

На правах рукописи

ШЕСТАКОВ МАКСИМ ГЕННАДЬЕВИЧ

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ С
ДОХОДАМИ НИЖЕ ПРОЖИТОЧНОГО УРОВНЯ В СОВРЕМЕННЫХ
СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ**

14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Москва, 2010 г.

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

Научный консультант:

заслуженный деятель науки РФ,
доктор медицинских наук, профессор

Михайлова
Юлия Васильевна

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор

Линденбратен
Александр Леонидович

доктор медицинских наук, профессор

Сырцова
Людмила Ефимовна

доктор медицинских наук, профессор

Флек
Виталий Олегович

Ведущая организация – Российский государственный медицинский
университет

Защита состоится «__» «_____» 2010 г. в __ часов на заседании
Диссертационного Совета Д 208.110.01 в ФГУ «Центральный НИИ органи-
зации и информатизации здравоохранения Росздрава» по адресу: 127254,
г. Москва, ул. Добролюбова, д. 11.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГУ «Центральный
НИИ организации и информатизации здравоохранения Росздрава» по адресу:
127254, г. Москва, ул. Добролюбова, д. 11.

Автореферат разослан «__» «_____» 2010 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета
доктор медицинских наук

Пучков
Константин Геннадьевич

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. Процесс перехода от планово-распределительной системы к рыночной экономике в России в 90-х годах сопровождался принципиально важными последствиями не только в экономическом состоянии страны, но и в судьбах различных слоев населения. Практически стремительно (1992г.) доходы и потребление граждан снизились в 2,5-3 раза. Галопирующая инфляция обесценила денежные накопления населения, зарплату, пенсии, социальные пособия. За 1-2 года около 70-80% населения оказалось за границей бедности по отношению к минимальному потребительскому бюджету 1989г. (Н.М.Римашевская и др.). Одновременно начался процесс деградации социальной инфраструктуры, возникла тенденция потери бесплатного здравоохранения и образования, доступных культурных благ и жилищно-коммунального обслуживания.

К 1994-1995гг. ситуация, казалось, достигла «дна», после которого начался некоторый подъем. Но кризис августа 1998 года вновь отбросил страну на еще более низкий уровень жизни, чем в 1992 году. В последующие годы начался подъем, ускорившийся за последние годы, и вновь прервавшийся из-за мирового кризиса.

По данным официальной медицинской статистики и по материалам выборочных исследований были установлены факты роста показателей заболеваемости и смертности населения в 90-х годах, которые были связаны с падением уровня жизни населения.

По разным оценкам, к концу 2008 года в зависимости от методов измерения бедности, бедных в России насчитывалось от 19 до 30 млн. человек. В современном представлении к бедным относятся граждане, чья заработная плата ниже прожиточного минимума, пенсионеры, инвалиды, студенты, многодетные и неполные семьи, беженцы и переселенцы, бездомные, безнадзорные дети и другие.

Проблема бедности настолько актуальна, что позволяет говорить о том, что к ней сводятся многие другие проблемы. С бедностью напрямую связаны вопросы демографии, занятости населения, безработицы; бедность оказывает самое непосредственное влияние на здоровье населения, уровень образования и культуры граждан, их воспитание и социализацию. Бедность ведет к понижению уровня и качества жизни. Она специфически воздействует на

политические отношения, реализацию государственной политики на всех уровнях, в первую очередь на систему здравоохранения и социальной защиты населения.

Таким образом, бедность – это не только экономический, но и медико-социальный феномен и заслуживает самого пристального внимания.

Неравенство в здоровье является новой и, по всей видимости, долгосрочной проблемой для России. Хотя различия в состоянии здоровья населения существовали всегда, этому вопросу не уделялось необходимого внимания. Среди работ, впервые продемонстрировавших оценки здоровья или нездоровья (смертности) в зависимости от социально-демографических и социально-экономических характеристик, можно отметить результаты исследований В. Добровольской, В. Школьниковой, 1989; Н. Римашевской, 2000; Ю.В. Михайловой, 1987, 2000; Е. Андреева, А. Киселева, 2004; Н. Матинян, 2009.

Европейское региональное бюро ВОЗ к началу 1990 года сформулировало как задачу №1 «Справедливость в вопросах охраны здоровья». В соответствии с этой программой к 2000 году наблюдаемые в то время различия в состоянии здоровья между странами рекомендовалось сократить, по крайней мере, на 25% в результате улучшения здоровья населения стран и групп лиц, находящихся в неблагоприятном положении.¹ Достижение этой цели предполагает проведение комплекса системных мероприятий на страновом уровне

Лица, определяющие политику, должны разработать стратегию систематического мониторинга обусловленных социально-экономическими факторами различий в состоянии здоровья, состоящую из четырех разделов: оценка имеющихся данных; сбор дополнительных данных в случае необходимости; анализ, объяснение и представление данных; разработка политики на основе полученных результатов. Там, где это возможно, социально-экономический статус должен определяться на основе трех показателей: профессия, уровень образования и уровень доходов. Особое внимание надо уделять как относительным, так и абсолютным различиям, а также не только воздействию низкого социально-экономического положения на состояние здоровья конкретных групп населения, но и влиянию этих различий на здоровье населения в целом.

¹ Updating of the European HFA targets. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1991 (document EUR/RC/Inf.Doc./1 Rev.1).

Несомненно, это очень амбициозная задача, которую не всегда удастся реализовать в полном объеме. Вместе с тем, она отчетливо показывает цель, на которую должна быть ориентирована политика здравоохранения, и содействует мониторингу во времени количественных измерений различий в состоянии здоровья, обусловленных социально-экономическими факторами, что является обязательным условием для оценки результатов мер, осуществляемых при реализации политики здравоохранения.

Это может быть осуществлено только при возможности количественного выражения влияния социально-экономических факторов на различия в состоянии здоровья². Только в случае выполнения данной задачи станет возможным построить организационно-функциональные межведомственные модели оказания медицинской помощи и реабилитации наиболее уязвимых в экономическом плане групп населения.

В силу особой актуальности проблемы и ее недостаточной изученности она и стала предметом данной диссертационной работы.

Цель исследования. Цель диссертационной работы заключается в комплексном социально-гигиеническом анализе современного состояния бедности как медико-социального явления и раскрытии механизмов ее влияния на здоровье населения и развитие здравоохранения.

Достижение поставленной цели предполагало решение следующих **задач**:

1. Раскрыть зависимость реально располагаемых денежных доходов, уровней заболеваемости и смертности населения на примере 1990-2002 годов.
2. Исследовать различия в состоянии здравоохранения и здоровья населения, обусловленных уровнем жизни на примере 2007 и 2008 годов.
3. Определить показатели и методы измерения степени неравенства здоровья населения в зависимости от уровня жизни.
4. Оценить влияние социальных факторов на формирование социально-значимых заболеваний, и выявить значимость диагностики социальной дезадаптации населения при планировании организационных мероприятий.
5. Исследовать состояние здоровья населения с доходами ниже прожиточного уровня.

² Health for all targets. The health polieg for Europe. Copenhagen, WHO, 1993 (European Health for All Series, №4).

6. Исследовать специфические особенности медико-социальной работы с населением, чьи доходы ниже прожиточного уровня.

7. Разработать организационно-функциональные межведомственные модели оказания медицинской помощи и реабилитации лиц без определенного места жительства и лиц без гражданства.

Объектом исследования выступает здоровье части населения общества, получающего доход (заработную плату, пенсии, пособия и др.) ниже прожиточного минимума.

Предмет исследования – преодоление неравенства в оказании медицинской помощи населению с доходами ниже прожиточного минимума.

Научная новизна исследования заключается в том, что впервые:

- установлены специфические особенности бедности как медико-социального явления;
- определены медико-демографические последствия социально-экономических реформ в России начала 90-гг. XX столетия, приведшие к резкому росту числа населения с доходами ниже прожиточного минимума;
- предложены медико-демографические показатели и методы измерения влияния бедности на здоровье населения и развитие здравоохранения;
- полученные коэффициенты регрессий позволили построить прогностические регрессионные модели, отвечающие на вопрос: увеличение бедных на 1% на сколько изменяет показатели заболеваемости и смертности по отношению к средней величине показателей для России в процентном выражении;
- на основе корреляционной модели установлена непосредственная связь между объемом валового национального продукта, заработной платой, доходом семьи и уровнем безработицы и уровнем развития здравоохранения;
- методами математической статистики были исследованы за 16 лет реформ реальные временные ряды динамики показателей денежных доходов населения и реальные временные ряды показателей заболеваемости и смертности от туберкулеза и алкоголизма в Российской Федерации и доказаны и измерены их причинно-следственные зависимости;

- выявлены возможности региональной медико-социальной политики в решении проблем адресной защиты населения и улучшения качества жизни и здоровья лиц без определенного места жительства и лиц без гражданства;
- представлены конкретные рекомендации по совершенствованию медико-социальной работы с населением на региональном уровне;
- показаны специфические особенности организации медицинской помощи лицам без определенного места жительства и лицам без гражданства;
- охарактеризована роль социологических исследований в повышении эффективности организации медицинской помощи социально-дезадаптированным слоям населения.

Научно-практическая значимость исследования заключается в:

- выявлении причин изменения здоровья лиц с доходами ниже прожиточного уровня и путях их преодоления в современной России, что значительно расширяет возможности организации здравоохранения;
- возможности использования основных положений и выводов диссертационного исследования в дальнейшей разработке стратегии развития системы оказания медицинской помощи в стране;
- возможности использования полученных автором результатов при выработке политики в сфере здравоохранения, помощи, поддержки и защите малообеспеченных граждан, при установлении норм и стандартов медицинской помощи данным категориям граждан;
- возможности использования для любых субъектов регрессионных прогностических моделей при расчете теоретического уровня заболеваемости и смертности при изменении доходов населения;
- применении предложенного механизма определения уровня социальной дезадаптации как инструмента формирования социальной политики и политики в сфере здравоохранения;
- использовании результатов работы в учебно-педагогической деятельности, в лекционных курсах по организации здравоохранения и общественному здоровью и экономике здравоохранения.

Внедрение результатов исследования.

На международном уровне:

Результаты исследования использованы при подготовке: резолюции «Стратегическое управление/руководство системами здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ» (2008 г.); материалов докладов Российских делегаций на 57 и 59 сессиях Европейского регионального комитета ВОЗ и 60 сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения; двухлетнего Соглашения о сотрудничестве между Российской Федерацией и Всемирной Организацией Здравоохранения на 2008-2009 гг.; Берлинской Декларации по туберкулезу «Все против туберкулеза» (2007 г.), подготовке докладов Российской делегации на 59-ой сессии Европейского регионального Комитета ВОЗ (2009 г.) «Охрана здоровья в условиях глобального экономического кризиса».

Результаты исследования использованы при разработке Стратегии группы экспертов Партнерства стран Балтийского региона и «Северного Измерения» на 2010-2020 годы.

На федеральном и региональном уровнях.

Материалы исследования использовались при: разработке аналитических материалов для администрации Президента Российской Федерации «Анализ законодательного обеспечения в системе здравоохранения»; разработке стратегического плана развития здравоохранения Российской Федерации на период до 2020 г.; разработке программы развития здравоохранения Республики Бурятия, Свердловской, Калининградской областей и Концепции Партнерства Калининградской области и Северного Измерения; реализации Проекта ЕК «Улучшение состояния здоровья населения Калининградской области».

