

На правах рукописи

ЕВСЮКОВ АНДРЕЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ

МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ
ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СЕЛЬСКОМУ
НАСЕЛЕНИЮ В СОВРЕМЕННЫХ ЭКОНОМИЧЕСКИХ
УСЛОВИЯХ

14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

доктора медицинских наук

Москва – 2010

Работа выполнена в ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет», на кафедре общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом менеджмента сестринского дела

Научный консультант:

Доктор медицинских наук,
профессор

Калининская Алефтина Александровна

Официальные оппоненты:

Заслуженный деятель науки РФ,
доктор медицинских наук,
профессор

Линденбратен Александр Леонидович

Доктор медицинских наук,
профессор

Рогожников Вячеслав Александрович

Доктор медицинских наук,
профессор

Злобин Александр Николаевич

Ведущая организация

ГОУ ВПО «Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова
Росздрава»

Защита состоится «___» _____ 2010 г. в 10 часов на заседании диссертационного совета Д. 208.110.01 при ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения МЗиСР РФ» по адресу: 127254, г. Москва, ул. Добролюбова, 11.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ЦНИИОИЗ МЗ РФ (127254, г. Москва, ул. Добролюбова, 11).

Автореферат разослан «___» _____ 2010 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
доктор медицинских наук

К.Г. Пучков

Список сокращений

БОД – болезни органов дыхания
БСК – болезни системы кровообращения
ВП – внешние причины (травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин)
ВОП – врач общей практики
ДС – дневной стационар
ДТП – дорожно-транспортное происшествие
ЗН – злокачественные новообразования
ИБС – ишемическая болезнь сердца
ЛПУ – лечебно-профилактическое учреждение
МЗ – министерство здравоохранения
МО – муниципальное образование
МР – муниципальный район
ОВП – общая врачебная практика
ОИМ – острый инфаркт миокарда
ОМС – обязательное медицинское страхование
ПИМ – повторный инфаркт миокарда
ПЛЖ – потерянные года жизни
ПМСП – первичная медико-санитарная помощь
РБ – Республика Башкортостан
РФ – Российская Федерация
СВА – сельская врачебная амбулатория
СППЖ – средняя продолжительность предстоящей жизни
Ф – форма
ФАП – фельдшерско-акушерский пункт
ЦВЗ – цереброваскулярные болезни
ЦРБ – центральная районная больница

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы.

На протяжении последних десятилетий и до настоящего времени особенно сложной остается ситуация со здоровьем населения и системой его охраны в сельской местности в силу сложившихся демографических, экономических, территориальных, культурных, медицинских организационно-управленческих факторов сельской жизни.

Общественное здоровье динамично изучается в нескольких направлениях с использованием различных критериев, которые в основном предназначены для объективной характеристики изменений общественного здоровья и успешно применяются для планирования ресурсов и координации деятельности системы охраны здоровья населения [Сергиев В.П, 1998; Алиев А.Ф., 2001; Медик В.А, 2003; Murray, C.J.L., Lopez, A.D, 1994]. Комплексное изучение здоровья населения является основой для разработки политики и определения приоритетов в системе охраны здоровья населения и социально-экономического развития Российской Федерации (РФ) [Венедиктов Д.Д.; 1998, Медик В.А., 2005, Стародубов В.И., Калининская А.А. и др., 2006].

Ранговое место причин, ухудшающих состояние общественного здоровья, изменчиво, причем их роль в формировании заболеваемости, смертности и инвалидности на разных территориях не одинакова [Лисицын Ю.П., 1987; Щепин О.П., 2002; Murray, C.J.L., Lopez, A.D, 1994]. Для выявления территорий с повышенным риском здоровью населения применение множественных частных характеристик общественного здоровья может привести к ошибочным оценкам роли и места конкретной патологии в ухудшении общественного здоровья. Кроме того, отдельные критерии здоровья не позволяют определить значение в формировании здоровья роли социально-гигиенических, медико-биологических, здравоохраненческих, экономико-финансовых факторов.

Рядом авторов проведены исследования по оценке состояния здоровья населения по интегральным показателям [Гарина М.Г., 1991; Зиньковский

А.К., 1995; Ермаков С.П., 1996; Савченко Н.Е., Попов М.П., 1977, 1978; Гаспарян С.А., 1978; Torrance Y.W., 1976; Parkhurst, 2005; Ivanov, 2006]. Среди них широкое применение нашли такие, как продолжительность жизни и ее потенциальные потери, а также "потерянные годы жизни с поправкой на нетрудоспособность" [Ермакова С.П., 1996, Иванова А.Е., Семенова В.Г., 2007; Кондракова Е.В., 2009].

В.А. Медиком и М.С. Токмачевым [2003] предложена методика разработки интегральных показателей здоровья населения, вычисляемых на основе статистических данных о возрастной структуре заболеваемости и смертности населения. Найденные значения позволяют более глубоко анализировать состояние общественного здоровья.

Состояние здоровья сельского населения претерпевает отрицательную тенденцию и многие его параметры хуже, чем городского населения. По данным отдельных исследований среди сельского населения выше общая смертность, смертность от болезней системы кровообращения, травм и отравлений и др. [Назарова С.В., 2000; Рогожников В.А., 2003; Шарафутдинов А.Я., 2003; Стрючков В.В., 2008; Москвичева М.Г., 2009.].

В Республике Башкортостан (РБ) исследования по комплексной оценке состояния здоровья сельского населения ранее не проводились. Отдельные исследования были посвящены оценке здоровья сельского населения на основе комплексной оценки проблем травматизма [Гиздатуллин З.С., 2006; Р.М.Мустафин, 2007; Зиязетдинов Н.С., 2009], изучению показателей здоровья населения сопряженных с крупными городами сельских районов [Шарафутдинов А.Я., 2004].

Факторами формирования здоровья сельского населения являются не только социально-экономические, но и организационные. Организация медицинской помощи, обеспеченность населения врачами-специалистами, укомплектованность учреждений здравоохранения кадрами, современным оборудованием оказывают непосредственное влияние на доступность

медицинской помощи, увеличивается выявляемость заболеваний и охват диспансеризацией [Калининская А.А., 2006].

В РБ сельское население во всей численности составляет 40,6%, которое проживает в 53 муниципальных районах (МР). В республике 40 муниципальных районов с сельским населением¹. Показатели здоровья населения сельских МР значительно варьируют. В связи с этим представляется необходимым установить социально-гигиенические и медико-организационные аспекты формирования здоровья сельского населения и на основе комплексной оценки здоровья сельского населения разработать стратегические задачи охраны здоровья сельского населения.

Исходя из вышеизложенного определены цель и задачи исследования.

Цель исследования. На основе комплексной оценки демографической ситуации и состояния здоровья сельского населения определить территории Республики Башкортостан с высоким уровнем заболеваемости и смертности, разработать стратегические задачи охраны здоровья сельского населения и мероприятия по совершенствованию медицинской помощи на селе.

Задачи исследования:

1. Изучить смертность сельского населения в Республике Башкортостан в динамике (1987-2006 гг.) и ранжировать сельские муниципальные районы по ведущим причинам смерти. Выявить различия в смертности городского и сельского населения РБ.

2. Оценить проблемы сверхсмертности населения сельских МР и определить суммарную величину потерянных лет жизни в результате преждевременной смертности от внешних причин.

3. На основе экспертных систем провести оценку предотвратимых причин смерти, определить медико-организационные причины сверхсмертности сельского населения трудоспособного возраста.

¹ Муниципальные районы с сельским населением определены нами дефиницией сельские МР.

4. Определить динамику и вариацию показателей первичной и общей заболеваемости сельского населения и провести ранжирование сельских МР по величине показателей заболеваемости.

5. На основе социологического исследования изучить образ и условия жизни сельских жителей, состояние здоровья и поведенческие факторы риска заболеваемости и смертности, оценить качество медицинской помощи и определить приоритеты развития здравоохранения.

6. Провести типологизацию и картографирование сельских МР по показателям здоровья (заболеваемость и смертность) и дифференцированно по ведущим (структурообразующим) классам болезней: системы кровообращения (БСК); органов дыхания (БОД); злокачественные новообразования (ЗН); травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (ВП).

7. Дать комплексную интегральную оценку состояния здоровья населения сельских МР по показателям здоровья (заболеваемость, смертность, СППЖ, инвалидность).

8. Провести реорганизацию медицинской помощи сельскому населению, оценить ее медико-социальную эффективность, разработать стратегические задачи по охране здоровья сельского населения РБ.

Научная новизна исследования заключается в том, что впервые:

- дана оценка показателя смертности сельского населения РБ в динамике за 1987-2006 гг., определены кризисные периоды формирования коэффициентов смертности и ее структурообразующих причин. Выявленные различия основных показателей смертности городского и сельского населения РБ свидетельствуют о более высокой смертности селян, особенно от внешних причин;

- обосновано методологическое обеспечение комплексной оценки смертности и заболеваемости сельского населения;

- проведен анализ и оценка предотвратимых причин смертности сельского населения от внешних причин;

- проведена экспертная оценка предотвратимых причин смерти, определены медико-организационные причины сверхсмертности сельского населения;

- осуществлено ранжирование сельских МР по показателям заболеваемости и смертности, что позволило выявить территории, характеризующиеся неудовлетворительным состоянием здоровья сельского населения;

- дана комплексная интегральная оценка состояния здоровья сельского населения по 72 показателям здоровья, характеризующие в основном предотвратимые человеческие потери;

- на основе социологического исследования оценены образ, условия жизни и состояние здоровья населения сельских МР, определены факторы риска заболеваний, оценено качество медицинской помощи сельскому населению по результатам опроса и определены приоритеты развития здравоохранения села;

- проведены типологизация и картографирование сельских МР по показателям здоровья (заболеваемость, смертность) и дифференцированно по структурообразующим классам болезней: БСК; БОД; ЗН; ВП;

- проведена реорганизация медицинской помощи сельскому населению, оценена ее медико-социальная эффективность и рассчитан экономический эффект;

- разработаны и реализуются стратегические задачи по охране здоровья сельского населения в РБ.

Практическая значимость исследовательской работы:

Материалы диссертационной работы использованы при разработке законодательной и нормативно-правовой базы РБ:

➤ Проекта Указа президента Республики Башкортостан «Об оценке эффективности деятельности органов местного самоуправления городских округов и муниципальных районов» (№ 607 от 28.04.2008);

➤ Постановления правительства РБ «О долгосрочной комплексной программе развития здравоохранения РБ на 2009-2020 гг.» от 23 января 2009 г. №18;

- Целевой программы «О мерах по снижению предотвратимой смертности, травматизма, а также показателей заболеваемости населения Республики Башкортостан болезнями системы кровообращения на 2008-2012 гг.»;
- Ведомственной целевой программы «Охрана здоровья сельского населения на 2010-2015 гг.»;
- Ведомственной целевой программы МЗ РБ «Формирование здорового образа жизни у населения Республики Башкортостан» (Приказ МЗ РБ № 1234-Д от 24 июня 2009г.);
- Проекта «Концепция развития здравоохранения Республики Башкортостан до 2020 года»;
- «Концепции демографической политики Республики Башкортостан до 2025 года»;
- Методических рекомендаций «Расчет показателей эффективности деятельности органов местного самоуправления Республики Башкортостан по разделу здравоохранение» (Уфа, 2009);
- Ежегодного аналитического доклада «О состоянии здоровья населения Республики Башкортостан»;
- Материалы исследования нашли широкое обсуждение на коллегиях Минздрава РБ;
- Комплексные индикаторы оценки здоровья сельского населения, используются в управленческом процессе сельских МР, как критерии эффективности деятельности службы.

Апробация работы. Результаты исследования доложены на: выездном заседании Совета республики по вопросам системы здравоохранения (районы Республики Башкортостан, 2007, 2008, 2009); научно-практическом конгрессе III Всероссийского форума «Здоровье нации-основа процветания России» (М., 2007); IX международном конгрессе «Здоровье и образование в XXI веке» (М., 2008); III съезде врачей общей практики «Актуальные проблемы внедрения общей врачебной практики в России» (Белгород, 2008); научно-практической конференции организаторов здравоохранения «Инновационные технологии в организации, экономике и управлении здравоохранением в Уральском регионе» (Екатеринбург, 2008); международной научно-практической конференции «Роль профилактики и диспансеризации в охране общественного здоровья» (М., 2009); всероссийской научно-практической конференции «Актуальные проблемы демографической политики и состояния здоровья населения Российской Федерации» (Астрахань, 2009); X международном конгрессе «Здоровье и

образование в XXI веке (М., 2009); коллегиях Министерства здравоохранения Республики Башкортостан (Уфа, 2008, 2009); заседании проблемной комиссии «Проблемы охраны здоровья населения и организации медицинской помощи» (Уфа, 2009).

