

Особенности медицинского обеспечения сельского населения

М. Г. Москвичева, Л. Г. Розенфельд

Министерство здравоохранения Челябинской области;

ГОУ ВПО «Челябинская государственная медицинская академия Росздрава», г. Челябинск

Резюме

Ухудшение демографической ситуации, негативная динамика рождаемости и смертности, сохраняющаяся естественная убыль населения в сельских районах Челябинской области потребовали изучения организации первичной медицинской помощи на селе. Проведение соответствующего анализа в 24 сельских муниципальных районах Челябинской области выявило наличие особенностей организации медицинской помощи сельскому населению. Разработана стратегия развития сельского здравоохранения, учитывающая многоэтапность и многовариантность его построения, использование традиционно сложившихся форм и методов работы и создание новых организационных структур и направлений деятельности.

Ключевые слова: сельское население, демографическая ситуация, организация медицинской помощи на селе.

Введение

Ухудшающаяся демографическая ситуация является актуальной проблемой для всей России, в том числе и для Челябинской области. Наша область относится к регионам, характеризующимся низким уровнем рождаемости, высокими показателями смертности и отрицательным естественным приростом населения. Большинство исследователей демографической стагнации в регионах этой группы останавливается на анализе этой ситуации среди городского населения, особенно в крупных промышленных городах [1, 2, 3]. В то же время, проблемы здоровья сельского населения стоят более остро в связи со спецификой социально-экономических, производственных, коммуникационных и культурно-образовательных факторов, негативно отражающихся на здоровье сельских жителей [4].

Данное обстоятельство побудило нас провести сравнительное исследование демографических процессов среди городского и сельского населения Челябинской области.

Цель исследования: на основе комплексной оценки демографической ситуации в сельских районах Челябинской области, существующей системы организации медицинской помощи на селе научно обосновать новые орга-

низационные технологии оказания медицинской помощи сельскому населению.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось сплошным методом в период с 1995 по 2005 гг. Объектами исследования явились сельское население (в сравнении с городским) и система организации медицинской помощи в сельских районах Челябинской области. Для изучения демографической ситуации были применены социально-гигиенический (выкопировка данных из отчетной документации) и математико-статистический методы.

В рамках математико-статистического метода использовались расчёты средних величин, их ошибок репрезентативности, анализ динамического ряда. О достоверности различия показателей сравниваемых групп судили по критерию Стьюдента (t) в случае нормального распределения.

Анализ показателей деятельности учреждений в сельских районах проводили на основе данных отчетной документации.

Результаты и их обсуждение

Общая численность населения области на начало 2006 года составляла 3 531 272 человек, среднегодовая численность сельского населения — 655 548 человек, городского — 2 875 724 человек. Среди жителей сельской местности преобладают лица женского пола — 53,3% (347 328 человек). Лица мужского пола составляют 46,7% (308 220 человек). Среди городско-

М. Г. Москвичева — к. м. н., Министерство здравоохранения Челябинской области, первый заместитель Министра;

Л. Г. Розенфельд — д. м. н., профессор ГОУ ВПО «Челябинская государственная медицинская академия Росздрава».

го населения лица женского пола составляют 54,2% (1 559 983 чел.), мужского — 45,6% (1 315 741 чел.).

Возрастная характеристика городского и сельского населения также различается. В городах лица моложе трудоспособного возраста составляют 15,7% (451 175 чел.), трудоспособного возраста — 63,7% (1 831 490 чел.), старше трудоспособного — 20,6% (593 059 чел.).

Среди сельских жителей доля молодых людей (моложе трудоспособного возраста) выше, чем в городе — 19,5% (127 802 чел.), а доля лиц трудоспособного возраста ниже — 60,5% (396 927 чел.). Доля лиц старше трудоспособного возраста одинакова — 20,0% (130 819 чел.).

