менее 80 единиц на 10 тыс. человек).

Таблица 31

**Показатели обеспеченности населения медицинским персоналом
(на 10 тыс. населения)**

Показатель	Год						
	1991	1995	1997	1998	1999	2000	2001
Обеспеченность населения врачами в области	26,7	28,5	30,3	30,6	31,0	31,3	31,2
РФ	42,6	44,5	46,1	46,7	47,1	47,2	–
СЗФО	47,2	48,8	49,8	49,8	50,3	50,6	–
Обеспеченность населения средним медицинским персоналом в области	101	104	108	108	109	109	108

Источник: Источник: данные Департамента здравоохранения Вологодской области; Регионы России: Стат. сб. – М., 2000. – Т. 2. – С. 216–229.

По обеспеченности врачами Россия занимает первое место в мире, однако это не подкрепляется наличием соответствующей численности среднего медперсонала и ростом технического оснащения медицинских учреж-

дений. В Вологодской области численность среднего медицинского персонала превышает численность врачей в 3,5 (в Российской Федерации – в 2-3 раза). Однако в развитых странах это соотношение заметно выше. К примеру, в США количество врачей почти в 4 раза уступает численности среднего медицинского персонала.

За последнее десятилетие заметно снизилась обеспеченность населения больничными койками (табл. 32). В 2001 г. этот показатель составил 114 коек на 10 тыс. населения или 84% к уровню 1991 г.

Таблица 32

Обеспеченность населения больничными койками (коек на 10 тыс. населения)

Регион	Год										
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Вологодская область	135	129	130	130	131	129	120	118	113	113	114
РФ	135	131	129	127	126	124	121	118	116	116	109
СЗФО	129	123	122	120	118	114	112	111	109	110	–

Источник: данные Департамента здравоохранения Вологодской области.

Высокая обеспеченность койками наблюдается в Череповце, Великоустюгском, Бабаевском районах (более 100 коек на 10 тыс. человек). Наиболее низкая – в Вологодском, Череповецком, Грязовецком районах (менее 60).

Данные таблицы 33 показывают, что средняя длительность пребывания больного в стационаре в 2001 г. составила 14,4 дня (по стране в 2000 г. – 15,4), что существенно превышает общепринятый показатель развитых стран (для сравнения: в США средняя продолжительность пребывания больного в стационаре равна 7 дням).

Занятость койки в 2001 г. в области составила 322 дней (в целом по России данный показатель в 2000 г. был равен 313 дням, по Северному экономическому району – 333). Низкий уровень занятости койки в 2001 г. был отмечен в Белозерском, Вологодском, Нюксенском, Сокольском районах (менее 300 дней в году).

Одновременно ряд профильных коек в последние годы функционировал с особой нагрузкой (более 350 дней в году), это прежде всего: терапевтические, кардиологические, гастроэнтерологические, гематологические, нейрохирургические для взрослых, сосудистой хирургии, травматологические для взрослых и детей, ожоговые, неврологические, офтальмологические для взрослых и детей, отоларингологические, ревматологические, пульмонологические для взрослых и детей.

Основные показатели деятельности стационарных служб
в Вологодской области в 1991–2001 гг.

Показатель	Год								
	1991	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	В % к 1991 г.
Среднее пребывание больного на койке	16,2	16,9	17,2	15,8	15,5	15,0	15,0	14,4	89
Больничная летальность	1,0	1,2	1,2	1,1	1,1	1,2	1,2	1,3	130
Уровень госпитализации (на 100 чел.)	23,5	23,9	22,6	22,9	24,0	23,9	24,4	25,2	107
Оборот койки	17,3	18,4	17,5	18,9	20,4	21,5	21,8	22,3	129
Число дней работы койки в году	280	311	301	299	315	323	327	322	115

Источник: данные Департамента здравоохранения Вологодской области.

Таким образом, деятельность стационарных служб в регионе в последние годы характеризовалась высоким уровнем госпитализации, недостаточно эффективным использованием коечного фонда и довольно длительным пребыванием больного в стационаре. Все это свидетельствует как о низком уровне профилактики, высокой заболеваемости, так и об определенных недостатках в работе амбулаторно-поликлинической и стационаро-замещающей служб в области, зачастую имеющих, однако, объективные причины.

Анализ ситуации в сфере укрепления здоровья населения и развития здравоохранения в муниципальных образованиях Вологодской области позволяет отметить следующие моменты:

1. Наихудшие в области показатели по уровню смертности, заболеваемости и болезненности населения были отмечены в Сокольском, Харовском, Вожегодском и Устюженском районах. Высокий уровень заболеваемости и болезненности также зафиксирован в городах Вологде и Череповце (приложение, табл. 1).

2. По показателям обеспеченности медицинским персоналом, больничными койками и уровню финансирования сферы здравоохранения из муниципальных бюджетов (приложение, табл. 2) лидируют г. Череповец, Великоустюгский, Шекснинский, Вашкинский, Сокольский районы. Заметно хуже ситуация в Верховажском, Вожегодском, Грязовецком, Вологодском, Череповецком районах, где эти показатели в 2-3 раза ниже.

3. Наименее благоприятными по характеристикам состояния здоровья населения и уровню развития системы здравоохранения (приложение,

табл. 3) являются Вожегодский, Междуреченский, Харовский районы. Сложная ситуация наблюдается также в Вашкинском, Устюженском, Сокольском, Харовском районах, в Вологде и Череповце.

Для выявления степени зависимости между уровнем смертности, заболеваемости, болезненности населения и обеспеченностью сферы здравоохранения материальными ресурсами и медицинским персоналом был проведен корреляционный анализ по районам Вологодской области отдельно за 1998, 1999, 2000 и 2001 гг. Полученные результаты представлены в табл. 34.

