

На правах рукописи

Темирджанова Светлана Юсуфовна

**Социально – гигиеническое исследование
здоровья населения Карачаево-Черкесской
республики**

14.00.33. – Общественное здоровье и здравоохранение

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

Москва – 2009 г.

Работа выполнена в Федеральном государственном учреждении «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава»

Научный руководитель:

доктор медицинских наук Пучков Константин Геннадьевич

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор Орлова Галина Георгиевна

доктор медицинских наук, профессор Сырцова Людмила Ефимовна

Ведущая организация: ГУ Национальный институт общественного здоровья РАМН.

Защита состоится «_____» _____ 2009 г. в 10.00 часов на заседании Диссертационного совета Д.208.110.01 в ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава» (127254, Москва, ул. Добролюбова, 11).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава» (127254, Москва, ул. Добролюбова, 11).

Автореферат разослан «_____» _____ 2009 г.

Ученый секретарь Диссертационного совета
кандидат медицинских наук

Е.И. Сошников

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы

Известно, что вопросы модернизации здравоохранения объединяют нормативно-правовую базу, совершенствование обязательного медицинского страхования, повышение эффективности структурного взаимодействия, регионального и муниципального здравоохранения, укрепление ресурсного потенциала и повышение оплаты труда работников, развитие медицинской науки с ориентацией на высокотехнологичные виды помощи при приоритетном развитии первичного сектора здравоохранения. Все это широко освещается в современной научной литературе (Стародубов В.И. с сотр., 2000; Медик В.А., 2004; Щепин О.П., 2004; Скляр М.С. с сотр., 2005; Герасименко Н.Ф. с сотр., 2006; Михайлова Ю.В. с сотр., 2007).

Многолетний интерес научных школ и отдельных исследователей к проблеме реформирования здравоохранения обусловлен негативной динамикой медико-демографических процессов и здоровья населения при политических, социально-экономических преобразованиях. Здравоохранение России, недостаточно обеспеченное ресурсами, не смогло предотвратить ухудшение здоровья населения и обеспечить медицинскую помощь адекватного качества. Отмечается рост неудовлетворенности населения и медицинских работников качеством и доступностью медицинской помощи в регионах.

В последние годы возросло внимание к здоровью населения как важному фактору экономического развития, обороноспособности и безопасности страны. Комплексное изучение здоровья населения служит основой для разработки социально-экономической политики страны и регионов (Щепин О.П. с сотр., 2007).

Концепция развития здравоохранения и медицинской науки определила путь здравоохранения страны, но Россия - многонациональная страна, которой свойственен многообразный уклад жизни. Различия субъектов Российской Федерации по климату - географическим, экономическим, социальным характеристикам требует комплексных

социально – гигиенических исследований здоровья населения с учетом различий регионов страны при разработке программ развития здравоохранения каждого субъекта Российской Федерации на основе единых идеологических принципов.

При формировании политического устройства России ряд регионов получил статус субъектов Российской Федерации, что повлекло необходимость формирования самостоятельных структур в экономической и социальной сферах, в т.ч. в здравоохранении. Таким субъектом России стала и Карачаево-Черкесская республика, которая ранее была составной частью Ставропольского края с интегрированной системой оказания медицинской помощи. Комплексные социально – гигиенические исследования состояния здоровья в республике ранее не проводились. Таким образом, научно-аналитическое исследование с оценкой здоровья населения республики и учетом специфики ее социально-экономического положения является актуальным для обоснования приоритетных направлений развития системы здравоохранения в республике.

Цель исследования: на основании социально-гигиенического исследования здоровья населения разработать предложения по совершенствованию системы организации медицинской помощи населению Карачаево - Черкесской республики, в т.ч. больным социально значимыми заболеваниями.

Для достижения цели поставлены следующие **задачи**:

1. Провести сравнительный анализ заболеваемости и смертности населения Карачаево-Черкесской республики, Южного федерального округа и Российской Федерации.

2. Оценить состояние здоровья населения и частоту распространения социально значимых заболеваний среди жителей Карачаево-Черкесской республики.

3. Изучить особенности социально-экономического положения Карачаево-Черкесской республики как основы формирования республиканского здравоохранения и провести анализ структуры

здравоохранения республики в условиях развития ее как самостоятельного субъекта Российской Федерации.

4. Определить направления развития здравоохранения Карачаево-Черкесской республики и разработать предложения по оптимизации медицинской помощи больным социально значимыми заболеваниями.

Научная новизна исследования заключается в том, что впервые в автономном субъекте Российской Федерации с малочисленным, но многонациональным, преимущественно сельским населением:

- обобщен накопленный за 15 лет опыт организации медицинской помощи населению и концептуально обоснованы стратегические подходы к оптимизации ее с учетом особенностей социальной структуры населения и экономического положения республики;

- определены основные направления повышения качества здоровья населения и развития здравоохранения Карачаево-Черкесской республики;

- изучен в динамике спектр социально значимой патологии в республике;

- доказана результативность и перспективность системного сопоставления данных показателей здоровья, здравоохранения и социального портрета населения субъекта Российской Федерации.

Практическая значимость работы определяется использованием ее результатов Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Правительством Карачаево-Черкесской республики в нормативно – методических и директивных документах Министерства здравоохранения и курортов республики, что позволило повысить доступность и улучшить качество медицинской помощи больным, а это способствовало приросту населения и продолжительности жизни, а также поддерживанию на низком уровне показателей смертности.

