

На правах рукописи

**Кондракова Эльвира Васильевна**

**СТРАТЕГИЯ СОКРАЩЕНИЯ ПРЕДОТВРАТИМЫХ ПОТЕРЬ ЗДОРОВЬЯ  
НАСЕЛЕНИЯ КАК ЦЕЛЕВАЯ ФУНКЦИЯ МУНИЦИПАЛЬНЫХ ОРГАНОВ  
УПРАВЛЕНИЯ**

**14.00.33 – Общественное здоровье и здравоохранение**

**АВТОРЕФЕРАТ**  
**диссертации на соискание ученой степени**  
**доктора медицинских наук**

**Москва - 2009**

Работа выполнена в ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздравсоцразвития РФ

Научный консультант	доктор медицинских наук, профессор, академик РАМН Владимир Иванович Стародубов
Официальные оппоненты:	доктор медицинских наук, профессор Алла Александровна Калининская
	доктор медицинских наук, профессор Галанова Галина Ивановна
	доктор медицинских наук, профессор Владимир Юрьевич Семенов
Ведущая организация	Российский Университет Дружбы Народов

Защита состоится 27 ноября 2009 г. на заседании диссертационного совета Д.208.110.01 в ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздравсоцразвития РФ по адресу: 127254, Москва, ул. Добролюбова, 11

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке института

Автореферат разослан \_\_\_\_\_

Ученый секретарь Диссертационного Совета  
кандидат медицинских наук

Е.И.Сошников

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

### *Актуальность*

Трансформация общественных отношений в современной России затронула все отрасли социальной сферы, в т. ч. систему здравоохранения. Изменения федерального законодательства привели к перераспределению ответственности и компетенции органов государственной власти РФ, субъектов РФ и органов местного самоуправления. Условия жизни, укрепление и охрана здоровья, образование, рекреация и досуг, транспортная доступность объектов социальной инфраструктуры и другие аспекты, касающиеся жизнеобеспечения населения, и влияющие на продолжительность и качество жизни людей, в значительной мере оказались в ведении органов местного самоуправления (Стародубов В.И. и др., 2000, 2004; Щепин В.О. и др., 2006; Кучеренко В.З., 2004, 2007)

Подобные сдвиги в передаче значительной части государственных централизованно исполнявшихся полномочий на местный уровень не являются чисто российской спецификой. В 1970-1980-е годы волна децентрализации прошла по всей Европе. Она была связана, с одной стороны, с эволюцией функций государства (в первую очередь в сфере социальных услуг), которая требует приближения инфраструктуры на местах к потребителям услуг; с другой, - новыми социально-техническими процессами, которые стимулируют скорее развитие горизонтальных отношений, нежели вертикальных (Тиде В., 2004; Лапшина И. Е., 2006; Лафитский, Д. В., 2006; Пророк Т., 2006). Таким образом, перераспределение полномочий, прежде всего, в вопросах развития человеческого потенциала, на уровень местного самоуправления является универсальным процессом.

В развитых странах попытки внедрить программно-целевое развитие регионов предпринимались еще с середины прошлого века. Сейчас и в нашей стране на федеральном уровне выработан целый набор инструментов для реализации бюджетирования, ориентированного на результат. В связи с развитием местного самоуправления появилась необходимость разработки адекватных методологических подходов и инструментария для оценки эффективности деятельности органов местного самоуправления, в том числе в сфере здравоохранения (Стародубов В.И., 2000, 2004; Вялков А.И., 2005, 2006; Кучеренко В.З., 2003, 2004, 2007; Флек В.О., 2004; Шамшурина Н.Г., 2005).

Потребность в нахождении адекватного ответа на существующие проблемы позволяет предложить выход в использовании критериев здоровья населения в качестве комплексных индикаторов для оценки деятельности органов местного са-

моуправления. Действительно, состояние здоровья населения является многофакторным феноменом, интегрирующим воздействие условий жизни, образа жизни населения и деятельность институтов, имеющих отношение к укреплению здоровья в рамках парадигмы межсекторальной ответственности (здравоохранения, образования, физической культуры и спорта, охраны окружающей среды и т.д.). Таким образом, именно в показателях здоровья населения может найти адекватное отражение деятельность органов местного самоуправления.

Что касается ответственности муниципального уровня власти за здоровье населения, то, очевидно, что сокращение потерь здоровья населения не может возлагаться лишь на один уровень власти или управления, будь то уровень федерации, региона или муниципального образования. На каждом уровне есть ресурсы для воздействия на ситуацию, будь то первичная профилактика, этап своевременного выявления патологии и качественного лечения. Соответственно каждый уровень несет свою долю ответственности за предотвращение потерь здоровья населения (Тишук Е.А., Щепин В.О., 2001; Стародубов В.И., Михайлова Ю.В., Иванова А.Е., 2003; Стародубов В.И., Михайлова Ю.В., 2006; Михайлова Ю.В., Сабгайда Т.П., 2007). Таким образом, интегративным показателем эффективности деятельности органов местного самоуправления могут выступать именно предотвратимые потери здоровья, т.е. те потери, снижение которых является сферой ответственности органов местного самоуправления.

**Цель** - разработка методологии определения предотвратимых потерь здоровья населения на муниципальном уровне, как основы оценки эффективности деятельности органов местного самоуправления

**Задачи:**

- определить роль муниципального уровня управления в решении социальных задач в контексте реформ государственной власти;
- выявить факторы условий жизни и особенности социального состава населения муниципальных образований, влияющие на формирование здоровья населения;
- оценить территориальные различия заболеваемости и социальный профиль ее недоучета;
- выявить особенности инвалидности населения и адекватность отражения ею нарушений здоровья;
- определить тенденции и вариацию смертности населения в муниципальных образованиях края, и установить приоритеты ее сокращения;

- оценить потенциал и пути сокращения потерь здоровья населения, зависящие от муниципального здравоохранения и эффективности органов местного самоуправления.

### **Научная новизна**

Разработана методология оценки результативности охраны здоровья населения на муниципальном уровне, включающая: (1) верификацию сведений о здоровье населения по параметрам заболеваемости, инвалидности и смертности с использованием данных официальной статистики и социологических опросов населения; (2) инструментарий оценки предотвратимых потерь здоровья на основе опроса экспертов; (3) аналитические процедуры для характеристики масштабов потерь и выявления приоритетных направлений их снижения.

Обоснован подход и его методическое обеспечение, позволяющее оценить недоучет заболеваемости населения, опираясь на возрастную-половую и социальный состав населения, с одной стороны, и характер обращаемости различных групп за медицинской помощью, - с другой. Определены масштабы недоучета заболеваемости населения в городах и районах края, дифференцированные в зависимости от пола, возраста, социального статуса и самооценки здоровья населением.

Разработана, основанная на рекомендациях ВОЗ, методика, позволяющая оценить полноту и адекватность учета инвалидности населения по данным опросов населения о наличии и группе инвалидности, а также ограничений жизнедеятельности. Выявлены масштабы и социальный профиль диспропорций между официально зарегистрированной инвалидностью в Краснодарском крае и данными самооценок.

Установлены территориальные различия смертности в Краснодарском крае, которые определяются распространенностью предотвратимых причин смерти и численностью социальных групп населения – основных носителей повышенных рисков смерти от этих причин.

Разработана типология городов и районов края по основным характеристикам здоровья населения, позволяющая комплексно оценить эпидемиологическую ситуацию и выявить территории, характеризующиеся неудовлетворительным оказанием медицинской помощи за счет роста безвозвратных потерь (тяжелой инвалидности и смертности) на фоне недоучета заболеваемости.

Разработана методика оценки предотвратимых потерь здоровья на муниципальном уровне и выявлены масштабы вероятного сокращения заболеваемости, инвалидности и смертности населения от предотвратимых причин. Установлены

приоритетные направления деятельности по сокращению потерь здоровья и определена количественно значимость усилий, связанных с улучшением условий жизни населения, оздоровлением образа жизни и деятельностью здравоохранения, что позволяет рассматривать стратегию сокращения предотвратимых потерь здоровья населения как целевую функцию муниципальных органов управления.

### ***Практическая значимость работы***

Автором впервые в России разработана и апробирована методология комплексной оценки эффективности деятельности муниципальных органов власти, базирующаяся на оценке предотвратимых потерь здоровья от заболеваемости, инвалидности и смертности населения.

Предложен алгоритм и надежный инструментарий оценки сокращения потерь здоровья населения при существующих условиях экономического развития территории. Определен вклад каждого направления деятельности (по обеспечению территориальной доступности бесплатной медицинской помощи в рамках программы госгарантий, по повышению качества медицинской помощи, по улучшению социально-экономических условий жизни населения, по формированию здорового образа жизни населения) в реализацию имеющихся резервов.

В ходе исследования разработаны предложения о верификации данных о заболеваемости, инвалидности и смертности на основе комплексной интерпретации сведений официальной статистики и данных опросов населения.

Разработанные методики могут использоваться в практике эпидемиологических и медико-социальных исследований в других регионах страны, а выявленные закономерности формирования и путей сокращения предотвратимых потерь здоровья – экстраполироваться на другие территории Российской Федерации.

Полученные данные были использованы при подготовке методических рекомендаций и пособий, организационно-методических документов на федеральном, региональном, территориальном и учрежденческом уровнях.

Для руководителей муниципальных органов власти и организаторов здравоохранения разработаны методические рекомендации «Предотвратимые потери здоровья – критерий деятельности муниципальных органов управления», описывающие критерии оценки деятельности муниципальной власти по сохранению и укреплению здоровья населения и их эффективность.

Муниципальным и частным учреждениям здравоохранения предложены рекомендации по использованию опыта работы под руководством автора медсанчасти предприятия «Радиострой» доказывающие медицинскую эффективность со-

временных компьютерных технологий в ранней диагностике заболеваний за счет чувствительности диагностических алгоритмов и гибкости в организации обследования работающих.

Краевому детскому реабилитационному центру предложены результаты изучения детской инвалидности на муниципальном уровне, как основу формирования однородных групп детей-инвалидов для осуществления адресной реабилитации.

### ***Внедрение в практику***

Основные положения исследования изложены в монографии: «Стратегия сокращения предотвратимых потерь здоровья населения как целевая функция муниципальных органов управления».

Результаты исследований были использованы при подготовке совместного доклада МИАЦ и Департамента здравоохранения края «Индикативная оценка медико-социальной и ресурсной эффективности здравоохранения в муниципальных образованиях Краснодарского края».

Информационное письмо «Оценка недоучета заболеваемости по данным специальных исследований» использовано при подготовке аналитического доклада «О состоянии здоровья населения Краснодарского края в 2008 году».

Результаты исследования представлены в виде публикаций и докладов на различных международных, всероссийских и региональных конференциях.

Материалы исследования применяются в деятельности органов и учреждений практического здравоохранения Краснодарского края и Южного федерального округа, что подтверждено соответствующими актами внедрения.

Материалы диссертационного исследования внедрены в учебный процесс, используются в лекционном курсе и проведении практических занятий на кафедрах общественного здоровья и здравоохранения, социальной медицины ГОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет», а также на кафедре социальной работы «Кубанского института менеджмента и предпринимательства».

### ***Апробация результатов исследования***

Основные положения работы доложены и обсуждены на Всероссийской конференции по информационным технологиям в здравоохранении Москва, МедКомТех 2004 г., Всероссийской конференции «Медико-социальные проблемы социально обусловленных заболеваний» Москва, 2004 г., II ежегодной Международной научно-практической конференции "Инфокоммуникационные технологии Глобального информационного сообщества". Казань, 2004 г., IX и X Международной научно-практической конференции «Проблемы пожилых в современной Рос-

сии» в 2006, 2007 гг., Всероссийской конференции «Информационно-аналитические системы и технологии в здравоохранении и ОМС» Красноярск, 2004 г., IX Всероссийской конференции «Проблемы информатизации региона», Красноярск, 2005 г., V международной конференции «Новые технологии в управлении, бизнесе и праве», Невиномысск, 2005 г., VI межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы здоровья населения: гигиенические и эпидемиологические аспекты», Омск, 2006 г., Всероссийской научно-практической конференции «Преждевременная и предотвратимая смертность в России», Москва, 2006 г. Всероссийской научно-практической конференции «Демографическое развитие России в XXI веке: стратегический выбор и механизмы осуществления», Москва, 2006, Всероссийской научно-практической конференции «Управление здравоохранением в современных условиях: проблемы и поиски решений». Краснодар, 2006 г., XI Конгресса педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии». Москва, 2007 г., Научно-практического конгресса III Всероссийского форума «Здоровье нации – основа процветания России», Москва, 2007 г., Всероссийской научно-практической конференции «Новые технологии в современном здравоохранении», Москва, 2007 г. Российской научно-практической конференции «Этно-культурные аспекты демографического развития». Сыктывкар, 2008 г. Результаты исследования докладывались на межотделенческих конференциях ЦНИИОИЗ Минздравсоцразвития РФ в 2007 и 2009 гг.

По материалам диссертации опубликовано 42 работы, из них 8 статей в журналах, включенных в перечень ВАК, авторская монография и главы в трех коллективных монографиях, 2 методические рекомендации, другие журнальные статьи и публикации, отражающие участие автора в международных, всероссийских, межрегиональных и региональных конференциях.

#### ***Личный вклад автора.***

Автором самостоятельно разработана программа и план комплексного изучения состояния здоровья населения Краснодарского края, проведен аналитический обзор отечественной и зарубежной литературы по изучаемой проблеме, разработан инструментарий опроса населения и экспертов (анкеты, инструкции) по соответствующим направлениям исследования. Автор непосредственно участвовал в сборе первичного материала, составлении программы обработки данных и ее реализации, осуществил обобщение и математико-статистический анализ результатов исследования. Наряду с подготовкой ряда методических документов и материалов, автор является разработчиком предложений по совершенствованию систе-

мы оценки деятельности органов местного самоуправления, подготовленных в виде методических рекомендаций, информационных писем, докладов.