Анализ динамики демографических показателей свидетельствует об ухудшении демографической ситуации в сельских районах в течение последнего десятилетия (1996–2005 гг.). Показатель рождаемости за этот период увеличился на 13,4% (с 10,4 на 1000 населения до 11,8 на 1000 населения в 2005 году) со среднегодовым темпом прироста на 1,5%. За этот период показатель рождаемости среди городского населения увеличился на 21,7% со среднегодовым темпом прироста — 2,4%. Таким образом, несмотря на то, что в сельской местности показатель рождаемости выше городского в среднем за 10 лет на 18,7%, темпы прироста среди городского населения выше, что свидетельствует о более благоприятном прогнозе этого демографического показателя для городского населения.

Динамика показателя рождаемости по области отражает тенденции, характерные для населения города и сельской местности (увеличение на 19,5% со среднегодовым темпом прироста — 2,2%). Уровень рождаемости в целом по области соответствует таковому среди городского населения (рис. 1).

Показатель смертности населения сельской местности за наблюдаемый период вырос на 24,5% (с 14,3 до 17,8 умерших на 1000 населения) при среднегодовом приросте этого показателя на 2,7%. Среди городского населения показатель смертности вырос на 16,8%, при среднегодовом приросте 1,8%, а по всей области — на 18,1% со среднегодовым темпом прироста 2,0%. Средний показатель смертности в сельской местности превышает аналогичный показатель по городу и по области на 8,8%. Этот факт при более высоком темпе прироста делает прогноз смертности в сельской местности менее благоприятным, чем в городе (15,1 против 14,4 и 14,35) (рис. 2).

Соотношение уровня смертности и рождаемости определяет показатель естественного прироста. В Челябинской области, как для сель-

ского населения, так и для городского характерна естественная убыль населения (-6,0 и -5,9 на 1000 населения).

Неблагоприятным также является высокий уровень младенческой смертности в сельской местности, который превышает средний уровень аналогичного показателя среди городского населения на 27,5%, а всего населения области на 20,7%. В целом за десятилетний период в сельской местности показатель младенческой смертности снизился на 34,3%, в городской — на 41,4%, по всей области — на 39,7% (рис. 3).

Сравнение коэффициентов смертности за 2005 г. среди населения, проживающего в городской и сельской местности, выявляет более высокий уровень показателей среди сельского населения по всем половозрастным позициям. Наибольшие различия показателей смертности городского и сельского населения наблюдаются в возрастных группах 20–24 года (63,6%), 25–29 лет (28,2%), 30–34 года (21,3%), 40–44 года (18,9%), то есть в возрасте наибольшей трудовой, социальной и репродуктивной активности. Смертность людей старших возрастных групп в сельской местности превышает показатель смертности этой категории населения города на 14,3–15,7%.

Анализ возрастных коэффициентов смертности сельского населения демонстрирует более высокий уровень смертности мужчин во всех возрастных группах. При этом смертность мужчин трудоспособного возраста выше смертности женщин этой возрастной группы в 3,4 раза.

Половозрастные показатели смертности оказывают определяющее влияние на показатель средней продолжительности предстоящей жизни, который в сельской местности для поколения, родившегося в 2005 году, был ниже, чем у городского населения области на 2,52 года (4,0%), в том числе у женщин на 2,97 года (4,2%), у мужчин на 1,79 года (3,1%). (табл. 1)

Таким образом, демографическая ситуация в сельских районах по сравнению с городской местностью Челябинской области характеризуется:

- более высоким уровнем смертности во всех возрастных группах, в том числе младенческой смертности;
- превышением уровня преждевременной смертности мужчин трудоспособного возраста;
- отрицательными тенденциями уровня естественной убыли населения;
- сравнительно более низким уровнем ожидаемой предстоящей продолжительности жизни, как мужчин, так и женщин:

Все вышеизложенное позволяет оценить демографическую ситуацию в сельских районах области как сложную, требующую глубо-

Рисунок 1. Динамика рождаемости в Челябинской области (1995-2005 гг.)

