

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ НАУКИ
ИНСТИТУТ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО
РАЗВИТИЯ ТЕРРИТОРИЙ РАН**

**А.А. Шабунова
Н.А. Маланичева**

**ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ В КРУПНЫХ ГОРОДАХ:
ТЕНДЕНЦИИ И ОСОБЕННОСТИ**

Препринт

Вологда – 2012

ББК 60.561.6(2Рос-4Вол)

УДК 314.17(470.12)

Ш 13

Шабунова А.А. Здоровье населения в крупных городах: тенденции и особенности [Текст]: препринт / А.А. Шабунова, Н.А. Маланичева. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2012. – 96 с.

В работе рассмотрены теоретико-методологические основы изучения общественного здоровья, проанализированы тенденции демографического развития и здоровья населения крупных городов в период с 1990 по 2009 гг., а также выявлены основные детерминанты здоровья для городского населения (на примере г. Вологды и г. Череповца) и предложены направления по улучшению ситуации.

Препринт адресован работникам органов управления здравоохранением, руководителям и специалистам органов местного самоуправления, научным работникам, преподавателям высших учебных заведений, аспирантам, студентам, а также широкому кругу читателей.

Крупные города – населённые пункты с численностью населения от 250 тыс. до 1 млн. человек (по Градостроительному кодексу РФ).

Рецензент

кандидат экономических наук *И.А. Кондаков*

ISBN 978-5-93299-190-9

© Шабунова А.А., Маланичева Н.А., 2012

© ИСЭРТ РАН, 2012

К ЧИТАТЕЛЯМ



Устойчивое развитие территорий невозможно без сохранения и преумножения человеческого капитала, который во многом определяется общественным здоровьем. Поскольку основная часть населения страны (три четверти) проживает в городах, актуальными являются исследования, направленные на изучение качественных характеристик городского населения, в частности его здоровья, а также поиск путей, направленных на его улучшение.

Институт социально-экономического развития территорий РАН на регулярной основе проводит комплексные исследования здоровья населения Вологодской области. Начиная с 1999 г. в мониторинговом режиме проводятся социологические опросы жителей региона, оценивающие состояние общественного здоровья и условия его охраны и укрепления. Отдельное внимание уделяется особенностям состояния здоровья различных социально-территориальных групп и факторам его формирования.

Данная публикация показывает роль крупных городов в социально-экономическом развитии территорий, отражает тенденции демографического развития городов. Основное внимание авторов сконцентрировано на оценке состояния здоровья населения в крупных городах по сравнению с сельскими территориями. В работе представлены основные факторы, оказывающие как положительное, так и отрицательное влияние на состояние здоровья населения крупных городов (на примере г. Вологды, г. Череповца). Намечены приоритетные направления по сохранению здоровья городского населения, которые могут быть полезны для работников органов управления крупных городов.

К.А. Гулин,
кандидат исторических наук,
зам. директора ИСЭРТ РАН

ВВЕДЕНИЕ

Стремительный переход людей от сельского образа жизни к городскому, наблюдавшийся на протяжении всего XX века, привёл к значительному росту численности населения урбанизированных территорий. Сегодня в городах живёт большая часть населения и сосредоточен основной экономический потенциал страны. Современные города, особенно крупные, концентрируя основной производственный, квалификационный и интеллектуальный потенциал общества, являются сформировавшимися зонами инновационного и социально-экономического развития.

По данным Росстата, на 1 января 2010 г. в Российской Федерации доля городского населения составила 73%, доля сельского – 27% в общей численности населения¹. В Северо-Западном федеральном округе 83% населения проживало в городской местности, в Вологодской области – 69%². При этом значительная доля городского населения страны проживает в крупных городах (населённых пунктах с численностью населения от 250 тыс. до 1 млн. человек) и является одним из основных ресурсов демографического развития и экономического роста.

Интенсивное развитие крупных городских систем с высоким качеством среды обитания и человеческим потенциалом является одним из приоритетов федеральной политики и рассматривается как фактор устойчивого экономического роста и один из ресурсов конкурентоспособности страны³. Большие города приобретают функцию стимулятора новых производств, а потому они становятся принципиальным фактором фокусировки и интеграции народнохозяйственной деятельности. По данным ООН, города обеспечивают 60% внутреннего валового продукта и 80% экономического роста⁴.

¹ Федеральная служба государственной статистики // <http://www.gks.ru>

² Там же.

³ Распоряжение Правительства РФ от 17.11.2008 № 1662-р (ред. от 08.08.2009) «О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года» (вместе с «Концепцией долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года») // Собрание законодательства РФ, 2008. – № 47. – ст. 5489.

⁴ Бреннер А. С ростом урбанизации множатся проблемы жителей городов // <http://www.dw-world.de/dw/article/0,,5401848,00.html>

Однако высокая концентрация производства, транспорта и наличие большого количества людей на сравнительно небольших территориях обостряют ряд проблем, одной из которых является ухудшение показателей демографического развития и снижение потенциала здоровья населения. В то же время здоровье является обязательным условием для благосостояния и хорошего качества жизни, а также предпосылкой для устойчивого экономического роста. Ввиду этого в настоящее время возрастает актуальность исследований, направленных на изучение качественных характеристик городского населения, в частности его здоровья, а также поиск путей, направленных на его улучшение.

Целью данного исследования является изучение демографических процессов, а также выявление основных проблем и тенденций общественного здоровья в крупных городах на основании социологических и статистических данных.

Для реализации поставленной цели необходимо решить следующие **задачи**:

- 1) рассмотреть теоретико-методологические подходы к исследованию здоровья;
- 2) выявить основные тенденции современного расселения населения;
- 3) провести анализ здоровья населения крупных городов;
- 4) выявить основные детерминанты здоровья для городского населения.

Объектом исследования выступает население крупных городов, предметом – его здоровье.

Исследование основано на применении объективного и субъективного подходов изучения здоровья населения. Информационной базой работы являются данные Всемирной организации здравоохранения, Федеральной службы государственной статистики и её территориального органа по Вологодской области, Медицинского информационно-аналитического центра г. Вологды.

Также в исследовании использовались данные социологических опросов, проводимых на территории Северо-Западного федерального округа⁵ и Вологодской области⁶ как одного из типичных регионов Российской Федерации, для которого характерны тенденции в изменении здоровья и демографического развития, присущие стране в целом.

В анализе использовалась информация по следующим направлениям: демографическое развитие, клинико-эпидемиологическая ситуация. Важное место в работе заняла количественная оценка влияния отдельных факторов на состояние здоровья населения методом корреляционного анализа. При анализе факторов, оказывающих влияние на здоровье населения, использовались статистические данные, характеризующие социально-экономические характеристики населения, условия проживания городского населения.

Результаты данного исследования позволят в дальнейшем сформировать направления и конкретные механизмы по оптимизации и улучшению состояния здоровья городского населения, определить способы повышения демографического потенциала крупных городов. Результаты настоящего исследования могут быть полезны органам власти и управления при разработке и осуществлении социально-экономической политики.

⁵ В мае – июне 2008 г. всего было опрошено 7125 респондентов в десяти регионах Северо-Западного федерального округа, в том числе в Архангельской области – 625, в Мурманской – 625, в Калининградской – 625, Ленинградской – 625, в Санкт-Петербурге – 625, в Республике Коми – 625, в Республике Карелия – 625, в Новгородской области – 625, в Псковской области – 625, в Вологодской области (контрольный регион) – 1500.

⁶ Опрос проводился на территории гг. Вологды, Череповца и восьми районов Вологодской области. Объём выборки – 1500 респондентов. Выборка целенаправленная, квотная. Репрезентативность выборки обеспечена соблюдением следующих условий: пропорций между городским и сельским населением, пропорций между жителями населённых пунктов различных типов (сельские поселения, малые и средние города), пропорции половозрастной структуры взрослого населения области. Ошибка выборки не превышает 3%. Техническая обработка информации произведена в программах SPSS и Excel.

ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

В 2011 г. Институт социально-экономического развития территорий РАН продолжил исследование здоровья населения Вологодской области, начатое в 1999 г. На данном этапе проведён анализ данных, касающихся демографической ситуации и общественного здоровья в крупных городах.

В ходе исследования были получены следующие результаты.

1. На протяжении последних двадцати лет доля городского населения Вологодской области остаётся стабильной – 69%, что соответствует повышенной степени урбанизации. Подавляющее большинство (71%) городского населения региона сосредоточено в двух крупных городах – Вологде и Череповце. При относительно стабильном удельном весе городского населения в общей структуре численность его постепенно сокращается. В период с 2000 по 2010 г. численность городского населения в Вологодской области снизилась на 6% (55 тыс. чел.), в России – на 4% (3715 тыс. человек).

2. Отличительной чертой городского населения по сравнению с сельским является более низкий уровень рождаемости, который в сочетании с растущей ожидаемой продолжительностью жизни ведёт к старению населения. Суммарный коэффициент рождаемости городского населения в период с 2000 по 2009 г. был ниже, чем сельского, примерно на 40%. В то же время удельный вес населения пенсионного возраста в крупных городах региона вырос с 18 до 20%, доля населения младших возрастов сократилась с 19 до 16%.

3. Городское население живёт на 2 – 3 года дольше сельского, однако при этом имеет более высокие показатели заболеваемости. Динамика заболеваемости за период с 2000 по 2009 г. свидетельствует о превышении её уровня в крупных городах над уровнем районов в среднем на 27%, при этом рост составил 3%. За тот же период детская (0 – 14 лет) заболеваемость в крупных городах выросла на 41%, превысив уровень районов области в 1,5 раза. Тот факт, что в крупных городах самые низкие в регионе показатели смертности населения, но высокий уровень заболеваемости, обусловлен большей доступностью медицинской помощи по сравнению с территориями, отдалёнными от центра.

4. Корреляционный анализ различных показателей, характеризующих качество жизни и ОПЖ населения крупных городов, позволил выявить основные детерминанты, как положительно, так и отрицательно влияющие на здоровье населения. Максимальная положительная связь показателя ОПЖ проявляется с группой факторов, характеризующих уровень жизни городского населения. За период с 2002 по 2009 гг. средний валовой доход на члена домохозяйства в городской местности превышал доход в сельской местности на 29%. Расходы на покупку продуктов для домашнего питания, на оплату медицинских услуг также были выше на 19 и 55% соответственно. Также тесную положительную связь с ОПЖ в городах имеет уровень медицинского обслуживания. При этом уровень обеспеченности городского населения врачами в два раза превышает обеспеченность населения районов. Отрицательное влияние на ОПЖ проявляется в группе факторов негативного влияния на окружающую среду (выбросы вредных веществ в атмосферу, сбросы сточных вод).

В настоящее время перспективы развития регионов России связаны со сформировавшимися и наиболее динамично развивающимися территориями, к которым относятся крупные города и агломерации. В Вологодской области перспективы развития связаны с ростом агломерации «Вологда-Шексна-Череповец»⁷. Создание высокоурбанизированных территорий ведёт к усилению техногенного воздействия, что может негативно сказаться на качественных характеристиках населения. Ввиду этого серьёзное внимание необходимо уделять повышению уровня и качества жизни, созданию комфортной среды проживания для всех городских жителей. Важным условием развития городов является организация доступной высокотехнологичной медицинской помощи. Также современные города нуждаются в инфраструктуре, которая позволила бы максимально снизить техногенное воздействие на окружающую среду и способствовала бы здоровому образу жизни населения.

⁷ Постановление Правительства Вологодской области от 28.06.2010 № 739 (ред. от 13.12.2010) «О Стратегии социально-экономического развития Вологодской области на период до 2020 года» (вместе со «Стратегией социально-экономического развития Вологодской области на период до 2020 года») // Красный Север, 2010. – № 89.

І. КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

1.1. Социально-экономическая сущность здоровья и подходы к его исследованию

Здоровье населения всегда рассматривалось как показатель благополучия нации, как системообразующий фактор, увязывающий культуру, экономику, экологию, просвещение, политику, био- и ноосферу, духовную жизнь человека. Ещё Ф. Бекон говорил, что здоровье – это одно из основных благ, которым человек обладает от рождения⁸.

В настоящее время «максимально достижимый уровень здоровья» признаётся одним из неотъемлемых прав человека и народа, выступает как важнейшее условие и средство, как одна из конечных целей общественного развития. Наоборот, низкий уровень здоровья населения осознаётся как прямая угроза национальной безопасности любого государства, как препятствие его социально-экономическому прогрессу⁹.

Бытовое понятие здоровья возникло во всех языках и у всех народов в связи с житейской необходимостью, в первую очередь для обозначения (не для объяснения) одного из феноменов окружающей действительности, таких, как погода, рассвет, музыка и многое другое¹⁰. Следует отметить, что определение понятия «здоровье» находится в центре внимания специалистов различных областей знания и до сегодняшнего дня остаётся предметом дискуссий. Можно сказать, что здоровье – это отсутствие заболевания. Именно так на бытовом уровне и понимают здоровье отдельного человека – сегодня ты не болен, следовательно, здоров. Известный врач Гален из Пергама еще во II веке писал, что здоровье – это то состояние, при котором мы не страдаем от боли и не ограничены в нашей жизнедеятельности¹¹. Но отсутствие внешних симптомов болезни вовсе не является гарантией того, что в организме человека уже не идёт или не

⁸ Философия здоровья. Отв. ред. А.Т. Шаталов. – М.: ИФ РАН, 2001. – С. 24.

⁹ Новая парадигма развития России в XXI веке (комплексное исследование проблем устойчивого развития: идеи и результаты) / под ред. В.А. Коптюга, В.М. Матросова, В.К. Левашова. – М.: Academia, – 2000. – С. 121.

¹⁰ Прохоров, Б.Б. Общественное здоровье и экономика / Б.Б. Прохоров, И.В. Горшкова, Д.И. Шмаков, Е.В. Тарасова, под ред. Б.Б. Прохоров. – М.: МАКС Пресс, 2007. – С. 203.

¹¹ Гален К. О назначении частей человеческого тела // <http://www.bibliotekar.ru/422/index.htm>

начинается патологический процесс. В 1948 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определила здоровье как «состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только как отсутствие болезней и инвалидности». Тем самым было положено начало переходу к пониманию здоровья и болезни не только как медицинской проблемы, но и как общесоциальной. Учитывая сложность и многогранность понятия, признавая необходимость различных подходов к его исследованию, следует признать правомерность наличия различных определений здоровья. Приведённое выше определение ВОЗ подвергается критике многими исследователями из-за трудности, вернее, невозможности количественной интерпретации, что ставит под сомнение возможность применения его в практических целях. Тем не менее трактовку здоровья, предложенную ВОЗ, используют многие исследователи в своих работах.

Обобщение теоретических подходов к изучению здоровья позволяет выделить два уровня изучения здоровья: индивидуальное здоровье – здоровье одного человека (представляющее микроуровень изучения) и общественное здоровье – здоровье популяционное, здоровье нации (представляющее макроуровень).