Издана 1 монография. Результаты исследования явились научной и информационной базой для информационных писем, учебно-методических пособий, справочника, региональных программ.

Апробация результатов исследования.

Материалы диссертационной работы доложены на апробационном Совете ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава». Основные положения диссертации доложены и обсуждены: на международных конференциях (г. Улан-Удэ – 2007 г.; г. Москва – 2008 г.); на российских научных, научно-практических конференциях (г. Калининград – 2007 г.; г. Москва – 2006, 2007, 2008, 2009, 2010 гг.); на региональных научно-практических конференциях (г. Екатеринбург – 2006 г.; г. Улан-

Удэ – 2006, 2007 гг.); на Всероссийской конференции «Информатизация здравоохранения – 2008» (г. Москва – 2008 г.).

По теме диссертации опубликованы 33 печатные работы, в том числе 1 монография, 15 статей в изданиях, рекомендованных ВАК.

Положения, выносимые на защиту:

1. Зависимость реально располагаемых денежных доходов, уровней заболеваемости и смертности населения.
2. Различия в состоянии здравоохранения и здоровья населения, обусловленных уровнем жизни и уровнем социальной дезадаптации.
3. Состояние здоровья населения с доходами ниже прожиточного уровня.
4. Организационно-функциональные межведомственные модели оказания медицинской помощи и реабилитации лиц без определенного места жительства и лиц без гражданства.

Объем и структура работы.

Материалы диссертации изложены на 327 страницах машинописного текста, отражены в 41 таблицах, 107 рисунках и 5 схемах. Диссертация состоит из введения, обзора литературы, главы «Организация, материалы и методы», 6 глав собственных исследований, заключения, выводов и практических рекомендаций. Список использованной литературы включает 305 источников, из которых 215 отечественных и 90 иностранных авторов.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Введение

Обоснована актуальность проведенного исследования, определены цель и задачи, изложены научная новизна, научно-практическая значимость работы, основные положения, выносимые на защиту.

Глава первая. «Зависимость здоровья и уровня жизни населения».

В главе содержатся результаты анализа понятия общественного здоровья населения и здоровья индивидуума в XX веке. Существенным недостатком многих определений понятия «здоровье» является, во-первых, то, что они больше подходят для характеристики индивидуального, а не общественного здоровья, а во-вторых, что они не приближают нас к количественным оценкам ни того, ни другого. В конце 70-х годов специалистами СССР были сформулированы следующие определе-

ния здоровья. Здоровье индивидуума – это состояние динамического на протяжении максимально продленной жизни равновесия организма человека с природной (биологической) и социальной средой обитания, определяемое механизмами адаптации, защиты и эффективного функционирования организма в непрерывно изменяющейся среде. Здоровье населения или общественное здоровье не является некоей среднеарифметической суммой «здоровий» индивидов, составляющих семью, популяцию, общину, нацию, общество.

Также в главе рассмотрены аспекты возрастной динамики здоровья. Различные исследования показывают, что наибольшего расцвета все физиологические, биологические, психологические и трудовые способности достигают примерно в 20 – 25 лет и держатся до 35 – 38 лет, после чего начинают постепенно снижаться. Именно в этом возрастном интервале достигают максимальной продуктивности. Поэтому так важно оценивать уровень здоровья трудоспособного населения.

Кроме того, в данной главе описана динамика здоровья в XX веке, когда в структуре заболеваемости и смертности населения многих стран произошли глубокие изменения, которые были обозначены как эпидемиологические переходы.

Отдельно в главе дано описание влияния бедности на показатели здоровья и неравенства здоровья в зависимости от доходов населения. Проблема *количественного измерения* неравенства в состоянии здоровья не поднималась до начала 90-х годов. *Неравенство в состоянии здоровья* является общим термином, который обычно используется для определения различий, изменений и диспропорций в здоровье индивидов и групп. В научной среде сформулирована концепция «несправедливого» неравенства в здоровье. Она фокусирует свое внимание на распределении ресурсов, которые вызывают неравенство.

Анализ неравенства здоровья создал предпосылки для описания в главе различных экономических стратегий борьбы с бедностью и их фундаментальной важности в процессе улучшения здоровья населения.

Все сказанное побудило автора рассмотреть бедность как медико-социальную проблему и провести исследование взаимосвязи доходов населения и показателей заболеваемости и смертности среди безработных и в той части населения, у которых денежные доходы ниже прожиточного минимума.

Глава вторая. «Организация, материалы и методы исследования».

Дана характеристика базы исследования, организационно-методические аспекты и этапы проведения исследования, методологические подходы, методические приемы и методы анализа.

Для решения задач, поставленных в работе, использовались общенаучные методические подходы: классифицирование, синтез, обобщение, сопоставительный анализ, монографический, аналитический методы, метод экспертных оценок, ситуационный анализ (анализ социально-экономических факторов, современных проблем и условий развития здравоохранения), эпидемиологический метод, методы экономической статистики (анализ формирования, распределения и использования финансовых, материальных, трудовых, информационных ресурсов в деятельности по укреплению здоровья, оказанию лечебно-профилактической помощи), методы математического моделирования.

Исследование проводилось на большом фактическом материале и включало данные Всемирной Организации здравоохранения, статистические показатели, содержащиеся в базах данных Федеральной службы государственной статистики (<http://www.gks.ru/>), в ежегодных статистических сборниках, содержащих медико-демографические данные, данные по заболеваемости социально-значимыми заболеваниями за 2001-2008 годы. В процессе исследования уровня социальной дезадаптации и тестирования предложенной методики оценки были опрошены 10215 человек. Кроме того, проведено исследование среди 10870 лиц без определенного места жительства, направленных на обследование в противотуберкулезные диспансеры Свердловской области за 2006 и 2007 годы (схема 1).

Схема 1

Общая схема исследования

Цель работы: анализ современного состояния бедности как медико-социального явления и раскрытия механизмов ее влияния на здоровье населения и развитие здравоохранения
Задачи исследования:
1. Раскрыть зависимость реально располагаемых денежных доходов, уровней заболеваемости и смертности населения на примере 1990-2002 годов. 2. Исследовать различия в состоянии здравоохранения и здоровья населения, обусловленных уровнем жизни на примере 2007 и 2008 годов. 3. Определить показатели и методы измерения степени неравенства здоровья населения в зависимости от уровня жизни. 4. Оценить влияние социальных факторов на формирование социально-значимых заболеваний, и выявить значимость диагностики социальной дезадаптации населения при планировании организационных мероприятий. 5. Исследовать состояние здоровья населения с доходами ниже прожиточного уровня.

<p>6. Исследовать специфические особенности медико-социальной работы с населением, чьи доходы ниже прожиточного уровня.</p> <p>7. Разработать организационно-функциональные межведомственные модели оказания медицинской помощи и реабилитации лиц без определенного места жительства и лиц без гражданства.</p>		
<p>Объект наблюдения: здоровье части населения общества, получающего доход (зарботную плату, пенсии, пособия и др.) ниже прожиточного минимума</p>		
<p>Методы исследования:</p>		
<p>классифицирование, синтез, обобщение, сопоставительный анализ, монографический, аналитический методы, метод экспертных оценок, ситуационный анализ (анализ социально-экономических факторов, современных проблем и условий развития здравоохранения), эпидемиологический метод, методы экономической статистики (анализ формирования, распределения и использования финансовых, материальных, трудовых, информационных ресурсов в деятельности по укреплению здоровья, оказанию лечебно-профилактической помощи), корреляционный, регрессионный, кластерный анализ.</p>		
<p>Источники информации:</p> <p>данные Всемирной Организации здравоохранения, статистические показатели, содержащиеся в базах данных Федеральной службы государственной статистики, ежегодные статистические сборники, содержащих медико-демографические данные, данные по заболеваемости социально-значимыми заболеваниями за 2001-2008 годы, анкеты по оценке социальной дезадаптации, амбулаторные карты (форма 025/у) на лиц без определенного места жительства, направленных на обследование в противотуберкулезные диспансеры за 2006 и 2007 годы.</p>		
<p>Объем наблюдения:</p>		
<p>172 параметра по вопросам оценки здоровья населения, неравенства в здоровье в зависимости от доходов, методов оценки влияния экономических показателей на состояние здоровья населения</p>	<p>за 1990-2002 годы:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 7 социально-экономических - 42 медико-демографических показателя <p>за 2007-2008 годы:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 6 показателей, характеризующих экономику регионов и возможность трудоустройства - 5 показателей, характеризующих деятельность учреждений здравоохранения - 4 показателя, характеризующих финансовое обеспечение деятельности учреждений здравоохранения - 4 стоимостных показателей деятельности учреждений здравоохранения - 13 медико-демографических показателей - 9 показателей по социально-значимым заболеваниям <p>за 1990-2008 годы:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 8 показателей по социально-значимым заболеваниям (алкоголизм и туберкулез) <p>ВСЕГО: 67 неперекрещивающихся показателей</p>	<p>Опрошено 10215 человек обследованы 5796 лиц БОМЖ в 2006 и 5074 лиц БОМЖ в 2007 году, ВСЕГО 10870 лиц БОМЖ, в том числе 1697 больных туберкулезом</p>

На первом этапе исследования был проведен анализ результатов публикаций и научных исследований по вопросам оценки здоровья населения, неравенства в здоровье в зависимости от доходов, методов оценки влияния экономических показателей на состояние здоровья населения.

На втором этапе было произведено изучение тесноты связей между динамичной показателем реально располагаемых денежных доходов населения и ростом показателей заболеваемости и смертности по данным официальной статистики на примере 1990-2002 гг. Выбор данных лет был обусловлен наиболее значимыми социально-экономическими процессами происшедшими в обществе.

Из области очень широкого понятия «здоровье населения» с помощью кластерного и регрессионного анализа выделена категория заболеваний и причин смертности, в наибольшей степени и, в первую очередь, сложно реагирующую на изменение уровня жизни, которые являются универсальным маркером социально-экономического положения страны (стран) и могут использоваться как для текущей оценки ситуации, так и для целей прогнозирования.

На третьем этапе исследования было произведено уточнение влияния величины прослойки населения с низким уровнем доходов на состояние здравоохранения в целом на примере 2007 и 2008 годов, когда произошло резкое снижение процента населения с доходом ниже прожиточного уровня, но временной лаг еще был недостаточен для максимального влияния на здоровье населения после кризисов 1992 и 1998 годов.

Материалом для проведения данного исследования послужили социально-экономические показатели, отражающие экономическое развитие региона, труд, инвестиции в здравоохранение, объемные показатели деятельности учреждений здравоохранения, смертность населения и его различных возрастных групп от различных причин, инвалидность, эпидемиологию социально-значимых заболеваний.

При определении линейных корреляционных зависимостей по Пирсону проводили тестирование выборок данных на нормальность распределения. Тестирование проводилось путем построения гистограмм распределения. Кроме того, использовали тесты: W-критерий Шапиро-Уилка, Андерсона-Даллинга, Лиллефорса, Жарка-Бера.

Если оба показателя имели распределение, приближенное к нормальному, то определяли корреляционную зависимость с использованием методов Пирсона и Спирмена; в ином случае использовали только метод ранговой корреляции по Спирмену. Гипотеза считалась доказанной в том случае, если обнаруживалась ста-

статистически достоверная линейная или ранговая корреляция, что позволяло исключить «нулевую» гипотезу об отсутствии корреляционной связи.

