

На правах рукописи

**КОЛЬЦОВ
ВСЕВОЛОД СТАНИСЛАВОВИЧ**

**СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОЕ
ИССЛЕДОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ
ХАНТЫ - МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО
ОКРУГА – ЮГРА И ВОЗМОЖНОСТИ
СОКРАЩЕНИЯ ПРЕДОТВРАТИМЫХ ПОТЕРЬ**

14.00.33 – Общественное здоровье и здравоохранение

**Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

Москва - 2009

Работа выполнена в Федеральном государственном учреждении "Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор,
заслуженный деятель науки РФ

Михайлова Юлия Васильевна

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор

Алексеева Вера Михайловна

доктор медицинских наук, профессор

Злобин Александр Николаевич

Ведущая организация: ГУ Национальный НИИ общественного здоровья РАМН

Защита состоится «___» _____ 2009г. в 10 час. на заседании Диссертационного Совета Д.208.110.01 при Федеральном государственном учреждении "Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава» по адресу: 127254, г. Москва, ул. Добролюбова, 11.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава» по адресу: 127254, г. Москва, ул. Добролюбова, 11.

Автореферат разослан « ___ » _____ 2009г.

Ученый секретарь

диссертационного совета
кандидат медицинских наук

Е.И.Сошников

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования

Охрана здоровья населения является одной из сфер национальной безопасности, недооценка этого приводит к негативным социальным, медицинским, демографическим последствиям и отражается на экономике страны. Состояние здоровья населения зависит от различных факторов, отмечаются взаимосвязи социального статуса и здоровья различных групп населения; экономических, экологических, культурных аспектов и здравоохранения.

В настоящее время происходит снижение обращаемости населения в лечебно-профилактические учреждения по поводу острых заболеваний, что ведет к росту хронической патологии и высокому уровню инвалидизации. Отмечается значимость проблемы инвалидности, носящей многофакторный характер (Иванова А.Е, 2000; Шумов А.В. и сотр. 2006 г), ведущий к сокращению продолжительности здоровой жизни за счет инвалидности. Отмечается существенный экономический ущерб вследствие активного использования инвалидами медицинской помощи и социальных услуг, а также недополучения обществом национального дохода.

Состояние здоровья населения в Ханты-Мансийском автономном округе-Югра имеет свои особенности, что требует изучения и разработки целевых мероприятий по приоритетным проблемам регионального здравоохранения.

С 2000 года продолжительность жизни мужчин Ханты-Мансийского округа выросла на 2,4 года, женщин - на 1,5 года на фоне практической стабилизации смертности в стране в целом.

Позитивные тенденции продолжительности жизни формировались за счет преобладания сокращения младенческой смертности; ускорения темпов сокращения детской и подростковой смертности; сдерживания роста смертности в молодом трудоспособном возрасте.

Однако помимо отмеченных позитивных явлений, выявляются и негативные тенденции, имеющие четкую гендерную, возрастную и нозологическую локализацию, что определяет необходимость комплексного изучения заболеваемости населения, обращаемости за медицинской помощью, инвалидизации населения и потерь здоровой жизни населения вследствие инвалидности с определением путей предотвращения этих потерь.

Выше изложенное позволяет сформулировать **цель** исследования: на основании комплексного социально-гигиенического исследования заболеваемости и инвалидности населения Ханты-Мансийского автономного округа – Югра разработать предложения по сокращению предотвратимых потерь.

Для реализации данной цели были поставлены следующие **задачи**:

1. Провести комплексную оценку структуры и динамики заболеваемости детей и взрослого населения Ханты-Мансийского автономного округа - Югра.
2. Исследовать обращаемость населения за медицинской помощью в амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях с учетом возрастных, гендерных и сезонных особенностей заболеваемости.
3. Изучить характер, тенденции инвалидности и причины ее определяющие.
4. Оценить потери здоровья населения от заболеваемости и инвалидности при неинфекционных заболеваниях.
5. Разработать предложения по снижению предотвратимых потерь здоровья населения с использованием программно-целевого планирования.

Научная новизна исследования:

- Впервые в ХМАО-Югра определены особенности динамики заболеваемости населения неинфекционными болезнями за 2000-2006 гг, ее полицевая характеристика, возрастные и сезонные аспекты в сравнении с Уральским ФО и Российской Федерацией.

- Определены причина и характер обращаемости населения за медицинской помощью в амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях.
- Установлены особенности инвалидности разных возрастных групп населения на фоне тенденций в Уральском ФО и Российской Федерации
- Впервые определены потери здоровой жизни за счет инвалидности; рассчитаны потери активной жизни за счет заболеваний и инвалидности.
- Научно обоснованы основные стратегические направления развития здравоохранения ХМАО-Югра, направленные на снижение предотвратимых потерь здоровья.

Практическая значимость и внедрение результатов исследования:

- Предложен комплекс организационно-методических мероприятий по снижению потерь, связанных с заболеваемостью и инвалидностью, при реализации которых достигнуты позитивные результаты в охране здоровья населения.
- Анализ обращений населения по вопросам оказания медицинской помощи в рамках «горячей линии» Губернатора позволил определить структуру и характер жалоб и разработать мероприятия по улучшению лекарственного обеспечения, реабилитации инвалидов, и повышению качества медицинской помощи.
- Результаты исследования явились научным обоснованием для разработки и реализации региональных целевых программ по приоритетным проблемам: преждевременная смертность, реабилитация инвалидов, демографическое развитие округа и др.
- Разработан и внедрен статистический и социологический мониторинг по оценке эффективности реформирования здравоохранения.
- Результаты исследования использованы при разработке концепции развития здравоохранения ХМАО-Югра на 2009-2020 гг

- Результаты исследования использованы на лекциях и семинарах для медицинских работников ХМАО-Югра.

Результаты исследования доложены:

- На Международной научно-практической конференции «Медико-социальные проблемы коренных малочисленных народов Севера», Ханты-Мансийск, 2005;
- На трех Российских научно-практических конференциях:
 - «Обеспечение и контроль качества медицинской и социальной помощи населению», Москва, 2005;
 - «Преждевременная и предотвратимая смертность в России – критерий потери здоровья населения», Москва, 2006;
 - «Новые технологии в современном здравоохранении», Москва, 2007;
- На съезде работников здравоохранения ХМАО-Югра (2008 г);
- На трех коллегиях Министерства здравоохранения ХМАО-Югры (2006, 2007, 2008 гг).