Индивидуальное здоровье отдельного человека – явление в значительной степени случайное. Оно может быть обусловлено преимущественно эндогенными факторами и зависит от множества случайных внешних процессов и явлений. Параметры индивидуального здоровья не могут служить основанием для принятия решений, направленных на оптимизацию условий жизни больших групп населения. Для решения социальных, экономических, политических проблем, при которых необходимо учитывать качество здоровья всего населения, используется общественное здоровье. Общественное здоровье – основной признак, основное свойство человеческой общности, её естественное состояние, отражающее индивидуальные приспособительные реакции каждого сочлена общности людей и способность всей общности в конкретных условиях наиболее эффективно осуществлять свои социальные и биологические функции.

Общественное здоровье нельзя сводить к совокупности показателей здоровья отдельных людей, о нём говорят как об общественном богатстве, т.е. факторе, без которого не может создаваться вся совокупность материальных и духовных ценностей¹².

Здоровье зависит от различных внешних факторов: природных, эколого-гигиенических, производственных, но в первую очередь – социально-экономических. На зависимость общественного здоровья от социально-экономических условий ещё в XIX-XX вв. указывали выдающиеся врачи А.П. Доброславин, Е.А. Осипов, В.О. Португалов, Ф.Ф. Эрисман. Эрисман считал, что все главные факторы экономической жизни сильно влияют на состояние общественного здоровья и что нередко в них кроется ключ к объяснению чрезмерной болезненности и смертности народонаселения¹³. На данный факт неоднократно указывали и эксперты международных организаций. Так, на 52-й сессии ВОЗ было подчеркнуто, что «все основные детерминанты здоровья связаны с социально-экономическими факторами... Связь между состоянием здоровья и занятостью, уровнем доходов, социальной защитой, жилищными условиями и образованием чётко прослеживается во всех европейских государствах»¹⁴.

Здоровье – это сложная социально-экономическая категория, тесно взаимосвязанная с развитием общества. С одной стороны, высокий уровень экономического развития государства позволяет инвестировать в развитие человеческого капитала, в том числе в здравоохранение и охрану здоровья населения, что способствует повышению продолжительности жизни и укреплению здоровья. Для стран с развитыми экономиками характерны лучшие показатели здоровья населения.

Однако существует и обратная связь – состояние здоровья населения, его демографические характеристики оказывают влияние на потенциал экономического развития. Качество населения (человеческий капитал), характеризующее

¹² Сбережение народа / под ред. Н.М. Римашевской. – М.: Наука, 2007.

¹³ Прохоров, Б.Б. Социальная стратификация общества и здоровье населения / Б.Б. Прохоров // Проблемы прогнозирования. – 2009. – № 3. – С. 112.

¹⁴ Доклад о состоянии здравоохранения в Европе в 2002 году на 52 сессии Европейского регионального комитета ВОЗ, сентябрь 2002 года // Пресс-релиз ЕРБ ВОЗ/15/02, Копенгаген, 17 сентября 2002 года. <http://www.euro.who.int/document/e87325r.pdf>

показателями общественного здоровья и профессиональной квалификации, является главным двигателем и ограничителем развития любой экономики. Будучи важнейшим свойством трудовых ресурсов, общественное здоровье оказывает огромное влияние на социально-экономическое развитие, приобретая наряду с такими качественными характеристиками рабочей силы, как образование, квалификация, роль ведущего фактора экономического роста. Сущность здоровья как социально-экономической категории проявляется и в том, что любая потеря здоровья приводит к неизбежным расходам на его восстановление и экономическим потерям, обусловленным снижением возможностей осуществления общественно полезной деятельности.

О взаимосвязи здоровья и эффективности производства на рубеже XIX – XX вв. писал видный английский экономист А. Маршал. По его мнению, «...здоровье и сила населения включают три компонента – физический, умственный и нравственный. Они служат основой для производительности и создания материальных благ. В свою очередь материальные богатства увеличивают здоровье»¹⁵.

Крепкое здоровье и высокая продолжительность жизни являются залогом повышения уровня экономического развития страны в целом и отдельных её регионов. Экспертами Всемирной организации здравоохранения доказано, что улучшение качества и увеличение продолжительности жизни населения ведёт к ускорению экономического развития государства, росту его валового национального продукта¹⁶.

Социально-экономические условия, выраженные в уровне доходов населения, качестве жизни находят незамедлительное отражение в социальном самочувствии и здоровье. На влияние социально-экономического статуса на здоровье населения указывает в своих исследованиях В.С. Тапилина¹⁷. Уровень доходов определяет различия в жизненных стандартах – количестве и качестве

¹⁵ Маршал, А. Принципы экономической науки: в 3 т. – М.: Прогресс. – 1993. – С. 207.

¹⁶ Инвестиции в здоровье: ключевое условие успешного экономического развития стран Восточной Европы и Центральной Азии / Всемирная организация здравоохранения 2008 г., гл. 4. – С. 138.

¹⁷ Тапилина, В.С. Социально-экономический статус и здоровье населения / В.С. Тапилина // Социологические исследования. – 2004. – № 3. – С. 126 – 137.

потребляемых товаров и услуг. От этого в свою очередь зависит калорийность, разнообразие и сбалансированность питания, защитные и санитарно-гигиенические свойства используемой одежды и обуви, удобство и комфорт среды обитания. Различия в жизненных условиях формируют неодинаковые возможности адаптации и способность справляться с физическими и эмоциональными нагрузками. Неравенство в жизненных стандартах определяет неравенство возможностей в использовании эффективных мер и способов в борьбе с возникающими отклонениями от здоровья.

Многими авторами здоровье рассматривается как одна из важнейших составляющих человеческого капитала. Теория человеческого капитала оформилась в 60-х годах XX века. Первым, кто ввел в научный оборот понятие «человеческий капитал», был известный американский экономист, лауреат Нобелевской премии Теодор Уильям Шульц. В дальнейшем идеи Шульца были дополнены и систематизированы профессором экономики и социологии Чикагского университета Гэри Стэнли Беккером в книге «Человеческий капитал» (1964). Заслуга Беккера состоит главным образом в том, что он предложил оценивать вклад человеческих ресурсов не по текущим показателям, а по показателям всего жизненного цикла человека.

В настоящее время человеческий капитал – ключевой инструмент экономической политики каждого государства, желающего поднять свою национальную конкурентоспособность на качественно новый уровень. Накопленные человеком знания, опыт и устойчивое здоровье позволяют ему повысить производительность своего труда. В национальном масштабе максимальное использование ресурсов человеческого капитала расширяет возможности его социально-экономической модернизации.

На современном этапе развития мирового сообщества вложения в человеческий фактор объективно рассматриваются в качестве приоритетного направления инвестирования в целях обеспечения поступательного экономического роста. Инвестиции в человека способствуют увеличению человеческого

капитала, на долю которого, судя по данным Всемирного банка, приходится 64% мирового богатства¹⁸.

Здоровье является основой и условием функционирования человеческого капитала как на уровне индивида, коллектива (группы), так и на уровне общества (государства). Хорошее здоровье является предпосылкой и следствием социального благополучия индивида и эффективного функционирования экономики в целом. Инвестиции в здоровье, с одной стороны, определяют саму возможность такого функционирования, с другой стороны, увеличивают её продолжительность. Они влекут за собой рост общественного производства и личных доходов граждан, оказывают положительное влияние на темпы социально-экономического развития.

В настоящее время существует множество подходов к определению человеческого капитала, к структуре его составляющих компонентов. Наиболее полное определение человеческому капиталу дал Р.И. Капелюшников¹⁹. С его точки зрения, человеческий капитал есть воплощённый в человеке запас способностей, знаний, навыков и мотиваций, формирование которого, подобно накоплению физического или финансового капитала, требует отвлечения средств от текущего потребления ради получения дополнительных доходов в будущем.

Другая точка зрения на структуру человеческого капитала заключается в том, что человеческий капитал подразделяется на капитал здоровья, капитал образования и капитал культуры²⁰. Под капиталом здоровья понимаются инвестиции в человека, необходимые для формирования, поддержания и совершенствования его здоровья и работоспособности. По мнению авторов данного подхода, капитал здоровья – это несущая конструкция, основа человеческого капитала. В капитале здоровья выделяется базовый и приобретённый капитал. Первый определяется совокупностью физиологических свойств человека, получаемых наследственным путём. Приобретённый капитал образуется в процессе

¹⁸ Миллер М.А. Здоровье нашего капитала // Креативная экономика. – 2008. – № 7.

¹⁹ Капелюшников Р. И. Трансформация человеческого капитала в российском обществе: (на базе «Российского мониторинга экон. положения и здоровья населения») / Р. И. Капелюшников, А.Л. Лукьянова ; фонд «Либер. миссия». – М.: Фонд «Либеральная миссия», 2010. – С. 12.

²⁰ Ильинский И.В. Инвестиции в будущее: образование в инновационном воспроизводстве. – СПб.: Изд. СПб УЭФ, 1996.

формирования и потребления физических свойств человека, осуществляемом в производственной деятельности.

Таким образом, владельцем человеческого капитала является индивид, а совокупность его носителей на определённой территории составляет социальный капитал.

Концепция человеческого капитала, сформулированная экономистами Чикагского университета на рубеже XX века, нашла немало сторонников в области охраны здоровья и предоставления медицинской помощи населению. Известный американский экономист и теоретик здравоохранения Келлен Уинслоу в своей книге «Цена здоровья» (1951 г.) доказал, что до 20 лет среднестатистический житель Америки получает средства на образование, пользование услугами здравоохранения, не отдавая ничего взамен, а уже к 40 годам он возвращает обществу эти расходы в полном объёме; к 60 годам он вернёт обществу в 2 раза больше, чем было в него инвестировано²¹. Таким образом, чем дольше живёт человек, тем больше дохода он приносит экономике своей страны.

По оценкам экономистов, преждевременная инвалидность и смертность отнимают у государства намного больше средств на борьбу с ними, чем все расходы на здравоохранение²². Одним из первых, кто обосновал значимость охраны здоровья в формировании человеческого капитала, был американский экономист Майкл Гроссман. Он разработал модель спроса на здоровье, которое, с его точки зрения, представляет не только объект потребления, но и область инвестиционных вложений. Основная посылка модели Гроссмана состоит в том, что здоровье можно рассматривать как некоторый запас или, иначе говоря, товар длительного пользования²³.

Концепция «человеческого капитала» обосновывает необходимость инвестиций в здоровье человека. Работник, обладающий высоким уровнем здоровья, вносит большой вклад в собственную и национальную «копилку», спосо-

²¹ Ильченко И.Н. Значимость человеческого капитала в укреплении здоровья и профилактике заболеваний / И.Н. Ильченко, Г.Н. Арустамян // Профилактическая медицина. – 2009. – № 2. – С. 9 – 17.

²² Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение. – М. Гэотар-Медиа, 2002.

²³ Ильченко И.Н. Значимость человеческого капитала в укреплении здоровья и профилактике заболеваний / И.Н. Ильченко, Г.Н. Арустамян // Профилактическая медицина. – 2009. – № 2. – С. 9 – 17.

бен решать важнейшие социально-экономические проблемы. Недооценка места и роли здоровья на различных уровнях хозяйствования чревата негативными социально-экономическими последствиями. К ним относится уменьшение общей продолжительности жизни, рождаемости, рост заболеваемости, травматизма и др. Всё это способствует падению уровня и качества жизни населения, замедлению темпов социально-экономического развития общества в целом.

В настоящее время существует много показателей, стандартов, принципов для оценки здоровья населения, что обусловлено сложностью и многогранностью данного понятия. Однако, несмотря на многочисленные исследования, нет общепринятой и достаточно надёжной методики изучения и оценки здоровья населения. Прежде всего, это обусловлено невозможностью прямого количественного измерения состояния здоровья. Наука не располагает методами прямой оценки здоровья. Вряд ли проблему количественного измерения здоровья удастся решить однозначно, поскольку оно неизмеримо в принципе и может быть оценено с большой долей условности.

В международной практике принято выделять два подхода к оценке здоровья: субъективный и объективный²⁴. Объективный подход – оценка здоровья внешним наблюдателем, экспертом с помощью специальных инструментов в рамках специализированных обследований (данные официальной статистики). Подход к оценке здоровья, основанный на применении объективных показателей, является наиболее разработанным и распространённым. Объективно состояние здоровья оценивается на основании анализа демографических показателей, таких, как коэффициенты смертности по возрастам и причинам смерти, ожидаемая продолжительность жизни и т.д.; медицинской документации и показателей, например, заболеваемости острыми и хроническими болезнями, обращаемости в медицинские учреждения, а также сведений о проведённых профосмотрах и диспансеризациях и т.д.

²⁴ Gourbin, C., Wunsch, G. (2006). Health, illness, and death. In: G. Caselli, J. Vallin, G. Wunsch (Eds.), Demography: analysis and synthesis. Vol. 2, pp. 5 – 12. Burlington: Academic Press.

Основным глобальным индикатором, характеризующим состояние здоровья населения и качество его жизни, отражающим успешность действий в области охраны и укрепления здоровья населения, традиционно считается ожидаемая продолжительность жизни при рождении. Методика расчёта показателя универсальна и позволяет обеспечить его сопоставимость независимо от особенностей возрастной структуры сравниваемых групп населения, территорий и стран. Тем не менее относительно правомерности использования показателя ОПЖ в качестве критерия здоровья единого мнения не существует²⁵. Дело в том, что продолжительность жизни населения может увеличиваться и тогда, когда есть основания говорить о негативных изменениях в состоянии его здоровья. Медицина во многих случаях способна предотвратить смертельный исход инфекционных заболеваний, на годы и даже десятилетия отодвинуть срок смерти людей с тяжёлыми хроническими болезнями, инвалидов. В результате при улучшении показателей смертности и продолжительности жизни одновременно увеличивается доля людей, страдающих тяжёлыми хроническими заболеваниями, число инвалидов.

Одним из распространённых источников информации также является статистика заболеваемости по данным об обращении за медицинской помощью. Однако он имеет некоторые недостатки – частота обращений зависит не только от состояния здоровья, но и от доступности медицинской помощи. Число обратившихся за помощью в связи с заболеванием из населённых пунктов, где имеется врач или фельдшер, значительно больше, чем в остальных. Другая проблема – по поводу каждого заболевания больной может обратиться к врачу несколько раз или обратиться к нескольким разным врачам в разных лечебных учреждениях. В процессе консультаций может меняться и установленный диагноз. Важно, чтобы заболевание было учтено ровно один раз и с наиболее вероятным диагнозом. Особенно это важно для статистики распространённости хронических болезней, где важно регистрировать случаи впервые установленных

²⁵ Россет Э. Продолжительность человеческой жизни / Э. Россет. – М.: Прогресс, 1981.