### ***Положения, выносимые на защиту***

Методология оценки предотвратимых потерь здоровья на муниципальном уровне включает: верификацию сведений о заболеваемости, инвалидности и смертности населения, как с точки зрения полноты учета (заболеваемость и отчасти инвалидность), так и адекватности определения групп риска; разработку инструментария экспертного опроса и методики оценки потерь здоровья, предупреждаемых эффективной деятельностью органов местного самоуправления; определение приоритетных направлений по сокращению предотвратимых потерь на муниципальном уровне.

Методика верификации сведений о заболеваемости населения, опирающаяся на анализ медико-демографического и социального состава населения и особенностей его обращаемости за медицинской помощью (по данным опросов) позволила оценить масштабы недоучета общей заболеваемости населения Краснодарского края и определить его медико-социальный профиль, складывающийся за счет более низкой обращаемости мужчин, молодежи и лиц трудоспособного возраста, считающих свое здоровье хорошим, а также лиц с высшим образованием, работающих в частном секторе экономики, как предпринимателей, так и наемных работников.

Оценка потерь здоровья за счет инвалидности должна учитывать не только официально установленную инвалидность, но и распространенность выраженных ограничений жизнедеятельности, сопровождающихся социальным ущербом. Это в целом увеличивает оценку потерь и требует пересмотра контингентов, нуждающихся в медико-социальной поддержке, в том числе за счет лиц, имеющих статус инвалида, но не испытывающих выраженных ограничений привычной деятельности.

В приоритеты сокращения смертности необходимо включить группы населения, определяющие потери от социально обусловленных причин с учетом сопутствующей патологии: не работающих или низкоквалифицированных лиц с образованием ниже среднего, что определяет значимость условий и образа жизни населения в снижении смертности на муниципальном уровне.

Стратегия сокращения предотвратимых потерь здоровья на муниципальном уровне включает оценку имеющихся резервов с использованием методики определения потерь; выявление приоритетных проблем здоровья с учетом масштабов

ущерба и потенциала его предотвратимости; разработки системы мероприятий, исходя из экспертной оценки значимости действий по улучшению условий жизни населения, оздоровлению образа жизни, обеспечению доступности и повышению качества медицинских услуг.

### ***Структура диссертации***

Диссертация состоит из введения, шести глав, заключения, выводов и предложений, списка литературы (307 источников, в т. ч. 224 отечественных и 83 зарубежных авторов), приложений, снабжена таблицами и рисунками.

## **СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

### ***Введение***

Содержит постановку проблемы, обоснование ее актуальности, формулировку цели и задач собственного исследования, характеристику новизны и практической значимости результатов.

### ***Первая глава «Роль муниципального уровня в решении социальных задач в контексте реформ государственной власти и управления»***

В главе рассматривается российский опыт местного самоуправления в историческом контексте: дореволюционный этап, период советского развития, постсоветский этап и современная ситуация, включая оценку проблем и перспектив. Дается теоретическое обоснование и характеризуется практика муниципального управления в зарубежных странах; обсуждаются принципы и индикаторы оценки деятельности муниципальных органов власти в России с учетом отечественного и зарубежного опыта.

Развитие местного самоуправления в дореволюционной России характеризуется следующими чертами: (1) принцип многообразия форм организации местного самоуправления, что связано с особенностями социально-экономического развития территории Российской империи, с существенными различиями культурно-национальных и религиозных традиций; (2) принцип неучастия (запрета) органов местного самоуправления в активной политической жизни, поскольку главной задачей органов местной власти являлось удовлетворение первоочередных потребностей населения; (3) принцип разграничения предметов ведения и ресурсов между уровнями власти, исходя не из условий достаточности, но наивысшей эффективности использования их данным уровнем; (4) принцип передачи органам местного самоуправления относительно широких прав в экономической и хозяйственной сфере (естественно, при сохранении властных полномочий центра). Причин для

этого было несколько: и огромные территории империи; и быстрое развитие во второй половине XIX и начале XX в. городского и земского образования, здравоохранения, культуры.

Накопленный опыт местного управления, в первую очередь земского, фактически был отброшен после Октябрьской революции 1917 г. Во-первых, местные Советы являлись органами власти и управления, действующими в границах существующих тогда административных территорий. Во-вторых, существовала организационная взаимосвязь и соподчиненность по вертикали. И, наконец, при определении компетенции и пределов полномочий местных Советов, устанавливалась их самостоятельность в решении вопросов местного значения, но их деятельность допускалась лишь в соответствии с решениями центральной власти и вышестоящих Советов. Постепенно местные Советы все более и более теряли и без того ограниченную самостоятельность, утрачивали свои связи с массами, без поддержки которых и без финансовой независимости переставали быть сколько-нибудь самоуправляющимися органами, олицетворяя своей деятельностью лишь государственную власть на местах.

Предпринятые в период «перестройки» меры по демократизации деятельности Советов способствовали их «оживлению», создав, таким образом, предпосылки для решающего рывка в деле формирования местного самоуправления.

1990-1993 годы существенно изменили взгляды на систему российской государственности, заложили правовую основу будущей муниципальной реформы, Россия подписала и ратифицировала Европейскую Хартию местного самоуправления, взяв на себя обязательство соблюдать признанные Советом Европы принципы организации местного самоуправления. К концу 1990-х годов выработаны подходы к разработке муниципального законодательства, накоплен опыт правотворческой деятельности, начата подготовка специалистов в данной сфере.

Современные проблемы развития местного самоуправления и пути их решения содержатся в ФЗ-131, принятом в 2003 г., срок введения в действие которого был отложен до 1 января 2009 г. в связи с необходимостью дополнения законодательной и нормативной базы, а также осуществления организационных процедур для решения следующих проблем: (1) несоответствие объема полномочий органов местного самоуправления имеющимся в их распоряжении материально-финансовым ресурсам; (2) недостаточная проработанность процедур взаимодействия органов местного самоуправления с органами государственной власти, гражданами и хозяйствующими субъектами; (3) недостаточная проработанность проце-

дур обеспечения ответственности и контроля - как со стороны граждан, так и со стороны государства - за деятельностью органов местного самоуправления; (4) неясность процедур осуществления властных и хозяйственных полномочий органов местного самоуправления.

В связи с развитием местного самоуправления появилась необходимость разработки адекватных методологических подходов и инструментария для оценки эффективности деятельности муниципальных органов власти и управления.

Указом Президента РФ № 607 от 28 апреля 2008 г. определяется перечень для оценки эффективности деятельности органов местного самоуправления. из 30 показателей, отражающих функционирование социальной инфраструктуры, а также источники устойчивого развития муниципального образования. В исполнение Указа Президента Правительством РФ 11 сентября 2008 г. издано распоряжение № 1313, в котором представлен перечень из 31 дополнительных показателей, а также методика для оценки эффективности деятельности органов местного самоуправления.

Так, для характеристики ситуации, связанной с охраной здоровья населения выделены три группы показателей. Первая группа, по мнению авторов методики, характеризует степень внедрения в муниципальном образовании современных организационно-экономических и финансовых моделей управления здравоохранением, мотивирующих учреждения на сокращение неэффективных расходов, повышение качества и объема предоставляемых услуг (4 показателя)<sup>1</sup>. Вторая группа показателей являются индикаторами уровня социально-экономического развития муниципального образования и благополучия населения и характеризуют здоровье населения, а также доступность и качество предоставляемой медицинской помощи. К ним относятся показатели первой группы, а также 2 индикатора смертности населения. Третья группа показателей характеризуют эффективность использования кадровых, материально-технических и финансовых ресурсов в системе здравоохранения муниципального образования и отражают сбалансированность объемов и стоимость оказываемой медицинской помощи (11 показателей)<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> а) удовлетворенность населения медицинской помощью; б) доля населения, охваченного профилактическими осмотрами; в) доля амбулаторных учреждений, имеющих медицинское оборудование в соответствии с таблицей оснащения; г) доля муниципальных медицинских учреждений: применяющих медико-экономические стандарты оказания медицинской помощи; переведенных на оплату медицинской помощи по результатам деятельности; переведенных на новую систему оплаты труда, ориентированную на результат; переведенных преимущественно на одноканальное финансирование через систему обязательного медицинского страхования.

<sup>2</sup> а) расходы бюджета муниципального образования на здравоохранение, в том числе бюджетные инвестиции на увеличение стоимости основных средств, на оплату труда и начисления на оплату труда; б) среднемесячная номинальная начисленная заработная плата: врачей муниципальных учреждений здравоохранения; среднего ме-

Из приведенного распределения видно, что наименее информативной является вторая группа показателей, среди которых нет индикаторов социально-экономического развития муниципального образования и тем более благополучия населения. Что касается характеристики здоровья, то по двум показателям смертности на дому или в первые сутки в стационаре, судить о здоровье населения крайне сложно. Таким образом, заявленный содержательный смысл блока индикаторов в действительности не подкреплен конкретными показателями.

Подводя итог, можно отметить две основные проблемы, определившие постановку задач исследования. Во-первых, среди значительного числа частных показателей для оценки эффективности деятельности органов местного самоуправления нет комплексных показателей, ориентированных на результат деятельности. Во-вторых, исходный уровень социально-экономической состоятельности муниципальных образований и их возможности для развития принципиально различаются. Таким образом, сравнивать необходимо не полученные результаты или их динамику, а достижимые уровни, т.е. те, которые могут быть в принципе получены при исходных условиях, при наличии соответствующего потенциала.

### ***Вторая глава «Методология исследования»***

Представлена программа и организация комплексного социально-гигиенического исследования, которое проводилось в Краснодарском крае – наиболее крупном по численности населения субъекте Южного Федерального округа РФ, с числом жителей более 5,1 млн. человек. Дано описание социального состава и условий жизни населения на территории края.

---

дицинского персонала; в) число работающих в муниципальных учреждениях здравоохранения в расчете на 10000 человек населения; г) уровень госпитализации в муниципальные учреждения здравоохранения; д) средняя продолжительность пребывания пациента на койке в круглосуточном стационаре муниципальных учреждений здравоохранения; е) среднегодовая занятость койки; ж) число коек в муниципальных учреждениях здравоохранения на 10000 человек населения; з) стоимость содержания одной койки в сутки; и) средняя стоимость койко-дня; к) объем медицинской помощи, предоставляемой муниципальными учреждениями здравоохранения, в расчете на одного жителя; л) стоимость единицы объема оказанной медицинской помощи муниципальными учреждениями здравоохранения.



Схема.

Программа, информационная база и методы исследования.

Этапы исследования	Методы исследования	Источники информации	Объем исследования	Способы сбора данных	Период наблюдения
Определить роль муниципального уровня управления в решении социальных задач в контексте реформ государственной власти управления	Библиографический, аналитический, контент-анализ	Законодательные и нормативные акты РФ, регулирующие вопросы местного самоуправления, и посвященные оценке эффективности деятельности органов местного самоуправления	18 документов и комментарии к ним		1990-2008г.
		Европейская хартия местного самоуправления; материалы о распределении обязательств, полномочий и компетенции в европейских странах (включая обязательства, полномочия и компетентность муниципальных властей).	24 источника		
		Публикации российских авторов об исторических уроках развития местного самоуправления в Российской Империи и СССР, о современных проблемах и путях решения законодательных, организационных и социально-экономических вопросов местного самоуправления в России.	64 источника		
Выявить факторы условий жизни и особенности социального состава населения муниципальных образований, влияющие на формирование здоровья населения	Методы анализа распределений и группировок населения по социально-экономическим признакам.	Данные переписи населения о характере расселения населения (город/село), продолжительности проживания в данном населенном пункте, этнической структуре, возрастно-половом составе, уровне образования, характере занятости, источниках средств существования, жилищных условиях.	24 источника	сплошное	2002 г.

Этапы исследования	Методы исследования	Источники информации	Объем исследования	Способы сбора данных	Период наблюдения
Оценить территориальные различия заболеваемости и социальный профиль ее недоучета	Методы санитарной статистики анализа заболеваемости (по данным отчетности учреждений здравоохранения), кластерный анализ Методы анализа социологической информации. Оценка достоверности результатов опроса.	Данные по Краснодарскому краю и России о новых случаях заболевания за по основным классам болезней в группах детей, подростков и взрослых.	ф. 12, 30 документов	сплошное	1993-2007г.
		Сведения о случаях заболевания туберкулезом, наркоманией, ИППП (сифилисом), ВИЧ в Краснодарском крае в целом, городах и районах края - данные представлены МИАЦ Краснодарского края.	ф. 8, ф. 9, ф. 11, ф. 61, 96 документов		2002-2006г.
		Данные социологического опроса жителей 6 районов Краснодарского края, представляющих различные типы поселений, отражающих структуру расселения жителей края.	927 человек, представляющих основные возрастно-половые и социальные группы населения	выборочное	2005 г
Выявить особенности инвалидности населения и адекватность отражения ею нарушений здоровья	Методы санитарной статистики анализа инвалидности (по данным отчетности об освидетельствовании), кластерный анализ. Методы анализа социологической информации.	Данные по Краснодарскому краю и России о новых случаях инвалидности и контингентах детей-инвалидов по основным заболеваниям - причинам инвалидности.	ф. 19, 24 документа	сплошное	1996-2007 г
		Данные по Краснодарскому краю и России за о новых случаях инвалидности от основных причин в разрезе возрастно-половых групп взрослого населения.	ф. 7-Собес, 32 документа		1992-2007г.
		Сведения о новых случаях инвалидности от основных причин среди детей и населения трудоспособного возраста в городах и районах Краснодарского края - данные представлены МИАЦ Краснодарского края.	Ф. 19., 96 документов, ф. 7-Собес, 96 документов		2005-2006г.