Внедрение в практику. Результаты исследования получили внедрение на уровне Минздрава РБ, а также в администрации сельских МР РБ, внедрены в других субъектах РФ: в Иркутской и Челябинской областях. Используются в учебном процессе кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом менеджмента сестринского дела Башгосмедуниверситета; кафедры общественного здоровья и здравоохранения факультета повышения квалификации и ППС Пермской государственной медицинской академии, кафедры общественного здоровья и здравоохранения Омской государственной медицинской академии.

По материалам диссертации опубликовано 46 работ (из них 9 статей в журналах, рецензируемых ВАК), 2 монографии, 3 информационно-методических письма, 2 учебных пособия.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Тенденции медико-демографических показателей и особенности структурообразующих причин смертности в 40 сельских МР Республики Башкортостан.
2. Социально-экономическая оценка потерь сельского населения вследствие преждевременной смертности от внешних причин в Республике Башкортостан.
3. Результаты ранжирования сельских МР Республики Башкортостан по показателям заболеваемости (общей и первичной), а также заболеваемости по ведущим (структурообразующим) классам болезней, как критерий интегральной оценки здоровья населения.
4. Факторы риска заболеваемости, условия и образ жизни, поведенческие факторы, а также оценка качества медицинских услуг по результатам социологических опросов позволили выявить основные

проблемы охраны здоровья сельского населения в современных социально-экономических условиях.

5. Типологизация и картографирование сельских МР по интегральным показателям здоровья позволили выявить сельские МР с высоким, средним и низким показателями здоровья и разработать комплекс первоочередных мер по совершенствованию медицинской помощи и охране здоровья сельского населения в неблагоприятных территориях.

6. Стратегические задачи охраны здоровья и совершенствования медицинской помощи сельскому населению Республики Башкортостан.

Структура диссертации.

Диссертационное исследование изложено на 311 страницах машинописного текста, состоит из введения, семи глав, заключения, выводов и предложений, указателя литературы, приложений. Работа иллюстрирована 73 таблицами, 30 рисунками и 14 схемами. Указатель литературы содержит 350 источников, из них 66 зарубежных авторов.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении обоснована актуальность исследования, определены цель и задачи, научная новизна и практическая значимость, сформулированы основные положения, выносимые на защиту.

В первой главе представлен обзор отечественных и зарубежных источников литературы, посвященных анализу медико-демографических показателей и состояния здоровья сельского населения, образу жизни и организации медицинской помощи. Анализ источников литературы установил, что недостаточно исследовательских работ, посвященных состоянию здоровья, а также медико-демографическим и организационным основам медицинской помощи сельскому населению в условиях конкретного субъекта РФ. Крайне мало исследований, касающихся интегральной оценки и здоровья жителей села.

Вторая глава «Программа и методика исследования». Исследование проводилось в РБ, с числом жителей более 4 млн. человек.

Объектом исследования явилось сельское население РБ (40,6% от численности населения республики) и 40 сельских МР с общей численностью 1 млн. 230 тыс. человек (30,0% от численности населения республики).

Предметом исследования явились: медико-демографические процессы, заболеваемость, условия и образ жизни сельского населения, организация медицинской помощи.

Единицами наблюдения явились: сельский житель, ЛПУ, случай смерти, заболеваемости и инвалидности сельского населения.

Исследование включало восемь этапов.

На первом этапе исследования была изучена смертность сельского населения РБ за 1987-2006гг. Рассчитаны общие и стандартизованные показатели смертности. Проведен углубленный анализ смертности от основных структурообразующих причин смерти: БСК, ЗН, ВП, БОД. Анализу подверглись статистические данные на 156422 умерших. Для стандартизации использованы данные евростандарта.

На втором этапе исследования проведен сравнительный анализ частоты и структуры смертности сельского и городского населения в возрастно-половой зависимости. Материалами послужили данные Башкортостанстата об умерших (за 2006 г.). Обработано 55319 единиц информации.

На третьем этапе исследования рассчитаны среднегодовые показатели смертности сельского населения, проживающего в 40 сельских МР (за 2002-2006 гг.), а также для каждого сельского МР. Проведено ранжирование сельских МР по среднегодовому уровню общей смертности и смертности от БСК, ЗН, ВП и БОД. Определены ранги сельских МР по частоте смертности от структурообразующих причин смерти всего населения, а также населения трудоспособного и старше трудоспособного возрастов. Сельские МР по показателям смертности распределены на 4 группы: с низким уровнем смертности (ранг района с 1 до 10), средним уровнем смертности (ранг с 11 до 20), с уровнем смертности выше среднего

(ранг с 21 до 30) и высоким уровнем смертности (ранг с 31 до 40). Результаты ранжирования 40 сельских МР были использованы для картографирования РБ по показателям смертности.

Другим методическим подходом к сравнительной оценке сельских МР по показателям состояния здоровья является типологизация – выделение групп объектов (в данном случае – сельских МР РБ), однородных по совокупности показателей (причин смерти). Типологизация осуществлялась с использованием метода кластерного анализа. Нами проведено выделение типологических групп (кластеров) в 40 сельских МР по уровню смертности от ЗН, БСК, БОД и ВП. На данном этапе обработано и анализировано около 75 000 единиц информации.

На четвертом этапе рассчитаны показатели средней продолжительности предстоящей жизни (за 2006 г.), средний возраст умерших от основных причин смерти и суммарная величина потерянных лет жизни в результате сверхсмертности сельского населения от ВП. Рассчитан экономический ущерб от преждевременной смертности сельского населения от травм и несчастных случаев. Подвергнуты углубленному анализу социально-гигиенические и медико-организационные аспекты управляемых причин смерти. Объектами изучения явились умершие (в 2007 г.) в пяти сельских МР. Сбор информации проводился методом выкопировки сведений из первичной медицинской документации в специально разработанную «Карту умершего», куда заносились данные из медицинского свидетельства о смерти, медицинской карты амбулаторного и стационарного больного, карты вызова скорой медицинской помощи. Объем наблюдения составил 2176 человек. Задачей данного этапа исследования явился анализ организации объёма и характера медицинской помощи, оказанной до смерти умерших от БСК, ЗН, БОД и ВП.

На пятом этапе исследования изучены образ и условия жизни сельского населения, а так же мнение населения о качестве медицинских услуг и факторах, влияющих на здоровье. Результаты социологических

опросов были положены в основу разработки приоритетов развития здравоохранения села. Анкетированием было охвачено сельское население в возрасте старше 20 лет в 5 сельских МР. Объем наблюдения составил 1850 человек. Для оценки силы влияния отдельных факторов на здоровье населения был использован метод двухфакторного дисперсионного анализа.

На шестом этапе исследования изучена заболеваемость взрослого населения: рассчитаны показатели первичной и общей заболеваемости сельского населения, проживающего в 40 сельских МР, по основным структурообразующим классам болезней в динамике (за 2002-2007 гг.).

Рассчитаны также усредненные показатели первичной и общей заболеваемости населения в каждом из 40 сельских МР (за 2002-2007 гг.). Проранжированы сельские МР по уровню заболеваемости БСК, ЗН, БОД и ВП. Проведена кластеризация районов по уровню общей и первичной заболеваемости БСК и БОД.

Ранжирование сельских МР и расчет интегральных показателей заболеваемости были выполнены по той же методике, что и при анализе смертности населения. Кроме заболеваний, являющихся основными структурообразующими, для расчета интегральных показателей здоровья были проанализированы и социально-значимые заболевания (онкозаболевания, туберкулез, психотические расстройства, связанные с употреблением алкоголя+синдром зависимости от алкоголя). Источниками информации послужили материалы выкопировки из отчетных форм №10, 12, 33, 35, 36, 37.

На седьмом этапе исследования, на основе показателей здоровья населения было проведено ранжирование сельских МР и их картографирование. Интегральные показатели были использованы для оценки корреляционной связи между показателями здоровья и уровнем финансирования медицинской помощи из муниципального бюджета, обеспеченностью врачами, числом посещений ЛПУ и числом ФАП.

На восьмом этапе исследования была изучена организация медицинской помощи сельскому населению. Оценены результативность и эффективность реорганизации медицинской помощи на селе, медико-социальная эффективность организации межрайонных специализированных центров, рассчитан экономический эффект от их организации. Разработаны стратегические задачи охраны здоровья сельского населения.

В работе использованы современные методы социально-гигиенических исследований: статистический, социологический, эпидемиологический, непосредственного наблюдения (монографический), экономический, экспертных оценок, организационного эксперимента, организационно-функционального моделирования, картографический.

Методы обработки статистического материала включали: расчеты интенсивных, экстенсивных и стандартизованных показателей, использование параметрической и непараметрической статистики, двухфакторного дисперсионного анализа, кластерного анализа.

Для каждого этапа исследования определялись задачи исследования, объект и методы исследования, источники информации и объем наблюдения (табл. 1).

Третья глава «Смертность сельского населения Республики Башкортостан». Здоровье сельского населения зависит от влияния множества факторов: социально-экономических, социально-гигиенических, медико-организационных и др. Многолетний анализ динамики демографических показателей позволяет выявить роль основных причин в формировании людских потерь. Проведенный анализ показал, что общая смертность сельского населения в РБ в динамике (за 1987-2006 гг.) возросла с 1128,5 до 1558,2 на 100 тыс. соответствующего населения (темп роста 138,1%). В 1987 году смертность мужчин составила 1116,6, женщин 1136,5, в 2006 году соответственно 1725,9 (темп роста 154,6%) и 1403,5 (темп роста 123,5%).

Таблица 1

Программа и методы комплексного медико-социального исследования

Этапы исследования	Задачи этапов исследования	Методы исследования	Объект наблюдения, источники информации и объем исследования
1	1. Изучена многолетняя динамика смертности сельского населения за 1987-2006 гг.	Эпидемиологический, статистический (расчет относительных и средних величин)	Сельское население, умершие. Материалы Башкортостанстата, годовые статистические отчеты МЗ РБ (информация на 156422 умерших)
2	1. Дана сравнительная оценка смертности городского и сельского населения РБ, в том числе в трудоспособном возрасте и старше трудоспособного возраста за 2006 год	Статистический	Сельское население, умершие. Материалы Башкортостанстата, годовые статистические отчеты МЗ РБ (информация на 55319 умерших)
3	1. Определены обобщенные показатели смертности за 2002-2006 гг. и ее структура для 40 сельских МР, усредненные показатели смертности для каждого из 40 сельских МР за 2002-2006 гг.	Эпидемиологический, статистический (расчет относительных, средних величин)	Сельское и городское население, умершие. Материалы Башкортостанстата, годовые статистические отчеты МЗ РБ (информация на 75000 умерших)
	2. Определены ранги сельских МР по уровню общей смертности и смертности от БСК, ЗН, ВП и БОД, в том среди населения трудоспособного возраста и старше трудоспособного возраста.	Статистический (ранжирование относительных величин, оценка достоверности по критерию Стьюдента, критерию Уайта), картографический	Сельское население, умершие. Материалы Башкортостанстата, годовые статистические отчеты МЗ РБ (информация на 75000 умерших)
	3. Проведена типология 40 сельских МР по уровню смертности от БСК, ЗН, ВП и БОД	Статистический, кластерный анализ	Сельское население, умершие. Материалы Башкортостанстата, годовые статистические отчеты МЗ РБ (информация на 75000 умерших)
4	1. Рассчитаны показатели средней продолжительности предстоящей жизни, средний возраст умерших от основных причин смерти и суммарная величина потерянных лет жизни в результате сверхсмертности сельского населения от ВП, экономический ущерб	Методы демографического моделирования (расчет СППЖ упрощенным методом), методы потенциальной демографии (расчет потерянных лет потенциальной жизни), методы медико-экономического анализа (оценки потерь)	Сельское население, умершие. Материалы Башкортостанстата, годовые статистические отчеты МЗ РБ (информация на 75000 умерших)
	2. Подвергнуты углубленному анализу социально-гигиенические и медико-организационные аспекты управляемых причин смерти.	Методы экспертного оценивания предотвратимых потерь от преждевременной смертности	Сельское население, умершие. Медицинское свидетельство о смерти, медицинская карта амбулаторного больного, медицинская карта стационарного больного, карта вызова скорой медицинской помощи (объем наблюдения 2176 умерших в 2007 г. в 5 муниципальных районах)

