

2.Shevaldina E.I. (Russia, Ufa) – candidate of sociological science, associate professor of the Institute «Economics and Management» Ufa State Petroleum Technological University. e-mail: [Shevaldinalena@mail.ru](mailto:Shevaldinalena@mail.ru).

УДК 314

И.Б. Утяшева, Н.К. Шамсутдинова

## ХАРАКТЕРИСТИКА УРОВНЯ СМЕРТНОСТИ В МУНИЦИПАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН

*Авторы на основе разработанной методики провели сравнительный анализ уровня смертности в муниципальных образованиях Республики Башкортостан в настоящее время. Ожидаемая продолжительность жизни в абсолютном большинстве из них повышается, однако дифференциация не уменьшается.*

**Ключевые слова:** ожидаемая продолжительность жизни, возрастные коэффициенты смертности, смертность в трудоспособном возрасте, смертность от основных причин смерти, муниципальные образования, Республика Башкортостан.

При статистическом изучении смертности «малых территорий» возникают значительные трудности [1, с. 148-174]. Мы рассмотрим, какие именно особенности затрудняют сравнительный анализ смертности в муниципальных образованиях и предложим способы, с помощью которых можно дать характеристику ситуации. Хотя муниципальные образования Башкортостана нельзя назвать, строго говоря, «малыми территориями», некоторые из них довольно малочисленны, что влияет на частоту демографических событий, а их редкость способствует росту погрешности в расчетах и оценках. Кроме этого, затрудняет сравнительный анализ слишком большая разница в численности и возрастно-половом составе территорий.

Для Республики Башкортостан (РБ) характерна разветвленная муниципальная структура. Всего в республике 54 муниципальных района, по числу которых она уступает лишь Алтайскому краю, где их 59. В республике 9 городских округов, включая 1 закрытый городской округ, и всего 14 городских поселений.

В муниципальных районах РБ проживает около 52% населения республики (2111,3 тыс. человек на 1 января 2015 г.). В состав 13 районов входят городские поселения, остальные – 41 муниципальный район – являются чисто сельскими. Самой большой является группа муниципальных районов с численностью населения от 20 до 30 тысяч человек (20 районов). Группировка 54 МР по численности населения такова:

с числом жителей:	от 15000 до 19999 чел.	– 10 МР;
	от 2000 до 29999 чел.	– 20 МР;
.....	от 30000 до 49999 чел.	– 11 МР;
	от 50000 до 99999 чел.	– 11 МР;
	от 10000 до 14999 чел.	– 2 МР.

Самым многочисленным является Туймазинский район (132,1 тыс. человек), а самым малочисленным – Зилаирский район (15,2 тыс. человек). В настоящее время в РБ 10 муниципальных районов с численностью населения менее 20 тысяч человек: Зилаирский, Ермекеевский, Бурзянский, Федоровский, Архангельский, Кигинский, Стерлибашевский, Белокатайский, Аскинский, Балтачевский. К данной границе постепенно приближаются еще два района – Нуримановский и Шаранский. В число

наиболее крупных 10 районов входят в основном муниципальные районы, в составе которых есть городские поселения: Туймазинский, Белорецкий, Белебеевский, Ишимбайский, Мелеузовский, Уфимский, Учалинский, Бирский, Дюртюлинский, Баймакский.

Возрастная структура муниципальных образований сильно различается, что, разумеется, отражается и на параметрах смертности. Наиболее «старой» структурой населения в настоящее время отличается Бураевский (32% населения старше трудоспособного возраста), в самом «молодом» Бурзянском районе их доля более чем в 2 раза меньше и составляет всего 14,9% [3, с. 63-73].

Из-за этих причин общий коэффициент смертности сильно искажает реальную ситуацию. Общая характеристика смертности включает не только рассмотрение структуры смертности по причинам, но расчет и анализ возрастных коэффициентов смертности, показателя ожидаемой продолжительности жизни, которые в целом позволяют обойти проблему различия численности и возрастной структуры. Однако дело в том, что из-за малочисленности населения смертность даже в пятилетней возрастной группе, во-первых, может быть относительно редким явлением, во-вторых, самые незначительные колебания могут привести к «скачкообразным» изменениям показателя. На наш взгляд, сравнительный анализ целесообразно проводить по показателям, рассчитанным за ряд смежных лет (например, за три года).