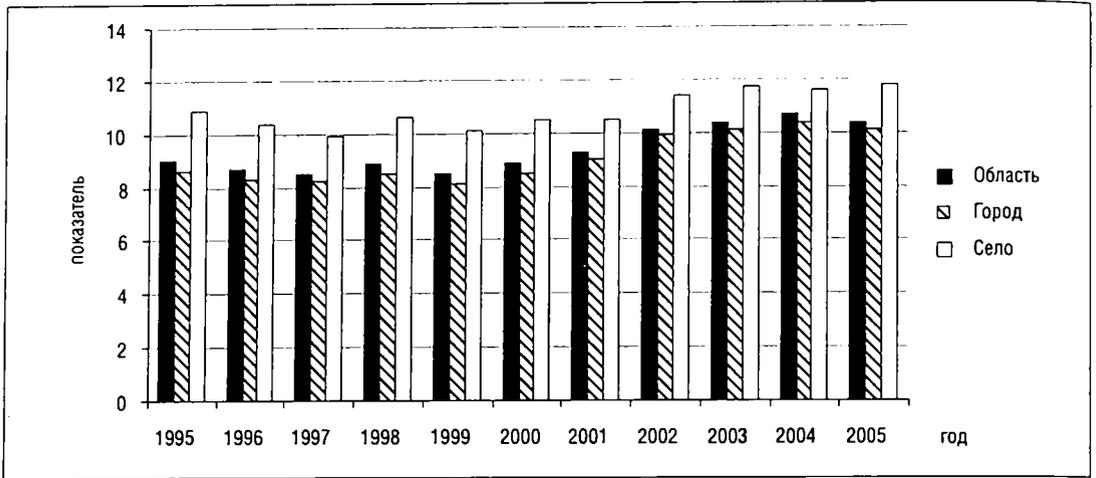


Рисунок 2. Динамика смертности населения в Челябинской области (1995- 2005 гг.)

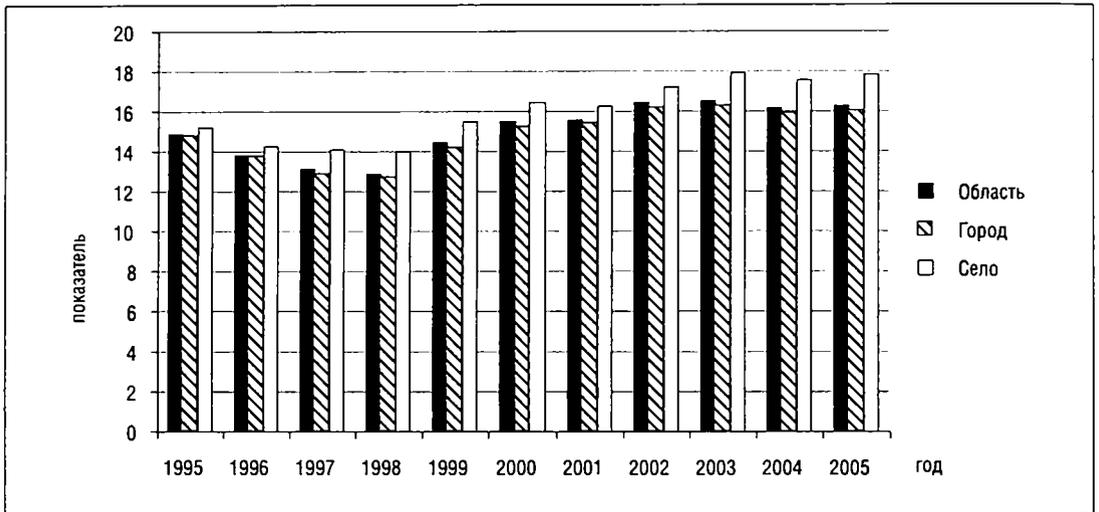
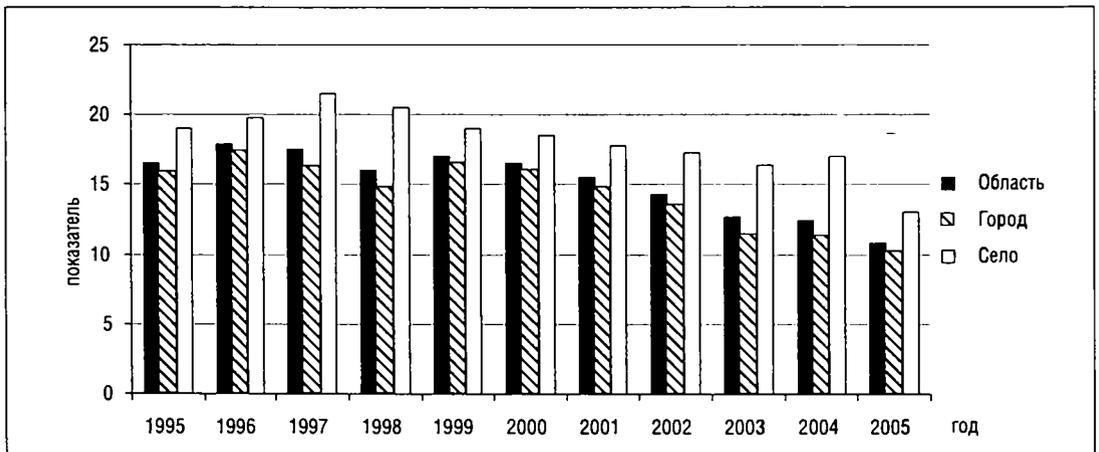