Таблица 34

Кoeffициенты корреляции				
Показатели	Годы	Смертность	Заболеваемость	Болезненность
Обеспеченность врачами	2001	-0,251	0,386	0,590
	2000	-0,243	0,334	0,561
	1999	-0,363	0,678	0,571
	1998	-0,407	0,707	0,584
Обеспеченность средним медперсоналом	2001	0,015	0,208	0,284
	2000	0,093	0,230	0,254
	1999	0,008	0,334	0,561
	1998	0,099	0,214	0,286
Обеспеченность больничными койками	2001	0,134	0,233	0,228
	2000	0,173	0,273	0,198
	1999	0,139	0,144	0,231
	1998	0,06	0,165	0,256

Как видно из данной таблицы, явной зависимости смертности от других показателей не прослеживается. Вероятно, можно говорить лишь о существовании слабой обратной связи между смертностью и обеспеченностью врачами (чем больше врачей, тем ниже показатели смертности).

Анализ выявил наличие заметной прямой корреляционной зависимости между показателями болезненности и, в меньшей степени, заболеваемости и обеспеченностью врачами. Вероятно, это объясняется тем, что с появлением нового специалиста выявляются и регистрируются новые случаи соответствующей болезни (патологии). При отсутствии такого специалиста болезнь не регистрируется, продолжая, тем не менее, существовать.

В остальных случаях коэффициент корреляции достаточно низок (в среднем не превышая 0,3), что свидетельствует об отсутствии явной зависимости данных показателей.

Результаты проведенного корреляционного анализа не позволяют сделать вывод о наличии явной, существенной зависимости между показателями

телями смертности, заболеваемости и болезненности и обеспечением медицинским персоналом и материальными ресурсами (с достаточной долей вероятности можно говорить лишь о существовании прямой зависимости между уровнем заболеваемости и болезненности и обеспеченностью населения врачами).

3.2. Оценка населением уровня и качества медицинской помощи

Повышение качества медицинского обслуживания населения является в настоящее время одной из основных задач реформирования здравоохранения. В число приоритетных задач политического документа «Вологодская область – Здоровье-21: долгосрочная политика охраны и укрепления здоровья населения Вологодской области» входит улучшение качества медицинской помощи и обеспечение прав пациентов на ее получение³².

Для исследования качества медицинского обслуживания важен уровень удовлетворенности людей медицинской помощью. В качестве формы получения информации об этом выступают опросы общественного мнения. Совокупность субъективных оценок населения является своеобразной обратной связью между органами здравоохранения и обществом.

Опросные данные (2002 г.) показывают, что наибольшая часть жителей области (22%) обращается за медицинской помощью один раз в год, примерно столько же (21%) – один раз в полгода. Часто (ежемесячно) и довольно часто (раз в квартал) обращается соответственно 13 и 18% населения. Остальные из тех, кто ответил на данный вопрос, либо прибегают к помощи медицинских служб реже одного раза в год (17%), либо вообще никогда (8%).

При возникновении болезней и недугов большинство жителей области (67% в 2002 г.), как правило, обращаются в поликлиники. Значительно меньше востребованность других медучреждений – больниц (19%), скорой помощи (9%), учреждений по месту работы жителей региона (13%). Невысоким остается уровень пользования услугами платных медучреждений и частнопрактикующих врачей (по 4%). За последний год доля населения, обращающегося в поликлиники, сократилась с 76 до 67%. Несколько уменьшилось и число тех, кто прибегает к услугам платных учреждений (4% по сравнению с 7% в 2001 г.).

³² Политический документ «Вологодская область – Здоровье-21: долгосрочная политика охраны и укрепления здоровья населения Вологодской области». – Вологда, 2000. – С. 19.

В уровне востребованности услуг других медицинских учреждений существенных изменений за этот же период не произошло (табл. 35).

Таблица 35

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; 2002 г.)

Тип учреждения	Территориальный разрез			
	Область	Вологда	Череповец	Районы
В поликлинику	66,7	73,8	65,0	64,0
В больницу	18,7	12,2	6,0	28,5
В медучреждения по месту работы	13,3	11,1	27,7	7,0
Вызываю скорую помощь	9,1	4,6	6,5	12,6
К частнопрактикующему врачу	4,3	5,1	7,8	2,0
В частные медучреждения	4,2	9,5	5,2	1,1

В данном случае существуют и определенные территориальные особенности. Как показывает табл. 35, жители крупных городов чаще обращаются в поликлиники, в платные медучреждения и к частнопрактикующему врачу. В Череповце, вследствие развитой ведомственной медицины, высок уровень обращаемости в медицинские учреждения по месту работы. Жители районов области значительно чаще обращаются в больницу и вызывают скорую помощь из-за меньшей доступности амбулаторно-поликлинических учреждений на селе. Такая ситуация ограничивает возможность своевременного выявления и предотвращения заболеваемости населения в районах. В этой связи очень важной представляется реализация задач политического документа «Вологодская область – Здоровье-21», направленных на сокращение различий в уровне здоровья жителей городов и муниципальных районов, а также между городскими и сельскими жителями этих районов³³.

Причины, по которым жители области даже в случае болезни не обращаются за медицинской помощью, в 2001 – 2002 гг. были практически неизменными (рис. 10).

³³ Политический документ «Вологодская область – Здоровье-21: долгосрочная политика охраны и укрепления здоровья населения Вологодской области». – Вологда, 2000. – С. 14.

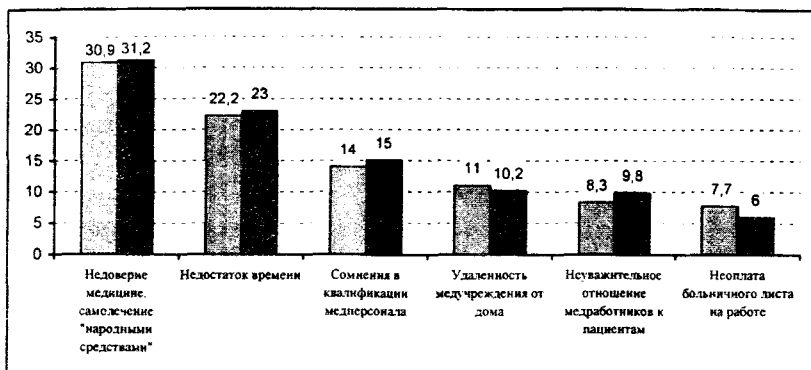


Рис. 10. Распределение ответов на вопрос: «Если в случае болезни Вы не обращаетесь в поликлинику, то по какой причине?» (в % от числа опрошенных)

В связи с опасностью, которую несет в себе игнорирование заболеваний или их симптомов, для здоровья как самого человека, так и его окружающих чрезвычайно важной является реализация мер, направленных на устранение подобных причин. Большинство из них относится к разряду «управляемых» – их можно устранить и улучшением качества медицинского обслуживания, и последовательным повышением доверия населения к услугам системы здравоохранения. Поскольку часть трудящихся сталкивается с фактами неоплаты больничных листов по месту их занятости, компетентным структурам следует обратить особое внимание на необходимость соблюдения трудового законодательства РФ в этой части.