Апробация результатов исследования

Результаты исследования представлены на пяти Российских научно – практических конференциях: «Стратегия реформирования регионального здравоохранения» (Москва, 2003); «Проблемы территориального здравоохранения» (Москва, 2004); «Управление качеством медицинской

помощи населению Российской Федерации (Москва, 2005); «Преждевременная и предотвратимая смертность в России – критерий потери здоровья населения (Москва, 2006); «Новые технологии в современном здравоохранении» (Москва, 2007).

Публикации.

По теме диссертации опубликовано 5 научных работ, в т.ч. учебно-методическое пособие, методические рекомендации, публикация в журнале, рекомендованном ВАК для соискателей степени кандидата медицинских наук.

Внедрение результатов исследования в практику здравоохранения.

Положения диссертации использованы при подготовке предложений по реформированию здравоохранения для Министерства здравоохранения курортов Карачаево-Черкесской республики, при составлении республиканских целевых программ, Приказов Министерства здравоохранения и курортов Карачаево-Черкесской республики, при формировании концепции модели медицинской помощи населению республики, а также в педагогическом процессе ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава».

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Состояние общественного здоровья населения на региональном уровне является производным от взаимодействия экономических, социальных факторов развития субъекта Российской Федерации, медико-технической оснащенности и доступности для населения сети медицинских учреждений, традиционного санитарно-гигиенического образования и воспитания жителей.
2. Противоречивость социального портрета населения Карачаево-Черкесской республики: преобладание сельского населения, низкие денежные доходы, высокий уровень безработицы и в то же время устойчивость общественного института семьи, низкий уровень расторжения браков и рождаемости внебрачных детей, благоприятный нравственный климат и т.д. учитывается при планировании модернизации здравоохранения в республике.

3. Научно обоснованная концепция модернизации регионального здравоохранения, основанная на программно-целевом подходе; принципе единства учреждений регионального и муниципального подчинения; внедрении стандартов оснащения, диагностики, лечения и реабилитации больных; достоверности учетно-отчетной документации; укреплении материально-технической базы ЛПУ; повышении квалификации медицинских кадров; повышении уровня медико-санитарной грамотности населения.
4. Оптимизация медицинского обслуживания больных социально значимыми заболеваниями, оказывающих влияние на качество здоровья населения трудоспособного возраста.

Структура и объем диссертации.

Диссертация изложена на 135 страницах машинописи и построена по традиционному плану: введение, обзор литературы; глава, в которой изложены материалы и методы исследования; четыре главы анализа результатов собственных материалов, заключение, выводы и предложения для внедрения в практику.

Указатель литературы включает 150 публикаций отечественных и зарубежных авторов с 15-летней глубиной информационной проработки. Работа иллюстрирована 48 таблицами, одним рисунком.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ.

Во **Введении** обоснована актуальность темы, определены цель и задачи исследования, показана научная новизна и практическая значимость работы, представлены положения, выносимые на защиту, уровни апробации и внедрения результатов, характеризуется структура диссертации.

В первой главе «Основные проблемы современного регионального здравоохранения» показано, что, несмотря на фрагментарность и разноречивость данных литературы, в качестве приоритетов регионального здравоохранения выделяются организация медицинской помощи жителям сельских районов и проблема социально значимых заболеваний. Отмечено, что в качестве индикаторов доступности медицинской помощи, её качества, результативности внедрения стандартов обслуживания, информологии,

мониторинга деятельности лечебно – профилактических учреждений, в т.ч. кадрового обеспечения и реорганизации системы здравоохранения, могут служить показатели динамики демографической ситуации в регионе. В то же время показано, что в доступной литературе недостаточно внимания уделяется обоснованию концептуальных подходов к оптимизации системы здравоохранения с учетом региональных особенностей субъектов Северо-Кавказского региона (Южного Федеративного округа).

Во второй главе «Организация исследования» изложена программа, этапы комплексного медико-социально-гигиенического исследования, описана база исследования и методы анализа материала (Рис.1).

Исследование проведено с 1993 по 2007г. в Карачаево-Черкесской республике, где на 14,1 тыс. кв. км (менее 0,1% площади Российской Федерации) в 8 районах, 4 городах, 7 поселках городского типа и 79 сельских поселениях проживает 431,3 тыс. человек (0,3% населения страны), из которых 42,4% - русские, 31,2% - карачаевцы, 9,7% - черкесы, 6,6% - абазинцы, 3,2% - ногайцы, 6,9% -граждане других национальностей.

К особенностям республики относятся компактность и значительная плотность проживания населения - 30,6 человек на 1 кв. км; природный ландшафт - предгорья Кавказского хребта с развитыми транспортными коммуникациями; преимущественный процент сельского населения; большое число населенных пунктов с малочисленным населением; наличие территориальных образований, традиционно тяготеющих к близлежащим центрам других субъектов Федерации, в т.ч. в отношении медицинской помощи.

Карачаево-Черкесская республика располагает многопрофильной сетью лечебно-профилактических учреждений, но маломощность их ограничивает внедрение современных технологий; значительная часть основных фондов здравоохранения морально устарела и физически изношена.

Цель: на основании комплексного социально – гигиенического исследования здоровья населения разработать предложения по совершенствованию системы организации медицинской помощи населению Карачаево-Черкесской республики, в том числе больным социально значимыми заболеваниями.

Задачи

1. Провести сравнительный анализ заболеваемости и смертности населения Карачаево-Черкесской республики, Южного федерального округа и Российской Федерации.
2. Оценить состояние здоровья населения и частоту распространения социально значимых заболеваний среди жителей Карачаево-Черкесской республики.
3. Изучить особенности социально-экономического положения Карачаево-Черкесской республики как основы формирования базы республиканского здравоохранения и провести анализ структуры здравоохранения Карачаево-Черкесской республики в условиях развития ее как самостоятельного субъекта Российской Федерации.
4. Определить направления развития здравоохранения Карачаево-Черкесской республики и разработать предложения по оптимизации медицинской помощи больным социально значимыми заболеваниями.