Рисунок 3. Динамика младенческой смертности в Челябинской области (1995 по 2005 гг.)



кого изучения и разработки мер по улучшению здоровья населения как краткосрочного, так и долгосрочного характера.

Ключевая роль в системе мер принадлежит оптимизации организации медицинской помощи сельскому населению, которая имеет ряд особенностей, обусловленных характером расселения, при котором малое количество обслуживаемого населения проживает на достаточно большой территории; возрастно-половым составом населения с преобладанием в структуре лиц нетрудоспособного возраста, социальной структурой населения с преобладанием среди сельских жителей неработающих и пенсионеров; отсутствием у населения сельских районов возможности полной реализации права выбора медицинского учреждения в связи с удаленностью крупных учреждений здравоохранения от места жительства; неудовлетворительным состоянием дорог и недостаточным транспортным обеспечением, сезонностью сельскохозяйственных работ и многими другими факторами. Основной особенностью организации медицинской помощи в сельской местности является ее этапность, где первым этапом является сельский врачебный участок, включающий участковую больницу или амбулатории с прикрепленными к ним фельдшерско-акушерскими и фельдшерскими пунктами.

На этом этапе сельские жители получают доврачебную и первую врачебную помощь. Вторым этапом является центральная районная больница (ЦРБ) для сельского района с центром в селе и центральное территориальное объединение во главе с центральной городской больницей (ЦГБ) для сельского района с центром в городе. На этом этапе сельские жители получают в полном объеме первичную медико-санитарную помощь и специализированную помощь. Третий этап медицинской помощи сельскому населению включает областные больницы, специализированные диспансеры и центры, где оказывается высококвалифицированная специализированная и высокотехнологическая медицинская помощь. От состояния организации медицинской помощи сельскому населению на перечисленных этапах зависит обеспечение каждого жителя доступной и качественной медицинской помощью. Учитывая, что большой объем медицинской помощи сельским жителям предоставляется на первых двух этапах, от их состояния зависит как профилактической и лечебной уровень оказания помощи, так и степень удовлетворенности сельского населения здравоохранением.

Учитывая вышеизложенное, с целью изучения состояния организации первичной медицинской помощи на селе нами проведен анализ:

- объемов медицинской помощи, оказываемой сельскому населению;
- состояние материально-технической базы сельских учреждений здравоохранения;
- обеспеченности и уровня квалификации медицинских работников первичного звена здравоохранения.