Этапы исследования	Методы исследования	Источники информации	Объем исследования	Способы сбора данных	Период наблюдения
	Оценка достоверности результатов опроса.	Данные опросов, проведенных среди взрослого населения 6 районов Краснодарского края, представляющих основные возрастно-половые и социальные группы населения	В 2005 г. - 927 человек, в 2006 г. - 1187 взрослых жителей	выборочное	2005-2006г.
Определить тенденции и вариацию смертности населения в муниципальных образованиях края, и установить приоритеты ее сокращения	Методы санитарной статистики анализа смертности, кластерный анализ. Формирование базы данных о случаях смерти.	Данные о случаях смерти в основных возрастных группах от ведущих причин в Краснодарском крае и России	ф. 5С, 38 документов	сплошное	1989-2007г.
		Сведения о смертности от основных причин в населении трудоспособных возрастов в городах и районах края	ф. 5С, 48 документов		2005 г.
		Медицинские свидетельства о смерти в г. Кропоткине и Кавказском районе Краснодарского края	1400 случаев, дополнительная разработка социальных признаков умершего и сопутствующих причин смерти.	выборочное	2004-2005г.
Оценить потенциал и пути сокращения потерь здоровья населения, зависимые от муниципального здравоохранения и эффективности орга-	Эпидемиологический анализ Методы анализа социологической информации. Оценка достоверности результатов опроса.	Опрос экспертов по проблемам предотвратимой смертности среди врачей муниципального здравоохранения в городах и районах Краснодарского края (совместно с И.Т.Рубцовой)	249 анкет опроса экспертов	выборочное	2006 г.
		Опрос экспертов (врачей первичного звена, организаторов здравоохранения, узких специалистов) об эффективных стратегиях сокращения предотвратимой смертности (совместно с А.Н.Редько)	71 анкета опроса экспертов	выборочное	2007 г.

Этапы исследования	Методы исследования	Источники информации	Объем исследования	Способы сбора данных	Период наблюдения
нов местного самоуправления		Опрос экспертов – врачей муниципального здравоохранения по проблемам предотвратимых потерь здоровья	101 анкета	выборочное	2008 г.

Многообразие задач, поставленных для достижения цели исследования, сделало необходимым применение комплексной методологии, включающей различные методы: библиографический, контент-анализ, статистический, аналитический, кластерный анализ, эпидемиологический анализ, медико-социологический, экспертных оценок.

Для реализации задач исследования научный поиск проводился в несколько этапов. Программа, методы исследования, источники и способы сбора информации, объем наблюдений приведены на схеме. В главе дана подробная характеристика каждого этапа исследования, обосновано применение различных методических подходов к сбору материала и его обработке, которые позволили описать данные, проверить гипотезы, измерить связь между явлениями. Исследование проводилось как на основе форм официальной статистической отчетности, первичных документов, так и специально разработанных в соответствии с программой исследования специальных анкет для опроса населения и экспертов.

В главе обсуждаются особенности состава населения и условий его жизни в контексте влияния на формирование здоровья. Общими социальными факторами риска для формирования здоровья населения Краснодарского края являются: высокая доля сельского населения (в России 27%, в крае – почти вдвое выше 48%); сравнительно низкий уровень образования (образование неполное среднее имеют около 20% горожан трудоспособных возрастов и более трети сельских жителей); структура экономики, не нуждающаяся в квалифицированном персонале (в отраслях экономики, требующих высокого образовательного уровня сотрудников, в Краснодарском крае работает менее 20% всего трудоспособного населения, а там, где образовательный уровень является самым низким - неполное среднее – более половины), высокая доля мигрантов (примерно каждый 6-й трудоспособный житель края проживают на его территории с 1992-2002 гг.); стесненные жилищные условия (18,5% городских и 15,1% сельских семей имеют число комнат как минимум на 1 меньше, чем число членов семьи); низкий уровень благоустройства жилья (всеми видами благоустройств обладают чуть больше 2/3 городских и четверти сельских семей).

Анализ реальной социально-экономической картины края показывает, что наиболее благополучной с точки зрения сохранения здоровья группой с учетом их доходов, с одной стороны, и высокого образовательного уровня, с другой, является государственные и муниципальные служащие, лица, занятые операциями с недвижимым имуществом, финансовой деятельностью, а также работающие в экстерри-

ториальных организациях – в совокупности их численность не превышает 10% всего трудоспособного населения, занятого в экономике.

Существует еще одна группа жителей края, в которой оздоровление, безусловно, необходимо, но может быть проведено не на средства здравоохранения, а за счет отраслей, в которых работают эти контингенты, – это транспорт и связь, производство и распределение электроэнергии, газа и воды, добыча полезных ископаемых, и, отчасти, строительство. В совокупности эта группа достигает 20% трудоспособного населения, занятого в экономике.

По итогам переписи, около трети трудоспособного населения края (и почти половина сельских жительниц) выпадают из экономической жизни региона. При этом на разного рода пособия (кроме стипендии) проживает чуть больше 10% трудоспособного населения. Таким образом, каждый пятый трудоспособный житель края оказался и вне экономики и вне помощи социальных служб. Между тем, именно неработающие оказываются основной группой риска как повышенной смертности в целом, так и рисков экзогенной, предотвратимой силами здравоохранения патологии, в частности.

### ***Третья глава «Заболеваемость населения и ее социально-гигиенические особенности»***

В проблеме изучения заболеваемости выделены несколько аспектов: тенденции и возрастные особенности заболеваемости от основных причин в Краснодарском крае на общероссийском фоне; проблема социально значимых болезней и ее территориальные аспекты; оценка недовыявления патологии по данным опроса населения и выявление социально-демографического профиля недоучета заболеваемости по данным обращаемости.

Детская заболеваемость по данным обращаемости в Краснодарском крае характеризуется следующими особенностями.

За 15-летний период с 1993 по 2007 г. показатели выросли в 1,5 раза, что определялось динамикой по всем основным причинам. Опережающими темпами росла заболеваемость болезнями органов пищеварения (в 2,1 раза), нервной системы и органов чувств (в 1,8 раза), болезнями костно-мышечной системы (в 1,7 раза). Среди менее распространенной патологии наиболее высокий рост обнаружили болезни мочеполовой системы (в 3,8 раза), болезни крови (в 3,2 раза), новообразования (в 2,2 раза), болезни системы кровообращения (в 2,3 раза).

В Краснодарском крае детская заболеваемость росла примерно теми же темпами, что и в России, в результате чего отставание по уровню заболеваемости, ко-

торое отмечалось в крае на общероссийском фоне еще в начале 1990-х годов, к настоящему времени практически не изменилось: краевые показатели составляют около 70% среднероссийских. Отставание формируется всеми основными причинами, но наиболее велико оно по болезням крови и системы кровообращения (краевые показатели почти вдвое ниже на общероссийском фоне), а также болезням эндокринной системы (втрое ниже). При этом, для некоторых видов патологии отставание меньше, чем в среднем по общей заболеваемости. Так, по психическим расстройствам и болезням костно-мышечной системы краевые показатели составляют 80-84% от среднероссийских.

Ситуация с заболеваемостью подростков имеет как сходные, так и специфические особенности в сравнении с детьми.

В подростковом возрасте также отмечен рост заболеваемости – почти в 2,2 раза за 1993-2007 г., который определялся всеми основными причинами. Опережающими темпами выросла, как и у детей, заболеваемость болезнями мочеполовой системы и костно-мышечной системы (в 3,2 раза), а из менее распространенной патологии – болезнями системы кровообращения (почти в 3 раза). Рост опережающими темпами заболеваемости психическими расстройствами (в 2,8 раза) и болезнями эндокринной системы (в 4,3 раза) является спецификой подросткового возраста.

В отличие от детского населения заболеваемость подростков в крае росла более быстрыми темпами, чем в России (в 1,8 раза). В результате, краевые показатели, которые в начале 1990-х годов были почти вдвое ниже на общероссийском фоне (около 57% среднероссийского уровня), сократили разрыв, хотя он все равно остается очень значительным: в 2007 г. уровни заболеваемости подростков Краснодарского края составляли около 70% среднероссийских уровней. На этом фоне есть ряд патологий, разрыв заболеваемости по которым заметно ниже, чем в целом по всем причинам. Так, по психическим расстройствам, болезням органов пищеварения, болезням нервной системы, а также отравлениям и травмам краевые уровни заболеваемости составляют 80-85% среднероссийских уровней.

В отличие от детей и подростков, заболеваемость взрослого населения не претерпела за рассматриваемый период принципиальных изменений. На этом фоне отмечен рост заболеваемости болезнями кожи (на 16,8%), мочеполовой системы (на 34,6%), новообразованиями (на 33,4%). При этом, для ряда патологий отмечено снижение заболеваемости: по заболеваниям костно-мышечной системы на 13,6%, болезням органов пищеварения – на 30,8%.

В результате отмеченных тенденций, отрыв в уровнях общей заболеваемости взрослого населения, который существовал в крае в 1993 г., к 2007 г. остался практически прежним: краевые уровни составляют 75-80% среднероссийских. При этом, показатели по заболеваниям мочеполовой системы близки, а по травмам и отравлениям даже выше (в 1,5 раза) среднероссийских, тогда как по болезням кожи и органов пищеварения краевые уровни составляют не более 60% на общероссийском фоне.

Таким образом, для всех групп населения Краснодарского края можно констатировать более низкую в сравнении с Россией заболеваемость по обращаемости, которая определяется всеми основными причинами. При этом траектории изменения заболеваемости совпадают со среднероссийскими и характеризуются ростом показателей для детей и еще большими темпами – для подростков, и стабилизацией уровней для взрослого населения. Среди всех причин заболеваемости более высокими темпами в Краснодарском крае росла значимость болезней костно-мышечной системы у детей, нервной системы и органов пищеварения у подростков, психических расстройств у тех и других, болезней мочеполовой системы у взрослых, травм и отравлений у лиц старше 15 лет.

Наиболее отчетливо проблема заболеваемости проявляется в отношении регистрации социально значимых болезней<sup>3</sup>. Практически для всех территорий России в 90-е годы была характерна единая тенденция – стремительный рост значимости социально обусловленной патологии населения. И, хотя тенденции последних пяти лет свидетельствуют о замедлении темпов роста социально значимой патологии и даже о ее некотором сокращении, существующие уровни распространенности – свидетельство крайнего неблагополучия.

Характерно, что в список неблагополучных по социально значимым болезням территорий Южного округа России Краснодарский край попал только один раз – по наркоманиям. Это вызывает сомнения в достоверности статистики по краю, поскольку, как известно, наркомании являются достаточно точным маркером распространения и другой социально значимой патологии.

Аналогичным образом, анализ внутрикраевых показателей заболеваемости показал, что территориальные зоны риска в отношении отдельных видов социально значимой патологии практически не совпадают, хотя можно было ожидать многих пересечений. Вместе с тем, это не означает, что на основе имеющихся данных

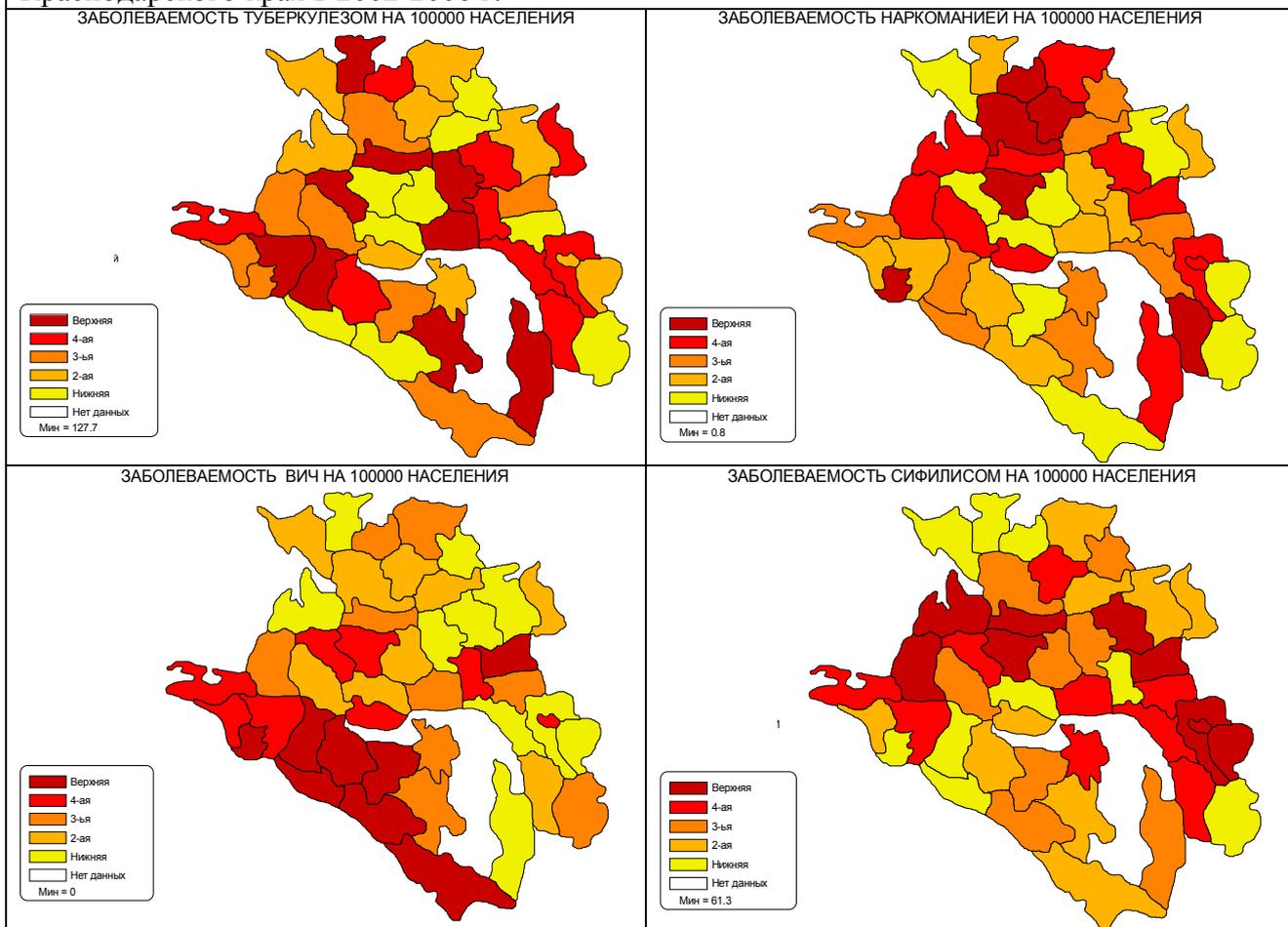
---

<sup>3</sup> В этой группе выделены: туберкулез, ВИЧ, наркомании, инфекции, передающиеся половым путем.