Материалы

Статистические отчетные формы по Карачаево-Черкесской республике 1993г.2000г,2006г (фф.12,14,33,34,37,61).
Материалы 12 797 больных социально значимыми заболеваниями, состоящих под диспансерным наблюдением лечебно- профилактических учреждений Карачаево-Черкесской республики.

Регионы России. Социально – экономические показатели:
-2006:Р32 Стат. сб./Росстат.-М.,2007.- 981с;
-2007:Р32 Стат. сб./Росстат.-М.,2007.- 991с;
Демографический ежегодник России:
Стат. сб./Росстат.-М.,2006.- 581с.
Российский статистический ежегодник:
- 2006: Стат. сб./Росстат.-М.,2006.- 806с;
- 2007: Стат. сб./Росстат.-М.,2007.- 826с.
Социальное положение и уровень жизни населения России.2006:С89/Росстат.-М.,2006.- 493с.
Материалы оперативного учета Министерства здравоохранения Карачаево-Черкесской республики

Методы

Аналитический, статистический

Аналитический, статистический, социологический, системного анализа эвристический (экспертных оценок), организационное моделирование
Организационный эксперимент, системный анализ, программно – целевое планирование

Рис 1. Организация исследования.

Поскольку экономический потенциал республики пока недостаточен для всеобъемлющего решения социальных задач, в т.ч. и по охране здоровья населения, усилия общества сосредоточиваются на организационном решении ключевых проблем.

В ходе исследования использованы данные литературы, статистической отчетности Росстата, материалы Министерства здравоохранения и курортов Карачаево-Черкесской республики, обработанные эвристическими методами, материалы экспертов Федерального Государственного Учреждения «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава» и материалы личного наблюдения.

Автор лично сформулировал цель, определил задачи, составил программу исследования, методически обеспечил организационный эксперимент регионального уровня; провел сбор данных, организовал и лично участвовал в экспертной оценке первичной медицинской документации 12 797 больных социально значимыми заболеваниями, состоящих под диспансерным наблюдением лечебно - профилактических учреждений Карачаево-Черкесской республики; выполнил контент – анализ документов, регламентирующих организацию медицинской помощи на региональном уровне; интерпретировал полученные данные и сформулировал выводы и практические рекомендации.

В комплексном социально-гигиеническом исследовании реализован системный, программно-целевой подход в приложении к организационному опыту Карачаево-Черкесской республики в сфере здравоохранения.

Исследование проводилось поэтапно.

На **первом этапе** разработана программа исследования, сформированы информационные базы, определены методы обработки. На **втором** - по данным литературы изучены проблемы современного регионального здравоохранения России, препятствующие его реформированию. На **третьем** - комплексом методов (аналитический, статистический, социологический, экономический и др.) исследованы состояние экономики и очерчен социальный портрет населения Карачаево-Черкесской республики.

На **четвертом** - анализировалось состояние здоровья жителей республики как по данным первичной и общей заболеваемости, так и смертности. Динамика распространения с 1993г социально значимых болезней изучена согласно перечня, утвержденного Правительством Российской Федерации (2004). На **пятом** - исследованы проблемы здравоохранения Карачаево-Черкесской республики и определены пути их решения. На **шестом** - обобщен накопленный в республике опыт модернизации здравоохранения, определены направления и разработаны предложения по оптимизации медицинской помощи больным социально значимыми заболеваниями.

Достоверность выводов обеспечена объемом используемого материала и статистическими методами обработки данных с использованием метода доверительного интервала колебаний, критериев Пирсона и Стьюдента, рангового коэффициента корреляции Спирмэна. Разница показателей признавалась существенной при $P < 0,05$.

Третья глава «Состояние здоровья населения и проблемы здравоохранения Карачаево-Черкесской республики».

Обоснование стратегических приоритетов сохранения здоровья населения Республики позволило выделить как приоритетные проблемы демографического развития, формирования здоровья в группах риска его утраты: матери и дети, лица трудоспособного возраста, жители сельской местности, пожилые, а также пациенты с социально значимыми заболеваниями.

Сокращение населения Карачаево-Черкесской республики началось позже (с 1999г.), чем в России и шло более медленно; естественная убыль населения республики достигла 0,6, в то время как в России – 6,0 на 1000 населения. отмечены региональные особенности патологии жителей республики: частота наследственных заболеваний, высокий уровень врожденных аномалий, значительное число психических расстройств органического генеза, рост социально значимых заболеваний. Это объясняется и историческими традициями, и экологией, и негативным влиянием социальных факторов.

Сложившаяся система медицинского обслуживания населения республики оказалась недостаточной для современной ситуации. Обеспеченность больничными койками в целом близка к среднероссийскому уровню, за исключением отдельных специальностей, при отставании объема оказания амбулаторно-поликлинической помощи. Обращаемость населения за медицинской помощью низкая: у взрослых на 37% ниже федерального уровня, у детей – на 43%. Для взрослых отмечена нехватка психиатрических коек (в 2,3 раза меньше нормативного уровня), фтизиатрических (в 1,6 раза); детское население не обеспечено койками по 13 специальностям. В медицинском обслуживании препятствием является дисбаланс между численностью населения районов и ресурсным обеспечением учреждений здравоохранения.