С целью оценки объемов медицинской помощи, оказываемой сельскому населению, проведен анализ показателей больничной, амбулаторно-поликлинической, стационарзамещающей и скорой медицинской помощи, оказываемой сельскими учреждениями здравоохранения в сравнении с городскими учреждениями здравоохранения. Полученные данные свидетельствуют о том, что объемы медицинской помощи, оказываемой в круглосуточных стационарах сельских учреждений здравоохранения, существенно больше, чем в городских. При этом обеспеченность круглосуточными койками сельского населения на 19,3% выше, чем городского, количество койко-дней круглосуточного стационара на 1 жителя в год на 10,2% на селе больше, чем в городе, а уровень госпитализации на 4,3% выше в сельской местности, что свидетельствует о достаточно высоком уровне востребованности больничной помощи на фоне недостаточно развитых стационарзамещающих форм оказания медицинской помощи в сельских учреждениях здравоохранения: обеспеченность койками дневных стационаров всех типов на селе 19,2% ниже, чем в городе, количество пациенто-дней в дневных стационарах на 1 жителя в год в сельских учреждениях здравоохра-

Таблица 1. Ожидаемая продолжительность жизни населения Челябинской области (2005 год)

Группа населения	Оба пола	Мужчины	Женщины
1. Население области	64,77	58,36	71,75
2. Городское население	65,23	58,67	72,28
3. Сельское население	62,71	56,88	69,31

Таблица 2. Сравнительная возрастная характеристика медицинских работников, работающих в городских и сельских учреждениях здравоохранения

Категории медицинских работников	Возраст		
	до 35 лет	старше 46 лет	из них старше 55 лет
1. В целом по области	26,3%	40,6%	36,5%
2. Работающие в городе	27,7%	37,7%	39,3%
3. Работающие в сельской местности	21,1%	51,7%	28,6%

нения на 35,5% ниже, чем в городских, уровень госпитализации в дневные стационары на 24,3% ниже в сельской местности. Значительно меньшие объемы оказания стационарзамещающей помощи в сельских учреждениях здравоохранения объясняются прежде всего особенностями организации медицинской помощи на селе, связанными с невозможностью направления в дневные стационары ЦРБ (ЦГБ) жителей отдаленных поселений, недостаточной обеспеченностью врачами сельских учреждений здравоохранения, что затрудняет организацию дневных стационаров при поликлинике и стационаров на дому, отсутствием мотивации к расширению койко-мест дневных стационаров при участковых больницах и амбулаториях, в связи с отсутствием в большинстве из них финансирования через систему обязательного медицинского страхования. Однако значительные различия показателя уровня госпитализации в дневные стационары, составляющие по различным сельским районам от 3,36 до 54,75, указывают на то, что при прочих равных условиях не во всех сельских учреждениях здравоохранения предпринимаются все организационные меры для развития стационарзамещающих форм оказания медицинской помощи.

Проведенный анализ показателей обращаемости городского и сельского населения за медицинской помощью свидетельствует о том, что сельские жители на 23,5% реже обращаются за амбулаторно-поликлинической помощью, чем городские, что связано с характером расселения, удаленностью медицинских учреждений от большинства сельских поселений, специфическими особенностями проведения сельскохозяйственных работ, а также с кадровыми проблемами сельских учреждений здравоохранения, не позволяющими развивать новые организационные лечебно-профилактические технологии на амбулаторно-поликлиническом этапе. Наряду со сравнительно низкой обращаемостью сельского населения за амбулаторно-поликлинической помощью отмечается более частое обращение сельского населения за скорой медицинской помощью — на 16,9% выше, чем городского. Таким образом, для сельских учреждений здравоохранения характерна экстенсивная модель медицинского обеспечения, характеризующаяся повышенным потреблением стационарной медицинской помощи и недостаточным развитием амбулаторно-поликлинической и стационарзамещающей медицинской помощи.