диагнозов²⁶. В то же время в российской статистике имеются данные только для исчисления общего коэффициента заболеваемости, равного числу заболеваний на 1000 человек в год, ценность которого, как отмечает один из ведущих отечественных демографов Е.М. Андреев, ограничена. Данными, необходимыми для исчисления более информативных и применяемых в международной практике возрастных и суммарных коэффициентов заболеваемости, а также расчёта таблиц распространённости хронических болезней, наша статистика не располагает²⁷.

Можно отметить, что медицинская статистика даёт сведения скорее о случаях нездоровья человека, чем о его общем самочувствии, не учитывает тех граждан, которые не обращаются за медицинской помощью в государственные учреждения (частные и платные приёмы слабо подвержены статистическому учёту).

Тем не менее преимуществом статистических данных является то, что они позволяют знать ситуацию в стране по отдельным регионам, в гендерном и возрастном срезе. Также статистические данные позволяют делать сравнения, выстраивать временные ряды, выявлять исторические и глобальные закономерности.

Для получения более полного представления о состоянии здоровья населения объективные показатели дополняются оценками субъективного характера. Основой данного подхода является самооценка населением состояния своего здоровья, фиксируемая в ходе специальных обследований. Субъективный подход оценки здоровья отражает физическое и психическое состояние индивидуума, выявленное на основании данных социологического исследования. С одной стороны, социологическая информация в контексте мониторинга здоровья может рассматриваться в качестве дополнительной к массиву медико-статистических данных, традиционно используемых в сфере здравоохранения. С другой стороны, эта информация уникальна, так как она отражает явления

²⁶ Бедный М.С. Социально-гигиеническая характеристика заболеваемости городского и сельского населения / М.С. Бедный, С.И. Савин, Г.И. Стягов. – М.: Медицина, 1975.

²⁷ Основы изучения человеческого развития / Под ред. И.Б. Баркалова и С.Ф. Иванова. – М.: Права человека, 1998.

социальной реальности, которые имеют субъективную природу. Социологический подход к оценке здоровья особенно важен при изучении качества жизни.

Учитывая ограниченность официальной медицинской статистики, а также проблему её достоверности, следует признать данные социологических обследований важным дополнением и необходимым условием получения более полного представления о состоянии здоровья населения.

Статистическая информация позволяет быстро охватить проблемную ситуацию и увидеть закономерности и противоречия того или иного явления, но в то же время она оценивает состояние здоровья населения лишь по фактическим уровням заболеваемости. При этом не учитывается латентная заболеваемость, по поводу которой население не обращается за медицинской помощью. Кроме того, при сугубо статистическом подходе за рамками учёта оказывается множество социально значимых факторов, оказывающих существенное влияние на общественное здоровье. Следовательно, для полноценного и достоверного анализа общественного и индивидуального здоровья необходим консолидирующий принцип, объединяющий в себе как объективные, так и субъективные критерии оценки его состояния.

Изучение субъективных характеристик здоровья населения, полученных в ходе социологических обследований, всё чаще применяется отечественными и зарубежными учёными. Несмотря на некоторые ограничения метода самооценок, он признан достаточно надёжным и рекомендован ВОЗ для мониторинга здоровья и внутри отдельных стран, и для межстрановых сравнений. Поэтому использование социологической информации о состоянии здоровья населения вполне оправдано и полезно в качестве дополнительного инструмента для оценки общественного здоровья и результативности политики здравоохранения²⁸. Мировой опыт свидетельствует, что уровень здоровья по самооценке (Self Rated Health) не только достаточно часто применяется в анализе, но и даёт результаты, вполне сопоставимые с полученными из более объективных источ-

²⁸ Шабунова А.А. Общественное здоровье и здравоохранение территорий / А.А. Шабунова, К.Н. Калашников, О.Н. Калачикова. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2010. – С. 22.

ников (медицинских обследований)²⁹. Существует множество подходов к определению уровня здоровья на основе ответов респондентов. Простейший – когда опрашиваемый сам относит себя к одной из групп здоровья, оценивая его по пятибалльной шкале: очень хорошее, хорошее, удовлетворительное, плохое, очень плохое.

Как уже отмечалось ранее, состояние здоровья населения, оцениваемое показателями смертности и заболеваемости, даёт лишь относительное представление о складывающейся ситуации, характеризуя скорее нездоровье. Для нас же в этой связи весьма важны оценки запаса здоровья, которым обладает общество. Ведь индивидуальное, как, впрочем, и общественное здоровье отражает способность человека или человеческой популяции адаптироваться к изменениям условий жизни, воздействующих на организм³⁰.

Поиск адекватных индикаторов для корректной оценки здоровья воплощает всеобщее понимание того, что состояние здоровья населения далеко не исчерпывается лишь характеристикой преждевременной смертности, что необходимы сведения о несмертельных последствиях болезней, о качестве жизни хронических больных, о социальных аспектах ухудшения здоровья. Современное общество стремится не столько к долголетию, сколько к желанию не зависеть от помощи окружающих, вести полноценную жизнь. Традиционные показатели ожидаемой продолжительности жизни, смертности и заболеваемости оказались неадекватными для описания этой ситуации. Появилась необходимость в индикаторах принципиально нового типа, оценивающих ожидаемую продолжительность жизни в её качественном аспекте. Важность этого положения объясняется тем, что повышение продолжительности жизни станет бесплодным достижением, если оно не будет сопровождаться в более длительной перспективе равнозначным увеличением числа лет жизни в хорошем состоянии здоровья, с неограниченными физическими, интеллектуальными и психическими возможностями.

²⁹ Martikainen P., Aromaa A. Heliövaara et al. 1999 Reliability of perceived health by sex and age. *Social Science and Medicine*, 48, p. 1117 – 1122.

³⁰ Римашевская Н.М. Человек и реформы: Секреты выживания / Н.М. Римашевская. – М.: РИЦ ИСЭПН, 2003. – С. 74.

Ввиду этого в конце XX века в западноевропейской социологии здоровья и здравоохранения был сделан акцент на изучении продолжительности здоровой жизни и её качества. Идея измерения потерь от плохого состояния здоровья появилась сравнительно недавно, она была предложена Б. Сандерсом в 1964 году³¹. Методология расчёта и название – «Ожидаемая продолжительность здоровой жизни» (health life expectancy, HALE) или «Ожидаемая продолжительность жизни без ограничений в дееспособности» (Disability Free Life Expectancy) – была предложена Д. Салливаном в 1971 году³². По определению ВОЗ, это «показатель демографической статистики, характеризующий ожидаемую продолжительность здоровой жизни человека на том отрезке его жизненного пути, который, согласно общепринятым нормам и представлениям, а также заключениям специалистов, ассоциируется со здоровьем и благополучием или отсутствием каких-либо расстройств, болезней, инвалидности»³³. Этот показатель применяют при определении общественных приоритетов здоровья, распределении ресурсов, определении успехов или неудач проводимой политики здравоохранения, оценке текущих потребностей и составлении планов и прогнозов на будущее.

В качестве базисного критерия нездоровья при оценке ожидаемой продолжительности здоровой жизни ВОЗ выбрала показатель инвалидности. Это связано с тем, что во второй половине XX века многие страны провели национальные обследования инвалидности, сбор данных в которых стандартизирован на основе концепции последствий заболеваний и травм, изложенной в классификации ICI DN (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps)³⁴.

Характеристики инвалидности являются самыми надёжными и достоверными статистическими данными о состоянии здоровья населения. Данные ста-

³¹ Sanders B. Measuring community health levels / American journal of public health. – 1964. – № 54. – p. 1063 – 1070.

³² Sullivan D. A single index of mortality and morbidity. / HSMHA health report. – 1971. – № 86. – p. 347 – 354.

³³ Robine J.M., Romieu I., Cambois E. Health expectancy indicators // Bull. World Health Organ. – 1999. – № 2. – P. 181 – 185.

³⁴ Там же.

тики социального обеспечения содержат сведения о числе лиц, получающих пенсию в связи с инвалидностью, о числе вновь назначенных пенсий по инвалидности и впервые признанных инвалидами. Признание человека инвалидом, т.е. устойчиво нетрудоспособным, – юридический акт, а потому статистика инвалидности намного надёжнее, чем статистика заболеваемости. Значительное число исследований в развитых странах посвящено оценкам продолжительности жизни с учётом инвалидности представителей различных социальных групп. Основная закономерность при сравнении показателей связана с тем, что различия в продолжительности жизни без инвалидности представителей данных групп оказываются значительно большими, нежели в случае, когда анализируется только смертность. Однако статистические отчёты в России, к сожалению, не содержат сведений о распределении инвалидов по возрасту и полу. Поэтому, как и общий коэффициент заболеваемости, данные о числе инвалидов мало информативны³⁵.

Начиная с 60-х годов, интегральные показатели здоровья стали активно применяться при мониторинге здоровья населения США, Японии и Европы. Показатели ожидаемой продолжительности здоровой жизни (ОПЗЖ) активно используются ВОЗ и его подразделением в Европейском союзе для мониторинга ситуации в сфере здоровья. Исследований здоровья населения России с применением показателей ОПЗЖ намного меньше, чем за рубежом, и они начали появляться только с конца 90-х годов XX века.

С начала XXI века ВОЗ включила показатель ожидаемой продолжительности жизни без инвалидности в систему показателей мониторинга деятельности систем здравоохранения и публикует его в своём ежегодном докладе «О состоянии здравоохранения в мире» по всем странам.

В России, как уже было отмечено ранее, исследования здоровья населения в качественном аспекте мало распространены. Оценка ОПЗЖ населения России в состоянии инвалидности была проведена Ю.Н. Комаровым,

³⁵ Человеческое развитие: новое измерение социально-экономического прогресса. Учебное пособие под общей редакцией проф. В.П. Колесова (экономический факультет МГУ), 2-е издание, дополненное и переработанное. – М.: Права человека, 2008. – С. 221.

С.П. Ермаковым и А.Е. Ивановой в 1997 г.³⁶. Если рассматривать зарубежные публикации по России, часть из них посвящена анализу ОПЗЖ в сравнительном контексте. Так, в статье Мартина Бобака изучаются различия в ОПЗЖ между Россией и Швецией с применением показателей недееспособности и самооценки здоровья³⁷. В статье Андреева и др. проведён расчёт продолжительности здоровой жизни населения России в сравнении со странами Западной и Восточной Европы на основании таблиц смертности и самооценок здоровья в 1995 г.³⁸. В данной работе было показано, что Россия значительно уступает странам Западной и Восточной Европы по показателям ОПЗЖ. С помощью метода декомпозиции было показано, что среди мужчин в различия ОПЗЖ между Россией и странами Западной Европы наибольший вклад вносит повышенная смертность в средних возрастах, среди женщин – плохое здоровье по самооценке в старших и пожилых возрастах.

Исследование ожидаемой продолжительности здоровой жизни также было осуществлено А. Рамоновым на основании данных таблиц смертности населения России в 2004 г. и данных общероссийских репрезентативных опросов РМЭЗ (Российский мониторинг экономики и здоровья, общероссийское лонгитюдное обследование социально-экономического положения домохозяйств, которое проводится в России начиная с 1992 года) и РидМиЖ («Родители и дети, мужчины и женщины в семье и обществе»³⁹).

Исследования ожидаемой продолжительности жизни без инвалидности в разных странах показали, что стратификация по уровню образования и социально-экономическому положению выявляет более существенную дифференциацию показателей ожидаемой продолжительности жизни без инвалидности, чем различия, обусловленные полом и цветом кожи. Так, в Канаде ожидаемая продолжительность жизни самой богатой части населения по сравнению с бед-

³⁶ Комаров Ю.Н. Продолжительность жизни населения России с учётом инвалидности: динамика, региональные аспекты, основные причины потерь / Ю.Н. Комаров, С.П. Ермаков, А.Е. Иванова. – М.: 1997.

³⁷ Bobak M., Kristensen M. Marmot M., Life span and disability: a cross sectional comparison of Russian and Swedish community based data. *BMJ*, doi:10.1136/bmj.38202.667130.55. 2004

³⁸ Андреев Е.М. Продолжительность здоровой жизни / Е. М. Андреев, В. М. Школьников, М. Макки // Вопросы статистики. – 2002. – № 11. – С. 16-21.

³⁹ Рамонов А. Ожидаемая продолжительность здоровой жизни в России / А. Рамонов // Демоскоп Weekly. – 2011. – № 463 – 464. // <http://www.demoscope.ru/weekly/2011/0463/tema01.php>

нейшей больше на 6,3 года, а ожидаемая продолжительность жизни без инвалидности – на 14,3 года. Установлено также, что по мере ухудшения социального статуса населения ожидаемая продолжительность жизни без инвалидности снижается значительно в большей степени, чем ожидаемая продолжительность жизни⁴⁰.

Сейчас в развитых странах положение коренным образом изменилось. В связи с увеличением в составе населения лиц пожилого возраста, страдающих различными хроническими заболеваниями, не приводящими в течение многих лет к летальному исходу, случаи заболеваний не имеют тесной связи со случаями смерти. Сегодня больной человек может долго жить, и в целом смертность может снижаться при одновременном возрастании показателей заболеваемости и накоплении контингентов хронически больных. С общечеловеческих, гуманистических позиций продление любой жизни – огромное благо. Тем более что достижения медицинской науки помогают восстанавливать здоровье при таких заболеваниях, которые раньше считались неизлечимыми. Поэтому показатель средней ожидаемой продолжительности жизни в состоянии здоровья (без инвалидности) остаётся одним из главных при оценке качества здоровья.

1.2. Факторы формирования здоровья на современном этапе эпидемиологического перехода

Здоровье невозможно оценить в отрыве от социальной экономики, от условий и возможностей человеческой жизнедеятельности, той конкретной среды, в которой находится человек. Общественное здоровье как интегральное качество системы общественных отношений, условий и образа жизни всесторонне раскрывается только с помощью системного подхода⁴¹. Поэтому наряду с оценкой здоровья населения важной задачей исследования выступает характеристика факторов, влияющих на его состояние.

⁴⁰ Robine J.M., Romieu I., Cambois E. Health expectancy indicators // Bull. World Health Organ. – 1999. – № 2. – P.181–185.

⁴¹ Юрьев В.К. Здоровье населения и методы его изучения: учеб. пособие / В.К. Юрьев. – СПб., 1993.

Здоровье является понятием многомерным, определяется широким кругом факторов, в том числе социально-культурных, экономических и политических, и отражает практически все процессы, происходящие в обществе и окружающей среде.

Многие факторы влияют на здоровье и благополучие отдельных людей и местных сообществ в целом. Эти влияния могут быть позитивными или негативными. Такие факторы называются определяющими или детерминантами здоровья. Среди факторов, влияющих на здоровье, есть такие, которые находятся вне сферы влияния человека, например, возраст, пол, наследственность. В то же время существуют факторы, которые люди могут контролировать, например, факторы образа жизни.