На четвертом этапе нами была произведена оценка влияния социализации личности на здоровье населения. Задачу оценки наличия у индивидуума признаков социальной дезадаптации мы решали с помощью специально разработанной нами шкалы факторов риска. Для этого было отобрано 25 наиболее значимых признаков по социализации личности. Каждой возможной градации признака присвоен условный числовой код. Предусмотрена также градация "нет сведений", что позволяет использовать Шкалу при анализе медицинской документации. Процесс работы со Шкалой сводился к последовательному выбору одной из градаций каждого по каждому признаку, соответствующей реальному статусу конкретного респондента. Данные для этого были получены на основании беседы с пациентом или анализа медицинской документации.

Исследование было проведено в учреждениях первичной медико-санитарной помощи. В процессе исследования были опрошены 10215 человек, в том числе 56,6% проживающих в сельских районах.

В ходе исследования уровня социальной дезадаптации было выявлено ее прямое влияние на развитие у пациентов социально-значимых заболеваний, таких как алкоголизм и туберкулез, что потребовало от нас более глубокого исследования влияния данных заболеваний на медико-демографические показатели.

Для исследования временных рядов официальной медицинской статистики за 1990-2008гг. показатели заболеваемости и смертности алкоголизмом и туберкулезом на 100 тыс. населения с одной стороны и динамикой реально располагаемых денежных доходов населения с другой стороны были использованы традиционные методы математической статистики, содержащиеся в компьютерном пакете прикладных программ STATISTICA.

Все временные ряды данных были преобразованы в показатели наглядности, т.е. их исходные значения за каждый год были рассчитаны в процентах по отношению к базовому 1990 году по РФ. Полученные временные ряды были преобразованы в графики.

Кластерным анализом все территории России были разделены на три кластера (1 кластер – относительно богатое население, 3 кластер - бедное). Для каждого

кластера были вычислены средние значения показателей заболеваемости и смертности алкоголизмом и туберкулезом, а также средние значения доходов для каждого кластера. Аналогичные средние значения были вычислены в среднем по РФ. Сопоставление графических материалов заболеваемости и смертности с графиками динамики реально располагаемых денежных доходов позволили сформулировать гипотезы об их зависимости.

Затем был выполнен корреляционный анализ по Спирмену средних значений доходов и заболеваемости и смертности по каждому кластеру при алкоголизме и туберкулезе. Все недостоверные корреляции (P выше 0,05) были исключены из дальнейшего исследования. Построены регрессионные уравнения заболеваемости и смертности при алкоголизме и туберкулезе по РФ и по кластерам.

На базе коэффициентов регрессий были построены регрессионные прогностические модели, отвечающие на вопрос: увеличение бедных на 1% на сколько изменяет показатели заболеваемости и смертности на 100 тыс. населения к средней величине показателей для РФ в %.

На пятом этапе нами было изучено состояние здоровья населения с доходами ниже прожиточного уровня. Кроме методов математического моделирования нами использовались данные специально проведенного исследования состояния здоровья лиц без определенного места жительства, направленных на обследование в противотуберкулезные диспансеры Свердловской области в 2006 и 2007 годах. Всего в противотуберкулезные учреждения были направлены и обследованы 5796 лиц БОМЖ в 2006 и 5074 лиц БОМЖ в 2007 году. Среди них был выявлен туберкулез у 1697 лиц БОМЖ.

В ходе исследования были определены наиболее уязвимые моменты в системе оказания медико-социальной помощи данным больным. В дальнейшем на шестом этапе исследования (2008-2009 гг.) эти данные легли в основу разработанных организационно-функциональных межведомственных моделей оказания медицинской помощи и реабилитации лиц без определенного места жительства и лиц без гражданства.

Глава третья. «Обоснование выбора показателей динамики уровня жизни населения для измерения степени неравенства здоровья».

Глава содержит анализ существующих подходов к оценке уровня жизни и его влияния на здоровье населения с целью выбора показателей для измерения степени неравенства здоровья.

Уровень жизни населения – это сложная экономическая категория, которая требует разработки методических основ ее определения специалистами разных направлений науки. Характеристика уровня жизни основывается на достаточно широкой системе взаимосвязанных показателей. Большая часть показателей, включая интегральные, обычно относят к макроэкономическим. Для целей данного исследования в наибольшей степени соответствуют показатели личных доходов населения и показатели дифференциации населения по уровню жизни.

Прожиточный уровень, описываемый необходимым минимальным набором продовольственных продуктов, согласованный с ВОЗ, и набором непродовольственных товаров, разработанный нашими специалистами, является официальной границей бедности. Исходя из стоимости такой «корзины», возможно, с одной стороны, рассчитать количество населения (в миллионах человек) находящихся ниже границы бедности, с другой стороны – рассчитать число людей, имеющих доходы в долях превышения стоимости корзины (1,5-2-2,5-3 раза и т.д.).

В мире широко распространен и очень часто используется хотя и не официальный, но очень удобный критерий бедности 1-2 доллара на 1 человека в день.

До 2000г. величина прожиточного минимума рассчитывалась по методике Минтруда от 1992г. Начиная с 1 января 2000г. в Российской Федерации величина прожиточного минимума включает данные об уровнях цен на товары и услуги, а также расходы по обязательным платежам и сборам. Материалы Госкомстата позволяют, пусть и не в такой степени детализации, как в развитых странах, но все же провести анализ и измерение взаимосвязи между социально-экономическим статусом и заболеваемостью и смертностью населения, опираясь лишь на данные об официальных доходах.

Темпы падения денежных доходов населения за 1992-2000 года наглядно отражает глубину системного социально-экономического кризиса в Российской Федерации. В 1992 г. практически до одинакового уровня рухнули реально располагаемые денежные доходы и реально начисленная заработная плата. Но уже через два года реально располагаемые денежные доходы примерно в 1,5 раза превышали

зарплату. Это свидетельство того, что население предприняло шаги выживания, как за счет личного подсобного хозяйства, так и за счет малого предпринимательства или совместительства. С тех пор масштабы этого различия примерно сохранялись на одном уровне, вплоть до 2005 года.

Глава четвертая. «Зависимость реально располагаемых денежных доходов, уровней заболеваемости и смертности населения на примере 1990-2002 годов».

В главе обсуждаются подходы и результаты кластерного и регрессионного анализа уровня здоровья населения в зависимости от доходов.

Главными факторами отрицательной динамики уровня здоровья населения России в 90-х годах XX века является динамика уровня жизни населения. Это обусловило потребность анализа совместной динамики показателей здоровья населения и показателей уровня жизни населения за 12 лет с 1990 благополучного года до 2002 года, когда был отмечен рост уровня доходов населения и сокращения доли бедных.

На первом этапе исследования по статистическим данным были построены графики показателей заболеваемости, инвалидизации и смертности за 1990-2002 годы. Анализ графиков позволяет утверждать, что показатели инвалидизации, с одной стороны, не соответствуют реальной тяжести болезней, с другой стороны, уровни инвалидизации практически не изменились в связи с катастрофическими падениями уровня жизни населения в 1992 и в 1998-1999гг.

Так, показатели смертности при новообразованиях, болезнях системы кровообращения, болезнях органов дыхания и других заболеваниях на много превышали показатели инвалидизации. Больше того, только после пика смертности в 1994г. инвалидизация немного возросла в 1995г., но сразу же вернулась на прежние уровни. Таким образом, инвалидизация главным образом зависела от уровня финансирования Министерства социального обеспечения, а не от колебаний уровня здоровья населения. В связи с этим инвалидизация была исключена из дальнейшего анализа.

Поскольку показатели заболеваемости и смертности при различных болезнях также, как и показатели денежных доходов населения, характеризуются чрезвычайным разнообразием масштабов как в статике, так и тем более в динамике, воз-

ника необходимость их стандартизации. Для этого были вычислены в % к 1990 году ежегодные данные за 1990-2002 гг. (так называемые показатели наглядности) и построены соответствующие графики.

Таблица 1

Заболеваемость. Достоверные корреляции. Ранги. 1990-2002 гг.

Ранг	Нозологии	Корреляции	
1.	Алкоголизм	-0,7961	$p = 0,002$
2.	Болезни нервной системы и органов чувств	-0,7392	$p = 0,006$
3.	Туберкулез	-0,7381	$p = 0,000$
4.	Болезни мочеполовой системы	-0,7052	$p = 0,010$
5.	Инфекционные и паразитарные болезни	-0,6769	$p = 0,016$
6.	Алкогольные психозы	-0,6730	$p = 0,000$
7.	Наркомания	-0,6729	$p = 0,000$
8.	Общая заболеваемость (всего)	-0,6680	$p = 0,018$
9.	Болезни кожи и подкожной клетчатки	-0,6608	$p = 0,019$
10.	ВРОЖДЕННЫЕ АНОМАЛИИ	-0,6531	$p = 0,021$
11.	Болезни системы кровообращения	-0,6428	$p = 0,024$
12.	Болезни крови, кроветворных органов, эндокринной системы, расстройств питания, нарушения обмена веществ и иммунитета	-0,6383	$p = 0,026$
13.	Новообразования	-0,6300	$p = 0,028$
14.	Осложнения беременности, родов и послеродового периода	-0,5943	$p = 0,042$

Одной из основных проблем, требующих изучения, являлся вопрос о том, существует ли связь между изменениями коэффициентов заболеваемости и смертности за двенадцатилетний период в соответствии с динамикой денежных доходов населения. С этой целью был проведен корреляционный анализ, который показал, что в наибольшей степени зависима от падения уровня жизни заболеваемость. Из 23 исследованных нозологий в 14 случаях выявлены существенные корреляции. При этом вероятность ошибки $p = 0,000$ обнаружена в нескольких случаях. Это значит, что связь между падением доходов и ростом заболеваемости фактически функциональна, что нивелирует влияние каких-либо иных факторов.

За счет того, что почти во всех случаях заболеваемости и смертности максимальный рост наступал не в год экономических катастроф, а спустя некоторое время, анализ корреляций проводился со сдвигом динамических рядов заболеваемости и смертности на 1 год по отношению к ряду динамики денежных доходов насе-

ния. При сдвиге на большее количество лет во многих случаях корреляции возросли бы, но часть корреляций, где максимальная реакция на катастрофы была через 1 год, потерялась бы.

Несмотря на то, что усредненный годовой темп роста смертности выше, чем при заболеваемости, количество достоверно коррелирующих нозологий несколько ниже, всего 11.

В остальных нозологиях корреляции оказались недостоверными.

За 1990-2002гг. на уровни роста заболеваемости и смертности могли оказывать влияние самые разнообразные факторы, однако корреляционный анализ подтвердил, что в основном влияли колебания денежных доходов населения. Это, прежде всего, сказалось на уровнях алкоголизма, алкогольных психозов, наркомании, туберкулеза, болезнях системы кровообращения. В этих случаях рост заболеваемости в связи с падением денежных доходов однозначен или почти однозначен. В то же время новообразования, болезни крови, кроветворных органов, эндокринной системы, расстройств питания, нарушения обмена веществ и иммунитета хотя и связаны с падением уровня жизни, но нельзя исключить и другие факторы.