Таблица 3. Характеристика материально-технического состояния зданий (помещений) сельских учреждений здравоохранения

Учреждение здравоохранения (структурное подразделение)	Всего объектов	Характеристика зданий (помещений)				
		расположено в приспособленных помещениях	нуждаются в капитальном ремонте	наличие центрального отопления	наличие водопровода	наличие канализации
Центральная районная (городская) больница	24	40,8%	66,5%	100%	100%	100%
Участковая больница	64	54,7%	66%	88,7%	86,8%	81,1%
Амбулатория	57	48,8%	60,9%	63,5%	92,7%	87,5%
Отделение (пункт) скорой медицинской помощи	58	68,8%	54%	85,4%	87,5%	87,5%
Фельдшерско-акушерский пункт	696	77%	48,4%	57,5%	28,8%	20,9%

Таблица 4. Оснащенность санитарным транспортом сельских учреждений здравоохранения Челябинской области

Учреждение здравоохранения (структурное подразделение)	кол-во объектов	Санитарный транспорт		Транспортное сообщение	
		наличие автотранспорта	уровень обеспеченности от норматива	ежедневное автобусное сообщение с райцентром	полное отсутствие транспортного сообщения в весенне-осенний период
Центральная районная (городская) больница	224	100%	30-50%	100%	-
Участковая больница	664	94%	32-38%	52,8%	3,8%
Амбулатория	557	59%	34-36%	47,4%	2%
Отделение (пункт) скорой медицинской помощи	558	100%	24-28%	43,75%	6,2%
Фельдшерско-акушерский пункт	6696	24,2%	14-18%	40,7%	14,8%

Таблица 5. Оснащенность медицинским оборудованием сельских учреждений здравоохранения Челябинской области

Учреждение здравоохранения (структурное подразделение)	Кол-во объектов	Медицинское оборудование		Наличие оснащенных физиотерапевтических кабинетов	Наличие оснащенных стоматологических кабинетов
		обеспеченность в % от табеля оснащенности	процент износа		
Центральная районная (городская) больница	224	30-50%	37-65%	100%	100%
Участковая больница	664	52-65%	57-91%	81%	22,6%
Амбулатория	557	64-70%	52-88%	78%	39%
Отделение (пункт) скорой медицинской помощи	558	56-72%	87-95%	-	-
Фельдшерско-акушерский пункт	6696	40-74%	75-100%	82,6%	3,5%

Таблица 6. Обеспеченность средствами связи и информационного взаимодействия сельских учреждений здравоохранения Челябинской области

Учреждение здравоохранения (структурное подразделение)	Всего объектов	Телефонная связь			Наличие электронной почты	Обеспеченность компьютерной техникой
		обеспеченность телефонной связью	отдельная телефонная линия	параллельная телефонная линия		
Центральная районная (городская) больница	24	100%	100%	-	92,5%	100%
Участковая больница	64	100%	90,5%	9,5%	1,9%	64,2%
Амбулатория	57	97,5%*	90,2%*	9,8%*	9,8%	53,6%
Отделение (пункт) скорой медицинской помощи	58	100%	79,1%	20,9%	2%	27,1%
Фельдшерско-акушерский пункт	696	8,6%*	47,1%*	52,9%*	0%	9,6%

Примечание. * — Приведенная структура касается группы учреждений здравоохранения (структурных подразделений), обеспеченных телефонной связью (97,5 и 8,6% соответственно).

К особенностям здравоохранения в сельской местности можно также отнести и вопросы кадрового обеспечения. Анализ обеспеченности медицинскими работниками свидетельствует о том, что данный показатель существенно различается для городской и сельской местности. Наиболее существенным являются различия в обеспеченности населения врачами всех специальностей, которая составляет 26,5% врачей на 10 тысяч населения для города и 13,2% для сельской местности. При этом удельный вес врачей специалистов в городе составляет до 78% от общей численности врачей, тогда как в сельской местности 44%. Это свидетельствует о сравнительно более низкой доступности специализированной медицинской помощи сельскому населению, оказываемой в территориальных учреждениях здравоохранения и о необходимости направления пациентов на третий этап оказания медицинской помощи для получения консультации врача-специалиста.