Основные положения выносимые на защиту:

1. Особенности и тенденции заболеваемости населения ХМАО-Югра; обращаемости населения за медицинской помощью в медицинские учреждения с учетом возрастных, гендерных и сезонных особенностей заболеваемости.

2. Характер и тенденции инвалидности детского и взрослого населения и причины ее определяющие.

3. Оценка потерь здоровья населения от заболеваемости и инвалидности населения, возможности их сокращения.

Структура и объем диссертации

Материалы диссертации изложены на 160 страницах, иллюстрированы 68 рисунками, 20 таблицами. 5 схемами. Диссертационная работа состоит из введения, 6 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы, состоящего из работ 144 отечественных и 49 иностранных авторов.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во **введении** диссертации представлено обоснование актуальности исследования, определены цель, задачи, изложены научная новизна, научно-практическая значимость работы, сформулированы положения, выносимые на защиту.

В **первой главе** (обзор литературы) представлен анализ научных публикаций, свидетельствующий, что понятие «здоровье», «общественное здоровье» привлекает внимание и ученых, и практиков здравоохранения (Куценко Г.И. и сотр., 2003; Вялков А.И. и сотр., 2006; Щепин О.П. и сотр., 2007.; Медик В.Н., 2008 г и др.).

При оценке уровня здоровья населения особое внимание авторы уделяют таким показателям как заболеваемость, инвалидность и потери здоровой жизни за счет инвалидности. (Михайлова Ю.В., Иванова А.Е., Михайлов А.Ю., 2007). Это те параметры, на которые эффективно может влиять здравоохранение.

В структуре потерь вследствие инвалидности отмечен вклад болезней системы кровообращения, злокачественных новообразований, травм, но меньше, чем в структуре смертности; зато в потере здоровой жизни по другим причинам инвалидность играет большую роль, чем смертность. Это свидетельствует о значительной роли инвалидности в формировании здоровья населения. Наиболее эффективная стратегия сокращения потерь – профилактика поведенческих факторов риска, своевременное выявление заболеваний и адекватная диагностика, а также высокий уровень лечения заболеваний (Овчаров Л.Н. и сотр., 1997; Ермаков С.П. и сотр., 1997; Иванова А.Е., 2000; Стародубов В.И. и сотр., 2006; Ивановский А.Г., 2007).

Харькова Т.А. и сотр. (2006) считают, что повышение продолжительности жизни – вполне разрешимая задача, которая заключается в профилактике и устранении предотвратимых причин.

Для решения приоритетных задач здравоохранения по сохранению здоровья населения, снижению заболеваемости, инвалидности и потерь

здоровой жизни эффективно используется метод программно-целевого планирования и управления. Программно-целевой метод, разработанный и широко применяемый в 70-80 годы, в настоящее время усовершенствуется, отношение к системной методологии меняется, целевая программа рассматривается как основной механизм стратегического планирования (Сибурина Т.А. и сотр., 2002; Михайлова Ю.В. и сотр., 2000, 2002; Чертухина О.Б., 2003; Одинцова В.В., 2008 и др.)

Во **второй главе** представлена программа, материалы, методы и объем исследования.

Общие сведения: Ханты-Мансийский автономный округ - Югра образован в 1930 году; с 1993 года является субъектом РФ; его площадь составляет 534,8 тыс.кв.км. Численность населения на 01.01.2008 – 1469, 0 тыс. человек, плотность населения - 2,7 человека на 1 кв. км. Городское население в округе составляет подавляющее большинство – 90,9%.

В соответствии с задачами исследование включило четыре этапа.

На **первом этапе** были исследованы основные тенденции заболеваемости населения в Ханты-Мансийском АО – Югра в сопоставлении с общероссийскими статистическими данными. Информационной базой служили данные официальной медицинской статистики о новых случаях заболеваний (статистическая форма № 12) и среднегодовой численности для двух групп населения, которые выделяют в отчетности: детей и подростков в возрасте до 18 лет и взрослых в возрасте 18 лет и старше.

Исследование проведено как в целом для всех причин, так и по основным классам болезней, формирующим заболеваемость детского и взрослого населения. Временной период исследования охватывает 2000 – 2006 гг с учетом наличия данных по Ханты-Мансийскому АО - Югра и необходимости обеспечить сопоставимость исследования динамики при переходе на МКБ-10.

На **втором этапе** для более углубленного изучения заболеваемости населения с выявлением возрастных, гендерных, сезонных, социальных

особенностей, а также стоимостных параметров оказания медицинской помощи населению, было проведено сплошное исследование за 2006 год с анализом данных обязательного медицинского страхования (ОМС). Оценивалась обращаемость населения по данным о посещениях всех амбулаторно-поликлинических учреждениях округа (АПУ) и сведения о госпитализациях (стационарные учреждения).

На **третьем этапе** комплексный анализ состояния здоровья населения Ханты - Мансийского АО - Югра с позиций возможности сокращения предотвратимых потерь был дополнен характеристикой инвалидизации населения и оценкой потерь здоровой жизни населения вследствие инвалидности. Данные по детской инвалидности Ханты-Мансийского АО - Югра фиксируются лишь с 2001 г., поэтому описание тенденций детской инвалидности проводилось, опираясь на тренды по России и Уральскому округу в целом, а сравнение с данными по ХМАО-Югра основывалось на пятилетнем периоде. Анализ проведен в группах 0-4 года, 5-9 лет, 10-14 лет, 15-17 лет. Информационной базой исследования послужили статистические данные – статистической формы №19 за соответствующий период.

В статистике первичной инвалидности взрослого населения выделяют три возрастные группы: до 50 лет мужчины и 45 лет женщины; 50-59 лет мужчины и 45-54 года женщины; 60 лет и старше мужчины, 55 лет и старше женщины. Поскольку статистика первичного выхода на инвалидность по Ханты – Мансийскому АО - Югра регистрируется с 1997 г., динамика анализировалась за 9-летний период. В качестве базы сравнения рассмотрены общероссийские показатели, а также ситуация по Уральскому ФО. Проведен комплексный анализ тенденций первичной инвалидности населения от основных причин в каждой возрастной группе с учетом структуры инвалидности по тяжести с выделением первой, второй и третьей групп. Информационной базой исследования послужили сведения статистической формы №7в за соответствующий период по избранным регионам.

Анализ тенденций и причин инвалидности в разных возрастных группах позволил выявить источники потерь здоровой жизни населения, обусловленных неинфекционными заболеваниями (по методике Sullivan).