Одна из основных задач реформирования здравоохранения – повышение качества медицинской помощи. Большое значение для достижения необходимого эффекта лечения имеет взаимопонимание между врачом и пациентом. Согласно специальным исследованиям, при высоком его уровне число случаев значительного улучшения состояния здоровья пациентов превышает число случаев отсутствия эффекта в 4 раза, причем степень позитивных изменений не зависит от квалификационной категории врача³⁴. Это показывает, насколько важным является обеспечение качества медицинского обслуживания, соответствующего потребностям населения.

Результаты мониторинга показывают, что в 2002 г. продолжался отмечаемый с 2000 г. рост доли жителей области, не удовлетворенных качеством обслуживания в медицинских учреждениях различных типов. Она

³⁴ <http://ns.kuban.su/medicine/shun/baza/lek/klfhtm/part5/5-14.htm>

составляет, в зависимости от типа учреждения, от 23 до 26%. Наблюдается и обратная картина: за последний год несколько вырос удельный вес тех, кто удовлетворен качеством обслуживания в поликлиниках по месту жительства, – с 31 до 35%, в частных медучреждениях – с 38 до 41% (рост незначителен, но заслуживает внимания, т. к. с 1999 г. по 2001 г. эти показатели неуклонно снижались). Посетители частных учреждений, как и прежде, выражают наибольшую удовлетворенность качеством медицинского обслуживания (табл. 36).

Таблица 36

Степень удовлетворенности респондентов качеством медицинского обслуживания
(в % от числа регулярно обращающихся к врачу)

Тип учреждения	Год	Удовлетворены	Относительно удовлетворены	Не удовлетворены
Поликлиника по месту жительства	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	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
Частные медицинские учреждения	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

Снижение удовлетворенности населения Вологодской области медицинским обслуживанием вызывает значительные опасения, поскольку это может явиться весомой предпосылкой недостаточного эффекта лечения в учреждениях медицинской сферы. Это, в конечном итоге, скажется на здоровье населения и повлечет за собой снижение эффективности ресурсных затрат на функционирование здравоохранительной системы.

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 (45%), вызове врача на дом, лечении зубов (по 38%), обращении к врачу в поликлинику (37%), диагностическом обследовании (35%). Обращает на себя внимание высокая степень неудовлетворенности населения обслуживанием в больницах при госпитализации, а также в женских консультациях, то есть при обращении к видам медицин-

ской помощи, требующей, вероятно, особого внимания к индивидуальным нуждам и интересам пациентов (табл. 37).

Таблица 37

Степень удовлетворенности населения качеством медицинского обслуживания по видам помощи (в % от числа обращающихся; 2002 г.)

Вид помощи	Удовлетворены	Относительно удовлетворены	Не удовлетворены	
Вызов скорой неотложной помощи	44,5	34,9	20,6	
Вызов врача на дом	38,2	40,1	21,7	
Лечение и удаление зубов	37,8	38,8	23,3	
Обращение к врачу в поликлинику	37,3	45,6	17,1	
Диагностическое обследование	35,2	39,8	25,0	
Амбулаторное лечение	33,7	45,9	20,4	
Протезирование зубов	25,4	39,1	35,5	
Госпитализация	для хирургической операции	21,6	43,8	34,6
	с нехроническим заболеванием	18,1	44,4	37,5
	с хроническим заболеванием	22,9	48,9	28,2
Консультация по беременности и родам	20,2	46,5	33,3	

К наиболее распространенным негативным явлениям, с которыми приходится сталкиваться при обращении за помощью в медицинские учреждения, жители области относят: очереди, невозможность попасть на прием в удобное время, плохую организацию работы регистратур, недостаток справочной информации о работе тех или иных специалистов (табл. 38).

Таблица 38

Распределение ответов респондентов на вопрос: «Приходилось ли Вам в течение последнего года сталкиваться со следующими явлениями в деятельности медучреждений?» (вар-ты ответа «часто» и «иногда», в % от числа опрошенных; 2002 г.)

Явление	Область		Вологда		Череповец		Районы	
	Часто	Иногда	Часто	Иногда	Часто	Иногда	Часто	Иногда
Очереди	56,9	14,2	58,4	12,4	44,1	20,9	62,7	11,6
Невозможность попасть на прием в удобное время	39,8	21,8	35,1	22,4	34,5	24,3	44,8	20,2
Плохая организация работы регистратур	20,9	18,7	14,6	24,1	20,6	18,5	24,1	16,2
Недостаток информации о работе специалистов, о том, к кому можно обратиться в случае заболеваний	20,7	16,4	18,9	20,8	15,9	18,8	24,1	13,0
Необходимость оплачивать услуги мед. учреждений, которые должны предоставляться бесплатно	17,4	18,1	12,4	18,6	11,5	24,3	22,9	14,7
Опоздания, нерегламентированные перерывы в работе медработников	17,2	17,9	13,5	21,1	11,0	17,0	22,2	16,9
Хамство, неуважительное отношение к пациентам	15,2	15,9	11,4	18,4	11,5	15,7	19,0	14,9

Еще в большей степени, чем в среднем по региону, эти проблемы актуальны для районов области, где часто сталкиваются с очередями 63% опрошенных, с невозможностью попасть на прием в удобное время – 45%, с плохой организацией работы регистратур и недостатком информации о работе специалистов – по 24% и т. д. (см. табл. 38). Эти проблемы снижают и без того недостаточную доступность медицинской помощи для жителей районов области, что также требует пристального внимания.