Сравнительный анализ возрастного состава медицинских работников городской и сельской местности (табл. 2) свидетельствует о том, что удельный вес медицинских работников в

возрасте до 35 лет в сельской местности ниже, чем в городе (20,1% и 27,7% соответственно), более половины медицинских работников на селе находится в возрастной группе 46 лет и старше (в городе 37,7%). При этом обращает на себя внимание, что в городе 39,3% медицинских работников продолжает работать в возрасте старше 55 лет, тогда как на селе эта группа составляет только 26,8%. Выявленное состояние кадровой обеспеченности сельских больниц свидетельствует о более выраженном кадровом дефиците в сельском здравоохранении, которое складывается как из дефицита притока за счет молодых кадров, так и за счет более раннего прекращения трудовой деятельности по достижению пенсионного возраста медицинскими работникам на селе. Существующие диспропорции обеспечения медицинскими кадрами учреждений здравоохранения городов и сельской местности, низкая доступность специализированной медицинской помощи на селе обеспечивают необходимость развития института врача общей практики в сельской местности как механизма обеспечения населения расширенным комплексом медицинских услуг [5].

Учитывая, что участковый терапевт на селе, не имея статуса врача общей практики, фактически работает по принципу семейного врача, наиболее целесообразным является организация общеврачебных практик на базе действующих амбулаторий, участковых больниц с условием обучения участкового врача работе по смежным специальностям.

С целью изучения материально-технической базы учреждений здравоохранения сельской местности нами проведено исследование по 16 параметрам состояния 24 центральных районных больниц, 64 участковых больниц, 57 амбулаторий, 696 ФАПов, 58 пунктов скорой медицинской помощи.

В каждом сельском учреждении здравоохранения и их структурных подразделениях было проанализировано материально-техническое состояние занимаемых зданий и помещений, включая характеристику зданий и их санитарно-гигиеническое состояние (табл. 3), оснащенность санитарным транспортом (табл. 4) и медицинским оборудованием (табл. 5), обеспеченность средствами связи и информационного взаимодействия (табл. 6).

Проведенное исследование показало, что материально-техническая база центральных районных (городских) больниц характеризуется следующими особенностями (табл. 3):

Большая часть сельских учреждений здравоохранения и их территориально-обособленных структурных подразделений расположены в приспособленных помещениях и нуждаются в капитальном ремонте, от 11,3% до 42,5% подразделений не имеют центрального отопления, от 7,3% до 79,1% — не имеют водопровода и канализации.

Санитарным транспортом обеспечены 100% ЦРБ (ЦГБ) и отделений (пунктов) скорой медицинской помощи, 94% участковых больниц, 59% амбулаторий, 24,2% ФАПов, уровень обеспеченности от норматива при этом составил от 14% до 50%, при этом ежедневное автобусное сообщение с ЦРБ (ЦГБ) имеют 52,8% участковых больниц, 47,4% амбулаторий, 40,7% ФАПов, а в 2% — 14,8% отмечается отсутствие транспортного сообщения в осенне-зимний и весенний период в связи с непроходимостью дорог (табл. 4).

Отмечается недостаточная оснащенность медицинским оборудованием, процент износа которого составляет от 37-65% в ЦРБ (ЦГБ) до 75-100% на фельдшерско-акушерских пунктах. Недостаточными остаются количество и оснащенность физиотерапевтических кабинетов, выполняющих ключевую роль в реабилитационных мероприятиях, проводимых в участковых больницах и амбулаториях. При достаточно высоком уровне оснащенности сто-

матологических кабинетов в ЦРБ (ЦГБ), наблюдается низкая доступность стоматологической помощи в участковых больницах (22,6%), амбулаториях (39%) и ФАПах (3,5%) (табл. 5).

При достаточно высоком уровне обеспеченности средствами связи и информационного взаимодействия на уровне ЦРБ (ЦГР), отмечается дефицит телефонизации и информационных систем на уровне амбулаторий и участковых больниц (табл. 6).