Осложнения беременности, родов и послеродового периода, при которых корреляция близка к уровню недостоверности, скорее всего, свидетельствует о достаточно высоком уровне работы службы охраны материнства и детства, даже в условиях резкого снижения финансирования здравоохранения в этот период.

Таблица 2

Смертность. Достоверные корреляции. Ранги. 1990-2002гг.

Ранг	Нозологии	Корреляции	
1.	Инфекционные и паразитарные болезни	-0,8143	$p = 0,001$
2.	Симптомы, признаки и неточно обозначенные состояния	-0,8114	$p = 0,000$
3.	Туберкулез	-0,7990	$p = 0,000$
4.	Болезни системы кровообращения	-0,7847	$p = 0,003$
5.	Болезни кожи и подкожной клетчатки	-0,7642	$p = 0,000$
6.	Общая смертность	-0,7612	$p = 0,004$
7.	Самоубийства	-0,7212	$p = 0,008$
8.	Болезни органов пищеварения	-0,6492	$p = 0,022$
9.	Цирроз печени	-0,6250	$p = 0,030$
10.	Несчастные случаи, отравления, травмы	-0,6182	$p = 0,032$
11.	Новообразования	-0,6163	$p = 0,033$

Корреляционный анализ смертности также в большинстве случаев подтверждает, что пики смертности в 1994-1995гг. обусловлены падением денежных доходов населения так же, как и пики, обусловленные дефолтом 1998-1999гг., разумеется, с учетом лага в 3-4 года. Наиболее значимы зависимости смертности от уровня жизни при инфекционных и паразитарных заболеваниях, туберкулезе, болезнях системы кровообращения, болезнях кожи и подкожной клетчатки и самоубийствах.

Резкое падение смертности в 1998-1999гг. при психических расстройствах, при которых корреляция оказалась недостоверной, может быть объяснена только тем, что предшествовавший огромный пик смертности в 1994-1995гг. привел к тому, что значительная часть хронических больных умерла.

Корреляционный анализ достоверно подтвердил гипотезу о существовании связи между динамикой реально располагаемыми денежными доходами населения с 1990 по 2002гг. и динамикой заболеваемости и смертности населения. Вместе с тем, корреляционный анализ всего лишь необходимый этап для построения более строгого регрессионного анализа, имеющего целью установить, что является причиной, а что следствием и измерения причинно-следственных зависимостей, которые в конечном виде могут быть выражены в процентах.

Регрессионный анализ доказал, что рост заболеваемости и смертности с 1990 по 2002гг. является следствием падения реально располагаемых денежных доходов населения. По мере падения реально располагаемых денежных доходов в подавляющем большинстве случаев как заболеваемость, так и смертность, росли.

В 8 случаях – новообразования, эндокринные расстройства, заболевания нервной системы и органов чувств, болезни системы кровообращения, болезни мочеполовой системы, костно-мышечной системы, врожденные аномалии и туберкулезе - заболеваемость росла с минимальными отклонениями от тренда, фактически по линии регрессии. Единственным случаем, когда смертность также росла практически по линии регрессии, была смертность при туберкулезе. Это значит, что во всех этих случаях резкие падения доходов населения в 1992г. и в 1998-1999гг. непосредственно на уровне заболеваемости не сказались, но в то же время длительное падение уровня жизни повлекло за собой монотонное, систематическое возрастание заболеваемости (и смертности при туберкулезе), то есть является результатом многолетнего ухудшения благосостояния людей.

В результате регрессионного анализа установлено, что существуют два типа реакций здоровья населения на падение уровня жизни: монотонный тип и острый тип реакций, при котором на фоне многолетней тенденции ухудшения здоровья в ответ на резкие падения денежных доходов резко возрастает заболеваемость и смертность, что на графиках выглядит как пики различной величины при различных заболеваниях. Такой тип реакции встретился в 3,7 раза чаще, чем монотонный.

Крутизна линии регрессии характеризует усредненный темп роста (тренд) заболеваемости и смертности. Мерой является коэффициент регрессии или величина годового шага модели регрессии, выраженной в %. Заболеваемость общая росла медленнее (1,29%), чем смертность общая (2,98%). В то же время коэффициент регрессии при некоторых заболеваниях превышал коэффициент регрессии смертности (туберкулез). Вместе с тем заболевания в различной степени чувствительны к падению уровня жизни населения, что достоверно измеряется коэффициентом регрессии.

Полученные результаты являются доказательством того, что хронически больные оказались значительно менее жизнеспособными в условиях экономических катастроф, по сравнению с впервые заболевшими, о чем свидетельствует более высокая смертность. Вероятно, этому способствовало не только само заболевание, но и значительная разница в возрасте впервые заболевших и у хроников. Так, коэффициент регрессии общей смертности в 2,3 раза больше, чем общей заболеваемости. Тренд смертности при психических расстройствах в 2,3 раза превышает темп роста тренда заболеваемости. Тренд смертности при инфекционных и паразитарных заболеваниях в 4,2 раза более круто растет, чем тренд заболеваемости.

Вместе с тем ряд случаев свидетельствует об обратной закономерности. Так, при заболеваемости системы кровообращения коэффициент регрессии в 1,8 раза больше, чем шаг тренда смертности. В случаях заболеваемости системы кровообращения тренд смертности в настоящее время хотя и ниже, но вероятность смертности в будущем естественно выше, поскольку лаг от заболеваемости до смерти при хронических заболеваниях может составлять десятилетия.

Было доказано, что как подъемам, так и спадам заболеваемости и смертности под влиянием катастрофических падений уровня жизни присущи инерционность в пределах до четырех лет. Население страны обладает некоторым запасом жизне-

стойкости, постепенно исчерпывающейся за время до 4 лет, за которые растет до максимальных уровней заболеваемость и смертность, после чего эти показатели здоровья населения начинают постепенно улучшаться. Природа такого улучшения показателей здоровья населения чрезвычайно сложна, различные заболевания в разной мере чувствительны к падению уровня жизни населения.

Известно, что официальные данные о числе безработных не полностью отражают истинную ситуацию, поскольку значительная часть потерявших работу находит себе новую работу самостоятельно, не обращаясь за помощью в службы занятости. Тем не менее, официальная безработица представляет собой внушительную выборку, что позволяет использовать эти данные для корреляционного анализа рядов динамики.

Анализ свидетельствует, что среди безработных оказалось значительно больше хронически больных новообразованиями, болезнями крови и кроветворных органов, болезнями системы кровообращения, осложнениями беременности, родов и послеродового периода, врожденными аномалиями и др., о чем свидетельствуют примерно на треть более высокие коэффициенты корреляций. Установлены очень высокие корреляции при алкогольных психозах (-0,86), травмах и отравлениях (-0,82).

Корреляции общей смертности всего населения (-0,71) немного ниже, чем у населения с денежными доходами ниже прожиточного минимума (-0,75). Корреляции только в двух классах болезней достоверны: болезни системы кровообращения (ниже, чем в населении) и болезни системы пищеварения (выше, чем в населении).

При корреляционном анализе обнаружено, что не только достоверны, но и очень значимы корреляции между снижением доходов населения и ростом смертности от самоубийств (-0,75), отравлением алкоголем (-0,90) и убийствами (-0,87), тогда как последние два расстройства поведения на протяжении с 1990 по 2002гг. в населении и среди безработных даже не достигали порога достоверности. Следовательно, население с доходами ниже прожиточного минимума почти не пользуется официальной медицинской помощью; бедное население практически в основной своей массе деградирует, о чем свидетельствует корреляция алкогольных психозов (-0,86) и в некоторой мере травмы и отравления (-0,82), а также наркомания (-0,71).

Наметившийся за последние годы рост доходов населения позволяет предположить, что показатели заболеваемости и смертности, которые к 2002 году только свидетельствовали о том, что здоровье населения постепенно улучшалось после резкого ухудшения – как последствия дефолта 1998-1999гг. В этой связи была предпринята попытка построить новые ряды на примере 2007 и 2008 годов.

Глава пятая. «Исследование различий в состоянии здравоохранения и здоровья населения, обусловленных уровнем жизни на примере 2007 и 2008 годов».

В главе рассматриваются результаты корреляционного и регрессионного анализа влияния экономических показателей на показатели здравоохранения и здоровья населения в период стабилизации и роста экономического положения в стране.

Статистически подтвердилась выдвинутая гипотеза о наличии средней силы положительной связи между объемом ВРП на душу населения и объемом оказанной амбулаторной медицинской помощи в расчете на 1 жителя. Установлена средняя (среднемесячная номинальная начисленная заработная плата врачей государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения) и тесная (среднемесячная номинальная начисленная заработная плата среднего мед. персонала государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения и расходы консолидированного бюджета субъекта РФ на реализацию ТППГ оказания бесплатной медицинской помощи гражданам РФ в расчете на 1 жителя) корреляционная зависимость между объемом ВРП на душу населения и большинством показателей, отражающих инвестиции в систему здравоохранения. Исключение составляет доля зданий учреждений здравоохранения, находящихся в аварийном состоянии или требующих капитального ремонта.

В связи с результатами предыдущего исследования, целесообразна гипотеза о влиянии ВРП (как непосредственном, через заработную плату и стоимость работ, так и опосредованном, через географические особенности регионов-доноров) на стоимостные показатели медицинской помощи. Отмечалась средняя корреляционная зависимость между стоимостными показателями здравоохранения и объемом ВРП на душу населения. Установлена умеренная положительная зависимость между объемом ВРП на душу населения и следующими показателями: смертность на-

селения трудоспособного возраста от болезней системы кровообращения; смертность населения в результате дорожно-транспортных происшествий; инвалидность лиц трудоспособного возраста.

Нами было сделано предположение о влиянии ВРП на душу населения на социально-значимые заболевания, так как при достаточном объеме ВРП на душу населения, во-первых, социально-неблагополучная прослойка будет невелика, а, во-вторых, финансовых средств, выделяемых на здравоохранение, будет достаточно для эффективной борьбы с этими заболеваниями. Она была справедлива только в отношении смертности от туберкулёза и его отдаленных последствий лиц трудоспособного возраста. В остальных случаях зависимость либо носит положительный характер, либо статистически недостоверна ($p > 0,05$).

Уровень безработицы косвенно отражает социально-экономическое неблагополучие населения, непосредственно связанное с бедностью, но не связанное с социальной деградацией населения, ищущего работу³. Тем не менее, данный показатель может быть связан с показателями смертности и заболеваемости отдельными социально-значимыми заболеваниями в силу меньшей социальной защищенности безработных граждан и лиц, от них зависящих. Это позволило выдвинуть гипотезу о взаимосвязи данного показателя с рядом показателей смертности. Гипотеза оправдалась как минимум в отношении 4-х показателей (младенческая смертность, смертность детей раннего возраста, смертность населения трудоспособного возраста от болезней системы кровообращения и новообразований).

Установлена положительная линейная взаимосвязь между долей трудоустроенных граждан трудоспособного возраста в общей численности граждан трудоспособного возраста, относящихся к категории инвалидов, в общей численности граждан трудоспособного возраста, относящихся к категории инвалидов, обратившихся за содействием в органы службы занятости с целью поиска подходящей работы и объемом оказанной амбулаторной медицинской помощи в расчете на 1 жителя. Это вполне ожидаемо, поскольку экспертиза трудоспособности производится чаще всего амбулаторно.