Для оценки достоверности и качества диагностики причин смерти как от внешних причин, так и от соматических заболеваний изучены данные о 3464 судебно-медицинских исследованиях, что составляет не менее 90% инцидентов подобного рода среди детей, подростков и лиц трудоспособного возраста, происшедших в 2006 г. в Ханты – Мансийском АО-Югра. Исследование построено на составлении сведений, содержащихся в п.15 (Краткое изложение обстоятельств дела и документальных данных), п. 18 (Причина смерти), п. 21 (Вид смерти) и п. 24 (Судебно-медицинский диагноз, как основной так и сопутствующий).

На **четвертом этапе** на основании результатов социально-гигиенического исследования здоровья населения разработан комплекс предложений по снижению преждевременных потерь здоровья населения в ХМАО-Югра. Механизмом реализации научно-обоснованных рекомендаций явился программно-целевой метод.

Социологическое исследование по оценке общественного мнения жителей ХМАО-Югра проводилось за 2 года (2007 и 2008 гг) методом анкетного опроса населения, в котором приняли участие 2892 человека из 21 муниципального образования.

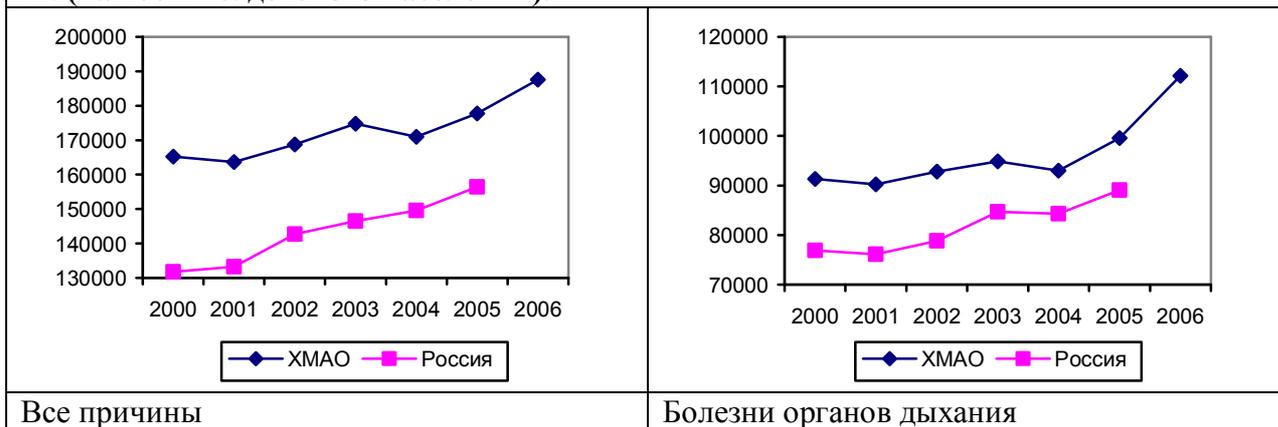
Программно-целевой метод использован с учетом общепринятых рекомендаций, отраженных в методических материалах, с учетом особенностей здравоохранения ХМАО-Югра, возможностей финансового обеспечения программных мероприятий. Опыт работы по программно-целевой методологии позволил разработать алгоритм формирования и реализации целевых программ: выбор приоритетных проблем здравоохранения округа; принципы и объем финансирования; материально-техническое и кадровое обеспечение; информационная и социальная поддержка; система контроля за ходом реализации программы; система

показателей реализации программы; критерии ожидаемых результатов; обеспечение взаимодействия исполнительной власти разных уровней с общественностью; утверждение законодательно программы, разных уровней программных мероприятий и их финансирования. Для оценки реализации целевых программ, их коррекции внедрен статистический и социологический мониторинг.

В третьей главе «Комплексная оценка структуры и динамики заболеваемости населения Ханты-Мансийского автономного округа-Югра» проведена оценка показателей заболеваемости, по данным статистики, детского и взрослого населения за период 2000-2006 гг.

Динамика заболеваемости детей демонстрирует устойчивый рост показателей (рис.1)

Рис. 1 Динамика заболеваемости детей 0-17 лет в Ханты-Мансийском АО в 2000-2006 гг. (на 100 тыс. детского населения).



Важнейшим классом заболеваемости детей являются болезни органов дыхания, на которые приходится почти 60% в общей структуре болезней.

Уровень учтенной заболеваемости детей в ХМАО-Югра выше, чем в целом по России, это определяется картиной по подавляющему числу причин, включая основную – болезни органов дыхания. Масштабы превышения среднероссийских уровней постепенно сокращаются в связи с тем, что в целом по стране заболеваемость детей растет более быстрыми темпами.

Своеобразно развивается ситуация в отношении двух групп причин. С одной стороны, это болезни уха и злокачественные новообразования, заболеваемость которых растет более быстрыми темпами, чем в России. С другой стороны, психологические расстройства, эндокринные заболевания и болезни костно-мышечной системы демонстрируют тенденцию к снижению заболеваемости на фоне роста показателей от этих причин в целом по России.