Полученные данные свидетельствуют о неудовлетворительном материально-техническом состоянии большинства сельских учреждений здравоохранения, особенно участковых больниц, амбулаторий, пунктов скорой медицинской помощи и ФАПов. При этом проведенным исследованием показано, что наиболее проблемным является материально-техническое состояние ФАПов, амбулаторий и пунктов скорой медицинской помощи.

Таким образом, из проведенного анализа следует, что система оказания медицинской помощи на селе характеризуется наличием особенностей как в целом для сельской местности, так и в различных сельских районах, что определяется экономическими, правовыми, управленческими, кадровыми и организационными особенностями развития системы муниципального здравоохранения. Кроме того, полученные данные свидетельствуют о недостаточных возможностях сельских учреждений здравоохранения в оказании качественной медицинской помощи в связи с неудовлетворительной материально-технической базой учреждений (подразделений), образующих сельский врачебный участок и обосновывают необходимость разработки системы мер по улучшению материально-технического состояния сельских учреждений здравоохранения как составляющей обеспечения качества и доступности медицинской помощи сельскому населению. Таким образом, разработка стратегии развития сельского здравоохранения должна учитывать многоэтапность и многовариантность его построения, использовать как традиционно сложившиеся формы и методы работы, так и активно развивать следующие направления:

- совершенствование структуры и управления здравоохранением сельских районов;
- повышение эффективности использования ресурсов здравоохранения путем перехода от экстенсивной к интенсивной модели медицинского обеспечения на селе;
- реструктуризация круглосуточных стационаров ЦРБ и участковых больниц с одновременным развитием стационарзамещающих форм;
- реорганизация амбулаторий в общеврачебные практики;

- укрепление материально-технической базы сельских учреждений здравоохранения;
- формирование и внедрение информационно-коммуникационных и телекоммуникационных систем в деятельность сельских учреждений здравоохранения.

Данные предложения легли в основу областной целевой программы реализации национального проекта «Здоровье» в Челябинской области на 2006-2007 годы, принятой постановлением Законодательного собрания Челябинской области от 22 декабря 2005 года №1193. Одним из направлений данной областной целевой программы является реализация мероприятий по совершенствованию медицинской помощи сельскому населению, повышению ее качества и доступности населению сельских районов Челябинской области.

Выводы

1. Демографическая ситуация в сельских районах Челябинской области свидетельствует о негативных тенденциях в здоровье сельского населения, что требует анализа существующей системы оказания медицинской помощи жителям села и разработки мер по улучшению здоровья населения как краткосрочного, так и долгосрочного характера.

2. Анализ системы оказания медицинской помощи на селе показал наличие особенностей здравоохранения в сельской местности. Полученные данные свидетельствуют о недостаточных возможностях сельских учреждений здравоохранения в оказании качественной медицинской помощи.

3. Стратегия развития сельского здравоохранения должна строиться с учетом многоэтапности и многовариантности его построения, с использованием как традиционно сложившихся форм и методов работы, так и активным развитием новых организационных технологий.

Литературы

1. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2003 году. Здравоохранение Рос. Федерации 2005; 4: 15-22.
2. Василенко И. Я., Василенко О. И. Медико-демографическая ситуация в стране. Гигиена и санитария 2006; 5: 86-89.
3. Шепин В. О., Тишук Е. А. Аналитический обзор региональных особенностей здоровья населения России. Часть 1. Проблемы социал. гигиены, здравоохранения и истории мед. 2006; 1: 3-8.
4. Филатов В. Б., Коротких Р. В., Расстегаев В. Б. Актуальные проблемы организации медицинской помощи сельскому населению. Проблемы социал. гигиены, здравоохранения и истории мед. 2006; 4: 40-45.
5. Елманова Т. В. Роль врача общей практики в системе медицинского обслуживания населения. ГлавВрач. 2006; 6: 34-40.