Показатели первичной заболеваемости жителей Карачаево-Черкесской республики с 1995г по 2006г увеличились на 13,7%, но остались ниже на 24,0% уровня Южного федерального округа, и на 34,7% - Российской Федерации. Низкие показатели первичной заболеваемости, по всей вероятности, обусловлены недостаточной медицинской активностью, которая связана с особенностями уклада сельской жизни большинства населения, с дефектами выявления патологии и/или регистрации ее.

Спектр выявляемой патологии, в целом, такой же, как и в других субъектах Федерации. С помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмэна установлена существенная, достоверная корреляция спектра зарегистрированной в республике патологии с данными как Российской Федерации ($P < 0,01$), так и Южного федерального округа ($P < 0,05$).

Вместе с тем, количественно показатели заболеваемости по большинству классов в соответствии с МКБ-Х отличаются от среднероссийских, в среднем, на треть с колебаниями от 14 до 58%. Установлено существенное отличие от Российской Федерации и Южного федерального округа в выявлении болезней крови и кроветворных органов (соответственно на (- 53,7%) и (-76,8%)), пищеварения (-49,6 и -58,4%), костно-мышечной системы (-56,5% и -45,6%), травм, отравлений и других последствий внешних причин (-54,7% и -46,4%). Однако в республике

существенно чаще выявляются болезни глаза и его придаточного аппарата(+20,7 и +29,7%), а также врожденные аномалии (соответственно (+5,6) и (+21,4%)). Это позволяет предположить, что при проведении в полном объеме диспансеризации всего населения республики уровень выявления патологии не уступит среднефедеративному.

Таблица 1

Удельный вес больных с впервые в жизни установленным диагнозом в общей заболеваемости по отдельным классам патологии в Российской Федерации и Карачаево-Черкесской республике в 2006г, процент.

Патология	Российская Федерация	Карачаево-Черкесская Республика
Новообразования	27,6	27,0
Психические расстройства и расстройства поведения	12,9	9,5
Болезни глаза и придаточного аппарата	32,5	47,4
Болезни кровообращения	12,7	17,3
Болезни органов дыхания	83,0	79,9
Кожи и подкожной клетчатки	79,6	83,2
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	29,8	30,5
Болезни пищеварения	31,0	33,3
Болезни мочеполовой системы	40,3	42,0
Травмы, отравления и другие последствия внешних воздействий	98,0	98,7
В среднем по классам	68,4	52,5

Из таблицы 1 видно, что доля больных с впервые в жизни установленным диагнозом в Карачаево-Черкесской республике в целом несколько меньше, чем по Российской Федерации, за исключением болезней кожи и подкожной клетчатки, болезней глаза и его придаточного аппарата и болезней кровообращения.

В 92,1% случаев смертельный исход вызывается болезнями, относящимися к шести классам МКБ-Х: некоторые инфекционные и паразитарные заболевания, новообразования, болезни системы кровообращения, болезни органов дыхания, пищеварения, а также травмы, отравления и другие последствия внешних причин. На 82,2% показатель смертности формируется за счет случаев смерти от болезней кровообращения, новообразований и несчастных случаев, травм и отравлений. Доля этих классов в формировании показателя инвалидности составляет 58,4%.

Выделены девять заболеваний, которые обеспечивали наибольший вклад в показатель смертности по своему классу причин смерти: туберкулез и его отдаленные последствия; новообразования органов пищеварения, дыхания и грудной клетки, молочной железы (у женщин); ишемическая болезнь сердца; цереброваскулярные болезни; хронические болезни нижних дыхательных путей; болезни печени; транспортные несчастные случаи. Эти болезни охватывают 69,2% случаев смертельных исходов в границах выделенных классов и 63,8% всех смертельных исходов.

Показатели смертности мужчин в 1,4 раза выше, чем женщин, но различен спектр патологии, приводящей больных к смерти: у мужчин, в основном, болезни кровообращения, внешние причины и новообразования; у женщин - болезни кровообращения и новообразования, а внешние причины встречаются в 5,3 раза реже, чем у мужчин.

Средний возраст наступления смерти у жителей Карачаево-Черкесской республики выше, чем по Российской Федерации (58,9г для мужчин и 72,4г для женщин) и Южному федеральному округу (соответственно 63,1г и 75,4г). Это связано с поздним наступлением смертельного исхода при болезнях кровообращения и органов дыхания (69,9г и 68,8г мужчин и 78,6г и 79,6г – женщин). Однако смерть от инфекционных и паразитарных заболеваний наступает раньше - в 43г у мужчин и 35,3 г у женщин.

В связи с возрастанием социальной компоненты в развитии заболеваний и утрате здоровья жителями Карачаево-Черкесской республики углубленно исследован вклад социально значимых болезней в потерю населением здоровья, что обусловлено значительным разнообразным ущербом, который они вследствие хроничности течения наносят обществу и семье больного, сокращая продолжительность его полноценной жизни. Эта группа больных в республике составляет около 3% населения.

Для общества важны объемы произведенной продукции, расходы на оплату пособий и медицинское обслуживание. В социальном аспекте важно ограничение социальной адаптации больных, так как с одной стороны, болезнь ограничивает возможности исполнения ими должностных обязанностей, а с другой, функциональная несостоятельность сужает

перспективу продвижения больных на престижные, выше оплачиваемые должности, что усугубляет саморазрушительное поведение с последующей социальной деградацией.

В медицинском аспекте важное значение имеет синергизм конкретных социально значимых болезней как между собой, так и с другими соматическими заболеваниями. Так, алкоголизм способствует развитию цирроза печени, частому травматизму, психических расстройств с депрессией и/или агрессивностью в отношении окружающих, из-за беспорядочных половых связей растет угроза заражения инфекциями, передаваемыми половым путем, или бесплодия. Развитие сахарного диабета при беременности угрожает жизни матери и ребенка, ухудшает течение туберкулеза. Известна связь парентерального потребления психоактивных веществ с частотой заражения ВИЧ-инфекцией. В свою очередь, больные СПИДом почти в половине случаев умирают от туберкулеза. Туберкулез нередко сочетается с хроническим алкоголизмом и наркоманией.