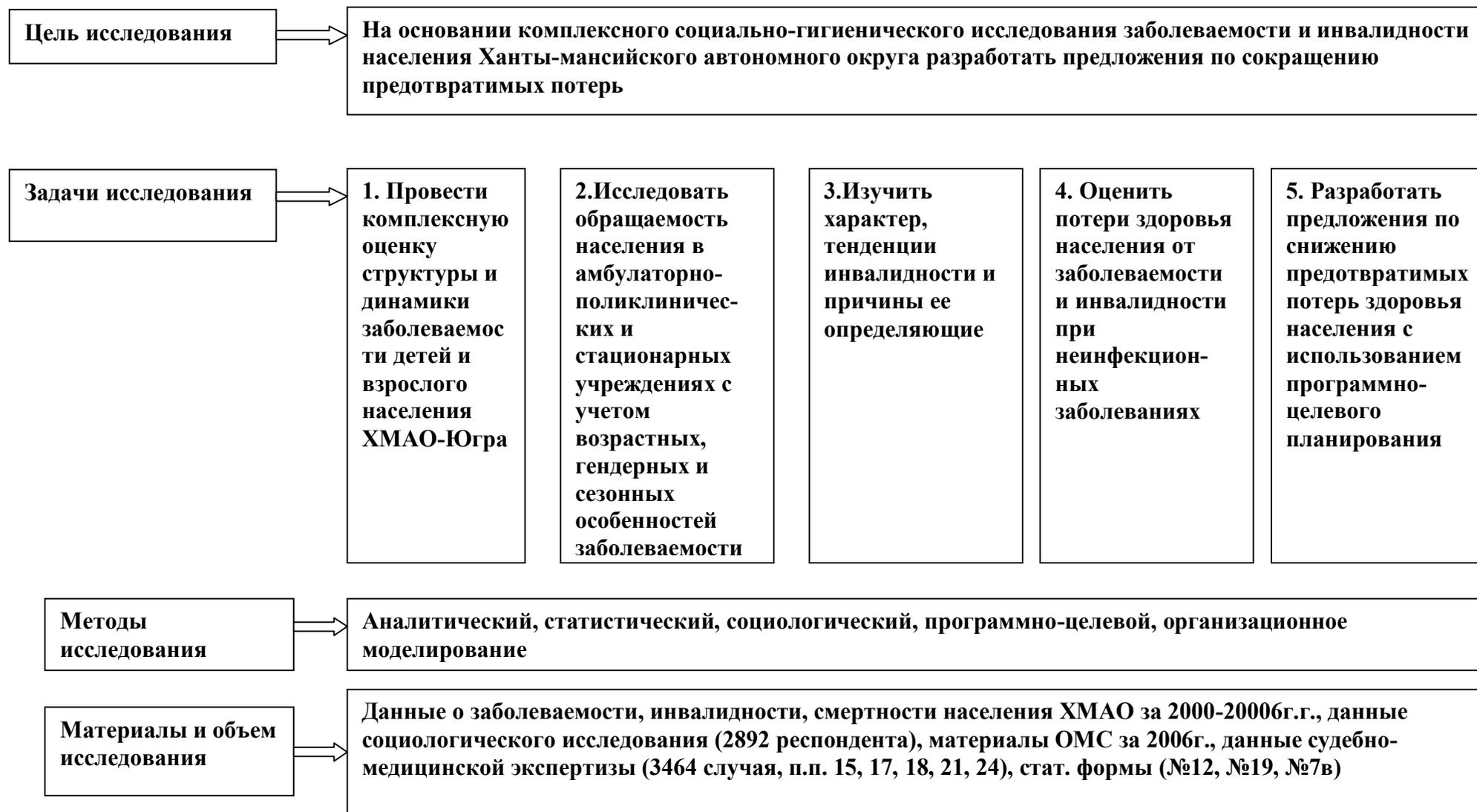
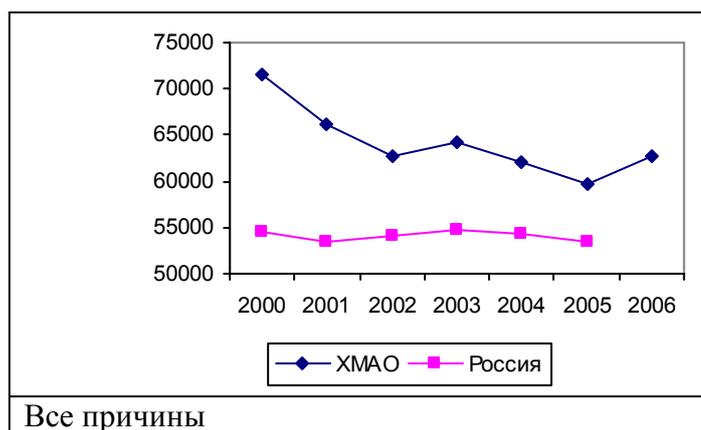


Схема 1. Информационная база и методы исследования

Результаты анализа заболеваемости неинфекционными болезнями взрослого населения за период 2000-2006 гг в ХМАО-Югра демонстрируют некоторое снижение уровня заболеваемости от всех причин, несмотря на колебания по годам, в целом за данный период она снизилась на 12,4 %, но была выше, чем по России (рис.2).

Рис. 2. Динамика заболеваемости взрослых 18 лет и старше в Ханты-Мансийском АО-Югра в 2000-2006 гг. (на 100 тыс. населения в возрасте 18 лет и старше)



На фоне тенденции к снижению показателя заболеваемости обращает на себя внимание рост показателя по отдельным нозологиям.

Заболеваемость по классу болезней системы кровообращения продемонстрировала устойчивый рост показателя на 55,7%; особое внимание привлекла заболеваемость болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением, показатель вырос в 2,3 раза (с 399,8 до 939,4 на 100 тыс. населения); заболеваемость цереброваскулярными болезнями выросла на 29,1% (с 201,9 до 260,7 на 100 тыс. населения).

В связи с процессом старения населения, увеличением доли пенсионных возрастов в ХМАО-Югра, достаточно «молодом» регионе, следует ожидать увеличения больных с болезнями системы кровообращения, но в настоящее время это единственный класс причин, заболеваемость по которому в России устойчиво выше, чем в ХМАО-Югра.

Обобщая полученные результаты, можно констатировать следующее. Оценка тенденций заболеваемости детского населения требует верификации данными об инвалидности, поскольку рост заболеваемости по обращаемости при условии, что показатели автономного округа превышают

среднероссийские уровни, может свидетельствовать о двух противоположных процессах. С одной стороны, об активном выявлении патологии и своевременном лечении детей и подростков – с другой стороны об ухудшении здоровья в детских и подростковых группах, требующем принятия адекватных мер, прежде всего, в сфере профилактики.

Существенная особенность ситуации с заболеваемостью взрослого населения заключается в том, что в Ханты-Мансийском АО – Югра отмечаются более высокие уровни, хотя возрастная структура населения в округе явно моложе. Поскольку именно пожилые люди являются основными пользователями медицинской помощи, более высокая зарегистрированная заболеваемость в ХМАО-Югра свидетельствует о большей медицинской активности населения. И хотя отрыв от российских уровней постепенно сокращается, в ХМАО-Югра все еще отмечается 10%-ное превышение учтенной заболеваемости взрослого населения на общероссийском фоне.

Глава четвертая «Анализ обращаемости населения за медицинской помощью». Анализ обращаемости населения за медицинской помощью проводился на основе данных Ханты-Мансийского отделения Фонда ОМС за 2006 г. Оценивалась ежемесячная обращаемость населения в поликлинику и по данным о госпитализации, где обращение одного человека в течение месяца по поводу одного заболевания рассматривалось как один случай.

Наибольшая ежемесячная обращаемость отмечалась по классу болезней системы кровообращения, которая среди женщин в полтора раза превышала таковую у мужчин. Повозрастная характеристика обращаемости свидетельствует о том, что частота заболевания болезнями системы кровообращения резко увеличивается после 50 лет; около 20% - это лица 55-60 лет, что связано со значительной численностью этой группы; пик обращаемости для мужчин 15-19 лет связан с обследованием призывников. В марте и ноябре повышается обращаемость и мужчин, и женщин.