Интересны представления жителей области о приоритетных мерах по совершенствованию функционирования системы здравоохранения в регионе. По мнению респондентов, повышению эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений сегодня может способствовать прежде всего повышение квалификации медицинского персонала (53%), внедрение новых технологий (48%), полное обеспечение медикаментами (40%), в меньшей степени – другие меры (рис. 11).

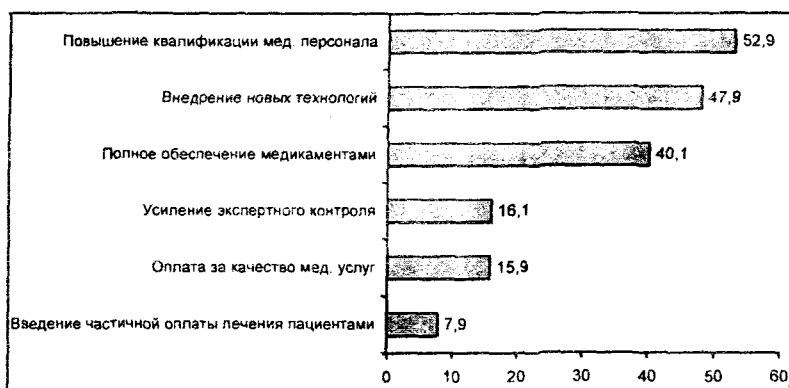


Рис.11. Распределение ответов на вопрос: «Что, на Ваш взгляд, может способствовать повышению эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений?» (в % от числа опрошенных, 2002 г.)

Таким образом, в последние годы принципиальных изменений в уровне удовлетворенности жителей области качеством медицинского обслуживания не происходит, хотя продолжает постепенно нарастать доля тех, кто им не удовлетворен. Опрос 2002 г. показал наличие в организации деятельности лечебно-профилактических учреждений ряда существенных проблем, которые особенно остро ощущаются жителями районов области.

3.3. Информированность населения в вопросах охраны и укрепления здоровья

Одним из основных элементов, определяющих эффективность деятельности людей по охране и укреплению собственного здоровья, являются их знания о принципах здорового образа жизни, о мерах по профилактике и предотвращению заболеваний. Отсутствие или недостаток достоверной и качественной информации такого рода – существенное препятствие для повышения личной ответственности граждан в отношении своего здоровья. В свою очередь, данные о характере информированности жителей региона в вопросах здоровья, источниках получения ими этой информации чрезвычайно важны при разработке и реализации политики здравоохранения.

Рассмотрим, какова существующая в настоящее время практика информирования населения региона по вопросам охраны и укрепления здоровья и уровень его информированности в этой сфере.

Как показывают исследования ВНКЦ 2000-2002 гг., среди источников получения жителями Вологодской области знаний о профилактике здоровья в настоящее время преобладают различные СМИ (табл. 39): телевидение, газеты, радио. Отметим, что доля населения, получающего эту информацию от медицинских работников, сократилась с 29% в 2000 г. до 21% в 2002 г.

Таблица 39

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

Источники информации	Вариант ответа					
	Получали			Хотели бы получить		
	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.
Телевидение	80,5	68,5	77,8	65,5	69,6	68,5
Газеты	59,6	61,1	50,4	46,5	53,6	50,5
Радиопередачи	30,5	32,4	27,8	24,4	24,7	23,1
Медицинские работники	22,9	26,0	21,0	19,3	50,3	43,9
Журналы	28,9	25,4	26,1	49,3	22,3	26,5
Семья	14,4	20,0	16,1	16,3	17,5	16,7
Научно-популярные издания	8,0	8,4	7,4	15,2	19,3	14,5
Другие источники	1,3	1,0	1,6	4,7	1,4	9,7

В то же время ощущается нехватка квалифицированной информации, получаемой населением от медицинских работников: потребность в ней (44%) оказалась практически вдвое выше реально имеющегося уровня (21%). Если среди реальных источников информации медицинские работники занимают пятое место, уступая всем СМИ, то среди желаемых –

третье место после телевидения и газет. Довольно высока потребность в получении информации из научно-популярных изданий здравоохранительной тематики. На наш взгляд, потребности жителей области в информации о здоровье наиболее полно могли бы быть реализованы путем развития службы семейных врачей, в функции которых входило бы информирование населения, а также специализированных СМИ здравоохранительной тематики (например, бесплатной многотиражной газеты).

По данным опроса, сведения, получаемые из различных источников, полезными или скорее полезными считает 61% населения. Форма подачи информации была оценена респондентами (по десятибалльной шкале) в 5,4 балла (в 2001 г. – в 5,1 балла), содержание – в 5,5 балла (в 2001 г. – 5,3), уровень доступности – в 5,6 балла (в 2001 г. – 5,4). Наименьшая оценка дана возможности использования информации на практике – 4,8 балла (столько же было и год назад). Несмотря на некоторое улучшение оценок, качество информирования населения по вопросам охраны и укрепления здоровья имеет резервы для повышения. Особое внимание следует уделить практической значимости информации, возможности использования полученных знаний в повседневной жизни.

В ходе опроса 2002 г. 52% респондентов (в 2001 г. – 56%) отметили, что им недостаточно получаемой информации для профилактики заболеваний. Людей интересуют прежде всего вопросы питания, здоровой физической активности, стрессов, кровяного давления и др. (табл. 40).

Таблица 40

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

Темы о здоровье	Всего	До 30 лет	30-55 лет	Старше 55 лет
Питание	60,3	60,1	58,2	65,8
Здоровая физ. активность	44,7	52,6	43,2	38,8
Стрессы	33,5	30,6	36,6	29,3
Кровяное давление	27,8	12,7	27,4	47,9
Вопросы сексуальной жизни	23,6	35,8	24,7	5,5
Избыточный вес	21,6	18,7	22,2	23,8
Вред наркотиков	19,7	25,4	19,3	13,7
Вред курения	18,1	23,3	17,1	14,0
Вред алкоголя	12,4	13,2	13,4	8,8

Следует отметить, что потребность в информации о здоровье имеет свои особенности у различных возрастных групп населения. Так, молодежь высказывает более высокую заинтересованность в сведениях по вопросам сексуальной жизни и вреда наркотиков, а люди пожилого возраста

– о кровяном давлении и избыточном весе. Эти особенности целесообразно учитывать в процессе информирования населения в вопросах охраны и укрепления здоровья.