Таким образом, важность изучения распространения социально значимой патологии среди жителей Карачаево-Черкесской республики обусловлена ее влиянием на здоровье населения, экономическое благополучие семей, хотя характер и степень влияния различается в зависимости от этиологии и патогенеза заболевания.

Таблица 2

Динамика числа больных, состоящих на учете по поводу основных социально значимых заболеваний в Карачаево-Черкесской республике в 1993-2006гг.

Заболевания	1993г	2006г	Динамика 1993г=100
Хронический алкоголизм	4318	4897	+13,4
в т. ч сельские жители	1493	1841	+23,3
Сахарный диабет	3907	4772	+22,1
в т.ч. инсулинозависимый	1119	710	-36,6
Инсулинонезависимый	2788	4062	+45,7
Наркомания	289	1149	+в 4 раза
в т. ч. сельские жители	56	280	+в 5 раз
Туберкулез	833	928	+11,4
Сифилис	994	555	-44,2
Трихомониаз	56	176	+в 3,1 раза
Инфекционный гепатит, выписано больных	1143	140	-87,8
ВИЧ-инфекция	-	67	+100,0

Алкогольный психоз	21	50	+в 2,4 раза
Гонорея	145	43	-70,3
Токсикомания	20	20	0
Всего	11726	12797	+9,1

Из таблицы 2 следует, что число больных социально значимыми заболеваниями с 1993г по 2006г в республике увеличилось на 9,1%. Динамика численности больных социально значимыми заболеваниями в Карачаево-Черкесской республике с 1993 г к 2006г демонстрирует разную направленность в зависимости от этиологии, патогенеза заболевания, организации выявления и лечения больных.

Основную группу составили больные хроническим алкоголизмом (38,7%), инсулинонезависимым сахарным диабетом (32,1%), наркоманией (9,1%). Отмечен значительный абсолютный прирост числа больных сахарным диабетом: при уменьшении числа больных инсулинозависимыми формами на 409 человек, число больных на учете с инсулинонезависимым диабетом выросло на 1274 человека, в целом прирост составил 865 больных сахарным диабетом. На 860 человек (в 4 раза) выросло число больных - наркоманов, на 519 – больных хроническим алкоголизмом.

Особенность социально значимой патологии Карачаево-Черкесской республики состоит в увеличении числа больных с впервые в жизни установленным диагнозом алкогольным психозом (в 2,6 раза), наркоманией (в 3 раза); трихомониазом (в 1,8 раза), ВИЧ - инфекцией (до 24 человек в 2006г, из которых 19 - жители республики), инсулинонезависимым диабетом взрослых (в 2,2 раза).

В четвертой главе «Особенности социально экономического положения Карачаево-Черкесской республики как основы формирования республиканского здравоохранения» по материалам государственной статистической отчетности установлено, что более половины (55,9%) из 431 тыс. чел проживает в сельской местности республики. С 1990г при убыли городских жителей на 7,3% сельское население выросло на 12,6%.

Таблица 3

Основные показатели состояния рынка труда в Карачаево-Черкесской республике, Южном федеральном округе и в Российской Федерации в 2006г

Показатели	Российская Федерация	Южный федеральный округ	Карачаево-Черкесская республика
Экономически активное население, %	66,1	62,8	60,9
Уровень занятости, %	61,4	54,2	54,3
Занятых в экономике чел в среднем за год на 1 пенсионера	1,75	1,57	1,43
Безработных, %	7,2	13,7	19,4
Время поиска работы, месяцев в среднем	8,9	10,3	12,3
Ищут работу 12 месяцев и более, %	41,7	52,5	70,0
Образование безработных			
высшее профессиональное, %	11,0	12,1	17,7
неполное высшее, %	2,7	2,6	4,3
полное общее среднее, %	33,6	42,3	40,0

Из таблицы 3 видно, что на одного пенсионера в республике приходится 1,43 человека, занятого в экономике (в России – 1,75). Уровень безработицы (19,4%) в 2,7 раза выше, чем по стране (7,2%). Поиск работы составляет в среднем 12,3 месяцев, а 70,0% безработных не могут трудоустроиться более года.

В органах государственной службы занятости на одну вакансию зарегистрировано 12,5 человека (по Южному федеральному округу -5,8, а по Российской Федерации - два человека). Среди безработных значительна доля выпускников средних школ (40,0%), а также лиц с высшим образованием как законченным, так и неполным (22,0%).

Профиль хозяйственной деятельности трудоспособных жителей определяют работники сельского хозяйства, обрабатывающей промышленности и торговли. Валовой внутренний продукт, производимый в республике, в расчете на 1 человека составлял на начало 2006г. 41 тыс. руб. против 125 тыс. руб. по Российской Федерации и 57 тыс. руб. по Южному федеральному округу. Отсюда следуют низкие денежные доходы населения,

уровень которых не превышает 54,4% среднероссийского уровня и 81,3% - окружного. Поэтому соотношение числа лиц с доходами более 6000 руб. в месяц на человека к числу лиц с доходами менее 2500 руб. в республике составляет 1,9:1, тогда как по России – 8,2:1. Это сказывается на питании жителей, основу которого составляют молоко и молочные продукты (316 кг в год на 1 чел.), картофель (152 кг) и хлебобулочные изделия (131 кг); потребление остальных продуктов от 5 до 18% ниже федеративного уровня.