Второй причиной обращаемости за медицинской помощью являются болезни органов дыхания. Наибольшая частота обращений отмечается у

детей 5-9 лет и у мужчин старше 80 лет, что может быть связано с вирусными инфекциями на фоне пониженного иммунного статуса. Определены закономерности повозрастных и посезонных особенностей при заболеваниях системы пищеварения, эндокринной системы, онкологических заболеваниях, при травмах и отравлениях.

Для отдельных классов болезней проведен анализ доли инвалидов среди обратившихся, доли осложнений и сопутствующих заболеваний и затрат на лечение. Из числа госпитализированных с болезнями системы кровообращения инвалиды составили 2,3% среди мужчин, 1,6% среди женщин, при обращении в поликлинику 1,8% и 1,2 соответственно.

Доля осложнений заболеваний сердечно-сосудистой системы среди госпитализированных мужчин составила 3,1%, среди женщин – 3,5%, обратившихся поликлинику - 11,3% и 11,9% соответственно. Возрастная структура у мужчин и женщин достаточно близка; сезонная обращаемость приходится на январь - март среди мужчин и женщин. Сопутствующие заболевания среди госпитализированных мужчин отмечены у 21,0%, у женщин – 29,6%; среди обратившихся в поликлинику – 9,2% и 9,1% соответственно. Наибольшая частота сопутствующих заболеваний наблюдалась в возрастной группе 50-59 лет как у мужчин, так и у женщин.

Соотношение затрат на лечение больных из разных возрастных групп свидетельствует, что затраты на лечение мужчин среднего возраста близки к затратам на лечение пожилых; у женщин отмечено, что больные старше 55 лет потребляют больше средств на лечение, что связано с более продолжительным периодом жизни женщин. Продолжительность госпитализации пожилых мужчин больше, чем подростков и молодежи: в возрасте от 10 до 30 лет – около 10 дней, а в возрасте от 40 до 60 лет более 15 дней. Соответственно средняя сумма затрат на лечение при госпитализации старшей возрастной группы выше.

Оценка возрастных особенностей обращаемости за медицинской помощью позволила выявить критические возраста для наиболее распространенных видов патологии. Сезонность обращения – важное обстоятельство при планировании медицинской помощи населению; характер сезонности имеет выраженную специфику в случае обращения за амбулаторно-поликлинической помощью и в случае госпитализации.

Глава пятая «Инвалидность детского и взрослого населения – как причина потери здоровой и активной жизни». Сравнительный анализ общероссийских данных и Уральского Федерального округа позволил выделить специфику инвалидности населения Ханты-Мансийского автономного округа-Югра и потери здоровой жизни.

Тенденции инвалидности детей раннего возраста (0-4 года) в России и Уральском Федеральном округе в значительной мере совпали; в ХМАО - Югра за последние годы частота новых случаев не превышала 80% от среднероссийского, это определило относительную стабильность распространения детской инвалидности (90-95 на 10 тыс. детей 0-4 года).

Масштабы роста показателей инвалидности детей в возрасте 5-9 лет были выше, чем в ранних детских возрастах с последующей стабилизацией. Отмечено за период 2001-2006гг. снижение показателя (на 24,5%); к 2006г. уровни распространения детской инвалидности этой группы не превышали 73% от российских показателей. Одним из источников сокращения учтенной распространенности инвалидности явился процесс более активного снятия с учета.

В возрастной группе 10-14 лет отмечаются схожие тенденции с группами младших возрастов.

По данным статистики, инвалидность детей 15-17 лет с 2001 г в России увеличилась на 25,2%, аналогичные тенденции отмечены в Уральском ФО, а в ХМАО-Югра распространенность инвалидности среди подростков

снижалась на 5,1%; в 2001г. показатели составили около 90% от российской уровня, в 2006г. они снизились до 70%.

Для каждого возраста отмечена специфика формирования причин инвалидности. В ранних детских возрастах ведущими причинами инвалидности являлись врожденные аномалии и болезни нервной системы. Именно более низкие темпы роста инвалидности вследствие болезней нервной системы (3,7% против 19,3%) и сокращение инвалидности вследствие врожденных аномалий (на 4,9%) против роста ее от этих причин в России (на 14,0%) обусловили относительную стабилизацию контингента детей-инвалидов раннего возраста в ХМАО-Югра на фоне некоторого прироста в целом по стране.

В возрасте 5-9 лет к ведущим причинам инвалидности помимо болезней нервной системы и врожденных аномалий добавляются психические расстройства. Тенденции формирования инвалидности в ХМАО-Югра определяются тремя причинами: инвалидность вследствие болезней нервной системы снизилась на 27,8% против 1,2% в России; вследствие врожденных аномалий – на 40,6% против 7,6% в России; в случае психических расстройств можно говорить о более низких темпах роста показателя – на 10,9% против 18,4% в целом по стране.

Дети более старшего возраста отличаются близкими тенденциями формирования инвалидности и сходной структурой причин с младшими группами: психические расстройства, которые выходят на первое место, болезни нервной системы, врожденные аномалии. В подростковом возрасте триада ведущих причин инвалидности распадается, появляется явный лидер – психические расстройства и расстройства поведения, которые определяют более четверти всех случаев инвалидности подростков, болезни нервной системы и врожденные аномалии занимают 2-3 места.

Картина инвалидности подростков в возрасте 15-17 лет в ХМАО-Югра была более благоприятной, чем в среднем по стране. На фоне более благоприятных тенденций от всех причин, которые определяют сокращение

инвалидности подростков в ХМАО-Югра при росте показателей в России, ситуация все-таки требует внимания. Приоритетами по вкладу в инвалидность подростков являются болезни нервной системы (проблема актуальна для всех групп), злокачественные новообразования и врожденные аномалии (также актуальна для всех возрастов), психические расстройства, болезни уха (существенно с 5-9 летнего возраста).