Среди специализированных форм передачи информации предпочтительнее жителями области отдается тематическим передачам о здоровье на телевидении, бесплатной многотиражной газете по вопросам охраны и укрепления здоровья, специальным справочным службам (многоканальному телефону). В наименьшей степени опрошенные оказались заинтересованы в школах укрепления здоровья, в лекциях по вопросам охраны и укрепления здоровья по месту работы, учебы, что может быть обусловлено недостаточной осведомленностью населения об этих формах распространения знаний о здоровье (табл. 41).

Таблица 41

Источники информации о здоровье, необходимые жителям области
(средний балл, от 1 до 10)

Источники информации	Территориальный разрез			
	Об- ласть	Воло- гда	Чере- повец	Рай- оны
Специальные передачи о здоровье на телевидении	6,0	5,1	6,6	6,2
Бесплатная многотиражная газета по вопросам охраны и укрепления здоровья	5,8	5,6	6,0	5,7
Справочная служба об услугах здравоохранения	5,5	5,6	5,8	5,1
Специальные передачи о здоровье по радио	5,3	4,6	5,7	5,4
Справочный многоканальный телефон по вопросам здравоохранения	5,3	5,6	5,2	5,1
Публикаций материалов о здоровье в еженедельных рекламных газетах	5,2	5,2	5,6	5,0
Школы укрепления здоровья с лекционными и практическими занятиями по интересующей респондентов тематике о здоровье	5,0	5,6	4,0	5,4
Лекции по вопросам охраны и укрепления здоровья по месту работы, учебы респондентов	4,6	4,7	4,0	4,9

Необходимо отметить, что политика информирования населения в вопросах охраны и укрепления здоровья не должна ограничиваться действиями по расширению знаний жителей региона о методах профилактики тех или иных заболеваний. Важное значение имеет информирование о политике здравоохранения в целом, о различных мероприятиях, основных программных и нормативно-правовых документах в этой сфере. Показателен тот факт, что о существовании политического документа «Вологодская область – Здоровье-21», принятого в мае 2000 г., в 2002 г. было известно лишь 18% жителей области и только 10% знали о его содержании. При

этом 63% из тех, кто не знаком с текстом, хотели бы ознакомиться. Это говорит о необходимости широкого информационного обеспечения столь важного для региона документа.

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

- Происходит перегрузка стационарной службы. Сохраняется высокий уровень госпитализации населения; большая длительность лечения больного в стационаре, неэффективное использование коечного фонда.
- Неэффективно используется скорая медицинская помощь.
- Недостаточно используется амбулаторно-поликлиническая служба и в особенности дневные стационары.
- В регионе сохраняется недостаточная обеспеченность медицинским персоналом.

Среди негативных явлений, с которыми сталкиваются жители области при обращении в медицинские учреждения, наиболее распространены очереди и невозможность попасть на прием в удобное время, что снижает доступность медицинской помощи для жителей районов области. Повышению эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений, по мнению непосредственно жителей области, может способствовать прежде всего повышение квалификации медицинских работников, внедрение новых технологий, полное обеспечение медикаментами и, в меньшей степени, – введение частичной оплаты лечения пациентами. В плане повышения информированности населения в вопросах охраны и укрепления здоровья сегодня требуется увеличение объема качественной профессиональной информации о здоровье и профилактике заболеваний, предоставляемой медицинскими учреждениями и средствами массовой информации. При этом темы и формы подачи информации должны варьироваться в зависимости от социально-демографических особенностей потребителей.

4. НАПРАВЛЕНИЯ ОХРАНЫ И УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РЕГИОНА

Результаты проведенного анализа состояния общественного здоровья в регионе свидетельствуют о необходимости активизации деятельности, направленной на его охрану и укрепление. Особую роль, на наш взгляд, требуется уделить снижению негативного воздействия различных факторов на здоровье населения.

Результаты проведенного исследования позволяют выделить ряд направлений не медицинского характера:

Повышение материального положения населения.

Для этого необходимо:

- обеспечить стабильный рост реальных доходов населения (5 – 10% в год);
- сократить доли населения с доходами ниже величины прожиточного минимума до 10%.

Успешная реализация этих мер должна привести к повышению экономической самостоятельности населения, оптимизации потребительских расходов домохозяйств, рационализации структуры продовольственного потребления и повышению качества питания населения, расширению возможностей для полноценного отдыха, занятий физической культурой и спортом.

Развитие системы адресной социальной помощи социально незащищенным слоям населения.

Она предполагает:

- перераспределение социальных льгот от высокодоходных слоев населения в пользу низкодоходных (на основе применения методов экспертных оценок);
- расширение сети медико-социальных служб, оказывающих услуги социально незащищенным слоям населения региона: пенсионерам, инвалидам, малоимущим семьям и т.п.

Улучшение условий труда, охрана и укрепление здоровья трудящихся.

Здесь рекомендуется осуществить следующие мероприятия:

- детальную проработку вопросов охраны труда на предприятиях и в организациях в рамках системы трехсторонних соглашений и коллективных договоров;

- усиление контроля за техникой безопасности и санитарно-гигиеническими условиями труда на предприятиях и в организациях;
- разработку и принятие нормативно-правовых актов о мерах по усилению трудовых прав граждан, занятых в сфере малого бизнеса;
- включение в трехсторонние соглашения и коллективные договоры обязательств работодателей о согласованных отчислениях на охрану и укрепление здоровья работников (профосмотры, занятия физкультурой и спортом, санаторно-курортное лечение и т.д.).