Особенностью обычаев и традиций в республике является ответственное отношение к семье как к общественному институту. Хотя браки в Карачаево-Черкесской республике регистрируются реже, чем по Федерации и округу, соотношение числа заключенных и расторгнутых браков по России 1,8:1; по округу – 2,2:1, в республике – 2,8:1. В сельской местности вне брака рождается лишь 18,5% детей (по Российской Федерации – 34,0%). Женщины используют аборт как механизм регулирования семьи существенно реже, чем в среднем по стране.

Основной проблемой семей остается обеспечение жильем, как по объемам строительства, так и благоустройству жилищного фонда и оснащению бытовыми предметами длительного пользования (холодильники, стиральные машины и т.д.). При сокращении числа автобусов общего пользования в транспорте растет доля негосударственного сектора, в частности, легковых автомобилей, чему способствует развитая современная дорожная сеть с твердым покрытием. Кустарные промыслы и транспортные услуги – важный источник доходов домохозяйств в республике. Необлагаемые налогами источники составляют 33,4% доходов граждан.

Наконец, нравственный климат общества, хотя и ухудшается, поскольку число преступлений с 1995г выросло на 41,4%, все же остается более благоприятным, чем в других субъектах Российской Федерации.

Таким образом, анализ современного социального портрета населения Карачаево-Черкесской республики позволяет выделить в качестве экономического аспекта здоровья населения напряженность на рынке труда в частности, распространение безработицы и низкие доходы работающих.

В республике дислоцировано 45 лечебно – профилактических учреждений, в т.ч. 22 больницы, где развернуто 4408 коек, 89 фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов, 12 женских консультаций.

Таблица 4

Ресурсное обеспечение здравоохранения Российской Федерации, Южного федерального округа, Карачаево-Черкесской республики в 1990 и 2006гг, на 10тыс нас

Годы	Российская Федерация	Южный федеральный округ	Карачаево-Черкесская Республика
Больничных коек			
1990г	137,4	130,1	110,6
2006г	109,2	95,5	102,8
Динамика, процент	-20,5	-26,6	-7,1
Мощность амбулаторно-поликлинических учреждений, посещений в смену			
1990г	217,3	193,0	164,8
2006г	256,4	206,7	197,3
Динамика, процент	+18,0	+7,1	+19,7
Врачей			
1990г	45,0	42,1	33,0
2006г	49,4	43,0	36,4
Динамика, процент	+9,8	+2,4	+10,3
Медицинских работников среднего звена			
1990г	124,4	117,8	103,6
2006г	108,6	93,0	121,3
Динамика, процент	-12,7	-21,1	+17,3

Из таблицы 4 видно, что ресурсное обеспечение здравоохранения Карачаево-Черкесской республики в 1990г в расчете на 10 тыс. нас. существенно отставало от уровня Российской Федерации и Южного федерального округа: по числу больничных коек – соответственно на 19,5 и 15,0%; по мощности амбулаторно-поликлинических посещений в смену – на 24,2 и 14,6%; по числу врачей – на 26,7 и 21,6%; по числу медицинских работников среднего звена – на 16,7 и 12,1%.

С 1990г. республика, хотя и сокращала больничные койки, однако медленнее, чем большинство субъектов Федерации – к 2006г. всего на 7,1% против 20,5% в целом по России и 26,6% – по Южному федеральному округу. В результате число жителей, приходящихся на 1 койку в стационарах, увеличилось в республике на 7,6% (с 90,4 до 97,3), а отклонение от среднероссийского уровня в 2006г. составило 6,3%, тогда как в 1990г. было 24,2%.

Одновременно более интенсивно наращивалась мощность амбулаторно-поликлинических учреждений - на 19,7%; тем не менее, если по развертыванию больничных коек республика отстает от российского уровня на 5,9%, то по мощности поликлинических учреждений – на 23,0%.

Параллельно решалась узловая проблема кадрового укомплектования медицинских учреждений. Численность врачей в расчете на 10 тыс. населения увеличилась на 10,3% (по России прирост 9,8%), но особенно заметны отличия от показателей Южного федерального округа (+2,4%). В то время как численность среднего медицинского персонала как по России и округу сокращалась – (-12,7%) и (-21,1%), в Карачаево-Черкесской республике она увеличилась на 17,1%.

Жителей республики обслуживают 1562 врача и 5201 средних медицинских работников. Однако если жители Карачаево-Черкесской республики составляют 0,30% населения России, то коечный фонд – 0,28%, мощность амбулаторно-поликлинических учреждений – 0,23%, число врачей – 0,22%, но средних медицинских работников – 0,34%.

Сформировавшаяся система не позволяет обеспечить современную медицинскую помощь населению в полном объеме вследствие

1) диспропорций в размещении стационарных и амбулаторно-поликлинических учреждений здравоохранения на региональном, районном и муниципальном уровнях и в организации обслуживания взрослых и детей;

2) износа материально – технической базы и медико-технического оснащения её: износ оборудования достигает 65%; зданий и сооружений - 70%; автотранспорта - 57%. В то же время износ основных фондов по республике других отраслей хозяйства по республике не превышает 38,6%;

3) дефицита кадров врачей. На 10 тыс. жителей Карачаево-Черкесской республики приходится, несмотря на существенный прирост, 36,4 врача, что на 26,3% меньше, чем в среднем по Российской Федерации, вместе с тем, насчитывается 121,3 среднего медицинского персонала, что на 11,7% выше среднероссийского уровня.

Анализ социально-экономических показателей позволил определить социальный портрет населения Карачаево-Черкесской республики, который

является основой для программных мероприятий по совершенствованию системы здравоохранения.