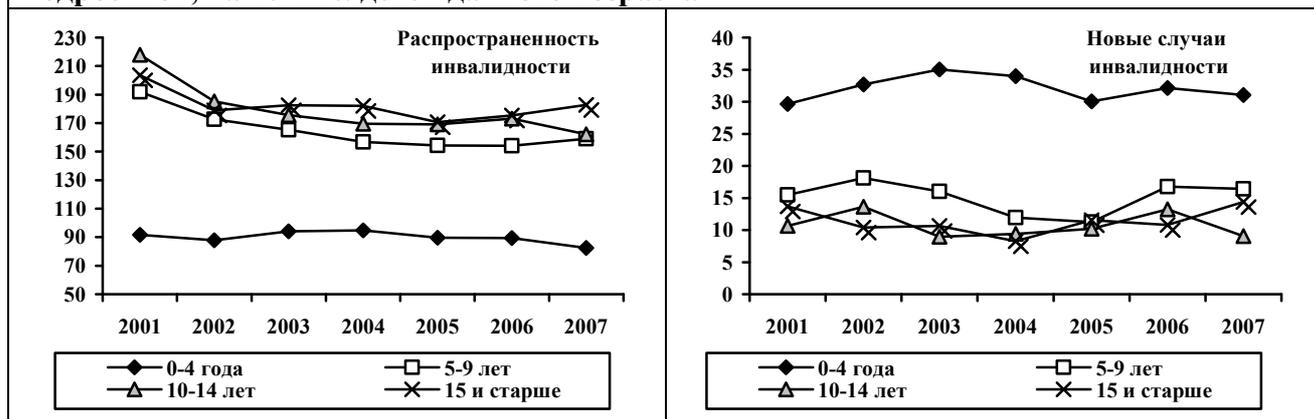
Анализ причин инвалидности в период детства в ХМАО-Югра показывает тенденции к стабилизации в раннем детстве и сокращению инвалидности в возрастах от 5 лет по всем причинам. На фоне позитивных тенденций эти процессы свидетельствуют об адекватной стратегии оказания медицинской помощи населению.

С 1992 г (начало регистрации инвалидности взрослого населения) первичная инвалидность в молодых трудоспособных возрастах снижалась: в ХМАО-Югра – на 35,8%, в России и Уральском ФО – на 21,3% и 20,4% соответственно. Темпы снижения показателей инвалидности в ХМАО-Югра были выше, а к настоящему времени уровни первичного выхода на инвалидность были почти вдвое более низкие, чем в целом по стране.

В предпенсионной группе в целом показатели несколько возросли – на 5,9% в ХМАО-Югра, примерно в том же темпе, что и в России (на 6,1%), а в Уральском ФО – на 14,9%. В «пожилых» возрастах отмечен максимальный темп роста первичного выхода на инвалидность: в ХМАО-Югра – на 35,1%; в России – в 2,2 раза; Уральском ФО – 2,8 раза. В отличие от молодого трудоспособного возраста в этой группе показатели близки к среднероссийским. В структуре первичной инвалидности по тяжести отмечен более высокий удельный вес I группы инвалидности в молодой возрастной группе по сравнению с Россией (11,3% против 7,1%), пониженная доля инвалидов III группы (35,0% против 38,6%). Несмотря на высокие темпы снижения инвалидности в ХМАО остается более тяжелой ее структура среди молодых возрастов. По отдельным причинам инвалидность играет большую роль в потере здоровой жизни, чем смертность.

Анализ тенденций и причин инвалидности в отдельных возрастных группах позволяет выявить источники потерь здоровой жизни населения, обусловленных неинфекционными заболеваниями. Распространенность инвалидности в ХМАО-Югра по возрастам свидетельствует, что от периода детства к пожилым группам частота инвалидности растет (рис.3).

Рис.3. Распространенность инвалидности и новые случаи инвалидности детей и подростков, на 10 тыс. детей данного возраста

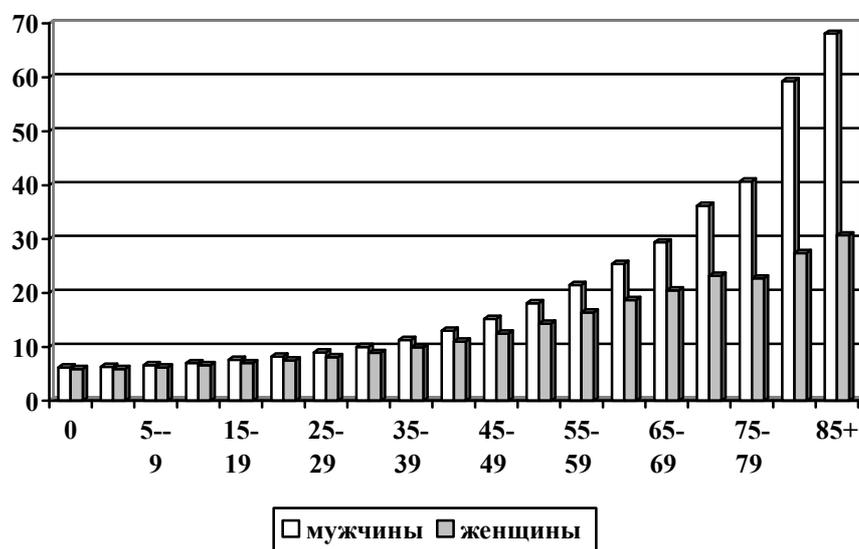


В соответствии с уровнем инвалидности различных групп населения расчеты показали, что ожидаемая продолжительность жизни в ХМАО-Югра (по методу Sullivan) к 2006 году составит для мужчин 63,7 года, для женщин – 74,8 года, тогда ожидаемая продолжительность жизни без инвалидности для мужчин будет меньше, чем пенсионный возраст (59,8), а для женщин – 70,4 года.

При рождении доля ожидаемой жизни, которая будет прожита в состоянии инвалидности, составляет около 6,0% ее предстоящей продолжительности, с четвертого десятилетия жизни – 11,0-13,0%, на рубеже седьмого десятка лет – 36,0-23,0% предстоящей продолжительности жизни будет прожита в состоянии инвалидности (рис.4).

Таким образом, инвалидность различных групп населения является одной из основных причин потери здоровой жизни, что необходимо учитывать при планировании лечебно-профилактических мероприятий и стратегическом развитии системы здравоохранения.