вообще невозможно получить комплексную оценку региональных зон риска. При ее построении мы исходили из того, что если неблагополучие реально существует, оно проявит себя хотя бы в регистрации одной или двух проблем. Если же по всем социально значимым заболеваниям в территории показатели низкие, то, по видимому, это отражает реальное положение вещей.

Практически половина, т.е. 23 территории из 48, характеризуются достаточно благополучной ситуацией в отношении всех рассмотренных социально значимых заболеваний: их показатели оказываются ниже или в границах среднекраевого уровня (рис. 1). Остальные 25 территорий образуют пестрое разнообразие сочетаний уровней заболеваемости социально значимой патологией, анализ которых показал, что в современных условиях распространенность наркомании и ВИЧ может служить маркером положения дел на территории с социально значимой патологией, поскольку неблагополучие по наркомании встречается в основном в сочетании с ВИЧ, с сифилисом и значительно реже автономно. И, наконец, неблагополучие по ВИЧ практически никогда не встречается автономно.

Рис. 1. Заболеваемость социально значимой патологией в муниципальных образованиях Краснодарского края в 2002-2006 г.



Ключевой проблемой содержательной интерпретации закономерностей здоровья населения, полученных на базе медицинской статистики является в частности оценка полноты учета данных о заболеваниях населения. Хорошо известно, что учет заболеваний по обращаемости не полон. Одной из традиционных проблем является тот факт, что часть населения не обращается за медицинской помощью (по разным причинам), иногда даже в случае тяжелых состояний, поэтому данные события не попадают в поле зрения медицинской статистики. Другая, сравнительно новая проблема возникла в связи с развитием частной медицины, к услугам которой за получением квалифицированной медицинской помощи прибегает все более значительная часть пациентов. Оценка недоучета заболеваемости и ее социально-демографического профиля получена по материалам опроса населения в 6 районах Краснодарского края.

Первый аспект - оценка роли различных факторов в сохранении здоровья. От того, в какой мере человек полагается на собственные усилия, или на помощь медицины, во многом зависит его поведение в случае болезни. Проведенный анализ показал, что подавляющее большинство респондентов (около 90%) признают роль собственных усилий в предупреждении заболеваний и сохранении здоровья, причем тех, кто отдает приоритет собственным усилиям, и тех, кто рассматривает их как дополнительный фактор при ведущей роли внешних условий, в том числе медицинской помощи, - практически поровну (47,6% и 42,6% соответственно). Лишь десятая часть опрошенных не считает важными собственные усилия в формировании и сохранении здоровья, поскольку от них, по мнению опрошенных, ничего не зависит.

Соотношение различных точек зрения в совокупности опрошенных стабилизируется примерно к 40 годам, когда у людей формируется опыт решения возникающих к этому времени проблем со здоровьем, и далее, несмотря на развитие процессов старения и ухудшения здоровья практически не меняется. Социальный статус респондентов (образование, место работы и характер занятий, а также самооценка доходов) также несущественно сказывается на оценке роли различных факторов в сохранении здоровья.

Значимость собственных усилий в сохранении здоровья существенно варьирует только в зависимости от того, как человек себя чувствует. Роль собственных усилий оценивается тем выше, чем лучше самооценка здоровья. Среди тех, кто чувствует себя хорошо, более 60% респондентов считают, что человек может многое сделать, чтобы предотвратить болезни, или помочь себе, когда болезнь возник-

ла. Среди респондентов с удовлетворительной самооценкой таких немногим более 40%. Среди тех, кто считает свое здоровье плохим, лишь около пятой части опрошенных придерживаются данного мнения. Соответственно нарастает доля тех, кто придерживается мнения, что от усилий самого человека ничего (от 7,9% до 26,8%) или почти ничего (от 30,8% до 54,9%) не зависит.

Таблица 1

Распределение респондентов по стратегиям поведения в случае наличия заболевания в зависимости от медико-социальных признаков, %

	1	2	3	4	5	Итого
	Самооценка здоровья					
Хорошее	35,5	23,5	30,4	7,4	3,2	100,0
Удовлетворительное	6,7	35,3	47,1	6,7	4,2	100,0
Плохое	3,7	25,2	48,6	10,3	12,1	100,0
	Уровень образования					
начальное или неполное среднее	15,7	30,3	49,5	2,4	2,1	100,0
среднее общее или специальное	16,7	32,6	41,6	6,2	2,9	100,0
незаконченное высшее и высшее	12,5	28,7	36,0	13,3	9,5	100,0
	Место работы и характер занятия					
отсутствует (безработный)	15,1	34,0	42,9	4,7	3,2	100,0
на государственном предприятии	11,7	29,5	49,6	5,7	3,4	100,0
на акционерном или частном предприятии	15,7	28,6	47,5	4,3	3,9	100,0
по найму у частных лиц	20,6	34,2	42,4	2,5	0,4	100,0
собственное дело (с наемными работниками)	18,6	15,7	18,6	30,0	17,1	100,0
индивидуальное, семейное предприятие (без наемных работников)	13,8	28,5	23,6	22,0	12,2	100,0
	Самооценка доходов					
Крайне низкие (не хватает даже на еду)	17,1	34,6	41,5	3,2	3,7	100,0
Ниже средних (хватает на еду, но с покупкой предметов длительного пользования возникают проблемы)	14,5	36,1	44,9	2,9	1,6	100,0
Средние (хватает только на текущее потребление, средств нет на дорогостоящие услуги отдыха, образования, здравоохранения и т.д.)	16,5	29,6	45,4	5,4	3,2	100,0
Выше средних (обеспечено текущее потребление и услуги, отсутствуют значительные сбережения)	15,7	23,3	38,4	15,7	7,0	100,0
Высокие (средств хватает на все)	11,6	19,8	14,0	32,6	22,1	100,0
1 - Ничего не делаю, само пройдет; 2 - Пользуюсь народными рецептами; 3 - Обращаюсь в муниципальное медицинское учреждение по месту жительства; 4- Обращаюсь в частное медицинское учреждение или частнопрактикующему врачу по месту жительства; 5- Обращаюсь за медицинской помощью в другой населенный пункт края						

Второй аспект - стратегии поведения в случае болезни. По результатам опроса лишь половина всего взрослого населения края обращается за медицинской помощью в муниципальные медицинские учреждения а, следовательно, фиксируется в соответствующей отчетности (табл. 1). Более того, эта регистрация не репрезентативна для всего населения за счет более низкой обращаемости мужчин, молодежи и лиц трудоспособного возраста, считающих свое здоровье хорошим. Кроме того, искажается социальный профиль заболеваемости за счет более редких обращений лиц с высшим образованием, работающих в частном секторе экономики, как предпринимателей, так и наемных работников.

В связи с этим два направления одинаково актуальны для обеспечения полноты и качества статистической информации о здоровье населения. Во-первых, - распространение на частные медицинские учреждения и частнопрактикующих врачей отчетности медицинской статистики. Во-вторых, - активизация работы медицинских учреждений всех форм собственности на раннее выявление патологии населения.

На примере функционирования медсанчасти предприятия «Радиострой» с численностью работающих 200 человек определены некоторые пути решения второго из отмеченных аспектов, а именно - активизация работы медицинских учреждений на раннее выявление патологии, прежде всего, в группах риска – населении трудоспособного возраста. Обоснованы преимущества медсанчасти в качестве инструмента профилактического осмотра и мониторинга здоровья работников предприятия путем сравнения с результатами периодического медосмотра, проводимого на предприятии силами поликлиники при ЦРБ. В основу сравнительного анализа положены три критерия. Первый – полнота охвата, обеспеченная медсанчастью в полном объеме с учетом гибкого графика работы сотрудников, тогда как в рамках профосмотра, проведенного поликлиникой, охват составлял от года к году 60-70%. Второй критерий - выявление патологии. В рамках традиционно проводимых ЦРБ медосмотров выявлялись единичные случаи заболеваний. При этом в медсанчасти с применением доврачебного скрининга на информационно-диагностическом комплексе «АМСАТ» и последующим углубленным осмотром специалистами, новые случаи выявляются у 10-15% работников. Третий критерий – мониторинг здоровья. Благодаря регулярно проводимым контрольным обследованиям больных с ранее выявленной патологией, и проведению им профилактических мероприятий (или отправке к конкретным узким специалистам ЦРБ), новые случаи неинфекционных заболеваний или обострения хронических болезней со-

кратились в 2,5 раза через три года применения данной технологии обследования.

#### **Четвертая глава «Инвалидность, как характеристика здоровья населения»**

В главе рассматриваются следующие основные проблемы: тенденции и причины инвалидизации детского и взрослого населения Краснодарского края на общероссийском фоне; территориальные особенности формирования инвалидности населения в городах и районах края; адекватность статуса инвалида наличию ограничений жизнедеятельности.

Проведенный анализ показал, что общие закономерности формирования инвалидности детей в Краснодарском крае и России в целом совпадают. К их числу относятся: (1) рост распространенности инвалидности темпами, растущими с возрастом, на фоне относительной стабилизации, а в ранних возрастах – сокращения ежегодного числа новых случаев; (2) незавершенность процесса формирования детской инвалидности при существующих показаниях к ее назначению, что не позволяет пока говорить об истинных закономерностях динамики инвалидности.

В качестве критериев определения стадии процесса могут служить тенденции первичной инвалидности и их устойчивость: рост показателей свидетельствует об активном выявлении детей с ограничениями жизнедеятельности и оформлении инвалидности в соответствии с установленными критериями, стабилизация - о завершении активной стадии и переходе к планомерной работе, сокращение показателей означает, что масштабы недоучета инвалидности минимизированы и проводится работа по ее профилактике. Очевидно, что качественная оценка тенденций справедлива лишь при учете достигнутых уровней инвалидности, как минимум не ниже среднероссийского уровня.

Несмотря на общность основных закономерностей формирования инвалидности в Краснодарском крае имеется отчетливая специфика на общероссийском фоне. Во-первых, при близких уровнях распространенности детской инвалидности в стране и в крае, возрастной профиль инвалидности в Краснодарском крае отличается. Распространенность инвалидности детей младшего возраста ниже, а среди подростков – примерно такая же, как в целом по стране. Во-вторых, несмотря на более низкую распространенность инвалидности в детских возрастах, частота новых случаев здесь также ниже, и начала снижаться раньше, чем в целом по стране, что может свидетельствовать о преждевременном сворачивании активной фазы выявления детей с ограничениями жизнедеятельности. Напротив, в подростковых возрастах, несмотря на близкие уровни распространенности, частота новых случаев выше и растет более высокими темпами. Этот эффект может быть связан как с

расширением показаний к признанию подростка инвалидом, так и с недовыявлением инвалидности в младших возрастах.

Тенденции инвалидности определяются конкретными заболеваниями и травмами. На общероссийском фоне структура инвалидности в Краснодарском крае отличается более высоким вкладом психических заболеваний, который определяется, прежде всего, умственной отсталостью и расстройствами поведения, а у подростков еще и органическими расстройствами. При этом в крае сохраняется более низкий вклад в инвалидность врожденных аномалий. Эти закономерности носят общий характер на всем периоде детства. Что касается болезней нервной системы, то мере снижения их значимости в структуре инвалидности от детей раннего возраста к подросткам, сокращается превышение показателей в сравнении с российскими уровнями, а у 15-17-летних краевые уровни уже ниже среднероссийских.

Проведенное исследование показало существенное разнообразие ситуации в отношении детской инвалидности в городах и районах края, причем при оценке ситуации недостаточно полагаться лишь на общие показатели, поскольку относительное благополучие по одним причинам может отчасти компенсировать наличие выраженных проблем по другим. Сравнительно благополучная ситуация, которая характеризуется более низкими уровнями инвалидизации от всех основных причин складывается примерно в половине муниципальных образованиях края, куда входят большинство крупных городов, исключая краевой центр.

Для взрослого населения характерны специфические тенденции инвалидизации, обусловленные иными, чем в детских возрастах причинами, а, следовательно, определяющиеся иной факторной основой.

Основные тенденции инвалидизации в Краснодарском крае сходны с общероссийскими: (1) в возрастах до 45-50 лет рост в 1990-х годах и последующее снижение с возвращением к исходным уровням; (2) в предпенсионных и пенсионных возрастах относительная стабилизация в 1990-х годах, затем резкий рост на фоне расширения социальных льгот и последующая коррекция с возвращением к исходным уровням.

Вместе с тем, в Краснодарском крае сохраняется специфика в отношении уровней первичного выхода в возрастном и нозологическом аспекте. В период реформ начала 1990-х годов Краснодарский край вступал с более высокими на общероссийском фоне показателями в молодых возрастах и более низкими в предпенсионных и пожилых. К настоящему времени произошло приближение показателей

в трудоспособном периоде, хотя в пожилых возрастах показатели остаются более низкими. Произошло выравнивание не только уровней инвалидизации, но и приближение структуры ее по тяжести, соотношению удельного веса первой, второй и третьей групп.

В структуре первичного выхода на инвалидность во всех возрастах в Краснодарском крае меньшую роль играют болезни системы кровообращения, а также травмы и отравления, однако заметно выше вклад злокачественных новообразований, психических расстройств и туберкулеза, а начиная с предпенсионных возрастов – болезнью костно-мышечной системы.