В главе пятой сформулированы «Основные направления развития здравоохранения Карачаево-Черкесской республики и оптимизации медицинской помощи больным социально значимыми заболеваниями».

Основные направления развития здравоохранения Карачаево-Черкесской республики определены на основании анализа здоровья населения и оценки социально-экономических особенностей республики с использованием системного подхода в условиях ограниченных ресурсов и развития здравоохранения в период перехода в статус самостоятельного субъекта Российской Федерации. Это позволило выявить факторы, определяющие приоритетные проблемы развития здравоохранения республики медицинского и медико-социального характера:

- особенности региональной патологии, на которую оказывают влияние такие факторы как национальные особенности республики, изменение стиля жизни молодежи, социально-экономические и др. факторы;
- состояние здоровья женщин и детей, которое характеризуется более худшими показателями, чем в России. Это объясняется дефектами обслуживания будущих матерей, недостаточной работой по планированию семьи, традиционным стилем жизни женщины в семье и др.;
- социально значимые заболевания, которые оказывают влияние на здоровье всего населения республики и его экономическое благополучие;
- состояние здоровья трудоспособного населения и социальный статус данной когорты;
- материально-техническая база здравоохранения республики, не позволяющая оказывать медицинскую помощь в полном объеме и на современном уровне (износ медицинского оборудования – 65%; зданий и сооружений – 70%;

автотранспорта – 57%; низкая укомплектованность врачами специалистами).

Эти приоритеты определены на фоне неудовлетворительного рынка труда, высокого уровня безработицы, неблагоустроенности быта, недостаточного питания и обеспечения жителей жильем и т.д.

За 15-летний период в республике отмечается ряд положительных тенденций: сохранение института семьи (соотношение заключенных и расторгнутых браков 2,8:1), организация целенаправленной борьбы с социально значимыми заболеваниями, подготовка и переекзаменация медицинских кадров, наращивание мощности сети учреждений здравоохранения, сохранение благоустроенных дорог и внутриреспубликанской телефонной сети, что обеспечивает доступность обращения за медицинской помощью.

Таблица 5

Родившиеся, умершие и естественный прирост населения в 2006г, на 1000чел.

Территория	Родившиеся		Умершие		Естественный прирост	
	1990г	2006г	1990г	2006г	1990г	2006г
Российская Федерация	13,4	10,4	11,2	15,2	+2,2	-4,8
Южный федеральный округ	15,7	11,7	11,2	12,8	+4,5	-1,1
Карачаево-Черкесская республика	17,1	11,7	8,3	11,4	8,8	+0,3

Таблица 6

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в 2006г, число лет.

Территория	Всего	Мужчины	Женщины
Все население			
Российская Федерация	66,60	60,37	73,23
Южный федеральный округ	68,84	63,22	74,60
Карачаево-Черкесская республика	70,19	64,39	76,02

Как демонстрируют таблицы 5 и 6, ожидаемая продолжительность жизни населения Карачаево-Черкесской республики больше, чем в среднем по Российской Федерации и по Южному федеральному округу - соответственно на 6,0% и на 1,7%. При этом в городах разница составляет соответственно 4,3% и 0,7%, в сельской местности - 9,6% и 2,7%.

Доказана эффективность внедрения программно-целевого подхода к проблемам планирования развития и модернизации здравоохранения; стандартизации оснащения и технологических решений в деятельности

лечебно – профилактических учреждений; реорганизации функциональных связей региональных и муниципальных учреждений; подготовки и систематического повышения квалификации медицинских кадров; расширения диагностических, терапевтических и реабилитационных возможностей первичного звена медицинской помощи на основе укрепления материально-технической базы и медико-технического оснащения лечебно – профилактических учреждений; мер по совершенствованию учета и отчетности. Этот положительно зарекомендовавший себя подход сохранит значение на ближайшую и среднесрочную перспективу, при этом необходимо обоснование приоритетных проблем развития здравоохранения.

Для качества здоровья населения трудоспособного возраста актуально распространение социально значимой патологии, которое ускоряется вследствие быстрого и массового изменения социальных ориентаций.

В Заключении обобщены результаты исследования.

ВЫВОДЫ

1. Состояние здоровья жителей и системы здравоохранения Карачаево-Черкесской республики определяется комплексом противоречивых экономических и социальных факторов.

С одной стороны, 55,9% населения проживает в сельской местности в худших бытовых условиях, при более тяжелом физическом труде и низких денежных доходах. Высок уровень безработицы - 19,4%. На одну заявленную вакансию в органах государственной службы занятости приходится 12,5 незанятых граждан. Трудоустройство 70% безработных продолжается более года. Денежные доходы работающих не превышают 54,4% среднероссийского уровня и 81,3% - Южного федерального округа.

С другой стороны, устойчив общественный институт семьи: соотношение заключенных и расторгнутых браков 2,8:1. В сельской местности вне брака рождается лишь 18,5% детей. Благоприятен нравственный климат общественных отношений. Хотя число преступлений на 100 тыс. жителей выросло с 1995г на 41,4% , однако уровень преступности в 2,1 раза ниже, чем по Российской Федерации.

2. В ходе реструктуризации системы здравоохранения медицинские учреждения укрупнялись за счет преобразования части учреждений как юридических лиц в структурные подразделения; из 45 самостоятельных в 2005г. больниц осталось 22, а из 26 женских консультаций -12; ускоренное наращивание мощности амбулаторно-поликлинических учреждений с 1990г. на 19,7%; увеличение численности врачей на 10,3%, а средних медицинских работников - на 17,1%. Однако сохраняется отставание на 23% от среднероссийского уровня мощности амбулаторно-поликлинических учреждений. Материально-техническая база и медико-техническое оснащение медицинских учреждений изношены: оборудование на 65%, здания и сооружения - на 70%, автотранспорта – на 57%.