5	1. Изучены образ и условия жизни сельского населения, мнение населения о факторах, влияющих на здоровье. Определены приоритеты развития здравоохранения, по мнению экспертов сельских жителей, удовлетворенность качеством медицинской помощи.	Социологический, статистический (расчет относительных и средних величин, оценка достоверности по критерию Стьюдента, дисперсионный анализ)	Сельское население. Анкетирование сельского населения 5 муниципальных районов (объем 1850 опрошенных)
6	1. Изучена заболеваемость взрослого населения, проживающего в 40 сельских МР, и ее динамика за 2002-2007гг., рассчитаны усредненные показатели первичной и общей заболеваемости для каждого из 40 сельских МР от основных структурообразующих причин за 2002-2007гг.	Эпидемиологический, статистический (расчет относительных и средних величин, оценка достоверности по критерию Стьюдента)	Сельское население, обратившееся по поводу заболеваний в ЛПУ. Материалы выкопировки отчетной ф №12 (240 отчетов)
	2. Определены ранги 40 сельских МР по среднему уровню первичной и общей заболеваемости взрослого населения, заболеваемости БСК, ЗН, болезнями органов дыхания и ВП за 2002-2007 гг.	Статистический (ранжирование относительных величин, оценка достоверности по критерию Стьюдента), картографический	Сельское население, обратившиеся по поводу заболеваний в ЛПУ. Материалы выкопировки отчетной ф №12 (240 отчетов)
	3. Проведена интегральная оценка состояния здоровья 40 сельских МР по уровню социально-значимых заболеваний	Методы комплексной оценки эпидемиологической ситуации по набору показателей	Сельское население, обратившееся по поводу заболеваний в ЛПУ. Материалы выкопировки отчетной ф № 10, 12, 33, 35, 36, 37 (1440 отчетов)
	4. Проведена кластеризация сельских МР по уровню первичной и общей заболеваемости БСК и БОД.	Статистический, кластерный анализ	Сельское население, обратившееся по поводу заболеваний в ЛПУ. Материалы выкопировки отчетной ф №12 (240 отчетов)
7	Проведено ранжирование муниципальных районов и их картографирование по 72 показателям здоровья	Статистический (ранжирование относительных и средних величин), картографический	Сельское население
8	Определены показатели эффективности реорганизации здравоохранения села и организационно-функциональной модели совершенствования медицинской помощи сельскому населению	Статистический, социологический, экспериментальный, экспертных оценок	Сельское население.

Наиболее высокие показатели смертности отмечались в 1993 и в 1999 гг.

За период анализа (1987-2006 гг.) изменились показатели отдельных причин смерти в структуре общей смертности. Так, в 1987 году БСК составили 59,4%, ВП (11,7%), ЗН (10,8%), БОД (10,0%), в 2006 г. удельный вес смертности от БСК снизился до 58,9%, ЗН – до 8,2%, БОД – до 6,1%, при этом вклад ВП возрос до 12,3%.

Расчет стандартизованных показателей показал, что за эти годы смертность возросла от внешних причин с 149,8 до 175,3 на 100 тыс. сельского населения, от БСК – с 679,4 до 780,4 и снизилась от ЗН – с 140,1 до 118,6, от БОД – с 127,4 до 83,1. Стандартизованные показатели смертности сельских мужчин в РБ превышали показатели смертности женщин в 1987 году в 1,8 раза, в 2006 году – 2 раза.

Сравнительная оценка (2006 г.) показала, что уровень смертности сельского населения был выше, чем городского (интенсивные показатели 1558,2 и 1235,1 и стандартизованные показатели – 1364,1 и 1259,8 на 100 тыс. соответствующего населения). Смертность сельского населения была выше, чем городского населения: от ВП – 191,4 и 149,5 на 100 тыс. соответствующего населения ($p < 0,05$); от БСК – 917,3 и 712,2 ($p < 0,01$); от БОД – 95,7 и 41,5 ($p < 0,01$); от ДТП (28,7 и 23,7, $p > 0,05$), от самоубийств (80,5 и 37,0, $p < 0,001$), от убийств (14,9 и 13,9, $p > 0,05$) (табл. 2).

Особенно велики различия смертности городского и сельского населения в трудоспособном возрасте (677,5 и 600,0 на 100 тыс. соответствующего населения, $p < 0,01$). Среди сельских жителей трудоспособного возраста были выше показатели смертности от всех основных причин: от БСК (189,5 и 174,7 на 100 тыс. соответствующего населения, $p < 0,05$), от ВП (234,8 и 179,7, $p < 0,001$), в том числе от самоубийств (103,6 и 45,8, $p < 0,001$).

Глава четвертая «Медико-демографические особенности сельских муниципальных районов Республики Башкортостан» посвящена анализу смертности населения, проживающего в 40 сельских МР. В целом по 40 сельским МР уровень общей смертности составил $1560,9 \pm 30,7$ на 100 тыс. населения. Среди мужчин показатель выше ($1736,2 \pm 31,7$), чем среди женщин ($1398,9 \pm 32,1$) ($p < 0,001$).

В связи с большой вариабельностью показателей смертности сельского населения по годам и от основных причин для ранжирования сельских МР нами были рассчитаны среднегодовые показатели смертности за пять лет наблюдения (2002-2006 гг.), положенные в основу ранжирования сельских МР по основным показателям смертности и картографированию республики по показателям здоровья.

Установлено, что уровень смертности населения сельских МР значительно колебался: от 1021,8 на 100 тыс. населения (Бурзянский район) до 1984,4 (Нуримановский район). Среднегодовые показатели смертности в двух сельских МР с низким и высоким уровнями смертности были статистически значимы ($K=21$, $p=0,01$).

В процессе исследования нами было проведено ранжирование сельских МР РБ по уровню смертности населения. Сельские МР, занявшие первые 10 ранговых мест (с показателями смертности от 1021,8 до 1484,6 на 100 тыс. населения) были нами отнесены к сельским МР с низким уровнем смертности (*высокий уровень здоровья*), занявшие ранговые места с 11 по 20 (показатели смертности от 1490,0 до 1545,1) были отнесены к сельским МР со *средним уровнем здоровья*, занявшие с 21 по 30 ранговое место (показатели смертности от 1560,1 до 1682,0) – с *уровнем здоровья ниже среднего*. Сельские МР с уровнем смертности от 1690,0 до 1984,4 на 100 тыс. населения, занявшие с 31 по 40 ранговые места были отнесены в число сельских МР с высоким уровнем смертности (*низкий уровень здоровья*).

Картографирование сельских МР показало, что среди МР с низким уровнем смертности (или высоким уровнем здоровья) оказались 5 сельских

МР, расположенных в южной части РБ, а 3 сельских МР в центральной части. Сельские МР с высоким уровнем смертности расположены в северной и восточной зонах РБ.

В процессе исследования было проведено ранжирование сельских МР по уровню смертности от основных структурообразующих причин и картографирование республики на их основе.

Ранжирование сельских МР проводилось для лиц трудоспособного возраста по 10 показателям (смертность мужчин и женщин от всех причин, в том числе от ЗН, БСК, ВП и БОД). По этим 10 показателям определили ранг (ранг каждого сельского МР рассчитывался по среднему значению рангов 10 показателей), стандартное отклонение и коэффициент вариации для каждого сельского МР. Самый низкий уровень смертности оказался в Чекмагушевском районе (ранг 1), самый высокий уровень – в Гафурийском районе (ранг 40) (табл. 3).

Таблица 3

Ранжирование сельских муниципальных районов с низким и высоким уровнем смертности населения трудоспособного возраста по среднему рангу 10 показателей смертности, стандартному отклонению и коэффициенту вариации

Районы	Ранг района по 10 показателям	Ранг стандартного отклонения	Коэффициент вариации
Районы с низким уровнем смертности			
Чекмагушевский	1	16	93,8
Бакалинский	2	24	93,8
Зианчуринский	3	17	81,1
Бурзянский	4	23	84,9
Миякинский	5	5	56,9
Федоровский	6	19	75,0
Буздякский	7	8	59,0
Бижбулякский	8	18	72,0
Чишминский	9	30	82,6
Дуванский	10	3	38,2
Районы с высоким уровнем смертности			
Абзелиловский	31	29	41,3
Кугарчинский	32	20	35,6
Стерлитамакский	33	14	31,9
Мишкинский	34	34	39,7
Караидельский	35	32	35,6
Кигинский	36	31	37,4
Альшеевский	37	2	15,1
Салаватский	38	12	25,5
Нуримановский	39	13	25,3
Гафурийский	40	1	12,8

Полученные результаты показали, что при низком уровне смертности населения трудоспособного возраста (в Чекмагушевском районе) отмечается высокая вариация показателей от отдельных причин смерти ($\sigma = \pm 9$, ранг = 16, коэффициент вариации = 93,8%).

Такая же картина отмечается и в других сельских МР, занявших первые 10 мест по среднему рангу 10 показателей смертности. В этих сельских МР отмечается большая разница в показателях смертности лиц трудоспособного возраста от отдельных причин: ЗН, БСК, БОД и ВП.

Другим методическим подходом к сравнительной оценке сельских МР по показателям состояния здоровья является типологизация – выделение групп объектов (в данном случае – сельских МР РБ), однородных по совокупности показателей. Нами проведено выделение таких типологических групп (кластеров) в 40 сельских МР по уровню смертности от структурообразующих причин (ЗН, БСК, БОД и ВП).

Кластерный анализ показателей смертности от ЗН позволил выделить 5 кластеров, от ВП – 5, от БСК – 7, от БОД – 4 кластера.

Например, кластеризация сельских МР по уровню смертности от БСК показала, что первый кластер характеризовался высокой смертностью от острого инфаркта миокарда (34,7 на 100 тыс. человек), от внутримозгового кровоизлияния (84,6) и инфаркта мозга (59,5), от инсульта неустановленной этиологии (152,5). Во втором кластере смертность выше от инсульта неустановленной этиологии ($189,0 \pm 35,0$) и других ЦВЗ ($70,9 \pm 63,6$). В третьем кластере установилась высокая смертность от ИБС ($484,3 \pm 220,5$), в четвертом – от нарушений легочного кровообращения (34,8), в пятом – от субарахноидального кровоизлияния (34,5), в шестом – от других болезней сердца (146,2), в седьмом – от хронической ишемической болезни сердца ($353,6 \pm 179$) (рис. 1).

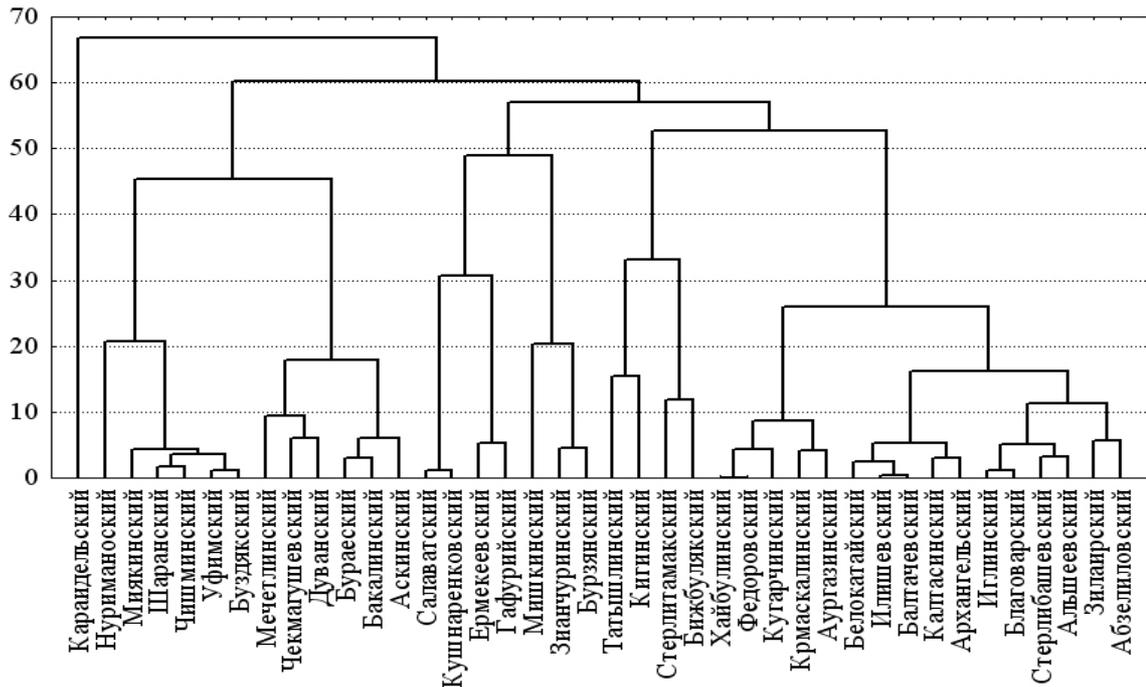


Рис. 1. Типологические группы 40 сельских муниципальных районов Республики Башкортостан по среднегодовому уровню смертности от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. человек).

