

## **Типология российских регионов при оценке последствий смертности и заболеваемости (на примере черепно-мозговой травмы)**

**Потапова Наталия Александровна (экономический факультет МГУ им. М.В.Ломоносова, Москва, Россия) [potapovana@yandex.ru](mailto:potapovana@yandex.ru)**

Черепно-мозговая травма является одной из основных причин смерти и инвалидизации населения в большинстве стран мира. В этой связи в настоящее время чрезвычайно актуальна задача формирования научно-обоснованной системы оценки социально-экономических последствий указанных травм и предлагаемых профилактических и лечебных мероприятий.

Одной из преград, возникающих на пути реализации указанных задач, является отсутствие полноценной и детализированной медико-социальной статистики в отношении распространенности ЧМТ и последствий ее получения. В настоящее время в рамках Национального проекта «ЗДОРОВЬЕ» и Национальной программы по нейротравме ведется разработка Карты получившего черепно-мозговую травму. Однако при составлении Карты отслеживание каждого зарегистрированного случая получения травмы заканчивается на этапе выписки травмированного из лечебного учреждения. Его дальнейшая судьба (период временной нетрудоспособности, полученная в результате травмы степень инвалидности, количество лет, прожитых после получения ЧМТ и т.д.) остается за рамками исследования. При этом очевидно, что отсутствие указанной информации ставит под сомнение возможность адекватной оценки социально-экономических последствий ЧМТ и мероприятий, направленных на сокращение ее частоты и тяжести.

Необходимо отметить, что если сбор информации согласно Карте получившего ЧМТ возможно осуществлять непосредственно в лечебном учреждении, в которое поступил травмированный, то информация о его дальнейшей судьбе «распылена» среди ряда учреждений медико-социального характера, и ее сбор крайне затруднен и дорогостоящ.

С целью минимизации материальных и временных затрат на получение указанных статистических данных предлагается проведение зондажных исследований в некоторых репрезентативных группах населения. Первым и важнейшим этапом определения таких репрезентативных групп является выявление относительно однородных кластеров среди регионов Российской Федерации.

В настоящее время группирование регионов РФ с применением методов кластерного анализа широко распространено. Проводилась типология регионов по уровню экономического (Алешковский И.А), эконом-демографического развития (Саградов А.А.), по степени развитости механизмов управления и финансирования здравоохранения (Шишкин С.В.) и т.д. На основании полученных результатов делались выводы о необходимости в дифференцировании социально-экономической политики в различных сферах с учетом специфики конкретного региона. Однако при проведении региональных зондажных исследований в сфере сбора медико-социальной статистики доминирует подход – «по одному региону-представителю от каждого федерального округа». Такой подход представляется крайне не обоснованным. Получаемые при его применении статистические данные не позволяют реализовывать адекватные оценки социально-экономических потерь от ЧМТ и мероприятий, направленных на сокращение частоты и тяжести ее последствий. Предлагаемый далее подход к проведению группировки регионов призван устранить данную проблему.

В соответствии с поставленными задачами однородность внутри группы регионов должна проявляться по целому ряду показателей. Прежде всего, это показатели, характеризующие социальный климат в регионе. Среди наиболее существенных социально-гигиенических факторов риска ЧМТ постоянно выделяется пол пострадавших, фактор алкогольного опьянения, уровень криминализации общества, степень безопасности дорожного движения, а также имеющие наибольшую значимость для эпидемиологии детского травматизма факторы семейного климата, жилищных условий, материальной обеспеченности родителей, уровня их образования и т.д. (Каримов Р.Ш.), (Горбунов М.В.). Для выявления наиболее существенных для группирования регионов факторов предполагается провести корреляционный анализ между показателями, описывающими социальный климат в регионе, и показателями смертности от ЧМТ.

Уровень медицинского обслуживания региона оказывает существенное влияние на качество и, соответственно, исход лечения ЧМТ. Что, в свою очередь, является одним из факторов, определяющих последствия получения ЧМТ (летальность, частота и тяжесть инвалидизации и т.д.). Среди характеристик уровня оказания медицинских услуг в регионе предлагается использовать ряд показателей, описывающих имеющиеся ресурсы отрасли (количество коек, количество врачей), перспективы развития отрасли (инвестиции в основной капитал отрасли «Здравоохранение»), а также уровень финансирования здравоохранения в регионе.

И, наконец, последняя группа показателей, имеющих существенное значение для группирования регионов с целью наиболее обоснованного сбора статистики в отношении последствий ЧМТ, - демографические и экономические показатели. Данные показатели определяют текущие и будущие социально-экономические последствия ЧМТ для региона. Так, первые - описывают общую демографическую ситуацию в регионе (общий уровень смертности, процесс воспроизводства населения региона за счет рождаемости, восполнение рабочей силы в регионе за счет миграции и т.д.). Они демонстрируют тяжесть социально-экономических последствий ЧМТ за счет временного и постоянного выбытия травмированных из состава трудоспособного населения и изменения общей демографической нагрузки в регионе.

Экономические показатели задают стоимостную оценку прямых и косвенных (потери выпуска в связи с временной нетрудоспособностью, инвалидностью, смертностью травмированных) потерь от ЧМТ. Кроме того, они определяют перспективы самостоятельной реализации регионом программ профилактики и социальной адаптации травмированных, улучшения медицинского обслуживания и т.д. В качестве экономических характеристик в процессе группирования регионов предлагается использовать ВРП реальный на душу населения; объем инвестиций в основной капитал на душу населения; степень износа основных фондов и другие показатели.

В результате проведения статистических расчетов на основе вышеперечисленных показателей методами кластерного анализа предполагается выявить ряд групп относительно однородных регионов Российской Федерации с точки зрения распространенности ЧМТ, ее демографических и социально-экономических последствий. Это позволит обоснованно проводить соответствующие зондажные исследования. Получение указанной информации по репрезентативным группам в ходе зондажных статистических исследований позволит относительно обоснованно экстраполировать полученные результаты на все население регионов данной группы. Это, в свою очередь, существенно расширит возможность адекватной оценки социально-экономических потерь от ЧМТ и мероприятий, направленных на сокращение частоты и тяжести ее последствий.

#### **Библиография:**

1. Алешковский И.А. Типология регионов России по уровню экономического развития // Население и экономико-демографическое развитие России / Под ред. А.А. Саградова. М.: МАКС Пресс, 2004
2. Горбунов М.В. Медико-социальные аспекты черепно-мозговой травмы у детей и пути ее профилактики (по материалам Ульяновской области): Дисс. канд. мед. наук/ Горбунов М.В. – Москва, 2006.
3. Каримов Р.Ш. Черепно-мозговая травма в г. Казани (клиническая эпидемиология и организация медицинской помощи): Дисс. канд. мед. наук/ Каримов Р.Ш.. – Казань, 2006.
4. Саградов А.А. Региональные особенности экономико-демографического развития России // Экономико-демографическое развитие регионов России: проблемы и перспективы: сборник статей / Под ред. А.А. Саградова. М.: МАКС Пресс, 2005
5. Шишкин С.В. Здравоохранение в регионах РФ: механизмы финансирования и управления // Отв. ред. С.В. Шишкин, Авт. коллектив: Г.Е. Бесстремьянная, А.С. Заборовская, В.А. Чернец, С.В. Шишкин – М.: Поматур, 2006