³ Иными словами, данный показатель не зависит напрямую от размера социально-дезадаптированной прослойки населения, хотя и имеет умеренную ($s=0,442$; $p < 0,05$) корреляционную зависимость, например, с долей населения с доходами, ниже прожиточного минимума.

Между долей населения с денежными доходами ниже региональной величины прожиточного минимума и средней продолжительностью пребывания больного на койке методом исследования линейной зависимости по Пирсону определяется умеренная отрицательная корреляция ($r=-0,259$; $p=0,019$).

Мы выдвинули и проверили гипотезу о связи доли населения с денежными доходами ниже региональной величины прожиточного минимума с показателями смертности населения в возрасте 0-9 лет⁴, а также смертности населения трудоспособного возраста от внешних причин и дорожно-транспортных происшествий. Выдвинутая нами гипотеза подтвердилась в отношении смертности населения в возрастной группе 5-9 лет, а также в отношении смертности населения в результате ДТП. Удалось доказать связь доли населения с доходами ниже прожиточного минимума и смертностью населения до 1 года и от 1 года до 4 лет. Связь показателя со смертностью населения трудоспособного возраста от внешних причин остается слишком слабой, чтобы считать данное взаимодействие доказанным.

Установлена умеренная положительная связь между долей населения с денежными доходами ниже региональной величины прожиточного минимума и смертностью от туберкулёза в трудоспособном возрасте, а также заболеваемостью сифилисом.

Мы выдвинули гипотезу о наличии отрицательной зависимости между уровнем занятости сельского населения трудоспособного возраста и показателями смертности. Для проверки гипотезы мы использовали следующие показатели:

- младенческая смертность;
- смертность населения в возрасте 1-4 года;
- смертность населения трудоспособного возраста от болезней системы кровообращения;
- смертность населения трудоспособного возраста от новообразований.

Со всеми перечисленными показателями была установлена умеренной силы достоверная корреляционная связь.

Глава шестая. «Оценка влияния социальных факторов на формирование социально-значимых заболеваний. Значимость диагностики социальной дезадаптации населения при планировании организационных мероприятий».

⁴ т.е. грудного, раннего, дошкольного и младшего школьного возраста.

Проведенный выше анализ по субъектам Российской Федерации показал, что и в настоящее время являются определяющими в формировании эпидемической ситуации проблемы, обусловленные социальными рисками.

Оценка наличия у индивидуума признаков социальной дезадаптации проведена с использованием шкалы факторов риска, которая позволяет предположить или отвергнуть у обследуемых, возможность возникновения на протяжении их жизни социальной дезадаптации.

Исследование было проведено в учреждениях первичной медико-санитарной помощи. В процессе исследования были опрошены 10215 человек, в том числе 56,6% в сельских районах, 55,3% опрошенных были женщинами. При формировании выборки были соблюдены принципы соответствия выборки характеристикам территории.

В основном ($83,4 \pm 0,23\%$) были опрошены лица, наблюдавшиеся в первичном звене здравоохранения более двух лет, что повышает достоверность полученных результатов. В $98,3 \pm 0,26\%$ случаев это были постоянные жители региона. Признаки социальной дезадаптации разной степени выраженности были выявлены у $2,38 \pm 0,15\%$ опрошенных. Среди дезадаптированных контингентов соотношение равнялось 2,8:1:1 в пользу более легкой степени. Социальная дезадаптация более характерна для мужчин, чем для женщин.

Одним из важных социально-обусловленных заболеваний является хронический алкоголизм. Среди исследованных признаков данная категория отличалась наиболее выраженными проявлениями социальной дезадаптации. Соотношение мужчин и женщин по частоте встречаемости данного признака составило 2,2:1. Частота встречаемости дезадаптации среди мужчин, страдающих хроническим алкоголизмом, выше, чем среди женщин (62,3% против 50,0%), однако более тяжелая степень дезадаптации была у женщин, страдающих хроническим алкоголизмом.

Исследование позволило сформировать социальный портрет пациента с социальной дезадаптацией. Это пациент:

- с нестабильной или низкой успеваемостью в школе,
- в основном не работающий,
- ранее занимавшийся неквалифицированным трудом,
- работавший эпизодически,

- отличающийся неустойчивой характеристикой личности,
- склонный к бродяжничеству,
- с антисоциальными влияниями в семье,
- с неустойчивой социальной ориентацией,
- совершавший противоправные поступки, но не сопряженные с насилием,
- проживающий один или имевший в прошлом семью.

Используя результаты нашего исследования, мы попытались оценить влияние социальной дезадаптации на риск развития заболевания туберкулеза. Частота заболеваемости туберкулезом среди опрошенных составила 0,86%. Среди них частота встречаемости социальной дезадаптации составила 7,95%, т.е. в 3,3 раза чаще, чем среди всего числа опрошенных и в 3,4 раза чаще, чем у опрошенных, не болеющих туберкулезом. Таким образом, можно утверждать, что признаки социальной дезадаптации встречаются чаще, чем среди остального опрошенного населения. Причем степень данной дезадаптации значимо выше, чем среди остальных опрошенных – 1:2:4.

В основном это были лица: не работающие, ранее выполнявшие неквалифицированный труд; работавшие эпизодически; мало конфликтные с акцентуированными особенностями личности; злоупотребляющие алкоголем и страдающие хроническим алкоголизмом; отличающиеся отклоняющимся поведением (бродяжничество, ранняя алкоголизация, делинквентное поведение); состоявшие ранее на учете в РОВД; получившие антисоциальное влияние в семье и вне ее; с неустойчивой социальной ориентацией; совершавшие противоправные поступки, причем повторно и многократно, но не сопряженные с насилием; одинокие или ранее имевшие семью, но проживающие одни.

Оценивая частоту встречаемости туберкулеза среди социально дезадаптированных разной степени выраженности, установлено, что наличие признаков социальной дезадаптации является важнейшим фактором риска развития туберкулеза.

Полученные результаты позволяют сделать следующий вывод: чтобы понять, почему одни люди болеют чаще и умирают раньше, необходимо выйти за рамки медико-биологического взгляда. Улучшение материального положения человека, повышение уровня образования, развитие и стимулирование социального

капитала могут в значительной мере содействовать улучшению статуса здоровья населения, в целом, и снизить неравенство – в частности.

С 1990г. по 2008г. заболеваемость алкоголизмом (без алкогольных психозов), учитываемая наркологической диспансерной службой, сократилась с 140,4 на 100 тысяч населения до 81,3 на 100 тысяч населения. В то же время показатели алкогольных психозов с 1990 до 2003 года (за 14 лет) выросли с 9,7 до 55,5 на 100 тыс. населения, то есть в 5,7 раза. И только после 2004 года показатель заболеваемости алкогольными психозами начал снижаться, достигнув к концу 2008 года значения 40,8 на 100 тысяч населения. В 1990г. на одного больного алкогольным психозом приходилось в среднем 14,5 взятых на учет больных алкоголизмом. В 2008г. на одного больного алкогольным психозом приходилось лишь 1,8 впервые взятых на учет больных алкоголизмом.

В ходе исследования были построены временные ряды реально располагаемых денежных доходов населения, временные ряды за 18 лет показателей алкогольных психозов и показателей смертельных отравлений алкоголем на 100 тыс. населения с пересчетом. Реально располагаемые денежные доходы населения Российской Федерации упали со 100% в 1990г. до уровня 62,5% в 1992г. Соответственно уровень алкогольных психозов достиг максимума в 1995г., взлетев с уровня 137,1% в 1992г. до 506,2% в 1995г., то есть в 3,7 раза. Таким образом, лаг составил 3 года. Смертность от отравления алкоголем выросла с уровня 160% в 1992г. до 350,0% в 1994г., т.е. в 2,2 раза. Лаг составил 2 года. Алкогольные психозы с одной стороны продемонстрировали более бурный рост, с другой стороны следствие катастрофического падения уровня жизни оказалось в случае алкогольных психозов более длительным, и их рост продолжался три года.

Дефолт 1998г. произошел в августе и его последствия правильнее оценивать по результатам 1999г. Реально располагаемые денежные доходы в 1999г. достигли абсолютного минимума за все 15 лет исследования, упав до уровня 54,5% от уровня 1990г. Соответственно алкогольные психозы опять выросли с уровня 294,8% по отношению к 1990г. до уровня 572,2% (абсолютный максимум), т.е. в 1,9 раза. Подъем заболеваемости, начавшийся и так с очень высокого уровня, продолжался уже не три года, как в начале 90-х годов, а 4 года.

Смертность от отравления алкоголем в результате дефолта выросла с уровня 164,8% в 1998г. до максимума в 289,8% в 2002г., т.е. в 1,8 раза. Это несколько ниже пика смертности в 1994г., но лаг составил 4 года.

Таким образом, дефолт 1998-1999гг. привел к огромному росту алкогольных психозов и смертности от отравлений алкоголем. Это свидетельствует о том, что все новые слои населения вовлекаются в тяжелейший алкоголизм после каждой экономической катастрофы в результате резкого обеднения населения. Больше того, после первой экономической катастрофы 1992-1994 гг. рост алкогольных психозов продолжался 3 года, смертности от алкогольных отравлений - 4 года. После дефолта и лаг алкогольных психозов, и лаг смертности от отравлений алкоголем в обеих группах составлял 4 года, Значит, последствие растет, а сопротивляемость населения истощается. А ущерб страны от резкого обнищания населения и, как следствие, роста тяжелейшего алкоголизма, угрожающе растет.

Именно этой инерционностью (лагом) обусловлен парадокс 2002-2003 гг., когда уровень жизни, уровень реально располагаемых денежных доходов населения рос с уровня от 61,0 до 73,8% (сопоставимых с уровнем до дефолта), но в те же годы алкогольные психозы достигли максимальных значений в 2003г., как и смертность от отравлений алкоголем, и только после этого они начали снижаться.

Вместе с тем, с 2002-2003гг. обозначилась новая тенденция. Реально располагаемые денежные доходы растут, при этом темп роста таков, что в 2005 году наблюдался возврат доходов до исходного уровня 1990г. Следовательно, правомерно было ожидать начнет существенного улучшения ситуации, что и было выявлено в течение 2005-2008 годов.

Результатом проведенного корреляционного анализа тенденций динамики алкогольных психозов и смертельных отравлений алкоголем и их связей с динамикой денежных доходов населения субъектов Российской Федерации за 1990-2006 годы доказана выявленная закономерность – чем беднее территории, тем выше показатели заболеваемости алкогольными психозами.

Проведенный регрессионный анализ достоверно доказал, что падение уровня жизни с 1990 года является основной причиной роста как общей заболеваемости (все болезни), так и заболеваемость алкоголизмом и в особенности заболеваемости алкогольными психозами. Следовательно, управлять здоровьем населения и уров-

нями алкоголизма и алкогольных психозов, а также алкогольной смертности необходимо прежде всего повышая уровень жизни основной массы населения.

По сравнению с алкогольными психозами и смертельными отравлениями алкоголем динамика показателей заболеваемости и смертности от туберкулеза выглядят совсем иначе. Нет тех огромных пиков и провалов как в алкоголизме, которые с лагом в 3-4 года следовали за катастрофами 1992 и 1998-1999гг. Графики заболеваемости и смертности при туберкулезе также выразительно отражают рост заболеваемости и смертности по мере падения уровня жизни, но происходит это значительно более монотонным образом, как будто чем-то сглаженным.