Таким образом, полученные результаты комплексной интегральной оценки показателей смертности сельского населения в сельских МР позволили выделить территории сверхсмертности населения. Картографирование показало размещение районов по уровню смертности на карте РБ, типологизация позволила выделить однотипные сельские МР по уровню смертности в связи с отдельными причинами смерти.

В пятой главе «Социально-гигиенические, медико-организационные и экономические аспекты состояния здоровья сельского населения» были рассмотрены потери сельского населения вследствие преждевременной смертности. Средний возраст смерти от всех причин для населения 40 сельских МР (за 2006 г.) составил $64,2 \pm 0,02$ года и колебался по сельским МР от 59,3 (Салаватский район) до 69,1 года (Балтачевский район). Средний возраст смерти вследствие ВП колебался от 37,3 (Балтачевский район) до 48,8 года (Шаранский район), БСК – от 67,0 (Федоровский район) до 75,3 года (Илишевский), ЗН – от 56,8 (Абзелиловский район) до 67,3 года

(Балтачевский район), БОД – от 53,8 (Бурзянский район) до 74,0 года (Аскинский район).

При анализе смертности существенным является не только интенсивность смертности, но и то, в каком возрасте умирают люди от тех или иных причин. С точки зрения эффективности деятельности здравоохранения важен средний возраст умерших от хронических заболеваний. Тот факт, что различия в среднем возрасте умерших в сельских МР от БСК составляет 8 лет, а от злокачественных новообразований – около 10 лет, свидетельствует о значительных резервах сокращения потерь за счет улучшения работы соответствующих служб здравоохранения.

Главной причиной потерь являются ВП, как в силу высокой смертности, так и результате сравнительно ранних возрастов смерти.

Число потерянных лет жизни (ПЛЖ) в течение года в результате сверхсмертности от ВП было рассчитано как разница между СПЖ и средним возрастом умерших от ВП и умноженное на абс. число умерших от ВП.

Анализ потерь здоровья сельского населения с экономических позиций установил, что от преждевременной смертности в связи с травматизмом в течение года было потеряно 49325 человеко-лет жизни (при стоимости несозданной продукции на 1 жителя в год около 200 тыс. руб.) экономический ущерб составил 9 млрд. 865 млн. руб.

Другой проблемой, рассмотренной в данной главе, являются социально-гигиенические и медико-организационные аспекты смертности сельского населения. В соответствии с принятым в России в 1999 г. Федеральным законом об актах гражданского состояния некоторые социальные признаки умершего исключены из статистической разработки, в связи с этим нами была проведена выкопировка сведений из первичной медицинской документации. Социально-гигиеническая характеристика 2176 умерших позволила установить, что среди них большинство были лица с низким уровнем образования (лишь 19,4% имели высшее или среднее профессиональное образование). Вдовы составили 31,0 %, среди женщин их

число было в 3,5 раза больше, что свидетельствует о преждевременной смертности мужчин на селе.

Низкий средний возраст умерших лиц характеризует, хотя и косвенно, качество жизни сельского населения. Анализ показал, что средний возраст умерших мужчин составил лишь $61,4 \pm 0,5$ года. Среди умерших мужчин 40 % были лица трудоспособного возраста. Из числа умерших 18,9% оказались работниками, занятыми в сельскохозяйственном производстве, 2,8% – в службе здравоохранения, образования, культуры, 9,3% – не работали временно или постоянно, 1,3% – составили дети дошкольного и школьного возрастов, в других отраслях были заняты 9,0%. В 8,6% случаев смерти в медицинских документах информация о занятости не содержалась, что свидетельствует о низком качестве заполнения медицинской документации.

Основные потери сельского населения происходят в результате внешних причин смерти. В сельской местности смертность от самоубийств занимает лидирующее место. Доля самоубийств в структуре ВП заняла 34,3%. Среди анализируемой совокупности умерших в 5-ти пилотных сельских МР 4,5% умерли от самоубийств. В структуре смертных случаев от суицида 89,7 % составили мужчины и 10,3 % – женщины.

Анализ показал, что большинство умерших от самоубийств находились в возрастных группах 20-24 года (12,4%), 35-39 лет (9,3%), 40-44 года (15,5%) и 45-49 лет (11,3%). Отмечен низкий социальный статус умерших от самоубийств: третья часть были не работающими, 23,7% – работали в сельскохозяйственном производстве, 17,5% – были пенсионерами, 3,9% – инвалидами и 20,9% – составили прочие. Таким образом, в числе основного фактора, приводящего к суициду в сельской местности, можно назвать трудовая не занятость населения.

Изучение медико-организационных аспектов смертности сельского населения, выявило, что в 82,6% случаев смерть произошла дома, в 6,4% – в стационарах, в 3,8% – на улице и др. В последующие годы в связи с кризисными явлениями в обществе, дефицитом финансирования программы

госгарантий и уменьшением доступности стационарной медицинской помощи, особенно лица пожилого и старческого возрастов, число умерших на дому возрастет.

Анализ показал, что у 51,9% умерших в стационаре причиной смерти было основное заболевание, а у 1/3 – осложнения основного заболевания, у 3,7% – сопутствующие заболевания. Осложнения основного заболевания, явившегося причиной смерти, может рассматриваться как несвоевременное выявление, лечение сопутствующей патологии.

Проведенная нами экспертная оценка качества заполнения медицинской документации и, в частности, медицинского свидетельства о смерти выявила целый ряд дефектов. Так, в 30,0% случаев была неправильно оформлена причина смерти, в 10,0% – не указано время смерти, 7,0% – место смерти.

Определенный интерес в плане управляемых причин смертности представляет динамика смерти в зависимости от дня недели и месяца года. По данным исследования выявлено, что основной пик смертных случаев приходится на декабрь, несколько меньше на март и июль месяцы. Такая динамика смертности связана с превалированием числа умерших от БСК в марте и июле, от ВП – в декабре, от БОД – в мае и августе. Отмечаются различия числа умерших по дням недели. Было установлено, что смертность мужчин выше в воскресенье и понедельник, женщин – в понедельник (рис. 2). Анализ причин смерти сельского населения показал, что наибольшее число смертей от ИБС было в воскресенье и понедельник, от ЦВЗ – в воскресенье, от гипертонической болезни – в понедельник и четверг. Это, в определенной мере, обусловлено обострением хронической патологии, связанной с образом жизни, увеличением несчастных случаев в выходные дни.

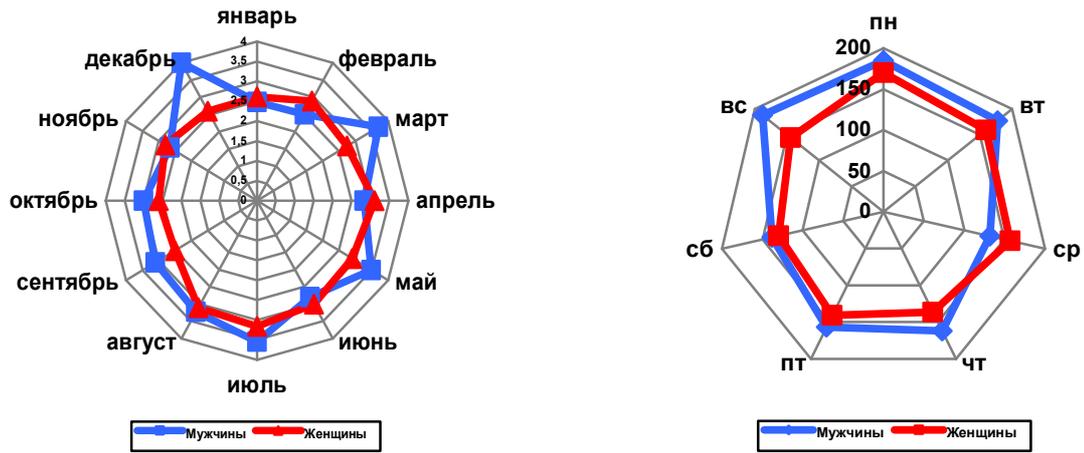


Рис. 2. Динамика смертности сельского населения по месяцам года (среднедневные случаи) и дням недели, абс.ч.

Выявленная динамика смертности по дням недели определила сложившуюся закономерность и может быть использована для разработки профилактических мероприятий, направленных на оздоровление образа жизни сельского населения.

В процессе социологических исследований были изучены социально-гигиенические характеристики сельских жителей: их образ жизни, самооценка состояния здоровья, отношение к своему здоровью, медицинская активность, удовлетворенность качеством медицинской помощи и др. Большинство опрошенных состояли в браке (69,5%), в среднем имели 1,8 ребенка, третья часть имела среднее специальное образование (техникумы и училища), у половины респондентов – среднемесячный доход был ниже прожиточного минимума, пятая часть являлись безработными. Из числа опрошенных лиц 35% работали в сельскохозяйственном производстве.

Анализ показал, что 70,2% к числу опрошенных потребляли алкоголь, (среди мужчин – 78,5%, среди женщин – 64,9%). Большинство потребляли водку, наибольшее число потребляющих алкоголь было в возрастных группах от 30 до 55 лет. Выявлена частота потребления алкоголя (по методике Ю.П. Лисицына, 1988). Среди потребляющих алкоголь 1,5% потребляли алкоголь каждый день, 0,9% – несколько раз в течение дня, 23,4% – 2-3 раза в неделю, 12,4%

– 4-5 раз в неделю, 18,2% – 1 раз в неделю, 33,6% потребляют алкоголь редко (рис. 3).

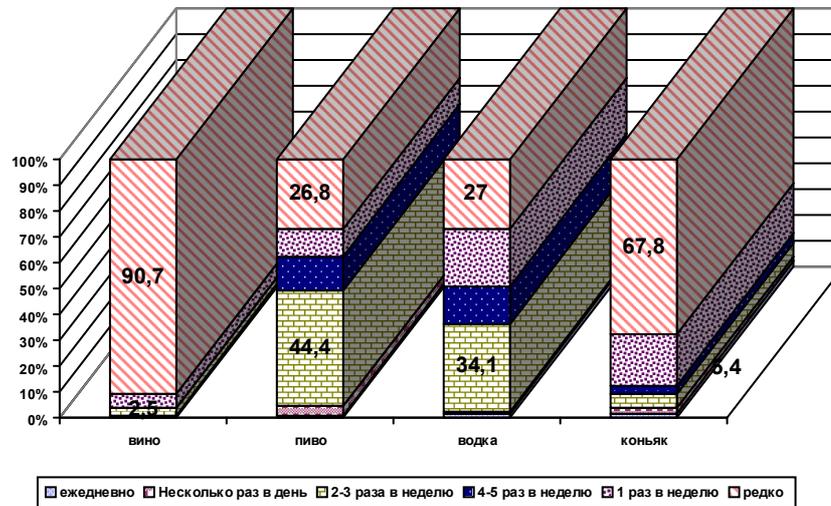


Рис. 3. Распределение потребляющих алкоголь по видам алкогольных напитков и частоте их потребления, %.