Повышение ответственности граждан за свое здоровье, пропаганда здорового образа жизни и отказа от вредных привычек.

Необходимо сформировать у жителей региона установки на более ответственное отношение к своему здоровью, снижение распространенности вредных привычек. Для этого целесообразно осуществить:

- расширение сети кабинетов медицинской профилактики и здорового образа жизни в амбулаторно-поликлинических учреждениях региона;
- ежемесячный выпуск многотиражной бесплатной газеты, пропагандирующей здоровый образ жизни;
- расширение в СМИ региона количества публикаций, пропагандирующих здоровый образ жизни и отказ от вредных привычек (в рамках имеющих бюджетных дотаций СМИ);
- ежемесячное проведение в муниципальных образованиях массовых физкультурно-оздоровительных мероприятий с целью пропаганды здорового образа жизни («Спортивная семья», «Дворовая команда» и т.п.).

Совершенствование информационного обеспечения охраны и укрепления здоровья населения.

В данном направлении предлагается реализовать следующие мероприятия:

- подготовку и представление ежегодного доклада губернатора области о состоянии здоровья населения региона;
- создание системы мониторинга здоровья населения региона;
- регулярное информирование населения о нормативно-правовых актах в сфере охраны и укрепления здоровья (в рамках имеющихся бюджетных дотаций СМИ);

- расширение количества публикаций по проблемам здоровья населения, дифференцированных по критерию возраста потенциальных читателей (в рамках имеющихся бюджетных дотаций СМИ);
- создание в городах и районах области справочной службы, открытие многоканального телефона о рынке медицинских услуг в регионе.

Особняком среди факторов, влияющих на общественное здоровье, стоит эффективность функционирования системы здравоохранения в регионе. В данном направлении следует выделить две **основных задачи**: создание условий для предоставления населению качественной медицинской помощи и повышение экономической эффективности системы здравоохранения.

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

1.1. Сбалансированность объемов предоставляемой государством бесплатной медицинской помощи населению с финансовыми возможностями посредством:

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

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

1.3. Повышение качества медицинского обслуживания. Совершенствование системы изучения и учета мнения пациентов о качестве медицинского обслуживания.

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

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

2. Повышение экономической эффективности системы здравоохранения.

2.1. Совершенствование системы финансирования здравоохранения. Это предусматривает:

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

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

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

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

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

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

2.2. Проведение реструктуризации сети лечебно-профилактических учреждений.

2.2.1. Основной задачей представляется совершенствование организации **стационарной службы**. Она должна включать следующие мероприятия:

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

– разработку финансовых механизмов, стимулирующих сокращение уровня госпитализации;

- дальнейшее уменьшение срока лечения больного в стационаре с 14,4 до 12-13 дней за счет более широкого развития и использования стационарозамещающих служб (дневных стационаров, домов сестринского ухода, «хосписов» и т.д., в том числе и в районах области).

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

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

- максимально приблизить к 100% укомплектованность поликлиник врачами и средним медицинским персоналом (особенно в Бабушкинском, Верховажском, Грязовецком, Кирилловском, Никольском районах); для этого в первую очередь необходимо создать благоприятные (в том числе и материальные) условия для работы;
- значительно увеличить число коек в дневных стационарах поликлиник;
- ввести институт врача общей практики.

2.2.3. Целесообразно повысить эффективность деятельности службы скорой медицинской помощи. Этот вид помощи является наиболее дорогостоящим. В последние годы потребление услуг скорой медицинской помощи неуклонно растет. При этом показатель обращаемости в эту службу на 27% превышает федеральный норматив (в 2001 г. по области он составил 403,9 вызова при федеральном нормативе 318 вызовов на 1000 жителей). Особенно высок уровень обращаемости в Белозерском, Чагодощенском, Вытегорском, Кирилловском районах). Необходимо снизить нагрузку на эту службу, сократив до минимума нерациональное ее использование. Для этого требуется организовать эффективную работу участковых служб (участковых терапевтов, семейных врачей).

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

2.3. Совершенствование системы управления здравоохранением в области:

- а) совершенствование системы мониторинга реализации стратегического плана развития здравоохранения области, направленной на оперативную оценку достигаемых результатов, на определение текущих проблем и путей их решения;
- б) разработка и принятие муниципальных стратегических планов развития здравоохранения;
- в) осуществление постоянного мониторинга эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений.

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

2.5. Создание условий для рационального использования ресурсов.

2.6. Совершенствование информационного обеспечения системы здравоохранения. Это предусматривает:

- а) повышение доступности для органов управления здравоохранения информации, необходимой для оценки и прогнозирования уровня общественного здоровья населения области;
- б) совершенствование системы сбора информации об уровне ресурсного обеспечения системы здравоохранения и эффективности использования ресурсов, доступности и качестве медицинского обслуживания;
- в) обеспечение населения информацией о видах медицинских услуг, о необходимости ведения здорового образа жизни.

2.7. Создание условий для роста инвестиций со стороны граждан и работодателей в улучшение состояния общественного здоровья.

Реализация указанных направлений в комплексе, на наш взгляд, должна способствовать реальному улучшению состояния здоровья населения Вологодской области.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Современное состояние здоровья населения Вологодской области представляет собой острую проблему. Процессы депопуляции (ежегодно численность населения уменьшается на 10 тыс. чел., или 0,6% от всего населения), «вымирания села», рост смертности (особенно среди трудоспособного населения) и заболеваемости по большинству видов болезней грозит уже в ближайшей перспективе серьезным социально-демографическим кризисом, что безусловно отразится негативным образом и на социально-экономической и политической жизни региона.

Невысокий уровень здоровья большинства населения обусловлен отрицательным влиянием множества факторов, таких, как: низкий уровень жизни большинства жителей региона; плохое качество питания, воды; недостаточное внимание населения к профилактике собственного здоровья, слабая удовлетворенность уровнем медицинского обслуживания.

Решить эти социальные проблемы за короткий период чрезвычайно сложно в силу их многофакторности. Поэтому успех деятельности по улучшению состояния здоровья может быть достигнут только в результате межсекторального взаимодействия. Требуется выработка и реализация единой, целенаправленной политики по охране и укреплению здоровья, основанной на таком подходе.