Классической теорией, объясняющей эволюцию общественного здоровья и его определяющих факторов на всем протяжении существования человечества, является предложенная Абделем Омраном в 1971 г. концепция эпидемиологического перехода. Стимулом для развития этой теории явилось признание недостатков теории демографического перехода и необходимости комплексного подхода к изучению динамики населения.

Основой классической модели эпидемиологического перехода была эволюция смертности в европейских странах. Эпидемиологический переход начался в Западной Европе в конце XVIII века и набирал там силу в течение всего XIX столетия. В XX же столетии он распространился на весь мир и, несмотря на огромное разнообразие условий и факторов, влияющих на здоровье населения в разных странах, придавал закономерным изменениям единую направленность. Эта единая направленность проявляется в сходной динамике показателей смертности и продолжительности жизни, характеристик уровня здоровья, в однотипных изменениях структуры медицинской патологии, причин смерти, наиболее опасных патогенных факторов⁴².

⁴² Демографическая модернизация России, 1900 – 2000 / Под ред. А.Г. Вишневого. – М.: Новое издательство. – 2006. – С. 257.

Суть эпидемиологического перехода заключается в том, что по достижении тем или иным обществом определённого достаточно высокого уровня развития начинается быстрая, по историческим меркам, смена одного типа патологии, определяющей характер заболеваемости и смертности населения, другим её типом, одной структуры болезней и причин смерти – другой.

А. Омран выделил три этапа эпидемиологического перехода:

1. Период эпидемий и голода, который характеризуется высоким уровнем и колебаниями смертности. В этот период средняя продолжительность жизни находится на низком уровне и колеблется от 20 до 40 лет.

2. Период снижающейся пандемии, который характеризуется постепенным снижением смертности, причём темпы снижения ускоряются по мере того, как пики эпидемий становятся менее частыми и исчезают. Средняя продолжительность жизни неуклонно возрастает с 30 до 50 лет. Главным образом это происходит в связи с повышением в середине XIX века санитарно-гигиенических норм, роли медицины и возможностей промышленности.

3. Период дегенеративных и профессиональных заболеваний, характеризующийся дальнейшим снижением смертности, которая стабилизируется на сравнительно низком уровне. Увеличивается продолжительность жизни и показатель среднего возраста смерти. Быстрый промышленный рост приводит к значительному ухудшению экологии, а рост городов – к отрыву человека от природы и росту психологических нагрузок и стрессов. Ведущую роль приобретает фактор развития медицины. Возрастает роль профилактики, борьбы за здоровый образ жизни.

В 1986 г. S.J.Olshansky и A.B.Ault развили теорию эпидемиологического перехода, добавив четвёртую стадию, на которой сейчас население постиндустриальных стран⁴³.

4. Период отложенных (или отсроченных) дегенеративных заболеваний – в это время актуальными остаются те же заболевания, которые определяли тре-

⁴³ Olshansky S.J., Ault A.B. The fourth stage of the epidemiologic transition: the age of delayed degenerative diseases // *Milbank Quarterly*. – 1986. – № 3. – P. 64.

тью стадию эпидемиологического перехода, но смерть от них наступает в гораздо более старших возрастах: в молодых возрастах смертность является уже очень низкой, в пожилых – наблюдается ее быстрое снижение, массовые смерти переносятся в самые старшие возраста. Как следствие, ожидаемая продолжительность жизни при рождении продолжает расти, хотя и не так существенно, как на ранних стадиях эпидемиологического перехода⁴⁴.

В период заболеваний и голода основными детерминантами смертности были мальтузианские «объективные сдерживающие факторы», а именно: эпидемии, голод и войны. Исследования Граунтом лондонских отчётов о смертности в середине XVII столетия показывают, например, что почти 3/4 всех смертей приходилось на инфекционные заболевания, недоедание и гинекологические осложнения, на сердечно-сосудистые заболевания и рак попадало менее 6% смертей⁴⁵.

Расчёты ООН, послужившие основой для исчисления нарастающих долей причин смертности для последовательных уровней продолжительности предстоящей жизни, показывают, что по мере её удлинения происходит существенное изменение показателей заболеваемости. По мере удлинения продолжительности предстоящей жизни уменьшалось число случаев инфекционных заболеваний при одновременном увеличении случаев дегенеративных заболеваний. После Первой мировой войны эта тенденция прослеживалась более чётко, а после 1945 г. чрезвычайно возросла смертность от сердечно-сосудистых заболеваний. Этот сдвиг от инфекционных к дегенеративным заболеваниям наиболее чётко прослеживается на примере Японии, в которой произошёл процесс ускоренного перехода, занявший всего несколько десятилетий.

Детерминанты перехода от инфекционных к дегенеративным заболеваниям представляют сложное явление. Выделяется большое число факторов эпидемиологического перехода, влияющих на уровень смертности и продолжительность жизни. Как следствие, существуют их многочисленные классифика-

⁴⁴ Семёнова В.Г. Обратный эпидемиологический переход в России / В.Г. Семёнова. – М.: ЦСП. – 2005. – С. 5.

⁴⁵ Омран А.Р. Эпидемиологический аспект теории естественного движения населения / А.Р. Омран // Проблемы народонаселения. О демографических проблемах стран Запада. – М.: Прогресс. – 1977. – С. 57 – 91.

ции, по-разному расставляющие акценты и выделяющие различные аспекты воздействий на здоровье и продолжительность жизни людей (табл. 1).

Таблица 1

Классификации факторов эпидемиологического перехода

Автор классификации	Группа факторов
А.Р. Омран	<ul style="list-style-type: none"> - экобиологические (состояние окружающей среды, наличие возбудителей болезни, особенности иммунной системы человека) - социально-экономические, политические, культурные (уровень и образ жизни, питание, гигиена и т. п.) - медицинские (санитария, лечебные и профилактические мероприятия)
В.А. Борисов	<ul style="list-style-type: none"> - уровень жизни населения - эффективность служб здравоохранения - санитарная культура общества
В.Г. Семёнова	<ul style="list-style-type: none"> - экономические - социальные - медицинские

В частности, А. Омран выделяет следующие группы факторов эпидемиологического перехода: экобиологические, социокультурные, медицинские. Указав эти детерминанты, А.Омран не конкретизировал значимость каждой из них на разных этапах эпидемиологического перехода. Между тем этот вопрос является ключевым для понимания механизмов движущих сил эпидемиологического развития. Классификация В. А. Борисова несколько отличается от классификации Омрана. Однако во всех возможных классификациях можно увидеть нечто общее. Все они так или иначе выделяют факторы как бы внешние по отношению к человеку и недоступные его непосредственному контролю и факторы, связанные с его образом жизни и поведением, которые он может так или иначе контролировать.

В основе теории эпидемиологического перехода лежит разделение смертности на эндогенную и экзогенную составляющие, исходя из дихотомии факторов (воздействий), определяющих уровень смертности. Сама классификация принадлежит французскому демографу Ж. Буржуа-Пиша⁴⁶. Экзогенные причи-

⁴⁶ Философия здоровья. Отв. ред. А.Т.Шаталов. – М.: ИФ РАН, 2001. – С. 24.

ны смертности (т.е. внешние по отношению к организму воздействия природной и социальной среды) сравнительно легко поддаются воздействию: санитарно-гигиеническим и профилактическим мероприятиям, массовым вакцинациям и др.). Эндогенные (онтобиологические) причины связаны с естественным процессом развития и старения организма или же имеют наследственно-генетическую природу.

Остановимся подробнее на механизме воздействия экзогенных факторов на уровень смертности. Уровень смертности в поколении в некоторый достаточно короткий промежуток времени определяется конкретными условиями жизни населения и характеристиками здоровья, уровнем жизнеспособности его членов. Исходя из этого, поколения с разным уровнем жизнеспособности, живущие в одних и тех же условиях, будут отличаться и уровнем смертности. Верно и обратное утверждение: поколения с одинаковым уровнем жизнеспособности, но живущие в различных конкретных условиях, также различаются уровнем смертности. В свою очередь жизнеспособность поколения определяется биологическими характеристиками его членов при рождении и конкретными условиями жизни от момента рождения до рассматриваемого периода.

Возрастное снижение жизнеспособности происходит как в результате естественного (эндогенного) старения, так и под действием экзогенных воздействий. Смертность под действием накопленных внешних воздействий во многом, в частности по причинам смерти, сходна с эндогенной смертностью, что даёт основание ввести понятие квазиэндогенной смертности. Таким образом, общая смертность может быть разделена на три составляющие: чисто экзогенная смертность, чисто эндогенная смертность и квазиэндогенная смертность. Можно допустить, что во взрослых и старческих возрастах эндогенная смертность есть результат «естественного» старения, а квазиэндогенная смертность отражает преждевременное, патологическое старение.

В структуре «старой» патологии очень важное место занимали инфекционные и паразитарные болезни, туберкулёз, болезни, связанные с недоеданием и т.п. В этиологии этих болезней решающая роль принадлежит экзогенным,

внешним по отношению к организму человека факторам, заболеть ими может абсолютно здоровый и вполне жизнеспособный человек в цветущем возрасте. В то же время болезни, обусловленные преимущественно эндогенными факторами, снижением жизнеспособности организма вследствие его естественного старения, встречались гораздо реже. В частности, намного более редкими, чем сейчас, были заболевания системы кровообращения, причём внутри этого класса болезней ревматические (сильно зависящие от экзогенных, средовых факторов) заболевания всегда преобладали над атеросклеротическими. Структуре заболеваемости соответствовала и структура причин смерти, в ней явно преобладали экзогенно обусловленные причины.

В структуре «новой» патологии на первое место выходят заболевания и причины смерти, обусловленные преимущественно эндогенными факторами, связанными с естественным старением человеческого организма, возрастным снижением его жизнеспособности, сопротивляемости неблагоприятным внешним воздействиям. Прежние болезни острого действия, имевшие чаще экзогенную природу и поражавшие людей всех возрастов, особенно детей, замещаются хроническими болезнями преимущественно эндогенной этиологии, прежде всего болезнями сердечно-сосудистой системы либо онкологическими заболеваниями, обусловленными в основном влиянием канцерогенных факторов накапливающегося действия («квазиэндогенные» факторы). Эти болезни и выступают в новых условиях в качестве ведущих причин смерти⁴⁷.

Таким образом, изменения, происходящие в состоянии здоровья населения (снижение смертности и рост продолжительности жизни) – это системная реакция общества на всю совокупность экономических, социальных и прочих изменений.

Экономические, социальные, культурные перемены воздействуют на уровень смертности и продолжительности жизни не непосредственно, а через изменение структуры причин смерти. Коренная перестройка этой структуры, со-

⁴⁷ Демографическая модернизация России, 1900 – 2000 / Под ред. А.Г. Вишневого. – М.: Новое издательство. – 2006. – С. 258.

ставляющая суть эпидемиологического перехода, служит главным механизмом, опосредующим влияние всесторонней трансформации общества на уровень смертности.

Будучи общемировым процессом и в то же время составной частью демографической модернизации любого общества, эпидемиологический переход развернулся в XX веке и в России. Понадобились десятилетия борьбы с инфекционными заболеваниями, развитие медицинской науки и медицинского образования, повышение гигиенической культуры населения, массовая вакцинация, создание фармацевтической промышленности, строительство больниц, резкое увеличение числа врачей и среднего медицинского персонала.

Эти изменения сделали возможной модернизацию структуры смертности в России. Произошли глубокие изменения в структуре всех предопределяющих факторов и причин смертности. За истекшее столетие тип патологии и структура причин смерти в России коренным образом изменились. Причиной преобладающего числа смертей стали хронические недуги, прежде всего болезни сердечно-сосудистой системы либо онкологические заболевания, свойственные чаще всего людям старших возрастов и имеющие преимущественно эндогенную и квазиэндогенную детерминацию (табл. 2). Соответственно, к старшим возрастам сдвинулась и смертность, вследствие чего резко увеличилась продолжительность жизни. Это увеличение стало результатом больших экономических усилий, развития современной системы здравоохранения, санитарно-эпидемиологических служб и т.д.

В период с 1965 по 1989 г. среди населения старших возрастов смертность от инфекционных болезней снизилась более чем в 4 раза (табл. 2). В то же время произошёл рост смертности от новообразований, болезней системы кровообращения, травм и отравлений. Однако, как отмечают некоторые исследователи, эпидемиологический переход в России с начала 90-х приостановился. В.Г. Семёнова говорит, что происшедшие экономические и социальные изменения в стране привели к обратному эпидемиологическому переходу, выразившемуся в деградации здоровья подавляющего большинства населения.

Изменение структуры смертности российского населения старших возрастов
(на 100 тыс. населения)

Причины смерти	Мужчины				Женщины			
	1965 г.	1984 г.	1989 г.	1989 г. к 1965 г., в %	1965 г.	1984 г.	1989 г.	1989 г. к 1965 г., в %
Все причины	6674,3	7632,9	6995,5	104,8	4213,1	4635,3	4285,1	101,7
Инфекционные болезни	179,8	54,5	41,4	23,0	42,8	12,2	9,2	21,5
Новообразования	1267,2	1224,6	1343,3	106,0	627,2	524,7	560,9	89,4
Болезни системы кровообращения	3839,9	5019,6	4450,9	115,9	2870,0	3591,0	3231,7	112,6
Травмы и отравления	189,0	311,6	247,0	130,7	65,7	112,9	100,9	153,6

Источник: Семёнова, В.Г. Обратный эпидемиологический переход в России / В.Г. Семёнова. – М.: ЦСП. – 2005. – С. 191.

Мировой опыт показывает, что при всех различиях конкретных путей модернизации структуры причин смерти в различных странах прослеживается общая закономерность, заключающаяся в последовательном вытеснении экзогенных детерминант смертности эндогенными. В результате процесс вымирания поколений становится всё более тесно связанным с возрастом: смерти от каждой причины всё меньше «размываются» по всем возрастам и всё больше концентрируются в старших возрастных группах, где естественное ослабление жизнеспособности делает организм более уязвимым по отношению к любой причине смерти. Отсутствие такой концентрации – признак недостаточной продвинутой по пути эпидемиологического перехода. Как отмечает А.Г. Вишневский, именно эта черта свойственна современной российской смертности и с необыкновенной ясностью проявляется при сравнении со смертностью в большинстве промышленно развитых стран, где эпидемиологический переход начался раньше и продвинулся намного дальше, чем в России.