3. Показатель первичной заболеваемости с 1995г. по 2006г. увеличился на 13,7%, но остается на 34,7% ниже среднероссийского уровня. Реже выявляются болезни крови и кроветворных органов (на 53,7%), пищеварения (на 49,6%), костно-мышечной системы (на 56,5%). Несущественны отличия в частоте врожденных аномалий (-5,6%). Существенно чаще выявляются болезни глаза и его придаточного аппарата (на 20,7%).

Средний возраст умерших жителей республики выше, чем по Российской Федерации и Южному федеральному округу (61,1г мужчин и 75,4% женщин) вследствие более позднего наступления смерти при болезнях кровообращения и дыхания (69,9г и 68,8г - у мужчин и 78,5г и 79,6г – у женщин).

4. Социальная компонента в панораме заболеваний возрастает. Число больных социально значимыми заболеваниями увеличилось с 1993г. на 9,1% и составило почти 3% населения республики. С 1993г. вследствие улучшения качества выявления выросло число больных наркоманией (в 4 раза), особенно среди сельских жителей (в 5 раз); было выявлено 67 ВИЧ-инфицированных (ранее не выявлялся); в 3,1 раза стало больше больных трихомониазом; в 2,4 раза чаще регистрируются случаи алкогольного психоза. В основном группу больных социально значимыми заболеваниями формируют больные хроническим алкоголизмом (38,7%), инсулинонезависимым сахарным диабетом (32,1%), наркоманией (9,1%).

5. Научно обоснована Концепция модернизации здравоохранения Карачаево-Черкесской республики, включающая:

- программно – целевой подход к планированию деятельности лечебно-профилактических учреждений;
- реорганизацию функциональных связей медицинских учреждений республиканского и муниципального подчинения;
- широкое внедрение стандартов оснащения и технологических решений диагностических, терапевтических и реабилитационных проблем;
- повышение достоверности учета и отчетности медицинских учреждений;
- укрепление и обновление материально-технической и медико-технической базы здравоохранения и систематическое повышение квалификации медицинских кадров;
- подъем медицинской активности населения за счет повышения его медико-санитарной грамотности.

6. Принципы оптимизации медицинской помощи больным социально значимыми заболеваниями являются стандартными и включают:

-ресурсное обеспечение: подготовленные кадры, баланс стационарной, амбулаторной и реабилитационной баз по профилю заболеваний;

-организацию своевременного выявления патологии посредством современного медико-технического оборудования для быстрого обследования больших групп населения; кадры, подготовленные к работе с этой аппаратурой; сформированные группы риска;

- этапность лечебно – реабилитационного процесса;

- мониторинг диспансерного наблюдения за больными социально значимой патологией.

ПРЕДЛОЖЕНИЯ ДЛЯ ВНЕДРЕНИЯ В ПРАКТИКУ

Для улучшения качества медицинской помощи жителям субъектов Российской Федерации с малочисленным, многонациональным, компактно проживающим населением органам управления региональным здравоохранением предлагается использовать следующий механизм:

- разработать и реализовать целевые региональные и муниципальные программы развития здравоохранения, дифференцируя их с учетом данных экономического, социального и медицинского мониторинга;

- разработать программу сплошной диспансеризации населения и приступить к ее реализации;

- порайонно сформировать группы повышенного риска заболевания социально значимой патологией согласно перечня Правительства Российской Федерации (2004) и обеспечить ежегодный мониторинг здоровья пациентов, допуская расширение перечня краевой патологией;

- ресурсно обеспечить оздоровление населения за счет современного медико-технического оснащения медицинских учреждений оборудованием многоцелевого назначения, внедрения стандартов выявления и протоколов ведения больных, повышения квалификации и ответственности медицинских работников, оптимизации лечения и реабилитации больных.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Темирджанова С.Ю. Организация противотуберкулезной помощи ВИЧ-инфицированным /Михайлова Ю.В., Сон И.М., Короткова А.В., Скачкова Е. И., Гажева А. В., Новожилов А.В., Корнилова З.Х., Саенко Г.И., Нечаева О.Б., Голубев Д.Н., Эйсмонт Н.В., Темирджанова С.Ю., Ключикова Е.А. // Методические рекомендации.- М., РИО ЦНИИОИЗ, 2006г.-28с.

2. Темирджанова С.Ю. Динамика и анализ стационарзамещающих форм организации медицинской помощи /Шляфер С.И., Горохова Т.А., Темирджанова С.Ю. // Сб. научн.тр. «ЦНИИОИЗ Росздрава». - М., ЦНИИОИЗ. - 2007.-С.224-229.

3. Темирджанова С.Ю. Нормирование труда врача-дерматолога с учетом новых медицинских технологий – как фактор повышения качества оказания медицинской помощи населению /Иванова М.А., Бендриковская И.А., Никифорова Н.З, Темирджанова С.Ю. // Новые технологии в современном здравоохранении: Сб. научн.тр. Т 2. М.: РИО ЦНИИОИЗ.- 2007.- С.224-229.

4. Темирджанова С.Ю. Организационно-правовые, методические аспекты реформирования государственных и муниципальных учреждений здравоохранения бюджетной сферы /Сасина М.С., Михайлова Ю.В., Темирджанова С.Ю.//Методическое пособие. - М., 2006. - 33с.

5. Темирджанова С.Ю. О путях оптимизации медицинской помощи населению на региональном уровне //Уральский медицинский журнал. - №9, - 2008 – С.147-148.