В этом направлении уже предприняты значительные практические шаги. В 2000 г. утверждена Концепция «Вологодская область – Здоровье-21: долгосрочная политика охраны и укрепления здоровья населения Вологодской области», которая стала основой для разработки и реализации целевых программ в сфере охраны и укрепления здоровья. В 2002 г. Правительством области был принят «Стратегический план по охране и укреплению здоровья населения Вологодской области на 2002–2010 гг.». План рассчитан на 8 лет. В случае успешной его реализации ожидается улучшение здоровья населения области, о чем будут свидетельствовать как объективные показатели здоровья, так и самооценка его жителями городов и районов.

Однако принятие любых, даже самых правильных решений недостаточно для серьезных изменений в динамике общественного здоровья, которых настоятельно требует логика самосохранения и устойчивого разви-

тия региона. Требуется усиление и координация мер, направленных в первую очередь на снижение негативного воздействия факторов риска на здоровье человека и формирование у населения системы моральных ценностей по сохранению и укреплению здоровья.

В то же время усилиями одних региональных органов управления существенных результатов в этом направлении добиться сложно. Необходимы серьезные изменения политики по охране и укреплению здоровья населения на федеральном уровне, переход от деклараций к реальным делам, поскольку потери в человеческом потенциале трудновосполнимы.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Таблица 1

Уровень смертности, заболеваемости и болезненности населения Вологодской области по районам

Территории	Число умерших (в расчете на 1000 человек)		Рейтинг района*	Заболеваемость (на 100 тыс. че- ловек)		Рейтинг района	Болезненность населения (на 100 тыс. человек)		Рейтинг района
	2000 г.	2001 г.		2000 г.	2001 г.		2000 г.	2001 г.	
Вологодская область	15,7	17,1		83162	81688		131833	131833	
1. Бабаевский р-н	23	22	23-25	53524	60611	7	102983	110238	9
2. Бабушкинский р-н	17	20	16-18	49001	48628	2	79178	79475	2
3. Белозерский р-н	18	20	16-18	61591	70633	16	120323	138585	12
4. Вашкинский р-н	18	24	26	66635	69102	14	121759	117153	15
5. Великоустюгский р-н	17	19	9-15	80744	82884	23	134071	135565	11
6. Верховажский р-н	19	19	9-15	42266	49138	3	78876	88810	3
7. Вожегодский р-н	20	22	23-25	75035	81543	22	111759	122917	21
8. Вологодский р-н	15	17	6-7	53394	51089	4	97331	95842	4
9. Вытегорский р-н	19	21	19-22	60021	61076	8	98979	97432	6
10. Грязовецкий р-н	16	18	8	63252	72249	17	99695	107323	8
11. Кадуцкий р-н	18	19	9-15	67134	72537	8	102771	116199	13
12. Кирилловский р-н	20	19	9-15	64246	67003	12	113272	117496	17
13. Кич.-Городецкий р-н	19	20	16-18	60434	60345	6	108345	110736	10
14. Междуреченский р-н	18	21	19-22	103723	94260	27	188469	168514	27
15. Никольский р-н	18	19	9-15	47667	37670	1	79703	69231	1
16. Ньюксенский р-н	13	15	2-3	7657	66894	11	103828	106370	7
17. Сокольский р-н	20	21	19-22	113490	122136	28	179496	192629	28
18. Сямженский р-н	16	16	4-5	69452	67340	13	126195	120628	18
19. Тарногский р-н	18	17	6-7	69389	74663	21	109972	120662	19
20. Тотемский р-н	15	16	4-5	71772	74273	20	115830	127172	23
21. Усть-Кубинский р-н	19	21	19-22	65487	72850	19	109644	116572	14
22. Устюженский р-н	23	27	28	60434	60345	9	118063	122693	20
23. Харовский р-н	20	22	23-25	103723	94260	25	151395	146042	25
24. Чагодощенский р-н	26	25	27	47667	37670	10	115817	117176	16
25. Череповецкий р-н	17	19	9-15	7657	66894	5	91226	96943	5
26. Шекснинский р-н	19	19	9-15	113490	122136	15	130552	126695	22
27. г. Череповец	13	14	1	69389	74663	24	135569	134434	24
28. г. Вологда	13	15	2-3	69452	67340	26	152925	146356	26

* Рейтинговая оценка районов по всем трем показателям выставляется по возрастающей шкале (от районов с самыми низкими показателями к районам с самыми высокими).