Результаты самооценки состояния здоровья сельскими жителями показали, что 57,0% считали его удовлетворительным и 11,8% – плохим, остальные 31,2% хорошим. Самооценка состояния здоровья была неоднозначна в зависимости от возраста, уровня образования и семейного положения.

О низкой медицинской активности сельских жителей свидетельствует тот факт, что только пятая часть опрошенных обращались в поликлинику ЦРБ более 4 раз в течение года. Значительно ниже медицинская активность была среди мужчин, по сравнению с женщинами (соответственно 14,5 и 24,1%). На одного сельского жителя пришлось 3,8 посещения в год в поликлиническое отделение ЦРБ, 2,2 посещения в СВА и 3,6 посещения в ФАП.

Изучение удовлетворенности сельских жителей организацией медицинской помощи позволило установить, что 78 из 100 опрошенных были удовлетворены качеством работы медицинского персонала ФАП, 65 были удовлетворены организацией работы – СУБ, 54 организацией работы ЦРБ. Удовлетворенность сельских женщин медицинской помощью была

выше, чем мужчин, у работающего контингента больше, чем у неработающих.

По данным социологических опросов нами была изучена распространенность хронических заболеваний среди сельского населения. Анализ показал, что на 100 опрошенных пришлось 240,7 хронических заболевания. Среди мужчин распространенность хронической патологии была выше (272,1), чем среди женщин (224,5, $p < 0,01$).

Наиболее распространенными хроническими заболеваниями среди сельских жителей оказались: остеохондроз (46,3 на 100 опрошенных), гипертоническая болезнь (32,4), гастрит (22,6), холецистит (22,4). Установлено, что уровень заболеваемости по данным социологического опроса примерно в 1,5 раза выше, чем выявленных по обращаемости, что свидетельствует о низкой медицинской активности сельского населения.

В процессе исследования был проведен анализ факторов риска, влияющих на состояние здоровья. Все изученные факторы риска были разделены на следующие группы: медико-биологические (пол, возраст, кратность острых заболеваний), социально-гигиенические (социальное положение, образование, семейное положение, материальный достаток), медико-организационные (медицинская активность, доступность медицинской помощи), поведенческие факторы (курение, потребление алкоголя и питание).

Для оценки степени (доли) влияния факторов риска были рассчитаны коэффициенты (η^2) и уровень их статистической значимости. Силу (тесноту) связи между изучаемыми признаками оценили посредством расчета коэффициента канонической корреляции (r^*), являющегося мерой статистической связи между признаками (табл. 4).

Сила влияния факторов риска на возникновение хронических заболеваний
сельского населения

Факторы риска	Сила влияния факторов (η^2 ,%)	Коэффициент канонической корреляции (r^*)	p	Ранговое место
Медико-биологические факторы				
Пол	0,4	0,06	>0,05	12
Возраст	13,0	0,4	<0,001	1
Кратность острых заболеваний	5,1	0,25	<0,001	5
Социально-гигиенические факторы				
Социальное положение	9,7	0,31	<0,001	2
Образование	2,3	0,15	>0,05	9
Семейное положение	4,2	0,2	<0,05	6
Материальный достаток	1,3	0,11	>0,05	11
Медико-организационные факторы				
Медицинская активность	6,4	0,25	<0,01	3
Доступность медицинской помощи	5,2	0,23	<0,01	4
Поведенческие факторы				
Курение	3,3	0,18	<0,05	8
Питание	1,6	0,13	>0,05	10
Потребление алкоголя	4,0	0,2	<0,05	7

Оценка влияния факторов на частоту хронических заболеваний показала, что в группе медико-биологических факторов наибольшая степень изолированного действия была у фактора *возраст* ($\eta^2=13,0$ $p<0,001$), среди социально-гигиенических факторов – *социальное положение* ($\eta^2=9,7$ $<0,001$), среди медико-организационных – *медицинская активность* ($\eta^2=6,4,0$ $<0,01$), среди поведенческих факторов риска наибольшую степень влияния оказало *потребление алкоголя* ($\eta^2=4,0$ $<0,05$).

Помимо переменных, в число значимых факторов вошли также: медицинская активность ($\eta^2=6,4$ $p<0,01$), доступность медицинской помощи ($\eta^2=5,2$ $p<0,01$), кратность острых заболеваний ($\eta^2=5,1$ $p<0,01$).

В многофакторном анализе даже малозначимые факторы принимаются в расчет, ибо именно в совокупности с оценкой действия и взаимодействия нескольких контролируемых факторов становится возможным изучение

сложной причинно-следственной структуры рассматриваемого явления. В этой связи для определения сочетанного влияния факторов риска на частоту хронической патологии сельского населения нами был использован двухфакторный дисперсионный анализ. Было установлено, что вышеперечисленные контролируемые признаки в сочетании с возрастом оказывают более сильное влияние, нежели самостоятельное воздействие каждого фактора, поскольку в разные возрастные периоды жизни влияние факторов не одинаково (табл. 5).

Таблица 5

Сила сочетанного влияния факторов риска на возникновение хронических заболеваний сельского населения

Факторы риска	Сила влияния факторов (η^2 ,%)	Коэффициент канонической корреляции (r^*)	p	Ранговое место
Медико-биологические факторы				
Пол	7,9	0,28	<0,001	7
Кратность острых заболеваний	6,2	0,25	<0,01	9
Социально-гигиенические факторы				
Социальное положение	16,3	0,40	<0,001	1
Образование	6,9	0,26	<0,00	10
Семейное положение	9,8	0,2	<0,001	11
Материальный достаток	12,1	0,35	<0,001	4
Медико-организационные факторы				
Медицинская активность	8,5	0,29	<0,01	6
Доступность медицинской помощи	7,7	0,26	<0,001	8
Поведенческие факторы				
Курение	14,4	0,38	<0,001	2
Потребление алкоголя	14,1	0,38	<0,001	3
Питание	10,8	0,33	<0,001	5

Анализ показал, что по степени влияния изучаемых факторов риска в сочетании с возрастом на распространенность хронических заболеваний приоритеты несколько изменились. Ведущие места стали занимать социально-гигиенические и поведенческие факторы риска: социальное положение ($\eta^2=16,3$, $p<0,001$), курение ($\eta^2=14,4$, $p<0,001$), потребление алкоголя ($\eta^2=14,1$, $p<0,001$), материальный достаток ($\eta^2=12,1$, $p<0,001$),

характер питания ($\eta^2=10,8$, $p<0,001$). Так, курение и чрезмерное потребление алкоголя оказывает более сильное влияние на состояние здоровья сельского населения в возрасте 30-39 и 40-49 лет, характер питания – в 40-49 и 50-59 лет, а такие факторы как социальное положение, материальный достаток, характер питания в возрасте 60 лет и старше.

Проведенный анализ показал, что изученные факторы риска в разные возрастные периоды жизни оказывают не одинаковое влияние на частоту хронической патологии. Выявленные закономерности имеют научно-практическую значимость и были использованы при разработке Целевой программы по развитию села, улучшению состояния здоровья и формированию здорового образа жизни сельского населения РБ.

В шестой главе «Показатели заболеваемости взрослого населения сельских МР Республики Башкортостан, как критерий интегральной оценки здоровья населения» приведены результаты оценки среднегодовой заболеваемости сельского населения РБ за 6 лет (2002-2007). В связи с этим мы использовали следующий методический подход: из формы №12 ЛПУ 40 сельских МР были выкопированы абсолютные значения зарегистрированных заболеваний (за 2002-2007 гг.). Число заболеваний по 40 сельским МР за каждый год наблюдения суммировалось и далее делилось на суммарную численность населения этих сельских МР за годы анализа.

Результаты анализа показали, что уровень первичной заболеваемости взрослого населения, проживающего в 40 сельских МР, в динамике за 2002-2007гг. возрос с 59552,1 до 67904,3 на 100 тыс. соответствующего населения (рост на 14,0%). В РБ этот показатель вырос за эти годы с 65823,6 до 71482,4 (на 8,6%) (табл. 6).

В структуре первичной заболеваемости взрослого сельского населения (в 2007г.) первые три ранговых места заняли БОД (21,5%), БСК (11,5%) и болезни мочеполовой системы (8,9%). В структуре общей заболеваемости БСК составили – 20,6 %, БОД – 14,7 %, болезни костно-мышечной системы - 9,2%.

Таблица 6

Уровень первичной заболеваемости взрослого населения 40 сельских муниципальных районов Республики Башкортостан за 2002-2007 гг.
(на 100 тыс. взрослого населения)

Классы болезней	Годы						Темп роста к 2007 г.
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
Всего	59552,1	56317,6	54098,1	56427,0	64123,5	67904,3	114,0
в том числе: Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	1981,0	1696,8	1819,3	2070,2	1842,8	1804,7	91,1
Новообразования	790,9	723,4	677,8	878,0	1045,0	1016,1	128,5
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	665,0	596,0	613,9	660,8	968,1	1058,0	159,1
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	891,5	679,2	697,4	797,9	1378,1	1269,2	142,4
Психические расстройства и расстройства поведения	463,4	494,9	460,8	479,5	442,4	417,6	90,1
Болезни нервной системы	2364,4	2006,2	1988,1	2228,7	2863,5	2919,0	123,5
Болезни глаза и его придаточного аппарата	3576,6	3217,6	2963,6	3992,6	5128,8	4705,0	131,5
Болезни уха и сосцевидного отростка	1810,7	1761,3	2069,9	2413,7	2725,9	1810,7	100,0
Болезни системы кровообращения	3642,1	3548,0	4062,6	4958,6	5541,3	7778,5	213,6
Болезни органов дыхания	14426,7	14353,5	12953,7	12648,5	13744,8	14598,2	101,2
Болезни органов пищеварения	8183,8	6358,9	4783,1	3737,6	4540,0	4529,6	55,3
Болезни кожи и подкожной клетчатки	3463,3	3422,7	3460,9	3479,2	3918,9	3887,1	112,2
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	2880,3	2993,0	3067,4	3572,9	4496,1	4696,2	163,0
Болезни мочеполовой системы	4194,1	4060,3	4171,1	4795,2	5672,6	6069,4	144,7
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	7283,6	7338,7	7267,5	6678,9	7027,4	7263,6	99,7
Прочие	2934,7	3067,1	3041	3034,7	2787,8	4021,4	137,0

Общая заболеваемость взрослого сельского населения за этот период выросла с 122651,5 до 159558,3 на 100 тыс. соответствующего населения (на 30,1%). Рост показателей общей заболеваемости в основном произошел за счет болезней крови и кроветворных органов (63,2%), эндокринной системы (52,4%), нервной системы (46,3%), уха и сосцевидного отростка (48,7%), БСК (98,7%), костно-мышечной системы (76,4%), мочеполовой системы (38,7%) и др.

Рост заболеваемости сельского населения связан с активизацией профилактики и диспансерной работы на селе, внедрением общих врачебных практик. За 6 лет число врачей общей практики возросло с 45 до 125.

Для ранжирования сельских МР по интегральному показателю были выбраны 10 показателей заболеваемости, из них 2 показателя характеризуют в целом уровень заболеваемости (общая и первичная заболеваемость взрослого населения). Остальные 8 показателей относятся к социально-значимым болезням.

Ранжирование сельских МР по интегральному показателю установило, что средний ранг колебался от 7,4 до 28,9, что указывает на значительные различия сельских МР по показателям заболеваемости социально-значимыми заболеваниями. Кроме того, был установлен большой разброс значений 10 показателей заболеваемости в сельских МР. На это показывает значение стандартного отклонения рангов показателей и коэффициента вариации. Коэффициент вариации во всех районах был высоким. Ранжирование показало, что в сельских МР с низким средним рангом уровня заболеваемости коэффициент вариации высокий (35 ранг и выше). Напротив, районы с высоким средним рангом уровня заболеваемости имеют низкий ранг коэффициента вариации (15 ранг и ниже).

Интерпретировать полученные данные можно следующим образом: низкий ранг коэффициента вариации свидетельствует о низком или высоком уровне почти всех изучаемых показателей, а высокий ранг коэффициента вариации – о значительном колебании показателей от высоких, например, первичной заболеваемости, до низких, например, онкологической заболеваемости.