Максимальный уровень заболеваемости пришелся на 2000 год, когда по отношению к 1990г. заболеваемость выросла в 2,6 раза. Тогда как смертность достигла максимума в 2005г., превысив уровень 1990г. в 2,7 раза. Обращает на себя внимание, что темп роста смертности, за исключением 1997 и 1998гг., постоянно превышал темп роста заболеваемости, порой существенно, особенно в 1993-1995гг. и в 2002-2006гг. Кроме того, первичная заболеваемость по темпу роста почти в два раза превысила в 2000г. темп роста состоящего на учете контингента.

Корреляционный анализ рядов динамики реально располагаемых денежных доходов населения с одной стороны и динамика заболеваемости и смертности туберкулезом с 1990 до 2006гг. обнаружил высокие коэффициенты корреляции при первичной заболеваемости $-0,7381$ $p=0,000$ и еще более высокие при смертности $-0,7990$ $p=0,000$.

Регрессионный анализ с одной стороны доказал, что рост заболеваемости и смертности при туберкулезе по крайней мере в 1990-2006гг. определялся падением реально располагаемых денежных доходов населения страны, с другой стороны, коэффициенты регрессии являются мерой этой зависимости. Так, коэффициенты регрессии заболеваемости – 15,81; коэффициенты регрессии смертности -14,71.

Сопоставление коэффициентов регрессий при алкоголизме и туберкулезе свидетельствуют, что тренд роста алкогольных психозов на 81,8% выше (круче), тренд смертности от отравления алкоголем на 2,8% выше, чем тренды заболеваемости и смертности при туберкулезе. Анализ линейных регрессий заболеваемости и смертности при туберкулезе доказал, что рост заболеваемости и смертности обусловлен ростом доли бедных по регионам. При этом абсолютное большинство тер-

риторий по показателям заболеваемости и смертности не выходит за пределы доверительного интервала («коридора»).

Глава седьмая. «Состояние здоровья населения с доходами ниже прожиточного уровня».

В главе представлены результаты исследования состояния здоровья населения с доходами ниже прожиточного уровня, а также наиболее уязвимых в социально-экономической плане групп населения – лиц без определенного места жительства, бездомных и безнадзорных.

Распределение доли бедных по территориям страны значительно различается и колеблется от 5,5% в Ненецком автономном округе и 6,6% в Ямало-Ненецком автономном округе до 38,4% в Республике Калмыкия. В Москве бедных было 11,8%. При этом распределение территорий по доле бедного населения неравномерно, не хаотично, а подчиняется какой-то закономерности. Для формализации этой скрытой закономерности был использован аппарат кластерного анализа по показателям 2008 года.

Кластерный анализ выявил три относительно однородные группы территорий: территории со сравнительно низким % бедных, со средним уровнем бедного населения и территории с очень высоким уровнем бедности. Первый кластер включил территории с уровнем бедности от 5,5% до 15,1% населения – всего 36 регионов. Второй кластер – от 15,3% до 21,3% бедных – объединил 36 региона. Третий кластер – от 22,2% до 38,4%. Это 10 самых бедных регионов.

В каждом из трех кластеров по уровню доли бедных были рассчитаны усредненные показатели заболеваемости по обращаемости за 2007 и 2008 годы на 100 тыс. населения, всего по 28 классам и отдельным заболеваниям. Картина оказалась достаточно сложной. Общая заболеваемость (всего больных, обратившихся в 2007 и 2008 годах за медицинской помощью) от 1 к 3 кластеру систематически снижалась.

Следовательно, чем больше бедных в населении, тем меньше обращений в медицинские учреждения. Причины такого обстоятельства могут быть различны. Часть бедных больных, возможно, скрывает свою болезнь из-за опасения потерять работу. Часть бедных могут считать свое заболевание не слишком серьезным и склонны «перетерпеть». Часть бедных не обращается за медицинской помощью,

поскольку не в состоянии оплатить лекарственные назначения и прибегают к средствам «народной медицины» и прочим вариантам самолечения. Часть бедных больных алкоголизмом, наркоманией и другими расстройствами вообще могут не считать себя больными, что было показано в предыдущих главах.

Проведенный корреляционный анализ по Пирсону и регрессионный анализ как в целом по Российской Федерации, так и по каждому из трех кластеров, показал, что по мере роста процента бедных учтенная заболеваемость снижается как в целом по РФ, более выраженная при новообразованиях, болезнях органов дыхания, травмах и отравлениях, а также при алкогольных психозах. Отрицательное значение коэффициентов регрессии позволило выразить в % темп снижения заболеваемости в среднем по нозологии при приросте доли бедных на 1%.

Чем больше доля бедных, тем меньше обращений населения в медицинские учреждения, уменьшается выявление больных и, как следствие, тем выше недоучет патологии. Регрессионный анализ не только позволил достоверно доказать и измерить влияние бедности на показатели смертности, но и явился инструментом качественной и количественной оценки функционирования медицинской службы территорий в тех случаях, когда удалось построить модели регрессий.

Но главное, что обнаружил корреляционный анализ, состоит в том, что корреляции между доходами и смертностью очень высоки при: самоубийствах (-0,75); отравлениях алкоголем (-0,90); убийствах (-0,87). Исследование заболеваемости и смертности у части населения с денежными доходами ниже прожиточного минимума должны быть положены в основу программ борьбы с бедностью.

Наиболее уязвимой категорией лиц с доходами ниже прожиточного уровня являются лица без определенного места жительства (БОМЖ), лица без гражданства. В нашей стране официальной статистики по данной категории пациентов не собирается и исследовать состояния их здоровья и потребности в медико-социальной помощи возможно только с помощью дозорных исследований. При проведении обследования 10870 лиц без определенного места жительства, направленных в противотуберкулезные диспансеры Свердловской области за 2006 и 2007 годы, у 1697 лиц БОМЖ был выявлен туберкулез. Если максимальное число лиц БОМЖ приходится на возраст 30-39 лет, то случаи туберкулеза чаще выявлялись в возрастах 30-39 и 40-49 лет. Таким образом, можно предположить, что максимальный риск раз-

вития туберкулеза приходится на 5-6 год бродяжничества. Все больные имели признаки социальной дезадаптации. По результатам обследования лиц БОМЖ был составлен их медико-психологический портрет. Подавляющее большинство больных в ситуациях, требующих произвольной, целенаправленной активности, не формирует адекватных программ поведения, направленных на достижение каких-либо целей, и проявляется в отсутствии заинтересованности в излечении.

Половина из обследованных лиц БОМЖ трудоспособны, но не работают по различным причинам: не хотят – 35,0%, отсутствие документов – 60,6%, уволены в связи с выявлением у них туберкулеза – 4,4%. Удельный вес инвалидов, оформивших инвалидность остается низким, в то время как имеют признаки инвалидности от 77,5% до 83,1% пациентов.

Важным моментом результатов обследования явилось то, что, не имея постоянного места жительства, бездомные формируют вокруг себя неизвестные медицинским службам эпидемические очаги туберкулёзной инфекции. Такой очаг имеет размытые контуры, определяемые многочисленными связями больного - бытовыми, родственными, транспортными (миграционными), случайными или возможными. В связи с этим, резко возрастает число контактных лиц, составляя в течение дня по нашим расчетам более 30 чел. С учётом транспортных контактов оно может достигать 50 чел.

Полученные данные исследования выдвигают вопросы совершенствования медико-социальной помощи для данной категории населения, как требующие межсекторального решения.

Глава восьмая. «Организационно-функциональные межведомственные модели оказания медицинской помощи и реабилитации лиц без определенного места жительства и лиц без гражданства».

В главе описаны основные принципы межведомственной координации деятельности, социальные технологии по межведомственной координации деятельности по профилактике бездомности, бродяжничества и безгражданства, основания для постановки лица на учет как группы риска, а также компетенции субъектов системы профилактики.

В целях обеспечения необходимых условий для проведения профилактики бродяжничества и социальной реабилитации лиц без определенного места житель-

ства органами, осуществляющими миграционный учет, должен применяться особый порядок регистрационного учета лиц названной категории в пределах Российской Федерации.

В системе профилактики бездомности, бродяжничества и безгражданства организации улучшения состояния здоровья лиц без определенного места жительства и лиц без гражданства существует три уровня взаимодействия заинтересованных органов и служб:

- основные участники (органы социальной защиты, здравоохранения, внутренних дел, службы занятости);
- управляющие и контролирующие структуры (органы местного самоуправления; прокуратура);
- добровольные участники помощи процессу профилактики и коррекции, жизнеустройства и реабилитации лиц без определенного места жительства и лиц без гражданства.

Особую роль в этой системе играют медико-социальные центры. Они несут главную нагрузку по лечебной, социальной, профилактической и реабилитационной работе и одновременно выполняют системообразующую – координационную, информационно-методическую и обучающую – функции в отношении других социально-реабилитационных учреждений данной территории.

Медико-социальный центр для лиц без определенного места жительства и лиц без гражданства (далее – медико-социальный центр) должен быть или самостоятельным учреждением здравоохранения, осуществляющим реабилитационную помощь лицам без определенного места жительства и лицам без гражданства, нуждающимся в оказании медицинской и социальной помощи или являться структурным подразделением лечебно-профилактического учреждения, оказывающего терапевтическую помощь (центральная городская больница, центральная районная больница, городская или районная больница и т.д.).

Медико-социальный центр должен осуществлять меры по социальному восстановлению лиц без определенного места жительства и лиц без гражданства и лечению общесоматических заболеваний, а также педикулеза, чесотки и других социально-значимых заболеваний, не требующих специализированного стационарного лечения.

Пациентами такого медико-социального центра будут являться лица без определенного места жительства и лица без гражданства, нуждающиеся в медицинской и социальной помощи, а также в особом типе восстановительной терапии для формирования положительных социальных установок, веры в свои силы, облегчения возвращения к труду, профессии, в общество.

С целью выполнения медико - социальных задач такой медико-социальный центр должен поддерживать связь с дермато-венерологическими, противотуберкулезными, наркологическими и другими специализированными учреждениями здравоохранения, с местной администрацией, руководителями предприятий, органами внутренних дел, комитетами и общественными организациями по проблемам трудоустройства, культуры, образования, социальной защиты, а также со средствами массовой информации, общественными движениями и клубами.

В составе медико-социальных центров могут создаваться лечебно - трудовые мастерские (ЛТМ), учебные классы и студии. Деятельность этих подразделений будет подчинена задачам реабилитации и не должна преследовать коммерческие цели, при этом обеспечивается разнообразие занятий и видов деятельности пациентов с учетом их индивидуальных особенностей, способностей делать выбор и принимать решения.

Продолжительность пребывания в медико-социальном центре будет определяться физическим и психическим состоянием больного, его социальным статусом, достигнутыми результатами лечения и реабилитации и соглашением между пациентом и центром.

В период нахождения пациента в медико-социальном центре руководитель центра совместно с органами внутренних дел и социальной защиты населения будет осуществлять восстановление документов, подтверждающих личность пациента, регистрационный учет лиц без определенного места жительства, помогать в получении полиса обязательного медицинского страхования, страховое свидетельство государственного пенсионного страхования и т.д.

При поступлении в медико-социальный центр больной должен пройти первичный медицинский осмотр врача-терапевта, санитарную обработку, а также флюорографическое обследование органов грудной клетки. До получения резуль-

татов обследования пациент будет находиться в изолированном помещении (боксе).