Рис.4. Доля ожидаемой продолжительности жизни, которая будет прожита в состоянии инвалидности, %



Глава шестая «Совершенствование системы медицинской помощи населению Ханты-Мансийского автономного округа - Югра с использованием программно-целевого подхода к реализации приоритетных проблем здравоохранения»

Социально-экономические условия ХМАО-Югра являются благоприятными для развития здравоохранения и создают возможности сохранения здоровья населения. Анализ состояния здоровья населения округа позволил выявить позитивные тенденции по ряду показателей здоровья детского и взрослого населения за последние 10 лет, которые необходимо сохранить, а также предусмотреть меры по укреплению системы здравоохранения. В тоже время анализ заболеваемости и инвалидности детского и взрослого населения, проведение социологических исследований позволили оценить потери здоровья разных возрастных групп и выявить ряд приоритетных проблем здравоохранения: прежде всего, предотвратимая и преждевременная смертность, инвалидность, лекарственное обеспечение, а также уровень подготовки медицинских кадров, материально-техническая

база здравоохранения. Для решения проблемных направлений в области здравоохранения ХМАО-Югра был предложен комплекс мероприятий, направленных на снижение потерь здоровья населения, на повышение качества медицинской помощи и удовлетворенности потребности населения в квалифицированной и высокотехнологичной помощи. Методологической основой был выбран программно-целевой метод планирования и управления по приоритетным направлениям здравоохранения. Опыт практического применения метода в ХМАО-Югра позволил отработать алгоритм формирования и реализации целевых программ с учетом особенностей здравоохранения округа.

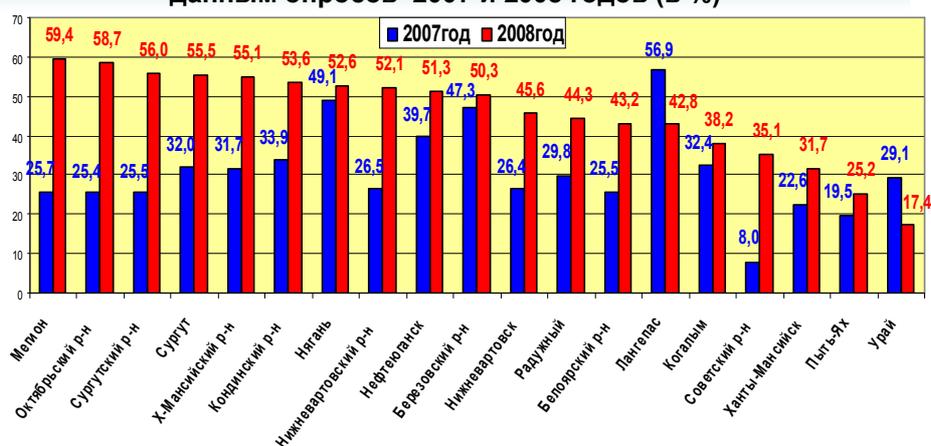
В соответствии с научно-обоснованными приоритетами при участии автора разработана серия целевых программ здравоохранения на территории ХМАО-Югра. На ряду с реализацией Федеральных программ были разработаны и утверждены правительством региональные целевые программы: «Развитие материально-технической базы учреждений здравоохранения»; «Реабилитация инвалидов» с глубокой проработкой межведомственного взаимодействия; «Демографическое развитие ХМАО-Югра на 2008-2010 гг»; «Дети Югры на 2006-2010 гг»; «Снижение уровня преждевременной смертности в ХМАО-Югра на 2009-2011 гг» и др. В округе усиленно реализуется с 2007 г статистический (VEB-Sait) и социологический мониторинг за реализацией и эффективностью выполнения программных мероприятий.

Анализ результатов социологического исследования общественного мнения жителей ХМАО-Югра по удовлетворенности населения качеством оказания медицинских услуг, показал, что средний рейтинг по округу возрос в 2008 г по сравнению с 2007 годом с 30,7 до 45,7%, имеет значительный интервал по отдельным районам (Рис. 5).

Качеством оказываемых услуг в 2008 г удовлетворены 77,0% респондентов, неудовлетворенность связывается с различными причинами: длительное ожидание приема (42,4%), сложности записи на прием и

обследование(36,6%), а также отсутствие некоторых видов оборудования, недостаточный перечень услуг, грубость персонала и уровень их профессионализма, недостаточное лекарственное обеспечение. Пожелания по улучшению качества медицинского обслуживания и работы лечебно-профилактических учреждений, высказанные респондентами, были учтены при разработке перспективных мероприятий в округе.

Рис. 5. Сравнительный рейтинг качества медицинских услуг по данным опросов 2007 и 2008 годов (в %)



Средний рейтинг по округу возрос с 30,7 до 45,7. В 2008 г. повысили рейтинг 17 территорий округа, наиболее существенно г. Мегион (с 25,7 до 59,4), Октябрьский р-н (с 25,4 до 58,7), Советский р-н (с 8,0 до 35,1). Понижился рейтинг на 2 – х территориях: г. Лангепас (с 56,9 до 42,8), г. Урай (с 29,1 до 17,4). 14

Объем расходов на здравоохранение в ХМАО-Югра в расчете на одного жителя увеличился с 5.011,0 руб.(в 2000 г) до 19.296,0 руб (в 2007 г), что позволило в рамках приоритетных проблем здравоохранения развивать высокотехнологичные виды медицинской помощи. В автономном округе успешно развивается 19 из 20 направлений высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП).

Научно обоснованный подход к оценке здоровья населения ХМАО-Югра, к выбору приоритетов здравоохранения, участие населения в оценке деятельности здравоохранения, использование прогрессивного метода планирования и управления, внедрение ВМП позволили определить перспективные направления стратегии развития здравоохранения округа на основе принципов инновационного развития.

ВЫВОДЫ

1. Состояние здоровья детского населения характеризуется следующими закономерностями в Ханты-Мансийском АО-Югра: уровни учтенной заболеваемости детей выше, чем в целом по России, что определяется картиной по подавляющему числу причин. Вместе с тем, масштабы превышения среднероссийских уровней постепенно сокращаются в результате того, что в целом по стране учтенная заболеваемость растет более быстрыми темпами. Если в ближайшие годы тенденция сохранится, то в Ханты-Мансийском АО-Югра уровни детской заболеваемости приблизятся к среднероссийским по большинству видов патологии. Эти процессы адекватно отражают улучшение здоровья детского населения, поскольку происходят на фоне сокращения (в младших группах) или стабилизации в возрастах старше 10 лет инвалидности детей и подростков от основных причин.

2. Проведенный анализ заболеваемости взрослого населения показал, что в отличие от детей, заболеваемость лиц старше 18 лет снижалась за период 2000-2006 гг на 12,4%, в Ханты-Мансийском АО-Югра темпы сокращения были в целом выше, чем в России. Поскольку речь идет о зарегистрированных случаях, то отмеченные тенденции означают, что идет сокращение выявления новых случаев заболеваний взрослого населения, что на фоне неблагоприятных тенденций инвалидизации взрослого (преимущественно пожилого) населения нельзя признать процессом позитивным.