В процессе исследования выявлены значительные территориальные различия показателей заболеваемости взрослого населения в сельских МР по основным структурообразующим заболеваниям: БСК, БОД, ЗН, ВП. Причины высоких колебаний связаны в определенной мере с недостоверностью учета заболеваемости в учреждениях здравоохранения, и в

целом в службе здравоохранения, а так же с оплатой фонда обязательного медицинского страхования (ОМС) стоимости медицинских услуг по тарифам за посещение. Требуется реформирование сложившаяся регрессивная форма оплаты труда по числу посещений, необходим переход к подушевому финансированию.

Для выявления с использованием кластерного анализа однородных территорий по уровню заболеваемости была проведена типологизация 40 сельских МР РБ по показателям первичной и общей заболеваемости взрослого населения болезнями системы кровообращения и органов дыхания, рассчитанных на 100 тыс. человек. Перечень заболеваний для типологизации территорий по заболеваемости БСК включал 11 нозологических форм, БОД – 10.

Прежде всего, необходимо отметить, что в среднем во всех 40 сельских МР по частоте первичных обращений (далее указаны среднее число обращений $\pm \sigma$) лидируют заболевания, характеризующиеся повышенным кровяным давлением – $2035,0 \pm 2216$ и ИБС – $858,1 \pm 693,6$. Следующий уровень занимают ЦВЗ и стенокардия соответственно – $787,3 \pm 618,0$ и $278,2 \pm 218,7$, далее ОИМ ($103,2 \pm 48,8$) и эндартериит ($80,5 \pm 103,5$). Минимальная частота обращений регистрируется по поводу осложнений инфаркта миокарда – $2,7 \pm 4,4$ (табл. 7).

Первый кластер характеризовался высоким уровнем первичной заболеваемости болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением (7021,6), ИБС (3802,9) и ЦВЗ (3501,0). Кроме того, этот кластер отличался отсутствием осложнений по поводу острого инфаркта миокарда и осложнений ишемической болезни сердца. Второй кластер формировался за счет высокого уровня заболеваний, характеризующихся повышенным кровяным давлением (13316,4). Это примерно в 2 раза выше, чем в первом кластере, в 6 раз выше, чем в третьем кластере и в 14 раз, чем в четвертом кластере. Особенностью данного кластера является и то, что чаще, чем в

других кластерах отмечается острый инфаркт миокарда (ОИМ), повторный инфаркт миокарда (ПИМ) и осложнения ишемической болезни сердца.

Таблица 7

Первичная заболеваемость взрослого населения 40 сельских муниципальных районах Республики Башкортостан болезнями системы кровообращения и выделенным типологическим группам (кластерам)

Болезни системы кровообращения	Все районы	Кластер 1 (1 район)	Кластер 2 (2 района)	Кластер 3 (16 районов)	Кластер 4 (21 район)
ОРЛ	36,1±136,9	-	0,7	10,1±1,8	58,3±186,2
ХРБС	49,3±49,8	52,1	69,1	63,4±58,3	38,0±43,2
Заболевания, характеризующиеся повышенным кровяным давлением	2035,0±2216	7021,6	13316,4	2524,0±729,0	940,8±249,9
ИБС	858,1±693,6	3802,9	2052,4	976,6±625,0	583,7±209,4
Стенокардия	278,2±218,7	590,4	994,4	351,9±234,6	177,8±75,7
ОИМ	103,2±48,8	132,3	207,0	94,9±61,0	103,3±33,9
ПИМ	7,1±11,0	-	7,0	2,4±3,6	10,8±13,4
ОслиМ	2,7±4,4	-	-	1,9±3,9	3,4±4,9
ДрОИБС	77,9±194,4	0,7	124,4	42,6±72,7	105,0±253,5
ЦВЗ	787,3±618,0	3501,0	1701,2	952,7±408,8	502,2±305,9
Эндартериит	80,5±103,5	111,9	473,5	65,3±45,3	72,3±103,8

Третий кластер отличается тем, что первичная заболеваемость почти всеми болезнями сердечно-сосудистой системы, зарегистрированными по обращаемости, была примерно на уровне среднерайонных. Так, распространенность заболеваний, характеризующихся повышенным кровяным давлением, составила 2524,0±729,0, ИБС – 976,6±625,0, стенокардии – 351,9±234,6, ЦВЗ – 952,7±408,8 и т.д. Особенностью четвертого кластера является то, что в этой группе сельских МР значительно ниже, чем в других группах заболеваемость населения болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением (940,8±249,9), ИБС (583,7±209,4), стенокардией (177,8±75,7), значительно ниже ЦВЗ (502,2±305,9). В тоже время чаще встречаются другие формы ОИБС (105,0±253,5).

Отсутствие возможности изучения заболеваемости по полу и возрасту не позволяет проводить стандартизацию показателей для сравнительной оценки сельских МР. В связи с этим, нами использован корреляционный

анализ. Корреляционный анализ проведен между показателями заболеваемости БСК и БОД и долей лиц старше 60 лет в составе населения. Однако связь оказалась слабой, а в некоторых случаях отрицательной, что подтверждает отсутствие статистической зависимости между уровнем заболеваемости и численностью лиц пожилого возраста.

В седьмой главе «Основные мероприятия по охране здоровья сельского населения» проведена комплексная интегральная оценка состояния здоровья сельского населения по 72 показателям здоровья (44 показателя смертности, средний возраст умерших от основных причин смерти, средняя продолжительность предстоящей жизни, число потерянных лет жизни, 20 показателей заболеваемости и первичная инвалидность). Картографирование РБ проводилось по интегральному показателю здоровья населения 40 сельских МР.

Установлено, что сельские МР с высокими показателями здоровья находятся в основном в центральной зоне и в южных территориях РБ. Обращает на себя внимание, что в северных и восточных частях республики находятся сельские МР с уровнем здоровья ниже среднего и с низким уровнем здоровья (схема 1).

Таким образом, благополучные по состоянию здоровья сельские МР можно констатировать, как позитивные в плане организации системы здравоохранения, а в неблагополучных сельских МР необходимо разрабатывать комплекс первоочередных мер по охране здоровья населения.

Выбор приоритетов развития здравоохранения должно строиться на основе анализа сложившейся сети ЛПУ и ее реструктуризации. Медицинскую помощь сельскому населению РБ оказывает комплекс лечебно-профилактических учреждений, включающих 26 республиканских медицинских учреждений (больницы, диспансеры), 53 центральные районные больницы, 5 районных больниц, 68 участковых больниц, 146 сельских врачебных амбулаторий, 9 больниц сестринского ухода, 2214 фельдшерско-акушерских пунктов.

В больничных учреждениях села функционируют 7600 коек (21,7% от общей коечной мощности республики). На 10 тыс. сельского населения приходится 46,6 коек круглосуточного пребывания. В участковых больницах развернуто 1619 сметных коек (в том числе 1383 койки круглосуточного пребывания и 236 коек дневного стационара).

Важное место в обеспечении доступности и качества медицинской помощи жителям села занимают обеспеченность сельских учреждений ресурсами, в том числе кадровыми, а также объем финансирования, в частности финансирования из муниципальных образований. Результаты анализа ресурсной базы здравоохранения 40 сельских МР показали, что обеспеченность населения койками колеблется от 38,8 (Иглинский район) до 87,1 (Дуванский район), врачами – от 14,0 (Салаватский район) до 21,7 (Илишевский район). Подушевое финансирование медицинской помощи из муниципального бюджета было наименьшим в Абзелиловском районе (812 руб.) и максимальным в Зилаирском районе (4569 руб.).

Использование корреляционного метода связи признаков выявило, что между средним рангом 72 показателей здоровья и числом ФАП коэффициент линейной корреляции составил $r = +0,04$, $p > 0,8$, что означает, хотя связь очень низкая, но прямая (чем больше ФАП, тем лучше состояние здоровья населения), коэффициент корреляции между числом посещений и состоянием здоровья составил $r = +0,14$, $p > 0,4$, между обеспеченностью врачами $r = +0,2$, $p > 0,2$. Однако связь между размером подушевого финансирования из муниципального бюджета и состоянием здоровья оказалась очень слабой ($r = +0,2$, $p > 0,2$).

Эти данные еще раз подтверждают, что ведущую роль в формировании здоровья сельского населения играют социально-экономические факторы.

Системообразующими элементами реорганизации здравоохранения села являлись повышение доступности медицинской помощи сельскому населению, совершенствование организационных форм работы ЛПУ. Реорганизация сопровождалась разработкой блока нормативно-законодательных документов.

Реорганизация системы здравоохранения проводилась по следующим направлениям:

- Укрепление материально-технической базы сельских ЛПУ, в том числе ФАП;

- Организация Выездного совета РБ в сельских МР. За 2005-2009 гг. в РБ 19 муниципальных районов улучшили материально-техническое состояние.

- Развитие стационарзамещающих технологий. Коечный фонд дневных стационаров при больницах, расположенных в сельских МР (в 2008 г.) составил 419 коек или 33% от количества койко-мест в ДС в целом по РБ. В течение года в них пролечено 7233 больных, проведено 102336 койко-дней. При АПУ развернуто 2495 койко-мест ДС (36% от количества койко-мест ДС в целом по республике). В них пролечено 47843 больных, выполнено 700622 пациенто-дня;

- Развитие первичной медико-санитарной помощи по принципу врача общей практики. За 2004-2008 годы выросло число работающих врачей в 3 раза, медицинских сестер – в 1,6 раза. По итогам 2008 году в ЛПУ республики работали 125 врачей общей практики, обслуживающих 264037 человек. Врачами общей семейной практики выполнено 78,3% посещений по поводу заболеваний и 21,7% профилактических посещений;

- Расширение коек (отделений) сестринского ухода. К концу 2008 года по республике функционировало 1495 коек сестринского ухода (в 2004 г. - 485), 49 хосписных и 169 геронтологических коек;

- Совершенствование профилактической направленности здравоохранения. В республике амбулаторно-поликлиническую помощь сельскому населению оказывается в 146 врачебных амбулаториях. В целом в учреждениях здравоохранения, расположенных в сельской местности, посещаемость на 1 сельского жителя возросла до 7,3, более 1/4 посещений выполнены с профилактической целью;

В целях повышения эффективности использования коек и обеспечения доступности сельскому населению специализированной медицинской помощи в РБ было организовано в 16 крупных районных центрах и городах межрайонные специализированные отделения (травматологические, фтизиатрические, эндокринологические, урологические, патологии беременности и др.). Проведено их соответствующее оснащение оборудованием и обеспечение кадрами. Организация межрайонных отделений позволила увеличить доступность и объемы, улучшить качество специализированной медицинской помощи. Деятельность межрайонных специализированных центров в течение года можно оценить показателями медицинской, социальной и экономической эффективности. Так, жителями прикрепленных сельских МР в межрайонные специализированные центры в течение года было выполнено 168624 посещения и 271896 койко-дней. Экономический эффект (разница между затратами при лечении в республиканских учреждениях и в межрайонных специализированных центрах умноженное на число койко-дней) в год составил 71 617 175 руб.

Реформирование организационной структуры здравоохранения села, основанное на повышении доступности и качества оказания медицинской помощи сельскому населению, нашло отражение в медико-демографических показателях. В 2008 году по сравнению с 2006 годом в 19 сельских МР снизилась общая и младенческая смертность, в 20 – смертность населения трудоспособного возраста, в 27 – материнская смертность, в 19 МР возросла рождаемость. Повысилась укомплектованность врачами сельских ЛПУ, увеличилась полнота охвата диспансерным наблюдением, активизировалась профилактическая работа.

На основе полученных результатов исследования в РБ были разработаны *стратегические задачи* по охране здоровья и совершенствованию медицинской помощи сельскому населению, включенные в Целевую ведомственную программу «Охрана здоровья сельского населения на 2010-2015 гг.».

Основные мероприятия по охране здоровья сельского населения

I. Стратегический уровень

- Выделить приоритетные показатели состояния здоровья сельского населения и определить их прогноз до 2020 г.
- Определить критерии ответственности администрации сельских МР, должностных лиц и населения за ухудшение показателей здоровья.
- Разработать информационные технологии для мониторинга показателей здоровья сельского населения.
- Выработать единую политику по охране здоровья сельского населения с определением долгосрочного плана финансирования.
- Сократить разрыв между городом и селом в уровне обеспеченности объектами социальной сферы, создать основы для повышения престижности проживания в сельской местности. Расширить рынок труда в сельской местности.