Так, для исключения погрешности ожидаемая продолжительность жизни при рождении для муниципальных районов была рассчитана в среднем за 2005-2007 и 2012-2014 гг. Полученные расчеты показали, что по сравнению с 2005-2007 гг. в 2012-2014 гг. в абсолютном большинстве муниципальных образований ОПЖ повысилась, и только в одном городском округе и 7 муниципальных районах стала ниже.

*Таблица*

Максимальные и минимальные значения ОПЖ при рождении в городских округах и муниципальных районах (ГО и МР) Республики Башкортостан, 2012-2014 гг., лет

Годы	РБ	Наибольшее значение	Наименьшее значение
2005-2007	67,85	МР Туймазинский –70,65	МР Белорецкий – 62,1
2012-2014	69,47	ГО Октябрьский, МР Дюртюлинский –71,9	МР Архангельский – 64,5

Расчеты на основе данных Башкортостанстата.

За этот период разрыв между лидером и аутсайдером уменьшился с 8,55 до 7,4 года, уменьшилась и разница с республиканским уровнем (таблица). Однако в 2005-2007 гг. в 38 муниципальных районах ОПЖ была ниже средней по республике, а в 2012-2014 гг. – уже в 43 из 54.

Показатель ожидаемой продолжительности жизни в муниципальных образованиях наиболее чувствителен к значению смертности в трудоспособном возрасте: обычно чем она ниже, чем выше ожидаемая продолжительность жизни. Причем в большинстве муниципальных районов ситуация хуже, чем в среднем по республике.

Анализ возрастных коэффициентов смертности показал, что в городских округах ситуация выглядит несколько лучше по сравнению с муниципальными районами: самым высоким значениям для городских округов соответствуют средние для муниципальных районов.

Анализ смертности по причинам за ряд последних лет показал, что у лидеров по ожидаемой продолжительности жизни самая низкая в республике смертность от заболеваний в целом и внешних причин.

В целом более благоприятная ситуация характерна для городских округов и муниципальных районов, находящихся вблизи них или других развитых городских поселений республики (города Туймазы, Дюртюли, Белебей). Несколько особняком выглядит ситуация в городском округе Агидель, в котором за рассматриваемый период

ожидаемая продолжительности жизни снизилась. После остановки работ по строительству Башкирской атомной электростанции в 1990 г. в городе-спутнике до сих пор стоит остро проблема безработицы. Однако в список моногородов с наиболее сложной ситуацией, которые получают федеральную поддержку, Агидель не вошел [2]. Снижение ожидаемой продолжительности жизни произошло в 6 сельских муниципальных районах. В целом более негативная ситуация характерна для неурбанизированных районов. Исключением выглядят горнопромышленные районы (Белорецкий, Баймакский, Учалинский). Можно говорить о том, что непрекращающиеся системные проблемы сельского хозяйства, продолжение концентрации ресурсов в городах привели к кризису самого сельского образа жизни и отражаются в демографических показателях, дифференциация по которым в республике не снижается.

© Утяшева И.Б., Шамсутдинова Н.К. Текст. 2016

#### **Список источников**

1. Денисенко М.Б. Вопросы изучения смертности населения малых территорий // Смертность населения. Тенденции, методы изучения, прогнозы / под ред. М.Б. Денисенко, Г.Ш. Бахметовой. Серия «Демографические исследования». – Вып. 13. – М.: Макс Пресс, 2007. – С. 148-174.
2. Об утверждении перечня монопрофильных муниципальных образований Российской Федерации (моногородов): Распоряжение Правительства РФ от 29 июля 2014 г. № 1398-р.
3. Республика Башкортостан. Демографический доклад. Вып. 2 / отв. ред. Р.М. Валиахметов, Г.Ф. Хилажева, Н.К. Шамсутдинова. – Уфа: Восточная печать, 2016. – С. 63-73.