В Краснодарском крае отмечаются существенные территориальные отличия инвалидизации взрослого населения, в том числе от отдельных причин. По городам и районам края первичная инвалидность населения трудоспособного возраста различается более чем в 2 раза. Для выработки основных направлений политики в отношении инвалидизации взрослого населения достаточна классификация, делящая все города и районы края на три группы: с уровнями близкими к средней по краю, с уровнями более высокими и более низкими в сравнении с краевым. Более детальная проработка путей снижения инвалидизации требует построения классификации, учитывающей роль отдельных причин в формировании сложившихся уровней. Так, например, в группе из 10 территорий с более высокими, чем в среднем по краю, уровнями инвалидизации, в 2 территориях превышение определяется туберкулезом (в 2,7 раза на краевом фоне), в 8 – болезнями костно-мышечной системы (в 1,6 раза).

В заключение проведено исследование полноты учета инвалидности населения по результатам сравнительной оценки статуса инвалида и ограничений жизнедеятельности. При этом рассмотрены следующие аспекты: возможность интеграции различных ограничений жизнедеятельности в комплексный индикатор; адекватность статуса инвалида наличию и выраженности у него ограничений привычной деятельности.

По результатам анализа первого аспекта выяснилось, что такой распространенный индикатор, как самооценка здоровья, невозможно использовать как интегральную характеристику, аккумулирующую физические и психологические аспекты функционирования. Самооценка здоровья в наибольшей степени определяется наличием и степенью выраженности болевых и дискомфортных ощущений и тесно связанными с ними тревожными и депрессивными эмоциями. Степень сохранности функций демонстрирует более оптимистичную картину в сравнении с

самооценкой здоровья, при этом существует тесная согласованность между сохранностью функций самообслуживания, способности к передвижению и выполнения повседневных привычных обязанностей (табл. 2).

Таблица 2

Наличие и выраженность ограничений в зависимости от самооценки здоровья, %

	не возникает никаких проблем	есть незначительные ограничения	есть существенные ограничения	Всего
Самооценка здоровья	ограничения в передвижении (добраться на работу или с работы, а также – к врачу, магазин и т.д.)			
хорошее	94,1	5,9	0,0	100,0
удовлетворительное	85,6	12,9	1,3	100,0
плохое	31,9	30,2	37,9	100,0
	ограничений в самообслуживании			
хорошее	97,1	1,4	1,4	100,0
удовлетворительное	90,7	8,8	0,5	100,0
плохое	36,2	28,4	35,3	100,0
	ограничения в выполнении повседневных привычных обязанностей (работа, учеба, ведение домашнего хозяйства, уход за членами семьи)			
хорошее	93,7	5,8	0,5	100,0
удовлетворительное	80,1	19,4	0,5	100,0
плохое	28,4	37,9	33,6	100,0
	Наличие и выраженность болей или дискомфорта			
хорошее	70,5	29,0	0,5	100,0
удовлетворительное	10,0	88,4	1,7	100,0
плохое	3,4	34,5	62,1	100,0
	Наличие и выраженность депрессии и тревоги			
хорошее	75,8	23,7	0,5	100,0
удовлетворительное	18,9	80,1	1,0	100,0
плохое	3,4	54,3	42,2	100,0

Анализ второго аспекта основывался на сопоставлении статуса инвалидности и наличия, а также степени выраженности ограничений жизнедеятельности.

Если рассматривать только трудоспособное население, то корреляция между отсутствием ограничений жизнедеятельности и отсутствием инвалидности практически полная. В пожилых возрастах встречаются случаи инвалидности, при условии, что респондент не испытывает никаких ограничений жизнедеятельности. Среди 60-79-летних респондентов таких 5-7%, а среди лиц старческого возраста (80 лет и старше) – около трети. Скорее всего, эти случаи свидетельствуют о востребованности статуса инвалида из-за потребности в большей социальной защите, тем более что речь идет в основном о третьей и реже – второй группах.

В целом по выборке в группе респондентов, которые отметили наличие незначительных ограничений, 12,5% оказались инвалидами, причем преимущественно 3 группы. Среди тех, кто имеет выраженные ограничения жизнедеятельности, лишь около 50% респондентов являются инвалидами. Две трети из них имеют вторую и первую группу, а также инвалидность с детства, т.е. тяжелые группы, которые соответствуют понятию «выраженные ограничения жизнедеятельности» (табл. 3).

Таблица 3

Распространенность инвалидности в зависимости от наличия и степени выраженности ограничений жизнедеятельности вследствие долговременных нарушений здоровья, %

	Всего инвалидов	В том числе:			
		1 группа	2 группа	3 группа	инвалиды с детства
нет ограничений жизнедеятельности	2,2	0,0	0,6	1,2	0,4
незначительные ограничения жизнедеятельности	12,5	0,0	1,3	8,4	2,8
выраженные ограничения жизнедеятельности	50,9	5,6	25,9	12,0	7,4

На основании полученных соотношений нельзя, по-видимому, делать однозначного вывода о двукратном недоучете инвалидности, поскольку полностью доверять самооценке респондентов, в том числе о степени выраженности у них ограничений жизнедеятельности нельзя. Вместе с тем, существенный недоучет все же существует. Вместе с тем, приведенные результаты свидетельствуют, что существует не только недоучет инвалидности. Часть лиц, имеющих официальный статус инвалида, в действительности имеет лишь незначительные ограничения жизнедеятельности, или не имеет их вовсе. Таким образом, с одной стороны, реальное число инвалидов существенно занижено, с другой – среди официально признанных инвалидами некоторое число (около 10%) не соответствуют этим критериям.

#### **Пятая глава «Особенности смертности населения»**

В главе рассматриваются следующие основные проблемы: тенденции смертности в Краснодарском крае и роль основных причин в формировании потерь продолжительности жизни населения; особенности смертности в городах и районах края; пути объективизации данных о причинах смерти населения с учетом анализа сопутствующих диагнозов и социального профиля умерших.

Обобщая проведенный анализ тенденций и причин смерти можно отметить,

что в период реформ на рубеже 1990-х годов Краснодарский край вступил с худшими чем в среднем по стране, показателями продолжительности жизни. Вместе с тем, на протяжении всего рассматриваемого периода ситуация в Краснодарском крае развивалась более благополучно чем в России: падение продолжительности жизни и в середине 1990-х годов и к концу десятилетия было менее глубоким, а скорость восстановления более интенсивной. Подобное развитие событий привело к тому, что Краснодарский край постепенно нарастил преимущество на общероссийском фоне. Уже в 1992-1993 г. уровни продолжительности жизни выровнялись, а к 1998 г. они на 1,0-0,5 года были выше, чем в целом по стране. К периоду активного роста продолжительности жизни в 2006-2007 г. Краснодарский край подошел с преимуществом в 2,5-1,5 года на общероссийском фоне. И лишь в последние два года ситуация в крае развивается в общероссийском темпе, а для мужчин несколько более низкими темпами, что соответствует процессам на других благополучных территориях, на которых восстановление продолжительности жизни началось раньше, чем в целом по стране.

Как отставание на рубеже 1990-х годов, так и современное преимущество Краснодарского края в продолжительности жизни формируется всеми возрастными группами, от детей первого года жизни до пожилых. При этом в детских и пожилых возрастах выигрыш формировался за счет более благоприятных темпов динамики (снижения – в детстве, более медленных темпов роста – в пожилых) при сходстве траекторий изменения смертности в России и в крае. В трудоспособных возрастах выигрыш складывался преимущественно с конца 1990-х годов за счет более благоприятной траектории изменения смертности (стабилизация вместо возвратной волны роста) на общероссийском фоне.

Меньшие потери продолжительности жизни в крае определяются практически всеми основными причинами смерти, причем как в результате более позитивных трендов смертности, так и сдвига большей части смертей в старшие возраста. Максимальный вклад вносят болезни системы кровообращения и внешние причины. Роль других значимых причин меньше, поскольку их преимущество связано или с более низкой интенсивностью смертности (болезни органов дыхания, инфекции) или с более старой возрастной моделью смертности (болезни органов пищеварения, неточно обозначенные состояния). Иными словами, исключая травмы и отравления, все другие социально обусловленные причины характеризуются наличием проблемных ситуаций или в отношении уровней смертности, или в отношении молодых групп риска. При этом сравнительно благополучная ситуация по

внешним причинам требует более внимательного изучения в условиях крайне высоких уровней смертности от неточно обозначенных состояний.

Существенным источником сокращения потерь, обусловленных смертностью, является повышение территориальной однородности за счет преодоления негативных тенденций в неблагополучных городах и районах края. По данным 2005 г. продолжительность жизни мужчин различалась в муниципальных образованиях края на 9,6 года от 54,4-57,4 лет до 63,2-64,0 лет; у женщин различия были несколько меньше – 6,7 года - от 69,0-70,0 лет до 75,0-75,8 лет. В целом, относительно более благополучная ситуация со смертностью населения сложилась в городах Армавир, Краснодар, Туапсе, Ейск; неблагополучные показатели характерны для населения Лабинского, Белореченского, Мостовского, Тихорецкого районов и г.Геленджик.

Между территориальным распределением мужчин и женщин по продолжительности жизни населения существует средняя по силе корреляционная зависимость – 0,52. Это означает, что в целом существует общность факторов, определяющих в территории ситуацию со смертностью мужчин и женщин. Вместе с тем, нельзя игнорировать и довольно заметную специфику. Примерно четверть всех муниципальных образований Краснодарского края имеют выраженные гендерные диспропорции смертности как с относительным мужским, так и относительным женским неблагополучием смертности.

Помимо гендерного аспекта продолжительности жизни, который свидетельствует о характере функционирования социальных институтов, ответственных, прежде всего за формирование самосохранительного поведения населения, существенно важно рассмотреть возрастной и нозологический профиль формирования продолжительности жизни, который позволяет оценить адекватность выбора приоритетов непосредственно в сфере здравоохранения. Пропорциональность формирования возрастного и нозологического профиля необходимо при этом соотносить с достигнутыми уровнями продолжительности жизни, поскольку при высоких показателях эта пропорциональность может рассматриваться как индикатор политики здравоохранения, адекватной реальным проблемам здоровья и группам риска, а при низких показателях продолжительности жизни населения та же пропорциональность будет означать, что здравоохранение в принципе не выполняет своих функций по охране здоровья населения ни по одному из направлений.

Анализ возрастной картины смертности обнаружил следующее.

Во-первых, в целом по городам и районам края существует достаточно вы-

сокая степень пропорциональности формирования возрастного профиля продолжительности жизни населения. Так, между территориальным распределением по показателю продолжительности жизни и детской смертности корреляция составляет 0,70-0,62 для мужчин и женщин соответственно, по продолжительности жизни и смертности в трудоспособных возрастах – 0,85-0,77, по продолжительности жизни и смертности пожилых коэффициент корреляции равен 0,51-0,64 для мужчин и женщин соответственно. Таким образом, в благополучных по продолжительности жизни населения территориях можно констатировать достаточно адекватный характер политики здравоохранения, в неблагополучных – необходимость принимать комплексные меры в отношении всех групп населения.

Во-вторых, максимальный уровень корреляции отмечается между территориальным распределением по продолжительности жизни и смертности в трудоспособных возрастах. В свою очередь, это означает, что именно трудоспособные группы должны являться приоритетом в программах по сокращению смертности, причем как в благополучных, так и в неблагополучных территориях. Именно в трудоспособных возрастах формируется в настоящее время рейтинг территории по продолжительности жизни населения.

В-третьих, во всех категориях муниципальных образований, различающихся по показателю продолжительности жизни, можно отметить наличие возрастных диспропорций формирования продолжительности жизни населения. При этом в территориях с более высокими показателями продолжительности жизни, как правило, отмечены относительно худшие показатели смертности детей и подростков. В территориях с низкими уровнями продолжительности жизни возрастные диспропорции смертности, как правило, определяются пожилыми группами.

Выбор приоритетов снижения смертности связан с адекватной оценкой групп и причин наибольшего риска. Иными словами, необходимо четко знать, какие причины смерти определяют наибольшие потери, и на какие группы населения необходимо направить усилия, прежде всего, с целью снижения этих потерь.

Как известно, основными причинами смерти населения в России и большинстве регионов страны являются болезни системы кровообращения, травмы и отравления, а также злокачественные новообразования, которые суммарно определяют около 75% всех ежегодных случаев. Роль заболеваний и состояний, которые, как правило, не являются непосредственной причиной смерти, а выступают как сопутствующая патология, оказывается практически незначимой при существующей практике регистрации основной и единственной причины смерти.

Была проведена дополнительная разработка медицинских свидетельств о смерти (1400 случаев). Анализ данных множественных причин смерти показал, что у 8,4% умерших были зафиксированы сопутствующие диагнозы. В их структуре центральное место (53 из 118 случаев, т.е. 44%) составили психические расстройства, в том числе, среди детей – глубокая умственная отсталость; в трудоспособных возрастах – алкоголизм; в пожилых и старческих возрастах – психотические и непсихотические нарушения органической природы, а также деменция различной природы, преимущественно сосудистая. Второе по частоте место среди сопутствующих диагнозов (22 из 118 случаев, т.е. 18,6%) занимают болезни системы кровообращения, преимущественно гипертония и ишемическая болезнь сердца. Практически такой же вклад принадлежит болезням эндокринной системы, так, на диабет пришлось 17 из 118, т.е. 14,4% сопутствующих диагнозов. На каждую из остальных причин в структуре сопутствующих диагнозов приходилось не более 2-4%.