В медико-социальном центре пациент должен пройти собеседование с психологом, специалистом по социальной работе, которые определяют психофизическое состояние пациента, особенности его личности, социального и семейного статуса, способность участвовать в тех или иных реабилитационных программах центра. Пациент также получит возможно полную информацию о работе учреждения, о своих правах и обязанностях. Совместно со специалистами пациент определит цели своего пребывания в учреждении. От пациента требуется готовность к участию в индивидуальных и групповых программах, соблюдение режима учреждения и выполнение рекомендаций персонала. При поступлении с больным должен быть заключен письменный договор.

В случаях нарушения больным режима трезвости, воздержания от наркотических средств, одурманивающих веществ, проявления агрессивности, отказа от участия в реабилитационных программах и нарушений других условий договора больные могут быть выписаны из центра.

Пациент имеет право добровольно прекратить сотрудничество с медико-социальным центром, поставив в известность администрацию учреждения о мотивах своего решения. Досрочное мотивированное прекращение лечебного и реабилитационного процесса не должно лишать пациента возможности повторно обратиться в центр.

В случае выявления каких-либо заболеваний и состояний, требующих оказания стационарной специализированной помощи пациент медико-социального центра должен быть переведен в специализированное учреждение в течение первых шести часов после постановки диагноза. При этом пациент может получить весь необходимый набор социальных услуг по программе патронажа. Противопоказаниями к направлению в медико-социальный центр должны быть: наличие явлений алкогольной, наркотической или иной интоксикации (опьянения) абстинентного синдрома; наличие препсихотических и психотических состояний с бредом, галлюцинациями, выраженными аффективно - волевыми нарушениями; декомпенсированные формы психопатий и невротических расстройств с фобиями, тревогой и

т.п.; активная форма туберкулеза; наличие сопутствующих тяжелых соматических заболеваний, требующих специального обследования и лечения.

Медицинская помощь больным в центре должна оказываться конфиденциально. Сведения о них могут предоставляться заинтересованным организациям в порядке, установленном законодательством.

Также в главе представлены задачи медико-социального центра, его структура. Отделение социальной и медицинской реабилитации является основным звеном реабилитационного центра. Отделение должно работать в режиме круглосуточного общетерапевтического стационара, в котором осуществляются медицинские, реабилитационные и психокоррекционные программы для лиц без определенного места жительства и лиц без гражданства. Больные должны обеспечиваться трехразовым питанием, привлекаться к медицинским, трудо- и социотерапевтическим мероприятиям.

В рамки данного медико-социального центра укладывается работа сестер милосердия, подготовкой которых в последнее время активно занимаются многие субъекты Российской Федерации.

В главе приведены основные задачи и цели службы, функциональные обязанности сотрудников, ее структура, где одним из подразделений является городская круглосуточная мобильная бригада по оказанию помощи лицам без определенного места жительства и лицам без гражданства.

Таким образом, в рамках организации современных технологий формирования программ по оказанию медицинской помощи и реабилитации лиц без определенного места жительства и лиц без гражданства была выстроена Модель взаимодействия субъектов системы профилактики бездомности, бродяжничества и безгражданства, организации улучшения состояния здоровья лиц без определенного места жительства и лиц без гражданства. Наряду с этим показана ведущая (координирующая и системообразующая) роль медико-социальных центров.

В главе изложены психологические принципы работы с лицами без определенного места жительства и лицами без гражданства. Даны основные правила межличностного общения. Глава содержит описание реабилитационной работы с данной категорией населения на всех этапах с учетом всех типов реабилитационной помощи, не только медицинской.

Большую роль, как в диагностическом, так и в реабилитационном процессах играют предложенные социально-психолого-медицинские консилиумы – на которых должны разбираться и решаться проблемы медицинской, психологической и социальной диагностики (при необходимости – с привлечением узких специалистов), лечения и реабилитации, жизне- и трудоустройства отдельных пациентов Центра и работы коллектива центра.

В главе приведены принципы оценки эффективности действий по профилактике бездомности, бродяжничества и безгражданства, улучшению состояния здоровья лиц без определенного места жительства и лиц без гражданства.

Выводы

1. С 1990 по 2002 гг. падение реально располагаемых денежных доходов населения Российской Федерации привело к существенному росту заболеваемости и смертности практически по всем классам болезней, но наибольший рост был выявлен при социально обусловленной патологии, и, в первую очередь, при алкоголизме и туберкулезе. Кроме того, в ходе исследования было доказано, что население обладает некоторым запасом стойкости по отношению к резким падениям денежных доходов, что выразилось в том, что после 1992 г. и дефолта 1998-1999 гг. рост заболеваемости и смертности инерционно продолжается от 1 до 4 лет, преимущественно 3-4 года, за которые рост заболеваемости и смертности достигает максимума, после чего следует постепенное снижение показателей.

2. В результате исследования установлены два типа реакций здоровья населения на падение уровня жизни: монотонный тип и острый тип реакций, при котором на фоне многолетней тенденции ухудшения здоровья в ответ на резкие падения денежных доходов резко возрастает заболеваемость и смертность, что на графиках выглядит как пики различной величины при различных заболеваниях. Такой тип реакции встретился в 3,7 раза чаще, чем монотонный. На фоне более замедленного роста общей заболеваемости населения (1,29%) отмечается более значительный рост общей смертности (2,98%). В то же время при туберкулезе коэффициент регрессии заболеваемости превышал коэффициент регрессии смертности. Установлена различная степень чувствительности уровня заболеваемости к падению уровня жизни населения. Полученные результаты доказали, что хронически больные оказались значительно менее жизнеспособны в условиях экономических ката-

строф по сравнению с впервые заболевшими, о чем свидетельствует более высокая смертность.

3. Статистически достоверно подтвердилась гипотеза о наличии средней силы положительной связи между объемом ВРП на душу населения и объемом оказанной амбулаторной медицинской помощи в расчете на 1 жителя. Установлена средняя и тесная корреляционная зависимость между объемом ВРП на душу населения и большинством показателей, отражающих инвестиции в систему здравоохранения. Установлена умеренная положительная зависимость между объемом ВРП на душу населения и следующими показателями: смертность населения трудоспособного возраста от болезней системы кровообращения; смертность населения в результате дорожно-транспортных происшествий; инвалидность лиц трудоспособного возраста. Доказано влияние ВРП на душу населения на показатель смертности от туберкулеза и его отдаленных последствий лиц трудоспособного возраста. Уровень безработицы напрямую влияет на уровень показателей младенческой смертности, смертности детей раннего возраста, смертности населения трудоспособного возраста от болезней системы кровообращения и новообразований.

4. Была подтверждена гипотеза о связи доли населения с денежными доходами ниже региональной величины прожиточного минимума с показателями смертности населения в возрастной группе 5-9 лет, а также в отношении смертности населения в результате ДТП. Удалось доказать связь доли населения с доходами ниже прожиточного минимума и смертностью населения до 1 года и от 1 года до 4 лет. В ходе исследования доказана гипотеза о наличии отрицательной зависимости между уровнем занятости сельского населения трудоспособного возраста и показателями младенческой смертности, смертности населения в возрасте 1-4 года, смертности населения трудоспособного возраста от болезней системы кровообращения.

5. Наиболее выраженные проявления социальной дезадаптации были обнаружены среди лиц с хроническим алкоголизмом. При этом частота встречаемости дезадаптации среди мужчин, страдающих хроническим алкоголизмом, выше, чем среди женщин (62,3% против 50,0%), но при анализе ее степени выраженности прослежена тенденция преобладания более тяжелой степени дезадаптации у женщин, страдающих хроническим алкоголизмом. Социальный портрет пациента с со-

циальной дезадаптацией характеризуется нестабильной или низкой успеваемостью в школе в анамнезе, в основном не работающий, ранее занимающийся неквалифицированным трудом, работавший эпизодически, отличающийся неустойчивой характеристикой личности, склонный к бродяжничеству, с антисоциальными влияниями в семье, с неустойчивой социальной ориентацией, совершавший противоправные поступки, но не сопряженные с насилием, проживающий один или имевший в прошлом семью.

6. Оценивая частоту встречаемости туберкулеза среди социально адаптированных полностью или частично и среди социально дезадаптированных разной степени выраженности установлено, что наличие признаков социальной дезадаптации является фактором риска развития туберкулеза среди данной группы населения.

7. Рост уровня алкоголизации населения достоверно связан с падением реально располагаемых денежных доходов населения. Это прямо свидетельствует о том, что эффективным рычагом борьбы с алкоголизмом является ускоренное повышение уровня жизни большинства населения. В то же время результаты корреляционного и регрессионного анализа показателей заболеваемости и смертности при туберкулезе также выразительно отражают рост заболеваемости и смертности по мере падения уровня жизни, но происходит это значительно более монотонным, сглаженным образом. Анализ линейных регрессий заболеваемости и смертности при туберкулезе доказал, что рост заболеваемости и смертности обусловлен ростом доли бедных по регионам.

8. Результаты кластерного анализа взаимосвязи доходов населения и уровня показателей заболеваемости показали, что чем больше бедных в населении, тем меньше обращений в медицинские учреждения. Было доказано и корректно измерено, что по мере роста процента бедных учтенная заболеваемость снижается. Одновременно корреляции между доходами и смертностью очень высоки при: самоубийствах (-0,75); отравлениях алкоголем (-0,90); убийствах (-0,87).

9. Медико-социальное обследование лиц без определенного места жительства показало, что подавляющее большинство больных в ситуациях, требующих произвольной, целенаправленной активности, не формирует адекватных программ поведения, направленных на достижение каких-либо позитивных целей, что проявля-

ется в отсутствии заинтересованности в излечении. Не имея постоянного места жительства, бездомные формируют вокруг себя неизвестные медицинским службам эпидемические очаги туберкулёзной инфекции. Такой очаг имеет размытые контуры, определяемые многочисленными связями больного - бытовыми, родственными, транспортными (миграционными), случайными или возможными. В связи с этим, резко возрастает число контактных лиц, составляя в течение дня по нашим расчетам более 30 чел.

10. Разработанные на основании данных исследования организационно-функциональные межведомственные модели оказания медицинской помощи и реабилитации лиц без определенного места жительства и лиц без гражданства способны обеспечить равный доступ данных категорий населения к медицинской и социальной помощи. Особую роль в этой системе могут играть медико-социальные центры для лиц без определенного места жительства и лиц без гражданства. Они несут главную нагрузку по лечебной, социальной, профилактической и реабилитационной работе и одновременно выполняют системообразующую – координационную, информационно-методическую и обучающую – функции в отношении других социально-реабилитационных учреждений.

Практические рекомендации

Для преодоления неравенства доходов и здоровья населения необходимо делать упор на социально-экономических аспектах, учитывать социальные цели в процессе разработки макроэкономической политики и национальной концепции развития здравоохранения до 2020 года.

Различия в здоровье, обусловленные образом жизни, являются несправедливыми, когда выбор образа жизни ограничивается социально-экономическими факторами, не зависящими непосредственно от человека. В ситуации, когда для наиболее неблагополучных в социально-экономическом отношении групп населения характерна тенденция вести себя неблагоприятным или причиняющим ущерб здоровью образом, функцией системы здравоохранения должна стать политика, направленная на формирование здоровьесберегающего поведения, выявления и профилактики факторов риска.