Так, в возрастных группах от 15 до 29 лет и от 30 до 44 лет стандартизованный коэффициент смертности в России по данным на 2009 г. был выше, чем в странах Европейского Союза, в 4 – 5 раз (рис. 1). В странах ЕС, несмотря на более низкие значения, смертность в группе старше 75 лет в пять раз превышала смертность группы 60 – 74, тогда как в России – в 3,5. Это показывает, что в

России действительно смертность сильнее рассеивается по возрастным группам, следовательно, она меньше продвинулась по пути эпидемиологического перехода по сравнению с западноевропейскими странами.

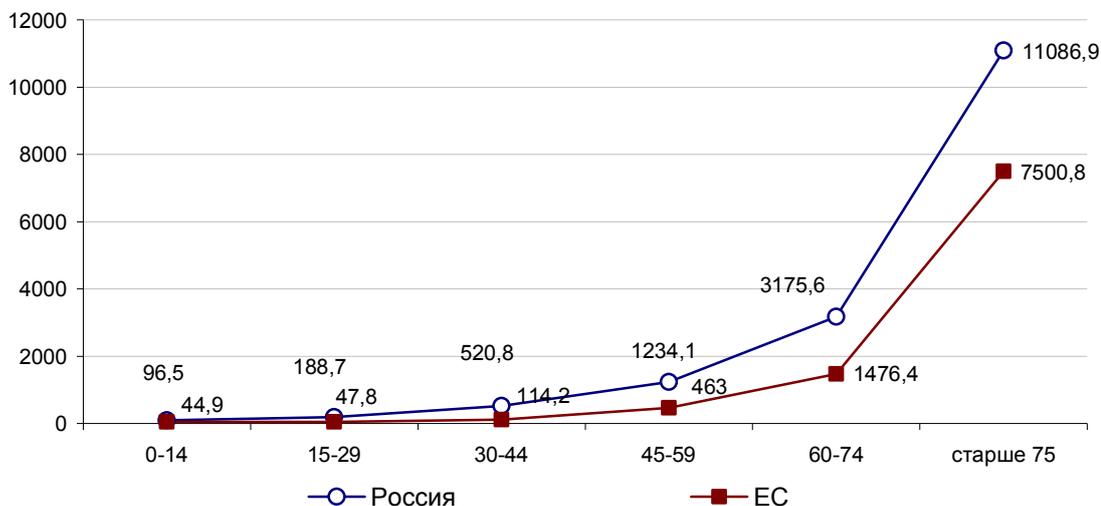


Рис. 1. Смертность населения России и стран Европейского Союза по возрастным группам, число умерших на 100 тыс. человек населения, 2009 г.
 Источник: European mortality database (MDB) // <http://data.euro.who.int/hfamdb/>

В настоящее время борьба со смертностью все более связана с успехами медицины и деятельностью высокоэффективной и развитой системы здравоохранения. На основе дозированных физических нагрузок, рационального питания и вообще «здорового» образа жизни в сочетании с медикаментозным лечением существенно снижается смертность пожилых людей. Невиданные ранее успехи достигаются в лечении врожденных заболеваний, начинается массовое выхаживание детей, родившихся при малом сроке беременности. Рост продолжительности жизни сегодня рассматривается как норма демографической динамики. В то же время погоня за долголетием начала быстро ухудшать качество жизни престарелых. Усердствующая медицина стала буквально загонять всё большее число старых людей в стадии глубокой предсмертной инвалидности: беспомощности и беспомысленности.

По мнению С.А. Томилина, опыт западных стран свидетельствует о том, что ко времени второй эпидемиологической революции система здравоохранения и население как бы меняются местами – инициатива переходит к населению, поскольку причины сегодняшних заболеваний часто лежат вне зоны влия-

ния медицины: в питании, в окружающей среде, в привычках, в поведении, в стиле жизни. Соответственно и новая стратегия борьбы со смертью требует, чтобы на смену пассивному принятию проводимых органами здравоохранения мер пришла заинтересованная индивидуальная активность самого населения, направленная на оздоровление среды обитания, всего образа жизни, заботу о своём здоровье, искоренение вредных и внедрение полезных привычек и т.п.⁴⁸.

В современном мире значительное влияние на здоровье и демографическое развитие оказывают процессы глобализации и урбанизации. Урбанизация определяется как исторический процесс повышения роли городов и городского образа жизни в развитии общества, который вызывает социально-экономические преобразования города на основе интенсивного развития индустрии, транспорта, жилищного строительства, массовых коммуникаций, отраслей обслуживания путём распространения городского образа жизни, городской иерархии ценностей⁴⁹. По оценкам ВОЗ, в XXI веке в связи с этими процессами темп изменений факторов, влияющих на здоровье населения, ускорится и будет нарастать.

По данным ООН, тридцать лет назад в городах проживало около 38% мирового населения, в 2008 г. эта цифра уже превысила 50% и составила 3,3 млрд. человек. В настоящее время почти половина всех городских жителей живут в городах с населением от 100 000 до 500 000 человек. Эксперты ООН считают, что к 2030 г. в городах будет проживать примерно 5 млрд. человек, к 2050 г. горожан будет вдвое больше, чем сельских жителей. Однако существуют прогнозистические данные о том, что при достижении 75 – 80% городского населения в мире процесс урбанизации пойдёт на убыль⁵⁰. В России почти всё население станет городским уже к 2025 г. После 2025 г., полагают в ООН, в России начнётся обратный процесс – отток населения из городов, и к 2050 г. в них будет жить не более 88,7% граждан⁵¹.

⁴⁸ Томилин С.А. Проблема рождаемости / Томилин С.А. // Демография и социальная гигиена. – М.: Статистика. – 1973.

⁴⁹ Пивоваров Ю.Л. Современная урбанизация. – М., 1994. – С. 21.

⁵⁰ Шепелин О.П. Урбанизация и здоровье. – М.: Знание, 1991. – С. 4.

⁵¹ Доклад ООН о перспективах урбанизации населения планеты // <http://www.ruslife.ru/patrol/statistics/2897.smx>

Исследователи отмечают связь социального капитала (капитала сообщества) и здоровья с местом проживания населения. В некоторых случаях место проживания само может являться капиталом: развитая инфраструктура, близость медицинских учреждений, наличие коммуникаций (телефон, дороги). Британские учёные на основе данных нескольких исследований доказали, что здоровье зависит от социального капитала, уровень которого в свою очередь зависит от места жительства индивида⁵². Формирование здоровья населения и отдельного индивида зависит от места проживания (город или сельская местность), а также от его характеристик. Здоровье зависит от величины населённого пункта, плотности населения, разнообразия и сложности застройки, от условий жизни, которые в свою очередь формируются муниципальными, национальными и глобальными направлениями развития (trends)⁵³.

Городская среда, становясь местом проживания всё большего количества людей, оказывает двоякое воздействие на их здоровье. В крупных городах переплелись как положительные, так и отрицательные стороны научно-технического прогресса и индустриализации. С одной стороны, в городах в силу лучших социально-экономических условий показатели здоровья выше, чем в сельской местности. С другой стороны, городское население подвержено большому количеству рисков, являющихся издержками урбанизации. Современный город – это большая концентрация людей, постоянное воздействие урбанизированного и индустриализированного окружения на повседневный быт и образ жизни. Процессы урбанизации и индустриализации приводят к загрязнению окружающей среды. Социальные условия, информационные и интеллектуальные перегрузки вызывают у горожан психическую усталость, эмоциональные стрессы. Стресс может служить патогенетической основой невротических, сердечно-сосудистых, эндокринных и других заболеваний, количество которых в последнее время непрерывно возрастает. В крупных городах человеческий организм затрачивает больше сил на сопротивление внешним воздействиям. С

⁵² Mohan J., Twigga L., Barnarda S., Jonesb K. Social Capital, Geography and Health: a Small-Area Analysis for England // Social Science and Medicine. – 2005. – № 60. – P. 1267–1283.

⁵³ Galeaa S., Freudenbergc N., Vlahova D. Cities and Population Health //Social Science and Medicine. – 2005. – № 60. – P. 1017–1033.

возрастом негативное воздействие техногенных факторов, распространённых на урбанизированных территориях, накапливается и снижает сопротивляемость человеческого организма. Таким образом, городское население всё больше подвергается квазиэндогенным причинам смертности.

Ввиду того, что процессы глобализации в первую очередь затрагивают жизнь и деятельность городского населения, повышая его возможности в сохранении здоровья и увеличении продолжительности жизни, многие учёные отмечают большую продвинутость городского населения по пути эпидемиологического перехода⁵⁴. Современные технологии, в том числе медицинские, появляясь и находя своё распространение в крупных и крупнейших городах, способствуют также снижению младенческой смертности, лечению генетических заболеваний.

Таким образом, территория, формируя комплекс условий проживания человека, обуславливает состояние его здоровья. Крупные города, обладая развитой инфраструктурой, услугами здравоохранения, обеспечивая более высокий уровень жизни, предоставляют населению возможность прожить дольше. Рост продолжительности жизни в состоянии инвалидности и, соответственно, сокращение её доли в здоровом состоянии стали современной общемировой тенденцией, в первую очередь характерной для высокоурбанизированных территорий, которые первыми воспринимают влияние глобализационных процессов и имеют более высокий уровень развития по сравнению с сельскими территориями. Рост продолжительности жизни означает, что всё большая часть населения доживает до пожилых и старческих возрастов с характерными для этих возрастов хроническими заболеваниями и сопутствующими ограничениями жизнедеятельности.

В развитых странах на фоне роста продолжительности жизни и углубления процесса старения населения объективно растёт число лиц с ограничениями жизнедеятельности вследствие нарушений здоровья, прежде всего обуслов-

⁵⁴ А.Г. Вишневский. Демографическая модернизация России, 1900 – 2000. Под ред. А.Г. Вишневского. – М.: Новое издательство, 2006. – С. 300.

ленных возрастом. В России же процесс старения замедлен высокой смертностью, поэтому увеличение сроков жизни в состоянии инвалидности связано не столько с естественным возрастным ростом числа инвалидов, сколько с омоложением инвалидности, в том числе с ухудшением здоровья населения молодых и средних возрастов⁵⁵.

Таким образом, изменение качества популяционного здоровья не изолированный процесс. Он теснейшим образом связан с общим поступательным развитием человечества. С развитием общества изменяется набор факторов, его детерминирующих: исчезают одни, появляются другие. Экзогенные факторы сменяются эндогенными и квазиэндогенными. Улучшаются условия жизни, совершенствуются технологии, которые облегчают труд и быт людей, появляются возможности излечения ранее смертельных заболеваний и одновременно повышается уровень здоровья населения. Вместе с тем появляются всё новые факторы риска для здоровья и благополучной жизнедеятельности населения, и в первую очередь они затрагивают урбанизированные территории.

II. ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ УРБАНИЗИРОВАННЫХ ТЕРРИТОРИЙ

2.1. Трансформация структуры и качества современного городского населения

Место проживания является одним из важнейших факторов, оказывающих влияние на социальное самочувствие и здоровье населения. Условия человеческой жизнедеятельности, та конкретная среда, в которой находится человек, играют определяющую роль в формировании комплекса субъективных факторов, влияющих на здоровье. Городская или сельская местность, крупный мегаполис или небольшой провинциальный городок – особенности этих поселений во многом определяют характер жизнедеятельности, качество и образ жизни людей, которые непосредственно сказываются на здоровье их жителей.

⁵⁵ Иванова А.Е. Продолжительность жизни, свободной от инвалидности, в России и за рубежом: проблемы сравнительного анализа // Социологические исследования. – 2002. – № 12. – С. 80 – 89.

Стремительный переход от сельского образа жизни к городскому, наблюдавшийся на протяжении всего XX века, привёл к значительному росту численности населения урбанизированных территорий. В процессе исторического развития человеческого общества город непрерывно изменял свою структуру, функции, характер и превратился в место, где протекает жизнь и деятельность значительной части современного человечества.

В большинстве европейских стран три четверти населения является городским и рост доли городского населения продолжается до настоящего времени (табл. 3). В то же время следует отметить, что в большинстве западноевропейских стран ещё в XX веке начался процесс субурбанизации (рост и развитие пригородной зоны крупных городов).

Таблица 3

Динамика удельного веса городского населения и населения старше 65 лет в общей численности населения европейских стран, 1970-2009 гг.

Страна	Показатель	год					2009 г. в % к 1970 г.
		1970	1980	1990	2000	2009	
Австрия	% городского населения	65,3	65,4	65,8	65,8	67,6	103,5
	% населения старше 65 лет	14,8	15,5	14,9	15,5	17,5	118,2
Финляндия	% городского населения	63,7	71,7	79,4	82,2	95,1	149,3
	% населения старше 65 лет	9,2	11,9	13,4	14,9	16,9	183,7
Великобритания	% городского населения	77,1	78,5	78,1	78,7	79,6	103,2
	% населения старше 65 лет	13	14,9	15,7	15,8	16,4	126,2
Португалия	% городского населения	38,8	42,8	47,9	54,4	60,7	156,4
	% населения старше 65 лет	9,7	10,5	13,4	16,2	17,8	183,5
Россия	% городского населения	62,5	69,8	73,4	73,4	73,2	117,1
	% населения старше 65 лет	н.д.	10,2	10	12,6	13,1	128,4
Швеция	% городского населения	81	83,1	83,1	84	84,7	104,6
	% населения старше 65 лет	13,7	16,3	17,8	17,3	17,9	130,7
Европейский регион	% городского населения	н.д.	64,9	67,7	68,5	70,4	108,5
	% населения старше 65 лет	н.д.	11,9	12,1	13,9	15,2	127,7
ЕС	% городского населения	68,9	70,4	71,5	н.д.	73,9	107,3
	% населения старше 65 лет	н.д.	13,2	13,8	15,7	17,3	131,1

Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://data.euro.who.int/hfad/shell_ru.html

В середине XIX в. лишь около 8% населения России проживало в городских поселениях⁵⁶. К 1940 г. численность городского населения перевалила за треть, а к середине 50-х годов она превысила половину населения. Менее чем за

⁵⁶ Белкина Т.Д. Россия – страна больших и малых городов // Демоскоп Weekly. – № 363 – 364. – 2009 г. <http://www.demoscope.ru/weekly/2009/0363/tema01.php>

100 лет Россия превратилась в страну городов и горожан, активно включившись в общемировой процесс урбанизации. На протяжении последних 20 лет доля городского населения России остаётся стабильной – 73%, что соответствует высокой степени урбанизации⁵⁷.

Однако ввиду большой протяжённости территории страны, различных климатических условий степень урбанизированности внутри страны значительно варьирует. Так, в Южном федеральном округе доля городского населения составляет чуть более 50% (пониженная степень урбанизации; классификацию см. в прил. 1), тогда как в Северо-Западном и Центральном превышает 80% (очень высокая степень урбанизации).

В то время как основная часть российских городов представлена малыми городами с числом жителей, не превышающим 50 тыс. человек, почти две трети городского населения проживает в больших городах с числом жителей от 100 тысяч и более, в том числе около четверти – в городах-миллионерах (рис. 1).