II. Tактический уровень

- Создать мониторинг предотвратимых причин смерти, проводить профилактику заболеваний сердечно-сосудистой системы, сосудистых заболеваний головного мозга и травматизма, злокачественных новообразований и др.
- Разработать и реализовать механизмы повышения эффективности деятельности межведомственных комиссий по охране здоровья сельского населения.
- Шире вовлекать сельских жителей в мероприятия, направленные на охрану здоровья, мерами комплексного социально-экономического оздоровления жизни, труда и сохранительного поведения сельских жителей.
- Повышать уровень информированности населения в вопросах здоровья населения и его факторах риска.
- Создать дополнительные рабочие места для сельского населения.

Мероприятия по совершенствованию медицинской помощи сельскому населению:

I. Стратегический уровень

- Совершенствовать механизмы управления системой здравоохранения.
- Планировать развитие здравоохранения села на долгосрочную перспективу с учетом существующей материальной базы, состояния здоровья населения отдельных сельских МР.
- Провести реструктуризацию здравоохранения села, усилив профилактическую направленность работы сельских ЛПУ.

II. Tактический уровень

- Определить потребности в объемах медицинской помощи дифференцированно в зависимости от уровня оказания медицинской помощи с учетом показателей заболеваемости и смертности сельского населения.
- Создать в сельской местности сеть учреждений здравоохранения для оказания медицинской помощи пожилым, престарелым, инкурабельным

больным; увеличить отделения (койки) сестринского ухода; открыть хосписы.

- Расширять общую врачебную практику в сельских МР.
- Активизировать профилактическую работу, методики раннего выявления, диагностики, лечения и реабилитации больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, сосудистых заболеваний головного мозга, онкологических больных и др.
- Развивать выездные виды медицинской помощи на селе.

Мероприятия по охране здоровья сельского населения муниципальных районов с низким уровнем здоровья.

- Поэтапно перейти на одноканальное финансирование медицинской помощи сельскому населению.
- Проводить Выездные советы РБ в сельских МР с низким уровнем здоровья населения.
- Предусмотреть софинансирование медицинской помощи из республиканского бюджета в северных территориях республики с низким уровнем здоровья.
- Осуществлять мониторинг причин смерти населения трудоспособного возраста с анализом каждого случая смерти.
- Повысить укомплектованность учреждений сельских МР врачами и средним медицинским персоналом.

ВЫВОДЫ.

1. Смертность сельского населения в РБ в динамике за 1987-2006 гг. возросла на 38% и составила на 1558,2 на 100 тыс. населения. Тенденции роста смертности сельского населения в РБ **отчасти** можно связать со старением населения. Доля лиц старше 60 лет за эти годы увеличилась на 38,5%. В структуре общей смертности в 2006 г. по сравнению с 1987 г. возросла доля смертей от болезней системы кровообращения и внешних причин смерти и снизилась доля смертных случаев от злокачественных новообразований. При этом ранговые места основных структурообразующих причин смерти не изменились. Стандартизованные показатели смертности сельских мужчин в 2 раза превышают смертность женщин.

2. Уровень общей смертности сельского населения в РБ превышает показатель городского населения (1558,2 и 1235,1 на 100 тыс. соответствующего населения, $p < 0,001$), что подтверждает большую выраженность факторов риска здоровья на селе. Показатели смертности

сельского населения от внешних причин выше смертности городских жителей в 1,3 раза, $p < 0,01$, от самоубийств в 2,2 раза, $p < 0,001$. Смертность сельского населения в трудоспособном возрасте выше чем городского (677,0 и 600,0 на 100 тыс. населения, $p < 0,001$). На селе отмечены более высокие показатели смертности лиц пожилого возраста от болезней системы кровообращения, внешних причин и болезней органов дыхания.

3. Ранжирование сельских МР по показателям смертности населения, на их основе картографирование РБ, а также использование кластерного анализа для типологизации районов позволили выявить территории с низким и высоким уровнем здоровья. Уровень смертности в сельских МР колебался от 1021,8 на 100 тыс. населения до 1984,4 ($K=21$, $p=0,01$). Ранжирование сельских МР по 10 показателям смертности лиц трудоспособного возраста выявило большую вариабельность показателей в отдельно взятых сельских МР. Например, при низком уровне смертности в Чекмагушевском районе отмечается высокая вариация показателей смертности от отдельных причин ($\sigma = \pm 9$, ранг = 16, коэффициент вариации = 93,8%).

4. Выявлены территориальные различия людских потерь, вызванные сверхсмертностью и преждевременной смертностью сельского населения. Продолжительность предстоящей жизни населения сельских МР колебалась от 59,3 до 69,1 лет. Преждевременная смертность от травматизма в течение года привела к потере 49325 человеко-лет жизни (экономический ущерб составил 9 млрд. 865 млн. руб.). Демографическую политику определяют факторы социально-экономического неблагополучия, которые необходимо учитывать при реализации концепции региональной политики на селе.

5. Среди умерших только половина состояли в браке, третья часть являлись вдовыми, большинство имели среднее общее и начальное образование. В 82,6% случаев смерть наступила дома, в 6,4% – в стационарах, в 3,8% – на улице. Устойчивый характер носит сверхсмертность мужчин трудоспособного возраста. Негативная динамика смертности осложняется социально обусловленными видами патологии:

смертности от отравлений алкоголем, от убийств и самоубийств. Алкоголизация населения служит мощным стимулом роста распространенности социопатий. Умершие от суицида были в основном мужчины (89,7%), в возрастных группах 20-49 лет (48,5%), третья часть были не работающими, 23,7% – работали в сельском хозяйстве, 17,5% – были пенсионерами, 3,9% – инвалидами, 20,9% – составили прочие.

6. Уровень первичной заболеваемости взрослого населения, проживающего в 40 сельских МР, в динамике за (2002-2007 гг.) возрос с 59552,1 до 67904,3 на 100 тыс. соответствующего населения (на 14,0%). В РБ этот показатель вырос с 65823,6 до 71482,4 (на 8,6%). Рост показателей связан с активизацией профилактики и диспансерной работы на селе, внедрением общих врачебных практик.

7. Ранжирование районов, картографирование республики по показателям заболеваемости болезнями системы кровообращения и органов дыхания населения 40 сельских МР выявили территории с низким уровнем здоровья, которые следует использовать для планирования и разработки мероприятий по совершенствованию медицинской помощи жителям села.

8. Результаты самооценки состояния здоровья жителями села показали, что 57,0% считают его удовлетворительным и 11,8% – плохим, остальные хорошим. О низком уровне медицинской активности свидетельствует, что только пятая часть сельского населения обращались (в течение года) в поликлинику ЦРБ более 4 раз (14,5% мужчин и 24,1% женщин). Заболеваемость по данным опроса в 1,5 раза выше, чем по данным обращаемости. Частой причиной не обращаемости населения в ЛПУ являлись болезни костно-мышечной системы, системы кровообращения, пищеварения, женских половых органов, что в определенной мере связано с плохой доступностью медицинской помощи жителям села, низким уровнем медицинской активности и не удовлетворенностью населения организацией медицинской помощи. Удовлетворены качеством медицинских услуг около 55,0% селян.

9. Распространенность хронических заболеваний у жителей села обусловлена влиянием комплекса факторов: медико-биологических, медико-социальных, медико-организационных и поведенческих. Двухфакторный дисперсионный анализ показал, что по степени влияния изучаемых факторов риска (с учетом возраста) на распространенность хронических заболеваний ведущие места занимают социально-гигиенические и поведенческие факторы риска: социальное положение ($\eta^2=16,3$, $p<0,001$), курение ($\eta^2=14,4$, $p<0,001$), потребление алкоголя ($\eta^2=14,1$, $p<0,001$), материальный достаток ($\eta^2=12,1$, $p<0,001$), характер питания ($\eta^2=10,8$, $p<0,001$) и др. Курение и чрезмерное потребление алкоголя оказывает более сильное влияние на распространенность хронической патологии в возрасте 30-49 лет, характер питания – в 40-59 лет, а такие факторы как социальное положение, материальный достаток и характер питания в возрасте 60 лет и старше.

10. Интегральная оценка состояния здоровья сельского населения по 72 параметрам здоровья и картографирование РБ по интегральному показателю позволили определить, что сельские МР с высоким уровнем здоровья находятся в основном в центральной зоне и в южных территориях. Установлено, что в северной и восточной части РБ разместились неблагополучные сельские МР с уровнем здоровья населения низким и ниже среднего. Проведенный анализ указывает на неадекватный характер политики в сфере здравоохранения в неблагополучных сельских МР и требуется разработка первоочередных комплексных мер по охране здоровья сельского населения.

11. Реорганизация муниципальной системы здравоохранения села была направлена на реструктуризацию коечного фонда, увеличение объема амбулаторно-поликлинической помощи и усиления ее профилактической направленности. Внедрение в систему этапности медицинской помощи организации 16 межрайонных отделений позволило приблизить специализированную медицинскую помощь жителям села, повысить ее качество, экономический эффект составил 71617 тыс. рублей. Коечный фонд

участковых больниц был сокращен за счет перепрофилизации его в койки или больницы сестринского ухода. Участковые больницы были реорганизованы во врачебные амбулатории.

12. На основе полученных результатов исследования в РБ были разработаны стратегические задачи по охране здоровья и совершенствованию медицинской помощи сельскому населению, включенные в Целевую ведомственную программу «Охрана здоровья сельского населения на 2010-2015 гг.».

ПРЕДЛОЖЕНИЯ

1. Создать единую информационную базу по медико-социальным и социально-экономическим факторам демографического неблагополучия сельского населения.
2. Внести поправки в Федеральный Закон № 131 по восстановлению специализированных видов медицинской помощи в сельских МР, учитывая особенности сельских поселений.
3. Внести изменения в приказ Минздравсоцразвития РФ от 13.10.2005 г. № 633 «Об организации медицинской помощи» с целью приближения специализированной медицинской помощи сельскому населению.
4. Предусмотреть механизмы взаимодействия между муниципальными образованиями при оказании медицинской помощи в соседних сельских МР, регламентировать нормативно-правовые принципы функционирования межрайонных лечебно-диагностических центров и отделений.
5. Внести дополнения в «Методические рекомендации по формированию Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи» с конкретизацией объемов медицинской помощи по видам: первичная и специализированная медицинская помощь, а также по уровням: муниципальный, региональный и республиканский.
6. Ввести нормативы посещений, связанных с первичным доврачебным амбулаторным приемом специалистами сестринского дела (фельдшер, акушерка, медицинская сестра).