#### **Информация об авторах**

1. Утяшева Ирина Борисовна (Россия, Уфа) – начальник отдела статистики населения и здравоохранения Территориального органа Федеральной службы статистики по Республике Башкортостан (Россия, Республика Башкортостан, г.Уфа, ул. Цюрупы, 17); старший научный сотрудник Центра изучения человеческого потенциала ГАНУ «Институт стратегических исследований РБ» (Россия, Республика Башкортостан, г.Уфа, ул. 50 лет Октября, 20/1. e-mail: [utasheva@bashstat.ru](mailto:utasheva@bashstat.ru)).
2. Шамсутдинова Наиля Кадымовна (Россия, Уфа) – кандидат исторических наук, старший научный сотрудник Центра изучения человеческого потенциала ГАНУ «Институт стратегических исследований РБ» (Россия, Республика Башкортостан, г.Уфа, ул. 50 лет Октября, 20/1. e-mail: [shamsutdinovank@gmail.com](mailto:shamsutdinovank@gmail.com)).

**Utyasheva I.B., Shamsutdinova N.K.**

#### **THE CHARACTERISTIC OF THE LEVEL OF MORTALITY IN THE MUNICIPALITIES OF THE REPUBLIC OF BASHKORTOSTAN**

*In the article is suggested the method of analysis of level of mortality rate in the municipalities of the Republic of Bashkortostan. Life expectancy increased in the vast majority of them, however, the differentiation of mortality rate does not decreased.*

**Keywords:** life expectancy, age-specific death rates, mortality of working age people, deaths by cause, municipality, the Republic of Bashkortostan.

#### **Information about the authors**

1. Utyasheva Irina Borisovna (Russia, Ufa) – the head of Department population and health statistics of the Territorial body of Russian Federal State Statistics Service in the Republic of Bashkortostan (Russia, Republic of Bashkortostan, Ufa, Tsyurupy st., 17); senior researcher,

the Centre for the study of human potential of the Institute of strategic studies of the Republic of Bashkortostan (Russia, Republic of Bashkortostan, Ufa, 50 let Oktyabrya st., 20/1. e-mail: utasheva@bashstat.ru).

2. Shamsutdinova Nailya Kadimovna (Russia, Ufa) – candidate of historical sciences, senior researcher, the Centre for the study of human potential of the Institute of strategic studies of the Republic of Bashkortostan (Russia, Republic of Bashkortostan, Ufa, 50 let Oktyabrya st., 20/1. e-mail: shamsutdinovank@gmail.com).

УДК 94.(47).084

М.А. Фельдман, А.А. Кузнецова

## ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ В РЕГИОНЕ: ДОЛГИЙ ПУТЬ ОТ ЗАМЫСЛА К РЕАЛЬНЫМ ДОСТИЖЕНИЯМ

*В статье анализируются позитивные достижения и нерешенные проблемы диспансеризации. Рассматриваются пути оптимизации диспансеризации.*

**Ключевые слова:** диспансеризация, Свердловская область, медицина, проблемы, результаты.

Основными стратегическими документами, определяющими направления диспансеризации, являются: Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения»; приказ Правительства Свердловской области от 21.12.2012 № 1344н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения», приказ Правительства Свердловской области № 589-п от 30 апреля 2015 г. «О порядке проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения на территории Свердловской области». На основании этих документов были разработан ряд подпрограмм, определяющих мероприятия в рамках диспансеризации, в том числе:

- ранние выявления хронических неинфекционных заболеваний (состояний), являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения Российской Федерации, основных факторов риска их развития;
- определение группы состояния здоровья, необходимых профилактических, лечебных, реабилитационных и оздоровительных мероприятий для граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и (или) факторами риска их развития, граждан с иными заболеваниями (состояниями), а также для здоровых граждан.

В программу диспансеризации должны входить: профилактический осмотр врачом-терапевтом, участковым цехового врачебного участка, врачом общей практики (семейным врачом), фельдшером фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта; врача-стоматолога и гинеколога; врачей других специальностей по показаниям и с учетом фактора возраста и пола; лабораторные и инструментальные обследования, имеющие доказательную базу своей медико-экономической эффективности (обязательные и дополнительные по показаниям); профилактическое консультирование по поводу факторов риска хронических неинфекционных заболеваний; составление индивидуального плана-графика получения пациентом профилактических услуг, диспансерных и дополнительных обследований; оформление паспорта здоровья [1].

Основными критериями эффективности диспансеризации взрослого населения являются:

- 1) охват диспансеризацией населения, подлежащего диспансеризации в текущем году (плановое значение – не менее 23% ежегодно);