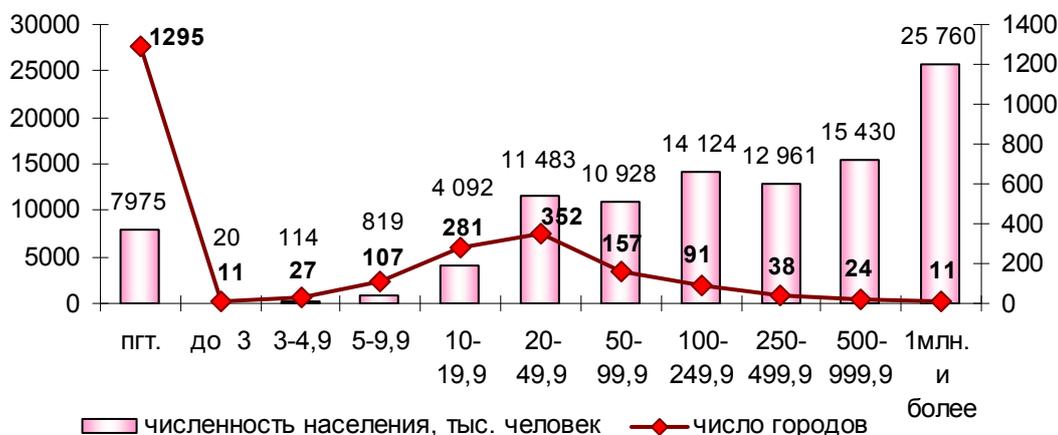


Рис. 1. Города и посёлки городского типа Российской Федерации по численности населения, на 1 января 2010 г.

Источник: Федеральная служба государственной статистики // <http://www.gks.ru>

В настоящее время ключевую роль в социально-экономическом развитии страны играют крупные города, формируя ведущие звенья системы расселения населения, образуя опорные точки расселения. При этом понятие «крупный город» не имеет однозначного определения. Оно многогранно и трактуется раз-

⁵⁷ Web-Атлас: «Окружающая среда и здоровье населения России» // <http://www.sci.aha.ru/ATL/ra13b.htm>

ными исследователями по-разному в зависимости от цели исследования. Градостроительный кодекс РФ к крупным городам относит города с численностью населения от 250 тыс. до 1 млн. человек⁵⁸. По данным на 1 января 2010 г., в городах России, имеющих численность свыше 250 тыс. человек, проживало более половины городского населения (53%) или 38% всего населения страны.

В российских городах сейчас сосредоточен основной потенциал развития страны: социально-демографический, финансовый, промышленный, инфраструктурный, интеллектуальный. В 2009 г. на долю городов – административных центров субъектов Российской Федерации приходилось более двух третей предприятий и организаций, треть населения, четверть оборота розничной торговли (табл. 4).

Таблица 4

Удельный вес административных центров субъектов РФ в основных социально-экономических показателях федеральных округов РФ, 2009 г., в %

Показатели	РФ	Федеральные округа						
		ЦФО	СЗФО	ЮФО	ПФО	УФО	СФО	ДФО
Численность населения	36,3	46,8	51,5	23,9	33,8	28,4	34,8	34,6
Число предприятий и организаций	66,6	75,5	80,2	48,4	61,8	60,8	79,0	60,4
Обрабатывающие производства	41,6	54,8	59,0	37,7	38,4	21,9	42,4	37,0
Производство и распределение электроэнергии, газа и воды	47,3	59,4	52,6	45,8	49,9	29,4	42,0	51,9
Строительство	31,4	56,4	61,7	21,2	26,0	10,9	22,0	21,6
Ввод в действие жилых домов	48,4	34,1	63,1	37,5	39,9	43,1	55,4	66,1
Оборот розничной торговли	26,0	57,0	53,2	12,2	16,4	18,1	15,1	10,3

Расчитано по: Регионы России. Основные социально-экономические показатели городов. 2010: стат. сб. / Росстат. – М., 2010; Регионы России. Основные характеристики субъектов Российской Федерации. 2010: стат. сб. / Росстат. – М., 2010.

Наибольшая концентрация экономических ресурсов, сосредоточенных в крупных городах, наблюдается в Центральном и Северо-Западном федеральных округах, для которых характерно наиболее сильное преобладание городского населения над сельским.

Резкий рост численности городского населения начался в России в начале XX в., и в 50-х гг. численность горожан превысила численность сельского насе-

⁵⁸ Градостроительный кодекс РФ от 29.12.2004 № 190 – ФЗ.

ления. В 1989 г. численность городского населения достигла своего максимума, и с начала 90-х наблюдается спад (рис. 2).

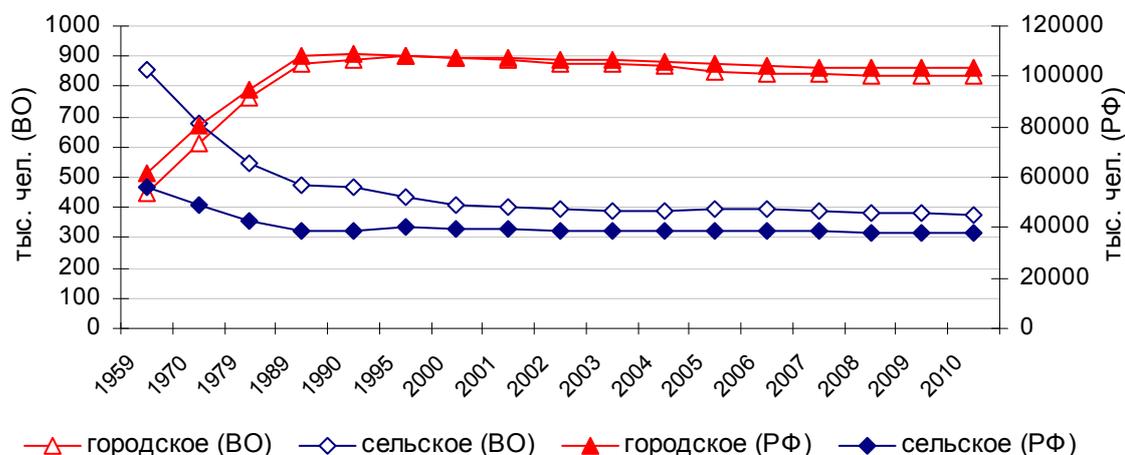


Рис. 2. Динамика изменения численности городского и сельского населения Вологодской области и Российской Федерации в 1970 – 2010 гг.

Источник: Федеральная служба государственной статистики // <http://www.gks.ru>

Процесс урбанизации оказал существенное влияние на интенсификацию всех процессов общественного развития, особенно в крупных городах. Не составили исключения и демографические процессы. С ростом городов произошла заметная трансформация структуры источников роста населения, усилилась роль миграции и, напротив, снизилась роль естественного прироста. Также для населения крупных городов стали характерны такие демографические процессы, как уменьшение среднего размера семьи, увеличение числа разводов, демографическое «старение» населения.

Статистические данные свидетельствуют о том, что с ростом доли городского населения в европейских странах шло увеличение доли населения старших возрастов (табл. 3). За период с 1970 по 2009 гг. в подавляющем большинстве западноевропейских стран доля населения в возрасте старше 65 лет выросла на 20 – 30% и составила 17 – 18% от общей численности населения. При этом, согласно критериям ООН, популяция, в которой доля лиц в возрасте 65 лет и старше превышает 7%, характеризуется как старая⁵⁹. В некоторых стра-

⁵⁹ Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008 год. – ВОЗ, 2008.

нах, например, Финляндии и Португалии доля населения старших возрастов увеличилась почти в два раза.

Старение населения приведёт к увеличению расходов в социальной сфере, увеличится показатель заболеваемости, так как бремя болезней ложится в основном на население старших возрастов. Значительно возрастёт показатель демографической нагрузки.

Несмотря на рост доли городского населения в России, численность его постепенно снижается. На современном этапе это характерно для многих российских городов. Так, за период с 1999 по 2009 г. в региональных центрах Северо-Западного федерального округа численность городского населения в абсолютном выражении уменьшилась на 260 тыс. человек (в среднем на 4%) (рис. 3). В то же время численность сельского населения снизилась на 205 тыс. человек (8%).

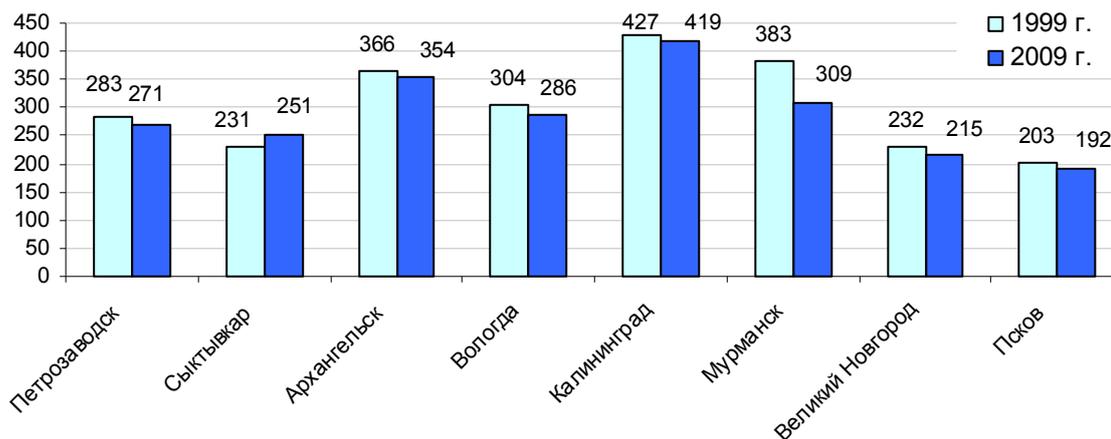


Рис. 3. Динамика численности населения региональных центров Северо-Западного федерального округа за период с 1995 по 2009 г. (тыс. человек)

Источник: Регионы России. Основные социально-экономические показатели городов. 2010: стат. сб. / Росстат. – М., 2010. – 396 с.

В целом по стране численность городского населения за период с 1999 по 2009 г. сократилась на 4348 тыс. человек (4%), сельского – на 1277 тыс. человек (3%). В связи с этим существуют экспертные утверждения о том, что предметом межгородской конкуренции в ближайшее время будут не инвестиции, а люди. В условиях, когда население страны ежегодно сокращается на сотни тысяч человек, для большинства городов участие в этой конкуренции окажется вопросом физического выживания. Когда человек станет «дефицитным ресур-

сом», между городами неизбежно развернётся жёсткое соперничество за него как носителя знаний, профессиональных навыков, опыта, творческих способностей⁶⁰.

Одним из типичных регионов России, имеющим повышенный уровень урбанизации, является Вологодская область. Территория области расположена в самом урбанизированном макрорегионе России – Северо-Западном федеральном округе. В области переход от преобладания сельского населения к городскому произошёл несколько позже, чем в целом по России, – в 60-е годы XX в. В начале 70-х городское население стало преобладать над сельским (рис . 2).

Столь резкий рост численности городского населения Вологодской области связан в первую очередь с развитием промышленности в регионе (1950-е годы – строительство металлургического завода в Череповце, 1946 г. – основан Вологодский машиностроительный завод, 1967 г. – Вологодский подшипниковый завод). На протяжении последних 20 лет доля городского населения в Вологодской области остаётся стабильной и составляет более двух третей населения (рис. 4).

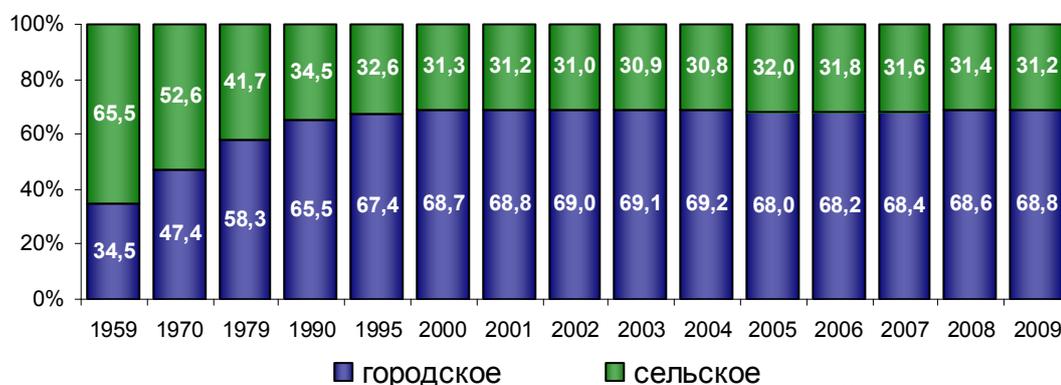


Рис. 4. Распределение городского населения Вологодской области по типам населённых пунктов, на 1 января 2010 г.

Источник: Демографический ежегодник Вологодской области: стат. сб. – Вологда, 2010.

По демографическим прогнозам, численность городского населения в регионе будет снижаться, однако его доля возрастёт, и в 2020-х гг. составит 71% населения⁶¹.

⁶⁰ Городской альманах. Вып. 3. – М.: Фонд «Институт экономики города», 2008. – С. 10.

⁶¹ Демографический ежегодник Вологодской области: стат. сб. – Вологда, 2010.

Городское население региона проживает в 15 городах и 9 посёлках городского типа. Подавляющее большинство (71%) городского населения области сосредоточено в двух крупных городах - Вологде и Череповце (табл. 5). Следует отметить, что население этих городов составляет половину жителей области.

Таблица 5

Распределение городского населения Вологодской области по типам городов, 2009 г.

Показатель	Всего	с числом жителей, тыс. человек					
		пгт	3 – 4,9	5 – 9,9	10 – 19,9	20 – 49,9	250 – 499,9
Число городов	15	9	1	4	6	2	2
Численность населения, человек	837691	61600	4 938	33 749	69 378	72 144	596 152
Доля населения, %	100	7,3	0,6	4,0	8,3	8,6	71,2

Источник: Демографический ежегодник Вологодской области: стат. сб. – Вологда, 2010.

Концентрация основной доли населения в городах привела к тому, что в крупнейших городах на 1 км² приходится по несколько тысяч населения, тогда как огромные площади России остаются незаселёнными. По данным на 2009 г., плотность населения в Москве составляла 9682 чел. на 1 км²,⁶² а в среднем по России – 8,3 чел на 1 км².⁶³

В Вологодской области крупные города, сосредотачивая в себе более половины населения региона и имея плотность населения примерно 2500 человек на 1 км², занимают лишь 0,1% территории⁶⁴.

Урбанизация, укоренение городского образа жизни оказали значительное влияние на демографическую ситуацию как в целом по России, так и в регионах: произошло резкое снижение рождаемости населения. Так, суммарный коэффициент рождаемости городского населения в период с 1990 по 2009 г. был ниже, чем сельского, примерно на 30% (рис. 5).