7. Разработать механизмы контроля и экспертизы качества ведения первичной учетной и отчетной документации в ЛПУ, используемой для анализа показателей здоровья населения.
8. В целях более полного удовлетворения потребности сельских МР республики в квалифицированных кадрах, совершенствовать систему последипломной подготовки врачей-специалистов в соответствии с потребностями на основе целевого финансирования из федерального бюджета или подготовки в других ВУЗах России (по примеру врачей общей практики и врачей участковых).
9. Законодательно закрепить ответственность врачей-специалистов, обучавшихся по целевому приему (по договорам между Башкирским государственным медицинским университетом, администрацией муниципального образования и гражданином, согласно Указу Президента Республики Башкортостан от 25 мая 2000 года №УП-295).
10. Разработать механизм закрепления медицинских работников в сельских муниципальных районах.
11. Предусмотреть целевое финансирование из республиканского бюджета РБ на дальнейшее укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения сельских МР, прежде всего зданий, сооружений, а также транспортное обеспечение ФАП для оказания скорой медицинской помощи.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Публикации в журналах рекомендованных ВАК

1. Состояние здоровья сельского населения по данным анкетирования (на примере республики Башкортостан) /Евсюков А.А., Зиязетдинов Н.С., Гиззатуллин С.З. // Вестник Российского университета дружбы народов. – 2008. - №7. – С. 185-189.
2. Заболеваемость сельского населения республики Башкортостан болезнями органов дыхания /А.А.Евсюков //Вестник Российского университета дружбы народов. – 2008. - №7. – С. 190-193.
3. Показатели первичной и общей заболеваемости населения Республики Башкортостан /А.А.Евсюков / Проблемы управления здравоохранением. – 2008. - №6(43). – С. 102-106.
4. Социально-гигиенические аспекты и профилактика травматизма в сельских муниципальных образованиях /Евсюков А.А., Шарафутдинова

- Н.Х., Калининская А.А. и соавт. / Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – М., 2009. - № 4. – С. 33-35.
5. Результаты ранжирования сельских районов Республики Башкортостан по показателям смертности населения трудоспособного возраста /А.А.Евсюков, Н.Х.Шарафутдинова //Здравоохранение РФ. - 2009. - №5. – С. 43-46.
 6. Медико-социальные аспекты инвалидности населения Республики Башкортостан вследствие инсульта / Евсюков А.А., А.А.Калининская, Д.У.Абдуллина //Вестник всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. - 2009. - №3. – С. 62-64.
 7. Особенности распространенности болезней системы кровообращения среди сельского населения Республики Башкортостан /А.А.Евсюков // Проблемы управления здравоохранением. – 2009. - № 4. – С. 16-18.
 8. Комплексная оценка состояния здоровья сельского населения /А.А.Евсюков /Вестник Российского университета дружбы народов. – Вестник Российского университета дружбы народов. – 2009. - №4. – С. 33-36.
 9. Социально-гигиенические аспекты и профилактика травматизма в сельских муниципальных образованиях /Шарафутдинова Н.Х., Калининская А.А., Евсюков А.А., Дзугаев А.К., Кудрявцев А.А. / Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2009 - № 6 – С. 39-43.
 10. Социально-гигиенические и медико-организационные аспекты смертности сельского населения в Республике Башкортостан /Евсюков А.А. // Профилактическая медицина. – 2010. – № 1. – С. 3-6.
 11. Социально-гигиенические проблемы образа жизни и состояния здоровья работающего населения, проживающего в сельской местности /Евсюков А.А., Яппаров К.С. //Профилактическая медицина. – 2009. - №3. – С. 22-26.
 12. Проблемы травматизма среди сельского населения /Евсюков А.А., Р.М.Мустафин, Н.Х. Шарафутдинова. – Уфа: Изд-во Здравоохранение Башкортостана, 2008. – 142 с.
 13. Медико-демографические показатели здоровья сельского населения в Республике Башкортостан / Евсюков А.А., Шарафутдинова Н.Х., Калининская А.А. – Уфа: Изд-во Здравоохранение Башкортостана. – 2010. – 182 с.
 14. Тенденция основных показателей здоровья сельского населения в Республике Башкортостан /Евсюков А.А./ Актуальные вопросы современной медицины и здравоохранения" посвященной 70-летию кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения с курсами менеджмента сестринского дела и ИПО БГМУ: Материалы Республиканской научно-практической юбилейной конференции, г. Уфа - Уфа: 2006.- С. 45-46.
 15. Организация медицинской помощи сельскому населению /Харисова И.М., Евсюков А.А., Киреева Э.Ф., Павлова М.Ю. /Учебно-методическое пособие. – Уфа, 2006. – 25 с.
 16. Болезни системы кровообращения как ведущая причина смертности населения Республики Башкортостан /Евсюков А.А./ Здравоохранение и социальное развитие Башкортостана. – Уфа, 2007. – С. 15-17.

17. Уровень, структура и динамика первичной заболеваемости сельского населения /Евсюков А.А./ Здоровоохранение и социальное развитие Башкортостана. – Уфа, 2007. – С. 18-19.
18. Рождаемость в Республике Башкортостан и ее тенденция в современных условиях /Евсюков А.А., Шарафутдинова Н.Х. Султанаева З.М. /Общественное здоровье, управление здравоохранением и подготовка кадров: Материалы всероссийской научной конференции, посвященной 85-летию кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики ММА им. И.М. Сеченова. – Москва, 2007. – С. 101-103.
19. Современные аспекты смертности лиц пожилого возраста в Республике Башкортостан /Евсюков А.А., Гизатуллин С.З., Зиязетдинов Н.С., Мустафин Р.М., Шарафутдинова Н.Х. //Бюл. национального НИИ общественного здоровья. – М., 2008. – Вып. 2. – С.65-68.
20. Комплексная оценка здоровья населения Республики Башкортостан /Евсюков А.А. /Инновационные технологии в организации, экономике и управлении здравоохранением в Уральском регионе: Сб. науч. работ. – Екатеринбург: Изд-во УрО РАН, 2008. – С. 61-64.
21. Методические подходы к оценке интегральных показателей общественного здоровья /Евсюков А.А. /Актуальные проблемы здоровья населения и развития здравоохранения на уровне субъекта Российской Федерации: Материалы Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 145-летию образования Общества врачей Восточной Сибири (1863-2008) / Под общ. ред. Г.М. Гайдарова. – Иркутск: НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН, 2008. – С. 140-145.
22. Предотвратимые причины смерти населения и их медико-социальные аспекты /Евсюков А.А., Зиязетдинов Н.С., Мустафин Р.М. /Актуальные проблемы здоровья населения и развития здравоохранения на уровне субъекта Российской Федерации: Материалы Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 145-летию образования Общества врачей Восточной Сибири (1863-2008) / Под общ. ред. Г.М. Гайдарова. – Иркутск: НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН, 2008. – С. 145-150.
23. Результаты комплексной оценки смертности городского и сельского населения Республики Башкортостан /Евсюков А.А. //Бюл. национального НИИ общественного здоровья. – М., 2008 – Вып.3. – С.53-56.
24. Злокачественные новообразования как причина смерти сельского населения РБ /Евсюков А.А., Газизов М.А., Назмиева Л.Р., Шарафутдинова Н.Х., Мустафин Р.М. /Здоровье и образование в XXI веке: Сборник научных трудов IX международного конгресса. – Москва, 2008. - С. 242.
25. Организационные аспекты медицинской помощи сельскому населению Республики Башкортостан /Евсюков А.А. /Актуальные проблемы внедрения общей врачебной практики в России: Вестник семейной медицины для врачей общей практики (семейных врачей). - Белгород, 2008. - 167-168.
26. Социально-гигиенические аспекты и профилактика травматизма в сельской местности /Евсюков А.А., Калининская А.А., Шарафутдинова Н.Х., Мустафин Р.М./ Информационное письмо. – М., 2008. – 14 с.
27. Повышение доступности и качества медицинской помощи – первоочередные задачи системы здравоохранения Республики Башкортостан /Евсюков А.А. /Информационный бюллетень №3 (54). – Уфа, 2008. – С. 11-23.

28. Совершенствование организации травматологической помощи в сельской местности /Евсюков А.А., Калининская А.А., Шарафутдинова Н.Х., Дзугаев А.К., Мустафин Р.М./ Информационное письмо. – М., 2008. – 16 с.
29. Основные показатели амбулаторно-поликлинической помощи населению Республики Башкортостан /Евсюков А.А. /Актуальные проблемы внедрения общей врачебной практики в России: Вестник семейной медицины для врачей общей практики (семейных врачей) - Белгород, 2008. - С. 168-170.
30. Социально-гигиеническая характеристика и медицинская активность сельского населения /Евсюков А.А. /Актуальные проблемы управления здоровьем населения: Сборник научных трудов. - Н-Новгород, 2009. – Вып. 2. - С.114-117.
31. Оказание высокотехнологичной медицинской помощи жителям Республики Башкортостан / Евсюков А.А, Валеева Р.Н. //Здравоохранение и социальное развитие Башкортостана. – 2008. – Спецвыпуск. – С. 103-105.
32. Медико-социальные и экономические аспекты смертности населения Республики Башкортостан от инсульта /Евсюков А.А, Габитов Н.И., Шарафутдинова Н.Х. //Бюллетень национального НИИ общественного здоровья. – М., 2009. – Вып. 1. – С.33-37.
33. Социально-гигиенические аспекты травматизма среди сельского населения /Евсюков А.А., Мустафин Р.М., Яппаров К.С., Шарафутдинова Н.Х. //Бюллетень национального НИИ общественного здоровья. – М., 2009. – Вып. 2. – С.89-91.
34. Деятельность органов и учреждений здравоохранения Республики Башкортостан в условиях реформирования здравоохранения /Евсюков А.А. /Региональное здравоохранение: достижения, проблемы, перспективы: Сборник научных работ. – Екатеринбург, 2009. – С. 81-84.
35. Типологизация муниципальных районов Республики Башкортостан по уровню смертности от внешних причин /Евсюков А.А., Шарафутдинова Н.Х., Мустафин Р.М. / Актуальные проблемы демографической политики и состояния здоровья населения Российской Федерации: Труды Астраханской государственной медицинской академии. – Астрахань, 2009. – С. 105-106.
36. Смертность сельского населения Республики Башкортостан: уровень, структура, динамика общих и стандартизованных показателей / Шарафутдинова Н.Х., Евсюков А.А, Габитов Н.И. Мустафин Р.М. //Медицинский Вестник Башкортостана. – Уфа, 2009. – С. 7-10.
37. Социально-гигиенические аспекты травматизма среди сельского населения /Евсюков А.А., Мустафин Р.М., Шарафутдинова Н.Х. //Бюл. Национального НИИ общественного здоровья. – М., 2009 – Вып.2. – С. 89-91.
38. Здоровье сельского населения – медико-социальная проблема /Евсюков А.А. /Медико-организационные аспекты медицинской помощи в новых экономических условиях: Материалы научной конференции с международным участием, посвященной 105-летию со дня рождения академика АМН СССР, профессора А.А. Минха 28 августа 2009 г. – М., 2009. - Часть II. – С. 34-35.
39. Демографическая ситуация на селе /Евсюков А.А., Калининская А.А. /Медико-организационные аспекты медицинской помощи в новых экономических условиях: Материалы научной конференции с международным участием, посвященной 105-летию со дня рождения

- академика АМН СССР, профессора А.А. Минха 28 августа 2009 г. – М., 2009. - Часть II. – С. 27-28.
40. Реформа местного самоуправления и ее влияние на развитие муниципального здравоохранения /Евсюков А.А., Калининская А.А. /Материалы научно-практической конференции по проблемам медико-социальной экспертизы в Уральском Федеральном округе. – Х.-Мансийск., 2009. – С. 201-203.
 41. Уровень и динамика смертности сельского населения Республики Башкортостан /Евсюков А.А. / Материалы научно-практической конференции по проблемам медико-социальной экспертизы в Уральском Федеральном округе. – Х.-Мансийск., 2009. – С. 194-195.
 42. Состояние здоровья сельского населения пожилого возраста /Гиззатуллин С.З., Евсюков А.А., Павлова М.Ю., Киреева Э.Ф., Мустафин Р.М. /Информационно-методическое письмо. – Уфа, 2009. – 28 с.
 43. Профилактика предотвратимой смертности сельского населения /Зиязетдинов Н.С., Шарафутдинова Н.Х., Евсюков А.А., Габитов Н.И., Борисова М.В. /Информационно-методическое письмо. – Уфа, 2009. – 26 с.
 44. Медико-демографические показатели. Методика изучения / Шарафутдинова Н.Х., Евсюков А.А., Павлова М.Ю. и соавт. /Учебное пособие для самостоятельной внеаудиторной работы студентов медицинского вуза. – М., 2009. – 72 с.
 45. Здравоохранение Башкортостана в 2008 году /Евсюков А.А. /Выездное заседание Совета республики по вопросам развития системы здравоохранения. – Уфа, 2009. – С. 8-10.
 46. Результаты интегральной оценки состояния здоровья сельского населения / Евсюков А.А., Калининская А.А., Шарафутдинова Н.Х. / Информационно-методическое письмо. – Уфа: Изд-во Здравоохранение Башкортостана., 2009. – 44 с.
 47. Евсюков А.А., Мустафина Д.Р., Гарипов Р.К. Некоторые аспекты организации медицинской помощи сельскому населению муниципальных районов Республики Башкортостан /Роль здравоохранения в охране общественного здоровья: Материалы международной научно-практической конференции //Бюллетень национального НИИ общественного здоровья. - М., 2010. - Вып.2. - С. 75-79.
 48. Гарипов Р.К., Евсюков А.А., Мустафина Г.Х. Демографические показатели и их динамика за 2006-2008 гг. в Республике Башкортостан. - Бюллетень национального НИИ общественного здоровья. - М., 2010. - Вып.2 - С. 54-56.