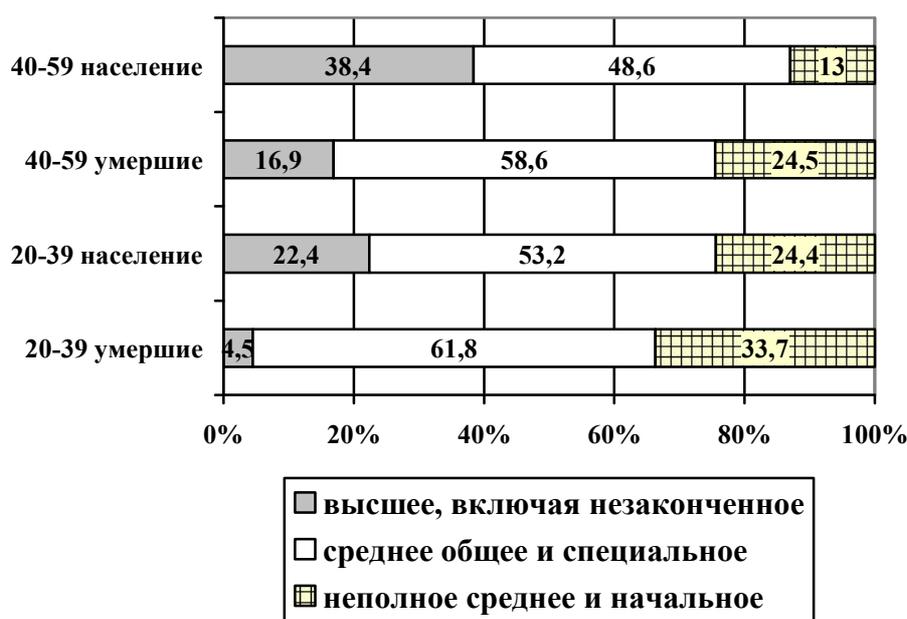
Обобщая проведенный анализ, можно сказать, что вклад психических расстройств в формирование смертности возрос: в детских возрастах с 0 до 12%, в пожилых и старческих – с 0 до 3,4% среди 60-79-летних и до 6,6% среди лиц старше 80 лет. Диагнозы сопутствующих болезней системы кровообращения встречаются только при первоначальных причинах смерти из того же класса. Таким образом, присутствие сердечно-сосудистых заболеваний в структуре сопутствующей патологии не увеличивает вклад их в формирование смертности. Эндокринная патология в составе сопутствующих заболеваний представлена диабетом, преимущественно 2 типа у лиц старше 60 лет. Таким образом, с учетом множественных причин смерти вклад эндокринных заболеваний в формирование смертности заметно возрастает: в пожилых и старческих возрастах – с 0 до 5,2%.

Конечно, сопутствующая патология присутствовала не только у 8-9% умерших, как это оказалось по данным разработки. В настоящее время в свидетельстве указываются лишь наиболее тяжелые формы, которые могли конкурировать как непосредственные причины смерти. Однако даже такие неполные сведения позволяют утверждать, что приоритеты сокращения смертности существенно меняются, особенно начиная со старших трудоспособных возрастов, если учитывать не только непосредственную причину смерти, но и сопутствующую патологию.

Риск смерти от отдельных причин неравномерно распределен не только в отдельных половозрастных, но и социальных группах населения. Для обоснования приоритетов снижения смертности необходима детальная информация о социаль-

ном статусе умерших. Поскольку, в соответствии с принятым в России в 1999 г. Федеральным Законом об актах гражданского состояния, такие социальные признаки, как образование и профессия, в значительной мере определяющие социальный статус умершего, исключены из статистической разработки данных о смертности, была проведена дополнительная разработка медицинских свидетельств о смерти.

Рис. 2. Распределение по уровню образования населения и умерших в возрасте 20-39 и 40-59 лет, %



Как показало исследование, соотношение уровня образования среди умерших очевидно принципиально отличается от такового среди населения данного возраста, прежде всего, за счет сверхвысокой доли малообразованных лиц и, напротив, за счет меньшего удельного веса высокообразованных (рис. 2). В свою очередь, это означает, что малообразованные имеют существенно более высокий риск смерти, чем те, кто получил образование выше среднего.

Профессиональный облик умерших довольно точно характеризуют преимущественно рабочие профессии не высшей квалификации (сторож, санитарка, водитель, уборщица и т.д.), а также неработающие, включая безработных. Занятые высококвалифицированным трудом (врач, учитель, зав. детским садом, зав. отделом спортивной работы, инженер) составляют не более 5% среди 20-39-летних и около 15% среди 40-59-летних.

Таблица 4

Структура причин смерти среди лиц с разным уровнем образования в трудоспособном возрасте (г. Кропоткин, Кропоткинский район Краснодарского края,

2004-2005 г.)

	20-39 лет			40-59 лет		
	1	2	3	1	2	3
Инфекции		9,1	16,7	2,4	8,2	9,8
Новообразования	25,0	12,7	-	23,8	19,9	3,3
Болезни системы кровообращения	-	14,5	20,0	52,4	39,0	27,9
Болезни органов дыхания	-	-	-	2,4	2,1	8,2
Болезни органов пищеварения	-	7,3	-	-	8,9	3,3
Неточно обозначенные состояния	-	5,5	10,0	2,4	2,7	11,5
Травмы и отравления, в том числе:	75,0	45,5	53,3	14,3	17,1	34,4
-ДТП	50,0	9,1	10,0	2,4	0,7	1,6
-др. несчастные случаи	-	7,3	6,7	2,4	1,4	1,6
-воздействие огня	-	-	-	-	1,4	3,3
-переохлаждение	-	3,6	-	-	0,7	16,4
-отравление алкоголем или наркотиками	-	9,1	13,3	-	4,8	4,9
-самоубийство	25,0	3,6	6,7	7,1	2,7	1,6
-убийство	-	7,3	6,7	-	3,4	1,6
-повреждение с неопред. намерениями	-	5,5	10,0	2,4	2,1	3,3
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
1 - высшее, включая незаконченное; 2 - среднее общее и специальное; 3 - незаконченное среднее и начальное						

Таким образом, как показал проведенный анализ, уровень образования и характер профессионального занятия существенно дифференцирует риск смерти, принципиально снижая его по мере увеличения числа лет обучения.

Но не только общий риск смерти определяется уровнем образования и характером занятости. Конкретная причина смерти также заметно зависит от него (табл. 4). Значительная часть сверхсмертности, прежде всего, от неестественных и насильственных причин, с одной стороны, и от причин, предотвратимых при современных возможностях здравоохранения, с другой, обусловлена лицами с низким уровнем образования, соответствующим уровнем жизни и стереотипами поведения. Именно они и составляют основную группу риска, на которую должны быть нацелены усилия по сокращению смертности.

### ***Шестая глава «Предотвратимые потери здоровья – критерий деятельности муниципальных органов управления»***

В главе рассматриваются следующие основные проблемы: комплексная оценка тенденций и территориальных особенностей здоровья населения в Краснодарском крае; характеристика потенциала сокращения людских потерь, предотвратимых при адекватной деятельности здравоохранения; обоснование критерия предотвратимых потерь здоровья, как показателя эффективной деятельности муниципальной власти.

Совместный анализ тенденций заболеваемости, инвалидности и смертности в Краснодарском крае на общероссийском фоне показал, что стратегия охраны здоровья детского населения нацелена на сокращение безвозвратных потерь, что и приносит свои положительные результаты (рис. 3-5). Вместе с тем, профилактика инвалидизирующих состояний недостаточна, о чем свидетельствует стабилизация частоты новых случаев детской инвалидности. Поскольку учтенная заболеваемость весь период росла, что свидетельствует об активном выявлении новых случаев заболеваний детей, причиной стабилизации инвалидности, по всей вероятности, являются недостатки в доступности и качестве лечения.

Для взрослого населения ситуация развивалась еще более неоднозначно.

На протяжении всего рассматриваемого периода были отмечены несколько волн существенного роста и некоторого снижения смертности. Независимо от динамики смертности инвалидизация взрослого населения России была относительно стабильна все 1990-е годы. В 2003-2005 г. показатели увеличились почти в 1,8 раза на фоне пересмотра социального законодательства в отношении инвалидов. В 2006-2007 г. последовала коррекция стимулирующих факторов, и инвалидизация сократилась почти до исходных уровней. Еще более независимо как от динамики смертности, так и от тенденций инвалидности вела себя заболеваемость взрослого населения. Иными словами, выявление патологии во взрослом населении оставалось на практически неизменном уровне, качество оказания медицинской помощи, способствующее профилактике инвалидизирующих состояния – также, но безвозвратные потери населения за счет смертности существенно варьировали, будучи практически никак не связаны с деятельностью системы здравоохранения (рис. 3-5).

Рис. 3. Динамика заболеваемости в Краснодарском крае и России (на 1000 лиц соответствующего возраста)

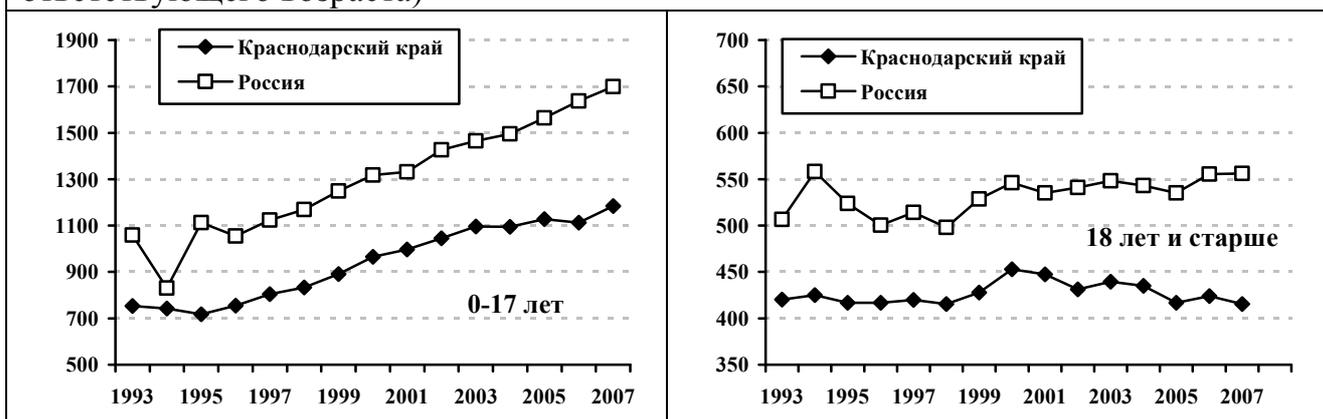


Рис. 4. Динамика первичной инвалидности в Краснодарском крае и России (на 10 тыс. лиц соответствующего возраста)

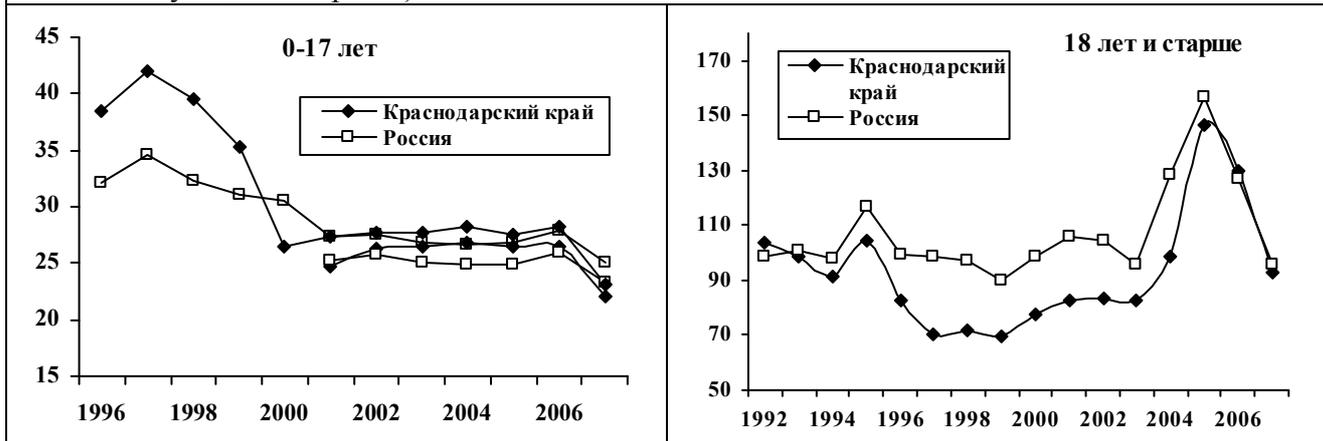
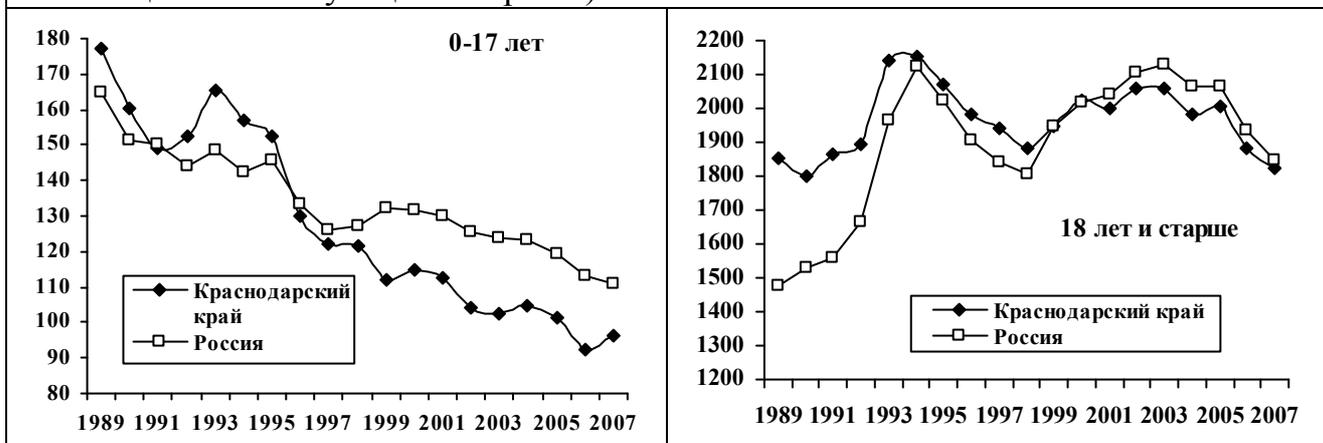


Рис. 5. Динамика смертности в Краснодарском крае и России в 1989-2007 г. (на 100 тыс. лиц соответствующего возраста)



Завершая проведенный анализ совместным рассмотрением первичной инвалидности и смертности в городах и районах края<sup>4</sup> можно отметить наличие нескольких типов сочетаний, принципиальных с точки зрения качественной оценки эпидемиологической ситуации. Первый тип (32 муниципальных образования) – место территории в ранжированном ряду по уровню инвалидизации и смертности совпадает. При этом сами показатели близки к среднеокружным. Второй тип – уровни инвалидизации заметно выше, а смертности - ниже на общекраевом фоне. Этот тип может свидетельствовать как о правильной стратегии сохранения здоровья путем профилактики летальных исходов с помощью мер своевременной реабилитации инвалидов, так и о том, что инвалидизация населения необоснованно завышена. Для того, чтобы ответить на этот вопрос, необходим более детальный анализ. Этому типу соответствуют 12 территорий со средним уровнем смертности

<sup>4</sup> С учетом особенностей возрастной структуры населения муниципальных образований анализ проведен только для населения трудоспособного возраста. В связи с этим показатель заболеваемости исключен из признаков классификации, поскольку в отчетности взрослое население не разделено по возрастным группам.