⁶² Регионы России. Основные социально-экономические показатели городов. 2010: стат. сб. / Росстат. – М., 2010.

⁶³ Демографический ежегодник России. 2010: стат. сб./ Росстат. – М., 2010.

⁶⁴ Города Вологодской области в цифрах. Основные социально-экономические показатели. 2000 – 2009: стат. сб. – Вологда, 2010.



Рис. 5. Суммарный коэффициент рождаемости городского и сельского населения России и Вологодской области

Источник: Федеральная служба государственной статистики // <http://www.gks.ru>

Взяв на себя функции культурно-символического воспроизводства предметной деятельности, города в процессе исторического развития стали утрачивать способность к демографическому развитию и воспроизводству самого человека. «Неспособность городского населения к собственному воспроизводству оказывается биологическим следствием комбинации факторов, заключённых в комплексе городской жизни, и падение рождаемости в целом можно считать одной из самых важных примет урбанизации западного мира»⁶⁵. Огромные возможности для самореализации и почти полностью искусственная среда крупных городов сами по себе оказывают не самое благоприятное влияние на мотивацию семьи, брака и детности. Даже вчерашние селяне, попав из больших деревенских изб в малогабаритные городские квартиры, очень быстро меняют свое репродуктивное поведение⁶⁶.

Начиная с 1990-х гг., в России наблюдается убыль населения, что характерно как для городской, так и для сельской местности. Составляющими компонентами изменения численности являются естественный и миграционный прирост. На протяжении последних десяти лет как в России, так и в Вологодской области наблюдается естественная убыль населения (табл. 6).

⁶⁵ Вирт Л. Урбанизм как образ жизни. /Вирт Л. Избранные работы по социологии: сб. переводов. Пер. с англ. – М. ИНИОН РАН, 2005. – С. 93 – 118.

⁶⁶ Пациорковский В.В. Сельско-городская Россия. – М.: ИСЭПН РАН, 2010. – С. 43.

Естественная убыль населения России и Вологодской области
(в расчёте на 1000 населения за год)

Год	Россия		Вологодская область	
	город	село	город	село
1990	2,2	2,3	2,6	-0,6
1995	-5,7	-5,6	-6,2	-10,6
2000	-6,3	-7,3	-5,3	-11,4
2005	-5,4	-7,4	-6,2	-12,9
2006	-4,4	-6,0	-4,1	-10,6
2007	-3,1	-3,8	-2,7	-8,0
2008	-2,4	-3,0	-2,5	-8,4
2009	-1,6	-2,4	-1,8	-8,4

Источник: Федеральная служба государственной статистики // www.gks.ru

Несмотря на то, что показатели естественной убыли в расчёте на 1000 населения в сельской местности выше, в абсолютном выражении естественная убыль населения в городах РФ в два раза превышает убыль населения в сельской местности (в 2009 г. -160 и -89 тыс. человек соответственно). В Вологодской же области убыль сельского населения преобладает как в относительном, так и в абсолютном выражении.

Одним из источников пополнения населения является миграция. В городской местности наблюдается устойчивое положительное сальдо миграции, тогда как в сельской – отрицательное. По данным на 2009 г., миграционный приток в городах Вологодской области составил 1,1 тыс. человек (в РФ 262 тыс. чел.), тогда как в сельской местности убыль – 1 тыс. человек (РФ – 2,6 тыс. чел.)⁶⁷.

Демографические процессы опосредуют экономическое развитие. Так, движение населения объективно отражается на основных показателях развития народного хозяйства, в том числе крупных городов. Тенденция снижения рождаемости автоматически сказывается на уменьшении предложения рабочей силы и ведёт к постепенному уменьшению темпа роста занятых, то есть в своей основе она имеет серьёзные экономические последствия. То же можно сказать о смертности, особенно лиц трудоспособного возраста.

⁶⁷ Федеральная служба государственной статистики // www.gks.ru

Существенное значение для экономического развития играет структура населения. Её центральным элементом является население в трудоспособном возрасте и его доля в общей численности населения. Низкий уровень рождаемости наряду с увеличением продолжительности жизни ведёт к старению городского населения.

В 2001 г. доля населения пенсионного возраста в крупных городах Вологодской области превысила долю населения младше трудоспособного возраста, и эта тенденция продолжает усиливаться (табл. 7).

Таблица 7

Состав населения крупных городов Вологодской области по возрастным группам, %

Возрастные группы	Год												Прирост
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	
МТВ	20,6	19,6	18,7	17,8	17,1	16,5	16,0	15,6	15,4	15,3	15,4	15,8	-23,3
ТВ	61,3	62,4	63,4	64,1	64,9	65,8	66,0	66,2	66,1	65,8	65,3	64,3	4,9
СТВ	18,1	18,0	18,0	18,1	18,0	17,7	18,0	18,1	18,5	18,9	19,3	19,9	9,9

(МТВ – моложе трудоспособного возраста, ТВ – трудоспособного возраста (мужчины 16 – 59 лет, женщины 16 – 54 лет), СТВ – старше трудоспособного возраста (мужчины 60 лет и старше, женщины 55 лет и старше)
Источник: Демографический ежегодник Вологодской области: стат. сб. – Вологда, 2010.

Несмотря на увеличение доли трудоспособного населения в крупных городах области, численность его за период с 2000 по 2009 г. сократилась почти на 5 тыс. человек. Снижение абсолютного показателя наблюдается и в группе населения, не достигшего трудоспособного возраста.

Сравнительно высокая доля населения, находящегося в трудоспособном возрасте, и относительно низкий удельный вес детей в крупных городах региона в немалой степени обусловлены спецификой формирования населения, где миграционный прирост (главным образом трудоспособного населения) постоянно преобладает над естественным приростом.

Таким образом, будучи генераторами научно-технического прогресса, квалифицированных кадров, крупные города снижают свой демографический потенциал. Имея низкие показатели рождаемости, города пополняют численность трудоспособного населения за счёт миграции. Ввиду этого социальные

задачи развития крупных центров страны должны органично сочетаться с принципами экономического развития территорий.

Высокая концентрация производства, транспорта, сбоя биоритмов (внутренних «часов» человека), возрастающая зависимость от техногенной среды и большое количество людей на сравнительно небольших территориях обостряют ряд проблем, важнейшей из которых является снижение потенциала здоровья. В то время как здоровье является обязательным условием для благосостояния и хорошего качества жизни, а также предпосылкой для устойчивого экономического роста.

Показатель ожидаемой продолжительности жизни, являясь интегральной оценкой состояния здоровья населения определённой территории, свидетельствует о том, что население городов живёт дольше по сравнению с сельскими жителями (рис. 6).

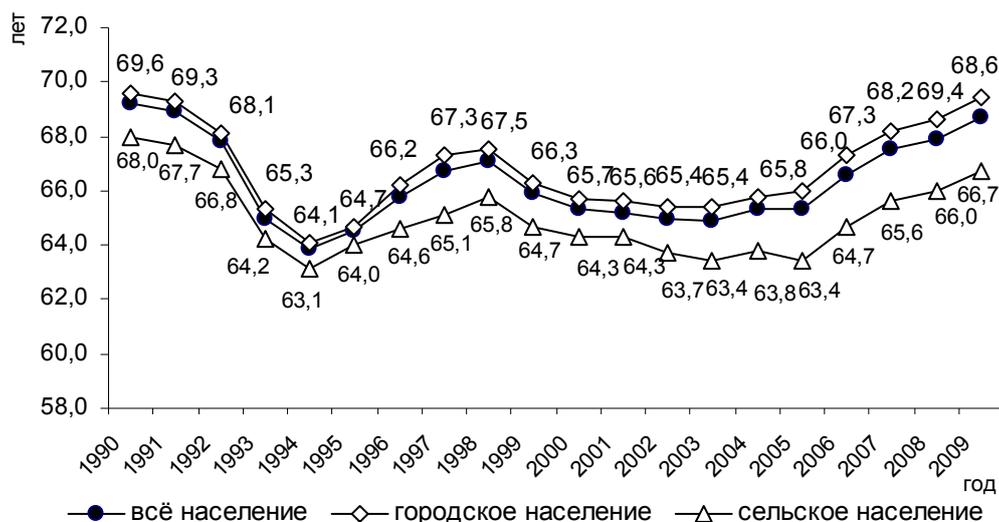


Рис. 6. Динамика ожидаемой продолжительности жизни при рождении населения России за период с 1990 по 2009 г. (лет)

Источник: Федеральная служба государственной статистики // www.gks.ru

Более высокая ожидаемая продолжительность жизни городского населения по сравнению с сельским наблюдается во всех макрорегионах России (рис. 7). На увеличение продолжительности жизни населения оказывают влияние различные факторы: высокий уровень жизни, доступность высококвалифицированной медицинской помощи (как, например, в Центральном федеральном округе), природные условия (как в Северо-Кавказском федеральном округе) и т.д.

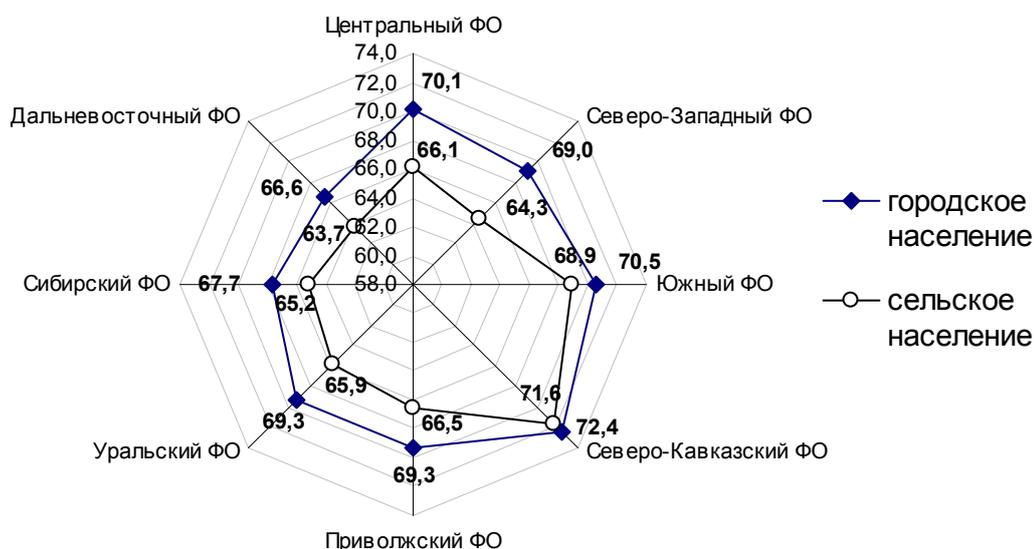


Рис. 7. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении населения России по федеральным округам в 2009 г. (лет)

Источник: Федеральная служба государственной статистики // www.gks.ru

Анализ динамики продолжительности жизни населения Вологодской области в разрезе город/село показывает, что городское население живёт на 2-3 года дольше сельского (рис. 8). Крайне низкой остаётся продолжительность жизни мужского населения на селе (58 лет). В то же время самая большая продолжительность жизни у женщин, проживающих в городах (75 лет).



Рис. 8. Ожидаемая продолжительность жизни населения Вологодской области в территориальном и гендерном разрезе (лет)

Источник: Федеральная служба государственной статистики // www.gks.ru/dbscripts/Cbsd/DBInet.cgi#1

Однако недостатком показателя ОПЖ является то, что он ничего не говорит о состоянии здоровья людей на протяжении их жизни, не содержит информации о хронических состояниях и несмертельных последствиях для здоровья, а ведь именно этим определяется качество жизни населения.

Данные социологического опроса, проведённого ИСЭРТ РАН в Северо-Западном федеральном округе в 2008 г., показывают, что с повышением возраста увеличивается доля населения, оценивающего своё здоровье как «плохое, очень плохое» (рис. 9). Если в возрастном интервале до 39 лет плохие самооценки здоровья имеют не более 5% населения, то в группе старше 70 лет – около половины.

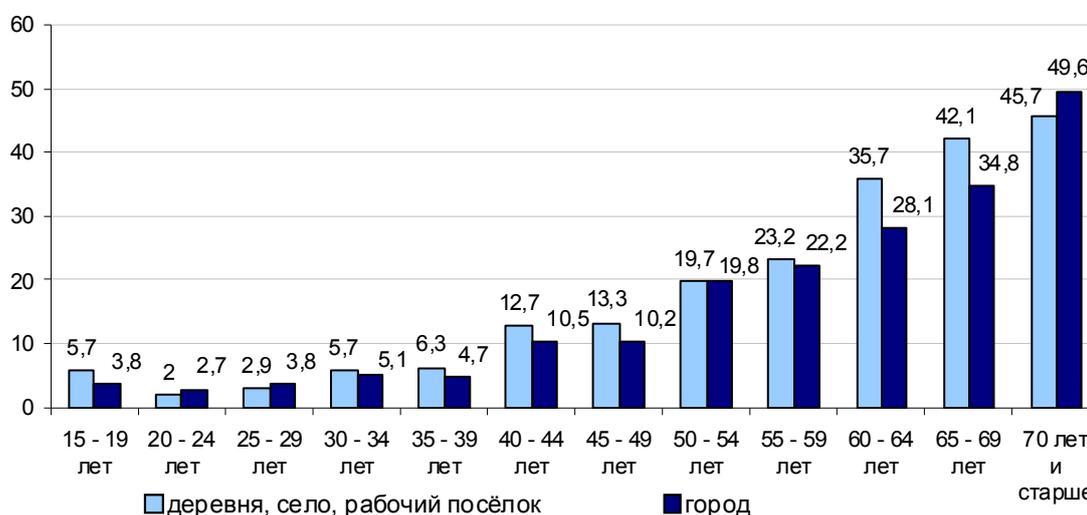


Рис. 9. Распределение по возрастным группам населения Северо-Западного федерального округа, имеющего низкую самооценку здоровья, в %, 2008 г.

Источник: опрос населения Северо-Западного федерального округа, ИСЭРТ РАН, 2008 г.

Данные социологического обследования в Вологодской области также свидетельствуют о том, что с возрастом доля негативных самооценок здоровья возрастает. Данные о наличии у населения хронических заболеваний с возрастом имеют ещё более возрастающий тренд (рис. 10). Если в возрастной группе от 15 до 19 лет лишь 13% населения имеют хронические заболевания, то в группе старше 70 лет – 66 %. Таким образом, с увеличением возраста качество жизни населения значительно ухудшается.