Задачи государства в сфере преодоления неравенства доходов и здоровья населения должны быть связаны с: достижением эффективного управления, гарантий

социальной защиты, расширением всеобщего доступа к медицинским услугам; содействием развитию медико-социальных учреждений, расширению и укреплению местного экономического потенциала.

Национальные методы управления в сфере здравоохранения нуждаются в усовершенствовании в отношении наиболее неблагополучных в социально-экономическом плане лиц (бездомных, безработных, лиц без гражданства). Поэтому рекомендуется внедрять и использовать предложенные в ходе исследования организационно-функциональные межведомственные модели оказания медицинской помощи и реабилитации лиц без определенного места жительства и лиц без гражданства.

Использовать компоненты организационно-функциональных межведомственных моделей при разработке технических предложений и заданий федеральных целевых программ, включая программу «Предупреждение и борьба с социально-значимыми заболеваниями» на период после 2011 года.

Список публикаций по теме диссертации в изданиях, рекомендованных ВАК

1. Киселев А.С., Михайлова Ю.В., **Шестаков М.Г.** Методологические подходы к анализу уровней жизни и уровней заболеваемости и смертности населения по регионам страны // Проблемы управления здравоохранением. 2006.- №3. -С. 17-21.
2. Михайлова Ю.В., Соболева Ю.В., Сабгайда Т.П., Назаров В.И., **Шестаков М.Г.** Предотвратимые потери здоровья населения как объект анализа // Экономика здравоохранения, 2008. -№2. - С.37-42.
3. Михайлова Ю.В., Сон И.М., Сохов СТ., Данилова Н.В., **Шестаков М.Г.**, Сасина Н.С, Тахтарова Ю.Н. Состояние и перспективы развития кадрового потенциала системы здравоохранения // Здравоохранение РФ, 2008. - №1. -С.52-54.
4. Чернядьев С.А., **Шестаков М.Г.** Особенности распространения и динамика острого панкреатита в современных условиях //Рос. медико-биологический вестник им. акад. И.П.Павлова, 2008. -№4. - С.71.
5. Киселев А.С., **Шестаков М.Г.**, Назаров В.И., Белявский А.Р. Взаимосвязь алкогольных психозов и смертельных отравлений алкоголем с денежными доходами населения. /Проблемы социальной гигиены здравоохранения и истории медицины, 2009. - №3. - С. 13-18.
6. Матинян Н.С, Скачкова Е.И., Одинец В.С, Кольков В.С., **Шестаков М.Г.** Социализация личности и ее влияние на формирование социально значимых заболеваний /Проблемы управления здравоохранением, 2009.- №2. - С.86-88.
7. Михайлова Ю.В., Скачкова Е.И., Матинян Н.С., **Шестаков М.Г.** Национальная стратегия борьбы с туберкулезом в России //Проблемы социальной гигиены здравоохранения и истории медицины, 2009.- №4. – С.33-35.

8. Михайлова Ю.В., Стерликов С.А., **Шестаков М.Г.**, Фурсенко С.И., Уткина Г.Ю., Францева В.О. Социально-экономические особенности территорий с высокой преступностью несовершеннолетних и их взаимосвязь со степенью распространения ряда социально-значимых заболеваний. // Проблемы управления здравоохранением. - 2009 - №6. - С.74-80.

9. **Шестаков М.Г.**, Назаров В.И., Матинян Н.С. Алкоголизм как медико-социальная проблема / Проблемы социальной гигиены здравоохранения и истории медицины, 2009. -№4. - С9-13.

10. Скачкова Е.И., Матинян Н.С., Кучерявая Д.А., **Шестаков М.Г.**, Владимиров С.К. Оценка влияния социальных факторов на заболеваемость туберкулезом. Характеристика социально-профессионального состава впервые выявленных больных туберкулезом / Проблемы управления здравоохранением. 2009. -№3(46). - С.34-39.

11. Скачкова Е.И., **Шестаков М.Г.**, Темирджанова С.Ю. Динамика и социально-демографическая структура туберкулеза в Российской Федерации, его зависимость от уровня жизни / Туберкулез и болезни легких. - 2009. - №7. -с.4-8.

12. Сон И.М., **Шестаков М.Г.** Кадровое обеспечение учреждений здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь при социально значимых заболеваниях в Российской Федерации. // Социальные аспекты здоровья населения. – 2010. - № 1. – <http://vestnik.mednet.ru/content/view/178/30/>.

13. **Шестаков М.Г.** Алкоголизм как маркер социально-экономических проблем общества. // Социальные аспекты здоровья населения. – 2010. - № 2. – <http://vestnik.mednet.ru/content/view/191/30/>.

14. Одинцов В.Е., Скачкова Е.И., Стерликов С.А., **Шестаков М.Г.** Выявление, диагностика и лечение туберкулеза в учреждениях пенитенциарной системы в 2008-2009 гг. (по данным отраслевой статистики).// Социальные аспекты здоровья населения. – 2010. - № 4. – <http://vestnik.mednet.ru/content/category/5/48/30/>.

15. Нечаева О.Б., **Шестаков М.Г.**, Скачкова Е.И., Фурсенко С.Н. Социально-экономические аспекты туберкулеза / Проблемы управления здравоохранением. 2010. -№6. - С.16-22.

Монография, статьи и материалы конференций

16. Стародубов В.И., Михайлова Ю.В., Матвеев Э.Н., Вялков Г.М., Кольцов В.С, Назаров В.И., Андреева Н.С., Матинян М.Г., **Шестаков М.Г.**, Михайлов А.Ю., Дзугаев К.Г., Хальфин Д.Р., Глотова И.Г. Методика комплексного анализа развития системы здравоохранения и его ресурсного обеспечения на территориях разного типа. /Мет. рекомендации. М.: РИО ЦНИИОИЗ Росздрава, 2001.- 88с.

17. Стародубов В.И., Михайлова Ю.В., Сибурина Т.А., Хальфин Р.А., Попович В.К., **Шестаков М.Г.** Оптимизация процесса принятия и контроля реализации управленческих решений. / Мет.рекомендации. М.: ЦНИИОИЗ МЗ РФ, 2002. - 34с.

18. Сибурина Т.А., **Шестаков М.Г.** Программно-целевое планирование в системе стратегического управления здравоохранением. / Сб.науч.трудов республиканской научно-практической конференции «Экономическая эффективность и развитие регионального здравоохранения», 28-30 мая 2002г. -М.: ЦНИИОИЗ, 2002.-С. 18-20.

19. Михайлова Ю.В., Косолапова Н.В., Назаров В.М., **Шестаков М.Г.**, Абрамов А.Ю., Кольцов В.С. Организационно-правовые основы оказания платных

медицинских услуг. // Мет.пособие для организаторов здравоохранения и руководителей медицинских учреждений. М.: РИО ЦНИИОИЗ МЗ РФ, 2003.- 100с.

20. Кайгородова Т.В., Темирджанова С.Ю., Матинян Н.С., **Шестаков М.Г.**, Фурсенко С.Н. Медико-социальные аспекты и профилактика социально-обусловленных болезней (туберкулез, наркомания и токсикомания, алкоголизм) /Реферативный сб. - М.: ЦНИИОИЗ МЗ РФ, 2005. - 72с.

21. Михайлова Ю.В., Таранов А.М., Сибурина Т.А., Барскова Г.Н., **Шестаков М.Г.** Организационно-правовые основы экспертизы качества оказания медицинской помощи в частных ЛПУ в условиях реализации Закона «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» / Мет.пособие. -М.:ФООМС, 2005.- 112с.

22. Михайлова Ю.В., Сон И.М., Калининская А.А, Сковердяк Л.А., Сохов СТ., Магнитский П.А., Матвеев Э.Н., Кайгородова Т.В., Михеев НА., Вялкова Г.М., Денисов И.Н., Тухачевский С.Е., Назаров В.И., **Шестаков М.Г.**, Кожевников В.В. Обеспечение лечебно-профилактических учреждений первичного звена здравоохранения медицинскими кадрами /Мет. рекомендации. М., 2005.

23. Сибурина Т.А., **Шестаков М.Г.** Региональная модель организации масштабного внедрения новшеств как инновационная основа повышения качества медицинской помощи //Научные труды Российской научно-практической конференции «Обеспечение и контроль качества медицинской и социальной помощи населению Часть I». - М, 2005. - С.34-39.

24. Сибурина Т.А., **Шестаков М.Г.** Качество работы учреждения как конкурентное преимущество на рынке медицинских услуг // Научные труды Российской научно-практической конференции «Обеспечение и контроль качества медицинской и социальной помощи населению Часть II». - М, 2005. -С. 39-45.

25. Сибурина Т.А., **Шестаков М.Г.** Методические аспекты оценки эффективности стационарной помощи // Научные труды Российской научно-практической конференции «Обеспечение и контроль качества медицинской и социальной помощи населению Часть I». - М, 2005.- С. 176-182.

26. Скачкова Е.И., Гажева А.В., Новожилов А.В., Кожевников В.В., **Шестаков М.Г.**, Назаров В.И., Тахтарова Ю.Н. Инфекционная безопасность в медицинских учреждениях / Руководство для медицинских работников. - М.: ЦНИОИЗ, 2005.- 72с.

27. Сулькина Ф.А., Киселев А.С, **Шестаков М.Г.** Обеспечение качества медицинской помощи при экопатологиях, возникающих за счет плохого состояния питьевой воды. // Научные труды Российской научно-практической конференции «Обеспечение и контроль качества медицинской и социальной помощи населению. Часть II». - М, 2005. - с. 114-118.

28. Киселев А.С., **Шестаков М.Г.**, Михайлов А.Ю. Зависимость здоровья населения России от динамики уровня жизни /Под.ред. В.И.Стародубова, Ю.В.Михайловой. - М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2006. - 209с.

29. Сибурина Т.А., Кожевников В.В., Лохтина Л.К., Барскова Г.Н., Девисhev Р.И., Смирнов А.А., **Шестаков М.Г.**, Назаров В.И. Организация стратегического планирования в здравоохранении /Учебно-методическое пособие. М.: РИО ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава», 2006.- 68с.

30. Сон И.М., Иванова М.А., Шевченко А.Г., Глузмин М.И., Леонов С.А., **Шестаков М.Г.** Оценка экономической эффективности целевых медицинских ос-

мотров / Пособие для организаторов здравоохранения и врачей. М.: ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава», 2006.

31. **Шестаков М.Г.** Математический анализ тенденций динамики алкогольных психозов и смертельных отравлений алкоголем и их связей с динамикой денежных доходов населения Российской Федерации // Сб. науч. трудов «Новые технологии в современном здравоохранении. Часть II» - М., 2007. – С. 43-47.

32. Михайлова Ю.В., Хальфин Р.А., Сохов С.Т., Сон И.М., Данилова Н.В., Вялкова Г.Н., Армашевская О.В., Уткина Г.Ю., Камынина М.Н., **Шестаков М.Г.**, Абрамов А.Ю., Миронова Н.Н. Кадровые ресурсы здравоохранения Российской Федерации /Пособие для руководителей органов и учреждений здравоохранения. М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2007,- 101с.

33. **Шестаков М.Г.** Проблемы статистики алкоголизма // Сб. науч. трудов «Новые технологии в современном здравоохранении. Часть II». - М., 2007 -С.89-94.