и высоким уровнем инвалидизации, а также 11 территорий с низкой смертностью и средней по уровню инвалидизацией. Третий тип – уровни инвалидизации заметно ниже, а смертности - выше на общекраевом фоне (4 территории). Этот тип однозначно свидетельствует о том, что своевременное выявление и реабилитация нуждающихся лиц не ведется, что ведет к увеличению безвозвратных потерь трудоспособного населения.

Таким образом, проведенная комплексная оценка тенденций и территориальных особенностей здоровья населения в Краснодарском крае на общероссийском фоне свидетельствует, что существуют значительные резервы снижения потерь здоровья населения, прежде всего, за счет усилий здравоохранения, а сокращение смертности должно выступать главным направлением ее деятельности.

Накопленный опыт изучения предотвратимой смертности в России доказал эффективность данного подхода, его аналитическую и прогностическую ценность, вместе с тем, продвижение вперед выявило три круга проблем, которые требуют своего решения. Во-первых европейские подходы к классификации причин смерти по этапам профилактики необходимо адаптировать для целей разработки конкретных программ снижения смертности населения. Во-вторых, концепция предотвратимой смертности требует дальнейшего развития и совершенствования, поскольку потери здоровья не исчерпываются лишь преждевременной смертностью. И, наконец, в-третьих, сокращение потерь здоровья населения страны не может возлагаться лишь на один уровень власти или управления, будь то уровень федерации, региона или муниципального образования. На каждом уровне есть ресурсы для воздействия на ситуацию, соответственно каждый уровень несет свою долю ответственности за предотвращение потерь здоровья населения.

Проведено исследование, в котором впервые апробируются решения поставленных проблем. Во-первых, рассматриваются предотвратимые потери здоровья, описываемые через набор стандартных индикаторов: заболеваемость, инвалидность, смертность. Во-вторых, дается оценка потерь здоровья, которые могут быть предотвращены за счет более эффективной деятельности на муниципальном уровне. В-третьих, путем сопоставления европейской классификации предотвратимости по уровням профилактики и разработанной отечественными авторами – по уровням управления, появляется возможность обоснованного выбора более приемлемого подхода в российских условиях. В-четвертых, российский подход был еще более конкретизирован, а именно: выделен фактор территориальной и экономической доступности медицинской помощи, фактор повышения качества медицинских

услуг, фактор улучшения условий жизни населения, фактор оздоровления образа жизни населения. В-пятых, исследование предотвратимости потерь здоровья ограничено рамками трудоспособного возраста, что позволяет, исключив детей и подростков, сконцентрироваться на проблемах здоровья данного периода жизни, нацелив экспертов на более обоснованные оценки.

Предотвратимость потерь здоровья за счет заболеваемости, инвалидности и смертности в населении трудоспособного возраста на муниципальном уровне составляет, по мнению экспертов, – врачей муниципального здравоохранения - около 30%. Это, как и следовало ожидать, меньше, чем общая вероятная предотвратимость летальных исходов без разделения на ответственность муниципального, регионального и федерального уровней, которая составляет от 22 до 70% от общего числа случаев смерти при отдельных причинах.

В соответствие с европейским подходом, среди направлений предупреждения заболеваний практически во всех случаях доминирует профилактика поведенческих факторов риска. По мнению экспертов, акцент на это направление деятельности поможет предупредить от 30 до 70% случаев заболеваний и травм в зависимости от вида патологии. При рассмотрении вопросов предупреждения инвалидности эксперты отдают практически одинаковую роль этапам своевременного выявления патологии и качественного оказания медицинской помощи (по 35-40% от общего уровня предотвратимости). В предотвращении летальных исходов происходит дальнейшая концентрация значимости этапа оказания медицинской помощи. По мнению экспертов 45-55% вероятной предотвратимости смертности определяется адекватностью и качеством помощи.

Если рассматривать в соответствие с европейским подходом роль фактора здравоохранения в целом (своевременное выявление и качественное лечение), то значимость его оказывается велика при предотвращении всех элементов потерь здоровья, возрастая от 30-50% в стратегии предотвращения заболеваемости (обеспечение выздоровления и сохранения высокого качества жизни) в зависимости от патологии, до 75% в стратегии предотвращения инвалидности и до 80-85% в стратегии предотвращения смертности.

И при предупреждении инвалидности, и при предотвращении смертности остается все еще довольно заметной роль первичной профилактики, что вполне предсказуемо, поскольку прогноз заболевания, в том числе и инвалидизирующий прогноз зависит от поведения самого пациента и от его самосохранительных усилий в процессе развития болезни.

В соответствие с отечественным подходом, в предотвращении заболеваемости оказались одинаково значимы оздоровление образа жизни и улучшение условий жизни населения, что отражает очевидную закономерность – поведение, в том числе самосохранительное, существенно зависит от условий жизни. В целом на оба эти направления приходится от 45% до 70% всей предотвратимости заболеваемости на муниципальном уровне, т.е. суммарный вклад социально-экономических и поведенческих факторов в предотвращении заболеваемости в соответствие с российским подходом оказывается даже больше, чем при анализе предотвратимости по трем уровням профилактики в соответствие с европейским подходом.

При анализе предотвратимости инвалидности и смертности в соответствие с российским подходом суммарный вклад социально-экономических и поведенческих факторов оказывается также выше, чем в европейском подходе. При условии, что вклад направления, связанного с оздоровлением образа жизни при обоих подходах оказывается вполне сопоставим, оказывается, что выделение в явном виде фактора условий жизни населения взяло на себя часть ответственности, ложившейся собственно на систему здравоохранения.

Но даже с учетом поправки, в целом исходя из российского подхода, на долю здравоохранения приходится 30-40% предотвращения заболеваемости, 50-65% предупреждения инвалидности и 60-75% предотвращения смертности. Таким образом, и в соответствие с российским, и в соответствие с европейскими подходами здравоохранению принадлежит ведущая роль в предотвращении потерь здоровья на муниципальном уровне. Эти результаты согласуются с оценками известных российских ученых (Комаров Ю.М., Ермаков С.П., Кравченко Н.А., Калининская А.А. и др., 1994; Максимова Т.М., 2002; Михайлова Ю.В., Иванова А.Е., 2003; В.О. Щепин и Е.А. Тишук 2006), в соответствие с которыми роль здравоохранения в формировании здоровья населения существенно недооценена.

Анализируя роль собственно системы здравоохранения можно отметить акцент экспертов не столько на доступность медицинской помощи, сколько на ее качество. Лишь при оценке предотвратимости заболеваемости соотношение этих факторов равно (по 15-20%), тогда как при предотвратимости инвалидности и особенно смертности возрастает роль факторов качества оказания медицинской помощи до 30-40% и 37-47% соответственно. Мы не склонны рассматривать эти результаты как специфику муниципального уровня оказания медицинской помощи. Скорее речь идет о специфике ответов медицинских работников, по мнению которых, вероятно, проблема доступности стоит менее остро, чем качество помо-

щи, что отличает эти оценки от мнения пациентов.

### **Выводы**

1. Современная концептуальная модель отечественного местного самоуправления отражает перераспределение полномочий и ответственности между различными уровнями власти, характерное для всех европейских стран, расширяя сферу компетенции местных органов власти в решении социальных задач. Вместе с тем, эффективность их деятельности в этом направлении оценивается значительным числом частных показателей и не имеет комплексных индикаторов, ориентированных на результат: продолжительность и качество жизни населения.

2. Общими социальными факторами риска для формирования здоровья населения Краснодарского края являются: высокая доля сельского населения; сравнительно низкий уровень образования, структура экономики, не нуждающаяся в квалифицированном персонале, высокая доля мигрантов, стесненные жилищные условия, низкий уровень благоустройства жилья. Каждый пятый трудоспособный житель края не имеет источников дохода, связанных с трудовой деятельностью, и не включен в сферу ответственности социальных служб. Между тем, именно неработающие оказываются основной группой риска экзогенной, предотвратимой силами здравоохранения патологии и повышенной смертности.

3. Для всех групп населения Краснодарского края констатирована более низкая в сравнении с Россией заболеваемость по обращаемости, которая определяется всеми основными причинами. Траектории изменения заболеваемости совпадают со среднероссийскими и характеризуются ростом показателей для детей и еще большими темпами – для подростков, и стабилизацией уровней для взрослого населения. Практически половина, т.е. 23 территории Краснодарского края из 48, характеризуются достаточно благополучной ситуацией в отношении всех социально значимых заболеваний: их показатели оказываются ниже или в границах среднекраевого уровня. Остальные 25 территорий характеризуются разной степенью неблагополучия, маркером которого является распространенность наркомании и ВИЧ.

4. По данным опросов, до 50% всего взрослого населения края обращаются за медицинской помощью в муниципальные медицинские учреждения и фиксируются в соответствующей отчетности. Эта регистрация не репрезентативна для всего населения за счет более низкой обращаемости мужчин, молодежи и лиц трудоспособного возраста, считающих свое здоровье хорошим. Кроме того, искажается

социальный профиль заболеваемости за счет более редких обращений лиц с высшим образованием, работающих в частном секторе экономики, как предпринимателей, так и наемных работников.

5. Общие закономерности формирования инвалидности населения в Краснодарском крае и России в целом совпадают. У детей отмечен рост распространенности инвалидности темпами, растущими с возрастом; в трудоспособном периоде - рост в 1990-х годах и последующее снижение с возвращением к исходным уровням; в предпенсионных и пенсионных возрастах относительная стабилизация в 1990-х годах, затем резкий рост на фоне расширения социальных льгот, и последующая коррекция с возвращением к исходным уровням. Структура инвалидности детей в крае отличается более высоким вкладом психических заболеваний за счет умственной отсталости, расстройств поведения, органических расстройств. В структуре первичного выхода на инвалидность взрослого населения выше вклад злокачественных новообразований, психических расстройств и туберкулеза, а начиная с предпенсионных возрастов – болезнью костно-мышечной системы.

6. Сопоставление данных об инвалидности, а также степени ограничений жизнедеятельности показало, что существуют диспропорции между этими категориями. Среди респондентов, которые отметили наличие незначительных ограничений, 12,5% в целом по выборке оказались инвалидами. Вместе с тем, среди тех, кто имеет выраженные ограничения жизнедеятельности, лишь около 50% респондентов являются инвалидами. На основании полученных соотношений нельзя делать однозначного вывода о двукратном недоучете инвалидности, поскольку полностью доверять самооценке респондентов, в том числе о степени выраженности у них ограничений жизнедеятельности нельзя. Вместе с тем, не вызывает сомнения, что, с одной стороны, реальное число инвалидов существенно занижено, с другой – среди официально признанных инвалидами некоторое число не соответствуют этим критериям.

7. Тенденции смертности в Краснодарском крае характеризуются преодолением отставания в продолжительности жизни от среднероссийского уровня накануне реформ 1990-х годов и формированием к настоящему времени преимуществ в 2,5-1,5 года соответственно для мужчин и женщин. Как отставание на рубеже 1990-х годов, так и современное преимущество Краснодарского края в продолжительности жизни формируется всеми возрастными группами, от детей первого года жизни до пожилых. Лучшие показатели продолжительности жизни в крае определяются практически всеми основными причинами смерти, причем как в результате

более низких уровней смертности, так и сдвига большей части смертей в старшие возраста.

8. Существенным источником потерь, обусловленных смертностью, является ее территориальная дифференциация. Продолжительность жизни мужчин различалась в муниципальных образованиях края на 9,6 года от 54,4-57,4 лет до 63,2-64,0 лет; у женщин различия были несколько меньше – 6,7 года - от 69,0-70,0 лет до 75,0-75,8 лет. Значительная часть сверхсмертности, прежде всего, от неестественных и насильственных причин, с одной стороны, и от причин, предотвратимых при современных возможностях здравоохранения, с другой, обусловлена лицами с низким уровнем образования, соответствующим уровнем жизни и стереотипами поведения. Именно они и составляют основную группу риска, на которую должны быть нацелены усилия по сокращению смертности.

9. Предотвратимость потерь здоровья за счет заболеваемости, инвалидности и смертности в населении трудоспособного возраста на муниципальном уровне составляет, по мнению экспертов, – врачей муниципального здравоохранения - около трети. Если принять все предотвратимые потери за 100%, то на долю здравоохранения приходится 30-40% предотвращения заболеваемости, 50-65% предупреждения инвалидности и 60-75% предотвращения смертности. Таким образом, здравоохранению принадлежит ведущая роль в предотвращении потерь здоровья на муниципальном уровне.