Таблица 2

**Обеспеченность населения медицинским персоналом
и больничными койками (на конец года, на 10000 человек)**

Территория	Обеспеченность врачами (на 10000 человек)			Обеспеченность средним медицин- ским персоналом (на 10000 человек)			Обеспеченность койками (на 10000 человек)			Исполнение бюджета (на душу населе- ния, в руб.)**	
	2000 г.	2001 г.	Рейтинг района*	2000 г.	2001 г.	Рейтинг района	2000 г.	2001 г.	Рейтинг района	2001 г.	Рейтинг района
Вологодская область	31	31		118	119		113	114		1023	
1. Бабаевский р-н	17	17	7-11	90	91	10	104	102	3	457	25
2. Бабушкинский р-н	13	12	23-26	89	87	16	87	87	15-16	587	14
3. Белозерский р-н	14	15	14-16	90	94	8	99	99	4-5	586	15
4. Вашкинский р-н	17	17	7-11	105	108	3	100	99	4-5	631	10
5. Великоустюгский р-н	28	28	3	119	123	1	107	107	2	666	8
6. Верховажский р-н	11	11	27	76	76	22-23	83	83	20-21	461	26
7. Вожегодский р-н	13	13	20-22	82	81	21	78	78	23	549	18
8. Вологодский р-н	12	12	23-26	47	48	28	49	50	28	386	28
9. Вытегорский р-н	14	15	14-16	86	84	18	85	90	9-10	596	12
10. Грязовецкий р-н	12	12	23-26	60	59	27	64	64	25	498	24
11. Кадуйский р-н	18	17	7-11	80	82	20	72	73	24	713	6
12. Кирилловский р-н	14	14	17-19	84	83	19	94	92	7	604	11
13. Кич-Городецкий р-н	13	14	17-19	87	88	14-15	81	82	22	724	5
14. Междуреченский р-н	14	13	20-22	92	88	14-15	77	84	19	583	16
15. Никольский р-н	9	8	28	100	100	6	84	85	17-18	516	20
16. Нюксенский р-н	15	15	14-16	97	89	11-13	89	89	11-12	705	7
17. Сокольский р-н	26	27	4	102	101	4	95	90	9-10	570	17
18. Сямженский р-н	13	13	20-22	97	92	9	90	89	11-12	592	13
19. Тарногский р-н	15	16	12-13	96	101	5	84	85	17-18	774	2
20. Тотемский р-н	17	17	7-11	87	89	11-13	91	91	8	660	9
21. Усть-Кубенский р-н	12	12	23-26	89	89	11-13	87	88	13-14	510	23
22. Устюженский р-н	16	16	12-13	74	76	22-23	87	88	13-14	539	19
23. Харовский р-н	17	17	7-11	78	74	24	86	87	15-16	514	21
24. Чагодощенский р-н	17	18	5-6	99	98	7	82	83	20-21	512	22
25. Череповецкий р-н	14	14	17-19	63	63	26	58	55	27	455	27
26. Шекснинский р-н	18	18	5-6	93	86	17	96	97	6	764	3
27 г. Череповец	36	35	1	109	111	2	113	113	1	1038	1
28 г. Вологда (без учета областных учреждений)	31	30	2	76	71	25	60	59	26	743	4

* Рейтинговая оценка районов по всем показателям выставляется по убывающей шкале (от районов с самыми высокими показателями к районам с самыми низкими).

** Расходы муниципальных бюджетов на здравоохранение (на душу населения района, в руб.).

Таблица 3

Рейтинг муниципальных образований Вологодской области за 2001 г.

Районы области	Смертность	Заболеваемость	Болезненность	Ср. балл (1-3)	Обеспеченность			Исполнение бюджета	Ср. балл (5-8)	Ср. балл*
					Врачами	Средним мед. персоналом	Больничными койками			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Бабаевский р-н	23-25	7	9	13,3	7-11	10	3	25	11,8	12,6
2. Бабушкинский р-н	16-18	2	2	7	23-26	16	15-16	14	17,5	12,3
3. Белозерский р-н	16-18	16	12	15	14-16	8	4-5	15	10,6	12,8
4. Вашкинский р-н	26	14	15	18,3	7-11	3	4-5	10	6,6	12,5
5. Великоустюгский р-н	9-15	23	11	15,3	3	1	2	8	3,5	9,4
6. Верховажский р-н	9-15	3	3	6,0	27	22-23	20-21	26	24,0	15,0
7. Вожегодский р-н	23-25	22	21	22,3	20-22	21	23	18	20,8	21,6
8. Вологодский р-н	6-7	4	4	4,8	23-26	28	28	28	27,1	16,0
9. Вытегорский р-н	19-22	8	6	11,5	14-16	18	9-10	12	13,6	12,6
10. Грязовецкий р-н	8	17	8	11,0	23-26	27	25	24	25,0	18,0
11. Кадуйский р-н	9-15	8	13	11,0	7-11	20	24	6	14,8	12,9
12. Кирилловский р-н	9-15	12	17	13,7	17-19	19	7	11	13,8	13,8
13. Кич-Городецкий р-н	16-18	6	10	11,0	17-19	14-15	22	5	14,9	13,0
14. Междуреченский р-н	19-22	27	27	24,8	20-22	14-15	19	16	17,6	21,2
15. Никольский р-н	9-15	1	1	4,7	28	6	17-18	20	17,9	11,3
16. Нюксенский р-н	2-3	11	7	6,8	14-16	11-13	11-12	7	11,4	9,1
17. Сокольский р-н	19-22	28	28	25,5	4	4	9-10	17	8,6	17,1
18. Сямженский р-н	4-5	13	18	11,8	20-22	9	11-12	13	13,6	12,7
19. Тарногский р-н	6-7	21	19	15,5	12-13	5	17-18	2	9,3	12,4
20. Тотемский р-н	4-5	20	23	15,8	7-11	11-13	8	9	9,5	12,7
21. Усть-Кубенский р-н	19-22	19	14	17,8	23-26	11-13	13-14	23	18,3	18,1
22. Устюженский р-н	28	9	20	19,0	12-13	22-23	13-14	19	16,9	18,0
23. Харовский р-н	23-25	25	25	24,7	7-11	24	15-16	21	17,4	21,1
24. Чагодощенский р-н	27	10	16	17,7	5-6	7	20-21	22	13,8	15,8
25. Череповецкий р-н	9-15	5	5	7,3	17-19	26	27	27	24,5	15,9
26. Шекснинский р-н	9-15	15	22	16,3	5-6	17	6	3	7,9	12,1
г. Череповец	1	24	24	16,3	1	2	1	1	1,3	8,8
г. Вологда	2-3	26	26	18,2	2	25	26	4	14,3	16,3

*Средний балл по всем показателям.

Научное издание

**Состояние здоровья населения региона:
тенденции и перспективы**

**Попугаев Александр Иванович
Гулин Константин Анатольевич
Короленко Наталья Александровна
Селиванов Евгений Альбертович
Тихомирова Галина Владимировна**

Научные редакторы

В.А. Ильин

А.А. Колинко

Технический редактор	Т.А. Табунова
Редакционная подготовка	Л.Н. Воронина
Компьютерная верстка	Е.А. Селиванов
Оформление обложки	Н.В. Родионова

Подписано в печать 20.03.03.

Формат бумаги 60x84 1/16. Бумага офсетная.

Усл. печ. л. 3,7. Тираж 500 экз. Заказ № 67.

160014, г. Вологда, ул. Горького, 56а, ВНКЦ ЦЭМИ РАН,
тел. 24-42-26, e-mail: common@vsscc.ac.ru