3. Проведенный анализ выявил существенную аналитическую ценность материалов ОМС для характеристики ситуации с заболеваемостью населения, планирования медицинской помощи населению и оценки затрат на лечение больных с определенными видами патологии.

Оценка возрастных особенностей обращаемости за медицинской помощью позволила выявить критические возраста для наиболее

распространенных видов патологии, после которых значительно возрастает посещение специалистов. Причем эти особенности имеют выраженную специфику у мужчин и женщин. Возрастные особенности имеет и такой важный фактор, влияющий на качество диагностики и исходы лечения, как сопутствующая патология. Вопреки распространенному мнению, частота сопутствующих заболеваний достаточно высока уже в детских группах, что необходимо более полно учитывать. Сезонность обращения – важное обстоятельство при планировании медицинской помощи населению. Характер сезонности имеет выраженную специфику в случае обращения за амбулаторно-поликлинической помощью и в случае госпитализации, причем у мужчин и женщин ситуация может принципиально различаться.

4. Показатели первичного выхода на инвалидность среди взрослого населения ХМАО-Югра в молодых трудоспособных возрастах снижались на 35,8% за 9 летний период, в России – на 21,3%, в Уральском ФО – на 20,4%. В предпенсионной группе показатели несколько выросли: в ХМАО-Югра – на 5,9%; в России – на 6,1%, в Уральском ФО – на 14,9%. В «пожилых» возрастах темпы роста показателя инвалидности были выше: в ХМАО – на 35,1%, в России – в 2,2 раза; в Уральском ФО – в 2,8 раза. В работоспособных возрастах основными причинами первичной инвалидности является триада: болезни системы кровообращения, новообразования, психические расстройства. Для всей детской инвалидности в Ханты-Мансийском АО-Югра характерны существенно более низкие уровни показателей и иные тенденции, нежели в России в целом и Уральском ФО в частности. Начиная с возрастной группы 5-9 лет и вплоть до подростковых возрастов распространенность инвалидности в ХМАО-Югра с каждым годом сокращается; в подростковом возрасте показатель инвалидности снизился на 5,1% (с 2001 до 2006 гг), в России – увеличился на 25,5%. Это происходит на фоне относительной стабильности ежегодного числа новых случаев, поэтому может свидетельствовать об энергичном пересмотре статуса «ребенок – инвалид» за счет активной реабилитационной работы с детьми, имеющими ограниченные возможности.

5. Инвалидность всех возрастов позволяет выявить источники потерь здоровой жизни населения, обусловленной неинфекционными заболеваниями. Ожидаемая продолжительность жизни в ХМАО-Югра к 2006 г составила 63,7 года для мужчин и 74,8 – для женщин, а ожидаемая продолжительность здоровой жизни без инвалидности для мужчин составила 59,8 лет, для женщин – 70,4 года. При рождении потеря здоровой жизни за счет инвалидности составит 6,0%, с четвертого десятилетия – 11,0 – 13,0%; на рубеже седьмого десятка лет – 36,0% предстоящей продолжительности жизни будет прожита в состоянии инвалидности. Инвалидность является основным фактором потери здоровой жизни.

6. Научно обоснован ряд приоритетов здравоохранения ХМАО-Югра, для решения которых в качестве методологической основы выбран и усовершенствован программно-целевой метод планирования и управления. Эффективность использования целевой методологии подтверждена как объективными показателями, так и результатами социологического исследования. Средний рейтинг удовлетворенности населения округа медицинской помощью возрос в 2008 г до 45,1%, в 2007 г составлял 30,7%. Качеством оказываемых медицинских услуг в 2008 г удовлетворены 77,0% населения, что отражает достаточно высокий уровень здравоохранения округа.

Предложения для внедрения в практику

1. Выявленные в ходе исследования особенности формирования здоровья населения ХМАО-Югра целесообразно использовать для оптимизации лечебно-профилактических мероприятий и планирования медицинской помощи населению округа.

2. Учитывая значительный вклад инвалидности в потери здоровья населения ХМАО-Югра, необходимо планировать организационные мероприятия с учетом инвалидности, как одного из приоритетных направлений в сохранении здоровья населения.

3. Целесообразно использовать в планировании медико-социальных мероприятий системную методологию, программно-целевое планирование и управление отраслью, что положительно себя зарекомендовало.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Кольцов В.С. Методика комплексного анализа развития системы здравоохранения и его ресурсного обеспечения на территориях разного типа / Стародубов В.И., Михайлова Ю.В., Матвеев Э.Н., Вялкова Д.М., Кольцов В.С. и др.//Методические рекомендации №2001/147.-М., 2001.- С. 88
- 2.Кольцов В.С. Оптимизация процесса принятия и контроля реализации управленческих решений /Стародубов В.И., Михайлова Ю.В., Сибурина Т.А., Кольцов В.С. и др.// Методические рекомендации №981/197.- М., 2002.- С. 32
3. Кольцов В.С. Организационно-правовые основы оказания платных медицинских услуг / Михайлова Ю.В., Косолапова Н.В., Абрамов А.Ю., Назаров В.М., Шестаков М.Г., Кольцов В.С. // Методическое пособие для организаторов здравоохранения и руководителей медицинских учреждений.- М., 2005.- С. 101
4. Кольцов В.С. Организация стратегического планирования в здравоохранении / Девишев Р.И., Смирнов А.А., Шестаков М.Г., Назаров В.И., Кольцов В.С. и др.//Учебно-методическое пособие. – М., 2006 - Часть 2- С. 42
5. Кольцов В.С. Отношение к проблеме предотвратимой смертности населения в Ханты-Мансийском автономном округе //Сб. научных трудов ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава». - М., 2007 – Часть 2.- 300-303 с.
6. Кольцов В.С. Сборник методических материалов для социозащитных учреждений /Михайлова Ю.В., Соболева Н.П., Сковердяк Л.А., Малыгина Н.Я., Котов А.В., Алексеенко С.Н., Кольцов В.С.// Методическое пособие.– М., 2007- С.44
7. Кольцов В.С. Целевые программы – инструмент государственного регулирования в здравоохранении /Лохтина Л.К., Назаров В.И., Михайлова Ю.В., Шестаков М.Г., Соболева Ю.В., Кольцов В.К.//Методическое пособие. –М., 2008 - С. 98

8. Кольцов В.С. Развитие службы врачей общей практики на основе фондодержания и критерии эффективности деятельности ОВП (региональный опыт)/ Черниченко Е.И., Шамшурина Н.Г., Кольцов В.С., Кривенков В.А., Кропанина Л.И. // Экономика здравоохранения №3.-2009.-8-12 с