10. Анализ роли системы здравоохранения показал, что эксперты делают акцент не столько на доступность медицинской помощи, сколько на ее качество, что противоречит мнению пациентов о приоритете доступности медицинской помощи. Лишь при оценке предотвратимости заболеваемости соотношение этих факторов равное (по 15-20%), тогда как при предотвратимости инвалидности и особенно смертности возрастает роль факторов качества оказания медицинской помощи до 30-40% и 37-47% соответственно.

11. Значимость межсекторальных усилий в сокращении заболеваемости, инвалидности, смертности от предотвратимых причин путем улучшения условий жизни (до 25% суммарного влияния) и оздоровления образа жизни населения (от 36% в снижении заболеваемости до 18% в сокращении смертности от общего влияния) выводит стратегию сокращения предотвратимых потерь здоровья за границы компетенции лишь здравоохранения и позволяет рассматривать результаты ее осуществления как показатели эффективности органов местного самоуправления

## **Предложения**

1. Министерству здравоохранения и социального развития РФ:
  - 1.1 Использовать в качестве комплексных индикаторов оценки деятельности муниципальных органов здравоохранения показатели, характеризующие предотвратимые потери здоровья от заболеваемости, инвалидности и смертности.
  - 1.2 Рассмотреть вопрос о целесообразности включения показателей, характеризующих предотвратимые потери здоровья населения в качестве оценочных критериев эффективности деятельности муниципальных органов власти.
  - 1.3 При разработке «Концепции развития здравоохранения РФ до 2020 года» использовать подход, связанный с предотвратимостью потерь здоровья населения, в качестве основной составляющей модели конечных результатов работы отрасли по продолжительности жизни населения страны.
  - 1.4 Упорядочить работу по организации обязательной отчетности частных медицинских учреждений, работающих на территории РФ.
2. Комитету по охране здоровья Государственной Думы и Комиссии по здравоохранению Общественной Палаты РФ
  - 2.1 Провести слушания о состоянии муниципального здравоохранения и основных показателях его деятельности.
  - 2.2 Внести поправки в «Основы Законодательства об охране здоровья граждан РФ» (1991 г) в части обязательной государственной отчетности частных медицинских учреждений по всему спектру медицинской деятельности.
3. Министерством здравоохранения субъектов РФ:
  - 3.1 Провести контент-анализ целевых муниципальных программ, направленных на повышение качества и доступности медицинской помощи и разработать модели конечных результатов, включив в перечень критериев эффективности показатели, связанные с предотвратимостью потерь здоровья населения от заболеваемости, инвалидности и смертности.
  - 3.2 Выявить территориальные различия смертности и установить пути объективизации приоритетов ее сокращения.
  - 3.3. Выявить особенности инвалидности населения и разработать реабилитационные программы, направленные на ее снижение среди различных групп населения.
  - 3.4 При внедрении новых организационных, медицинских и информационных технологий шире использовать опыт частных медицинских учреждений.
4. Руководителям органов местного самоуправления:
  - 4.1 Определить роль муниципального уровня управления в решении социальных задач в контексте реформ государственной власти управления;
  - 4.2 Установить социальный профиль населения муниципального образования, как существенного фактора, определяющего состояние здоровья населения.
  - 4.3 Оценивать территориальные различия заболеваемости и социальный профиль ее недоучета, как основу для разработки профилактических программ.
  - 4.4 Оценить потенциал сокращения потерь здоровья населения, зависимый

от эффективного функционирования органов местного самоуправления.

5 Врачам муниципальных медицинских учреждений использовать в своей работе:

5.1 Методические рекомендации «Предотвратимые потери здоровья – критерий деятельности муниципальных органов управления»

5.2 Информационное письмо «Оценка недоучета заболеваемости по данным специальных исследований»

### **Опубликовано по теме диссертации**

*Статьи в журналах, включенных в перечень ВАК*

1. Подходы к оценке экономической эффективности мероприятий, направленных на снижение смертности от управляемых причин. / Сабгайда Т.П., Кондракова Э.В., Редько А.Н. //Здравоохранение Российской Федерации. – 2009, № 2. – С. 23-28.

2. Тенденции детской инвалидности в Краснодарском крае. /Кондракова Э.В. //Кубанский медицинский вестник. № 10(91), Краснодар, 2006. с. 34-37

3. Территориальные особенности детской инвалидности в Краснодарском крае. /Кондракова Э.В. //Кубанский медицинский вестник. № 10(91), Краснодар, 2006. с. 30-34

4. Подходы к оценке состояния здоровья на муниципальном уровне. /Иванова А.Е., Калиниченко В.И., Кондракова Э.В. //Омский научный вестник. Омск, 2006. № 1 (35) с. 55-57

5. Вопросы муниципального здравоохранения для пожилых. /Кондракова Э.В. //Клиническая геронтология. М., 2005. том 11, № 9. с. 115-116.

6. Проблемы пожилых пациентов и пути их решения. /Кондракова Э.В. //Клиническая геронтология. М., 2004. Т. 10, № 9. с. 99.

7. Предотвратимые потери здоровья на муниципальном уровне. /Сабгайда Т.П., Кондракова Э.В., Молодцов С.А. //Проблемы управления здравоохранением. М., 2009. № 5. с. 14-18

8. Предотвратимость потерь здоровья – критерий оценки деятельности органов местного самоуправления. /Стародубов В.И., Кондракова Э.В., Иванова А.Е. //Сибирское медицинское обозрение Красноярск, 2009 № 5. с. 12-16.

*Монографии и главы в коллективных монографиях*

9. Стратегия сокращения предотвратимых потерь здоровья населения как целевая функция муниципальных органов управления. /Кондракова Э.В. /Под редакцией В.И.Стародубова. Краснодар, 2009. 387 с.

10. Региональные особенности здоровья и смертности. /Стародубов В.И., Михайлова Ю.В., Иванова А.Е., Брусиловский В.Л., Девиченская М.Н., Кондракова Э.В. - В кн.: Здоровье населения России в социальном контексте 90-х годов: проблемы и перспективы. /Под ред. В.И. Стародубова, Ю.В. Михайловой, А.Е. Ивановой. М.: Медицина. 2003. с. 95-150

11. Адекватность учета инвалидности и обусловленных ей потерь. /Иванова А.Е., Кондракова Э.В. - В кн.: Социально-экономические аспекты инвалидности. /Под ред. Ю.В.Михайловой, А.Е.Ивановой. М., 2006. с. 83-114

12. Экспертный подход к оценке эффективности сокращения предотвратимой смертности (на примере Краснодарского края). /Сабгайда Т.П., Кондракова Э.В., Редько А.Н., Рубцова И.Т.). – В кн.: Предотвратимая смертность: пути снижения и оценка эффективности мероприятий. /Под ред. Ю.В.Михайловой, Т.П.Сабгайды. М., 2006. с. 118-134.

*Другие публикации*

13. Предотвратимые потери здоровья – критерий деятельности муниципальных органов управления. /Кондракова Э.В. Методические рекомендации. М., 2009. 22 с.

14. Методика расчета экономических потерь от преждевременной смертности населения с учетом медико-социальных параметров. /Орлов В.И., Иванова А.Е., Сабгайда Т.П., Евдокушкина Г.Н., Кондракова Э.В. Методическое пособие. М., 2009. 24 с.

15. Оценка недоучета заболеваемости взрослого населения по обращаемости (данные социально-гигиенического исследования). Информационное письмо. /Кондракова Э.В. М., 2009. 22 с.

16. Обоснование схемы мониторинга как инструмента разработки, реализации и слежения за ходом выполнения программ в сфере охраны здоровья. /Кондракова Э.В. //Сб. научных трудов Всероссийской конференции МедКомТех 24-27 февраля. М., 2004. с. 91-102.

17. Муниципальный уровень в мониторинге социально значимых заболеваний (на примере Краснодарского края). /Кондракова Э.В. //Сб. научных трудов Всероссийской конференции «Медико-социальные проблемы социально обусловленных заболеваний». М., 2004. с. 19-22

18. Роль информационных технологий в повышении эффективности и качества управленческих решений на базе мониторинга здоровья. /Кондракова Э.В. //Сб. научных трудов II ежегодной Международной научно-практической конференции "Инфокоммуникационные технологии Глобального информационного общества". Казань, 2004. с. 154-156

19. Проблема оценки реальных уровней заболеваемости населения при организации мониторинга здоровья. /Калиниченко В.И., Кондракова Э.В. //Сб. научных трудов Всероссийской конференции «Информационно-аналитические системы и технологии в здравоохранении и ОМС» Красноярск, 2004. с. 104-110

20. Распространенность ограничений слуха и речи у детей: динамика и региональные особенности. /Кондракова Э.В. //Главврач. М., 2005. с.25-34

21. Использование информационных технологий в оценке приоритетов снижения смертности на муниципальном уровне. /Кондракова Э.В., Саяпин А.В. //Материалы IX Всероссийской конференции «Проблемы информатизации региона» ПИР-2005. Красноярск, 2005. с. 27-32.

22. Интеграция различных источников данных для управления здравоохранением на муниципальном уровне /Калиниченко В.И., Кондракова Э.В., Бороздин В.В. //Сб. научных трудов V международной конференции «Новые технологии в управлении, бизнесе и праве». Невиномысск, 2005. с. 82-84

23. Мониторинг здоровья работающих с применением автоматизированного программного комплекса «АМСАТ». /Кондракова Э.В. //Сб. научных трудов международной конференции «АПК АМСАТ в свете новых информационных технологий в медицине». Берлин, 2005. с. 51-53.

24. Состояние здоровья и инвалидность. /Иванова А.Е., Кондракова Э.В. //Общественное здоровье и профилактика заболеваний. М., 2006. № 2. с. 15-28.

25. Пути объективизации данных о причинах смерти населения. /Кондракова Э.В. //Сб. научных трудов Всероссийской научно-практической конференции «Преждевременная и предотвратимая смертность в России». М., 2006. с. 95-98

26. Группы риска преждевременной смертности населения Краснодарского края в свете Всероссийской переписи. /Кондракова Э.В. //Сб. трудов научно-практической конференции «Демографическое развитие России в XXI веке: стратегический выбор и механизмы осуществления». М., 2006. с. 23-29

27. Тенденции младенческой смертности и оценка достоверности достигнутых результатов. /Иванова А.Е., Кондракова Э.В. //Сб. трудов научно-практической конференции «Демографическое развитие России в XXI веке: стратегический выбор и механизмы осуществления». М., 2006. с. 56-61

28. Территориальные особенности здоровья населения в Краснодарском крае. /Кондракова Э.В. //Сб. научных трудов Всероссийской научно-практической конференции «Управление здравоохранением в современных условиях: проблемы и поиски решений». Краснодар, 2006. с. 166-171

29. Типология детской инвалидности в Краснодарском крае. /Кондракова Э.В., Михайлюк С.Н. //Сб. научных трудов Всероссийской научно-практической конференции «Управление здравоохранением в современных условиях: проблемы и поиски решений». Краснодар, 2006. с. 171-174

30. Пожилые пациенты. /Кондракова Э.В. //Социальная и демографическая политика. М., 2006. № 10. С. 15-24

31. Влияние внедрения услуг мобильной связи на потенциал сокращения людских потерь, предотвратимых при своевременном оказании медицинской помощи. /Кондракова Э.В. //Сб. научных трудов XX международной конференции «Мобильный бизнес: Европейская стандартизация технологий связи и проблемы внедрения новых услуг связи». М., 2006. с. 82-87

32. Исследование здоровья населения на муниципальном уровне (на примере Краснодарского края). /Кондракова Э.В., Рубцова И.Т. //Общественное здоровье и профилактика заболеваний. М., 2007. № 1. с. 40-48.

33. Особенности детской инвалидности в Краснодарском крае. /Кондракова Э.В. //Сб. научных трудов XI Конгресса педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии». М., 2007. с. 326

34. Причины смерти пожилых, как отражение социального неблагополучия. /Кондракова Э.В. //Материалы научно-практических конгрессов III Всероссийского форума «Здоровье нации – основа процветания России». М., 2007. Т. 2. Ч. 2. с. 101-104

35. Социальный состав населения, как фактор формирования его здоровья. /Кондракова Э.В. //Сб. научных трудов «Новые технологии в современном здравоохранении». М.: ЦНИИОИЗ Росздрави, 2007. с. 276-282

36. Сравнительный анализ смертности русских и лиц других национальностей. /Иванова А.Е., Кондракова Э.В.//Сб. научных трудов российской научно-практической конференции «Этно-культурные аспекты демографического развития». Сыктывкар, 2007. Выпуск 2. с. 93-96
37. Роль различных факторов в сохранении здоровья по результатам опроса. /Кондракова Э.В. //Общественное здоровье и профилактика заболеваний. М., 2007. № 3. с. 38-43
38. Стратегии поведения населения в случае болезни по результатам опроса. /Кондракова Э.В. //Общественное здоровье и профилактика заболеваний. М., 2007. № 4. с. 22-28
39. Прогнозы смертности населения: региональные особенности. /Иванова А.Е., Кондракова Э.В. //Социальные аспекты здоровья населения. 2008. №1. URL: <http://vestnik.mednet.ru>
40. Детская инвалидность вследствие церебрального паралича. /Кондракова Э.В. //Материалы третьего международного Конгресса: Теория и практика социально-психологической и медико-психологической работы с семьями, воспитывающими детей с церебральным параличом. /Под ред. В.И.Жукова, Г.И.Ефремовой, Л.И.Старовойтовой. М., 2008. с. 65-68.
41. Исследование здоровья населения с помощью информационных технологий. /Кондракова Э.В. //Труды XXIII международной конференции «Тенденции развития и проблемы реализации систем мобильной связи в России и за рубежом. М., 2008. с. 58-66
42. Основные тенденции и региональные особенности смертности российских подростков. /Иванова А.Е., Семенова В.Г., Кондракова Э.В., Михайлов А.Ю. //Социальные аспекты здоровья населения. 2009. №2. URL: <http://vestnik.mednet.ru>