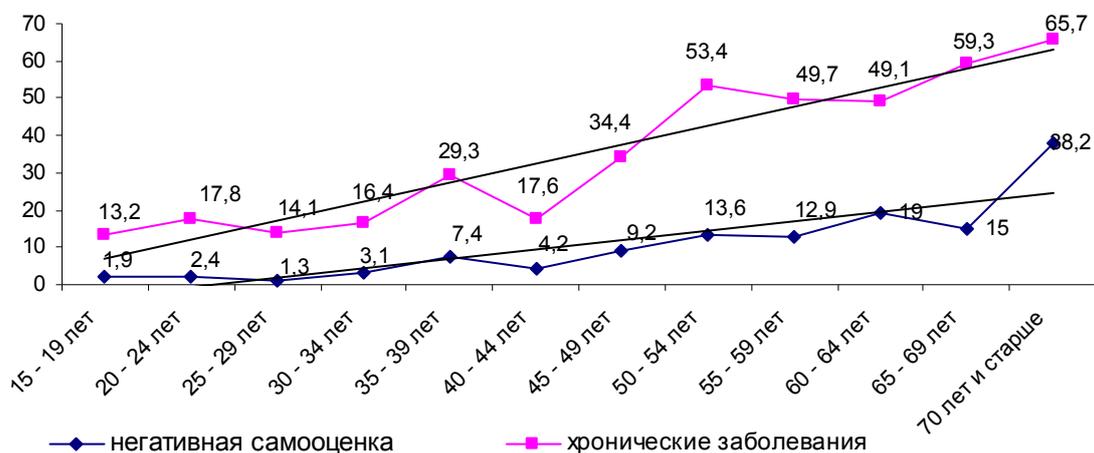


Рис. 10. Распределение по возрастным группам населения Вологодской области, имеющего низкую самооценку здоровья и хронические заболевания, в %, 2010 г.
 Источник: данные мониторинга здоровья населения Вологодской области, ИСЭРТ РАН, 2010 г.

При этом имеется значительная дифференциация на уровне крупных городов и сельских территорий. В возрастной группе старше 70 лет в сельской местности 50% населения отмечали наличие хронических заболеваний, тогда как в крупных городах – 71%. В той же группе негативные самооценки здоровья имело 19% сельского населения и 45% городского. Это говорит о худшем качестве жизни городского населения в пожилых возрастах по сравнению с сельским.

Наряду с ОПЖ наиболее доступным и часто используемым показателем качества здоровья населения служит коэффициент общей заболеваемости с диагнозом, установленным впервые в жизни. При этом следует иметь в виду, что термин «заболеваемость» не совсем точен, так как он в большей мере отражает не фактическую заболеваемость, а уровень обращаемости за медицинской помощью. Обнаружение больных, качество диагностики их заболеваний в значительной мере зависят от наличия медицинских учреждений, их технической оснащённости и приближённости к основному массиву населения.

За период с 1995 по 2009 г. уровень первичной заболеваемости в Российской Федерации вырос на 16% и составил 803 случая на 1 тыс. человек населения. Динамика первичной заболеваемости населения Вологодской области за период с 1999 по 2009 г. свидетельствует о превышении её уровня в крупных городах над уровнем районов в среднем на 21% (рис. 11).

Показатели низкой заболеваемости в сельской местности могут отражать либо неполный охват больных из-за недостаточно развитой сети медицинского обслуживания, либо действительно низкую заболеваемость как следствие более благоприятных условий для жизни.

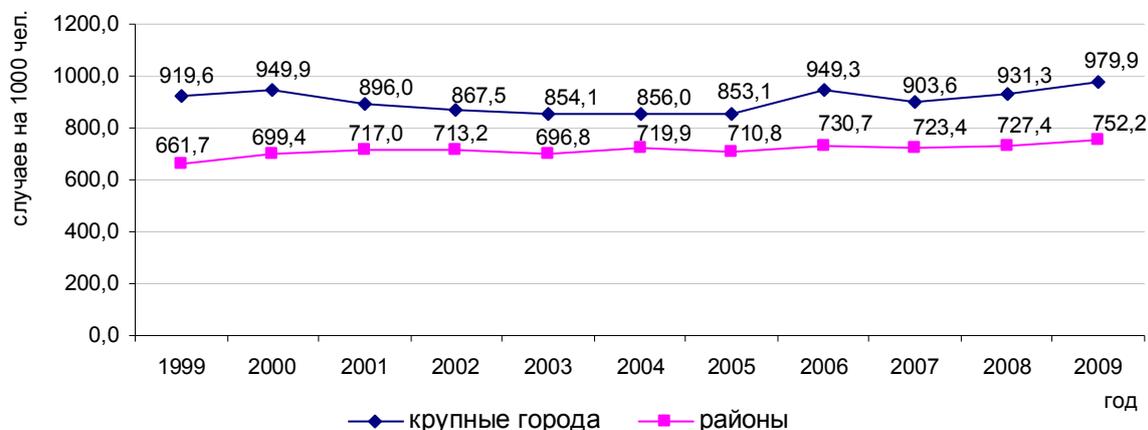


Рис. 11. Первичная заболеваемость населения Вологодской области в разрезе крупные города/районы (число случаев на 1000 человек населения)

Источник: Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения/ Медицинский информационно-аналитический центр. – Вологда, 1999 – 2010 гг.

Несмотря на то, что городское население имеет более высокую продолжительность жизни, чем сельское, оно чаще отмечает у себя наличие хронических заболеваний по сравнению с сельским (в 2010 г. 42 и 26% соответственно).

Жители Череповца чаще, чем жители Вологды и районов, отмечают у себя наличие болезней органов дыхания (табл. 8). Болезни органов пищеварения также в 2 раза чаще встречаются у жителей крупных городов. Распространённость же болезней системы кровообращения одинаково высока на всех территориальных уровнях.

Таблица 8

Распределение ответов на вопрос «Имеются ли у Вас длительно протекающие (хронические) заболевания или состояния?» (в % от числа опрошенных, 2010 г.)

Заболевание	Вологда	Череповец	Районы
Да, из них:	45,9	37,4	25,7
Болезни системы кровообращения	34,2	31,5	32,5
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	26,7	30,1	12,2
Болезни органов пищеварения	19,3	17,5	7,6
Болезни органов дыхания	4,3	11,2	4,6
Другие	26,0	22,4	14,3

Источник: данные мониторинга здоровья населения Вологодской области, ИСЭРТ РАН, 2010 г.

Концентрация населения и средств его жизнеобеспечения имеет серьезные негативные эффекты, сказывающиеся на состоянии здоровья людей. Особого внимания заслуживает проблема распространения социально значимых болезней на урбанизированных территориях. Ещё в XX веке была выявлена связь между нервно-психическим состоянием людей и плотностью населения в городах. Обнаружено, что в сверхкрупных городах (более 1 млн. жителей) данный вид патологии встречается почти в два раза чаще, чем в небольших (до 100 тыс. жителей).

Еще одной неблагоприятной тенденцией в состоянии здоровья городских жителей следует считать рост аллергических заболеваний. А.Д. Адо и А.В. Богова, комментируя результаты эпидемиологических исследований, проведенных в ряде районов страны, приводят данные о том, что в крупных промышленных городах заболеваемость аллергическими болезнями составляет от 10 до 20%, тогда как в сельской местности только 2 – 4%⁶⁸. В исследованиях взаимосвязи масштабов урбанизации и здоровья населения было выявлено, что заболеваемость гриппом в городе в четыре раза выше, чем в сельской местности, гипертонической и язвенной болезнью – в два раза.

По данным Всемирной организации здравоохранения, около 14% глобального бремени болезней относят на счёт психоневрологических расстройств, главным образом из-за депрессии и других общих психических заболеваний, расстройств, вызванных злоупотреблением алкоголем и наркотиками, а также психозов. Предполагается, что бремя заболеваний глубокой депрессией вырастет, в 2030 г. станет второй по значимости причиной потери трудоспособности и будет представлять серьезную проблему для здравоохранения в городах⁶⁹.

В 2008 г. в городах России число больных с психическими расстройствами и расстройствами поведения, состоящих на учёте в лечебно-

⁶⁸ Адо А. Д., Богова Л. В. Организационные основы профилактики аллергических заболеваний // Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни населения СССР в свете решений июньского (1983 г.) Пленума ЦК КПСС и постановления ЦК КПСС и СМ СССР «О дополнительных мерах по улучшению охраны здоровья населения»: Тез. докл. совещ. в Запорожье, сентябрь 1983 г. Ч. V. Охрана здоровья населения. Запорожье, 1983. – С. 3 – 6.

⁶⁹ Ликвидировать разрыв в течение жизни одного поколения: доклад ВОЗ // <http://www.ilo.org/public/libdoc/igo/2008/433899.pdf>

профилактических учреждениях, составляло 2710 человек на 100 тыс. населения⁷⁰. С 1990 по 2008 г. их число выросло на 20%.

Уровень заболеваемости населения городов России наркоманией в 2008 г. составил 297 случаев на 100 тыс. населения и превысил данный показатель в сельской местности более чем в три раза. Начиная с 1990-х гг., распространение наркомании среди городского населения увеличилось в 13 раз.

Особенностью крупных городов является высокий уровень заболеваемости населения злокачественными новообразованиями. Так, по данным за 2000-2008 г. заболеваемость онкологическими патологиями городского населения России превышала уровень сельского в среднем на 14%. Начиная с 1990-х гг., распространённость злокачественных новообразований в городах выросла более чем на 30%.

Среди проблем, связанных с общественным здоровьем, особую тревогу вызывает здоровье детей и подростков. Заболеваемость детского населения более полно отражает влияние различных факторов на здоровье, так как организм ребёнка более уязвим и восприимчив к негативному воздействию экзогенных факторов. Тенденцией последних лет является сильный рост заболеваемости детей как в городской, так и в сельской местности. Более 48% детского населения Вологодской области проживают в крупных городах. За период с 1999 по 2009 гг. детская заболеваемость в крупных городах выросла на 30%, превысив уровень районов области в 1,5 раза (рис. 12).

В то же время следует отметить, что заболеваемость детей в возрасте 1-14 лет превышает уровень заболеваемости подростков (14 – 17 лет). В 2009 г. данное превышение в крупных городах области составило около 42%, тогда как в районах – 34%.

В структуре заболеваемости населения региона первое место занимают болезни органов дыхания. При этом у детей в возрасте до 14 лет они занимают 64%, тогда как у взрослого населения – 31% (по данным на 2009 г.).

⁷⁰ Здравоохранение в России. 2010: стат. сб. / Росстат. – М., 2010.

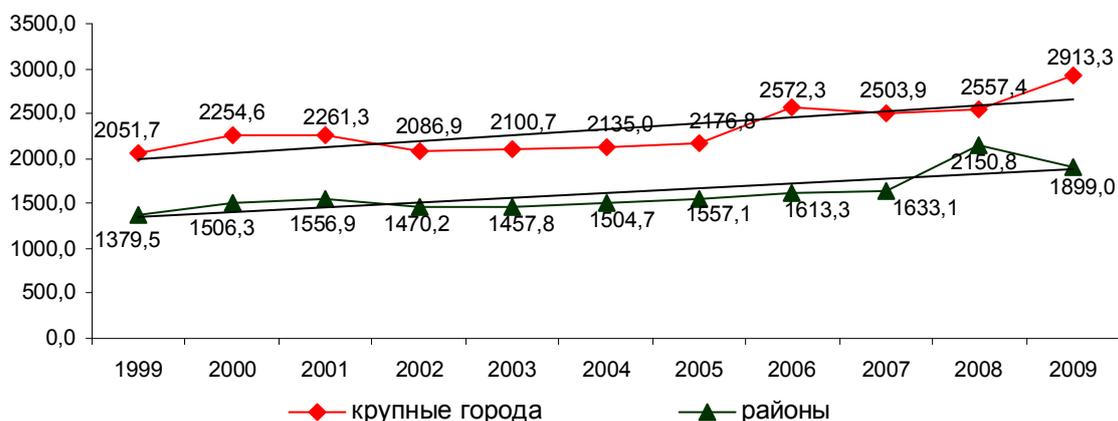


Рис. 12. Заболеваемость детского населения (0 – 17 лет) Вологодской области в разрезе крупные города/районы (число случаев на 1000 человек населения)

Источник: Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения / Медицинский информационно-аналитический центр. – Вологда, 1999 – 2010 гг.

Об уровне здоровья населения также можно судить по показателю смертности на определённой территории. В 2009 г. коэффициент смертности городского населения России составил 1347,8 на 100 тыс. населения, сельского – 1604,1.

Для устранения влияния возрастной структуры населения на расчёты уровня смертности используются стандартизованные коэффициенты смертности (агрегированный показатель смертности, который учитывает возрастную структуру населения). По данному показателю сельское население имеет многолетнюю динамику превышения уровня смертности городского населения (рис. 13). В 2009 г. уровень смертности населения в городах был ниже, чем в сёлах, на 12%.

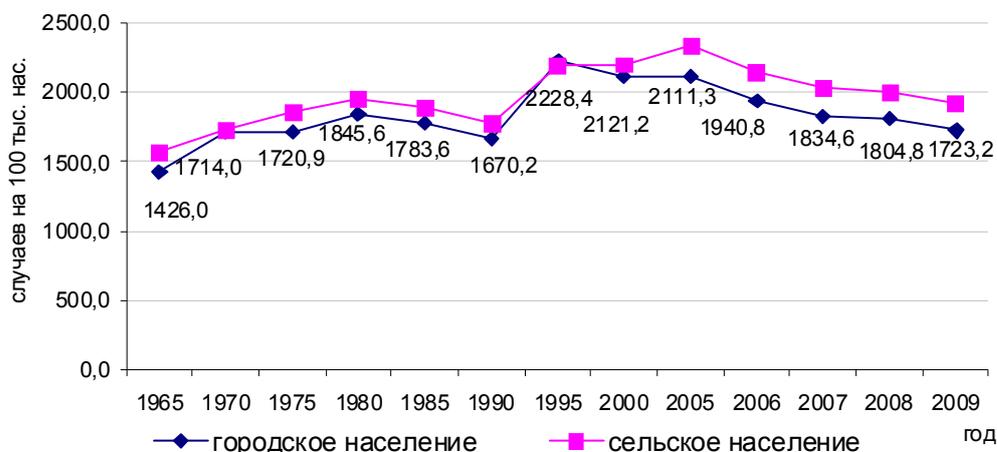


Рис. 13. Стандартизованные коэффициенты смертности городского и сельского населения Российской Федерации за период с 1965 по 2009 гг.

(число умерших на 100 тыс. человек населения).

Источник: Демографический ежегодник России. 2010: стат. сб./ Росстат. – М., 2010.

Структура смертности отражает иерархию факторов риска для здоровья населения. Тенденцией развития современного общества является рост бремени смертности от неинфекционных и хронических заболеваний при снижении роли инфекционных заболеваний.

По данным за 2009 г., в структуре смертности как городского, так и сельского населения России лидирующую позицию (более 50%) занимают болезни системы кровообращения. В городской местности в период с 1965 по 2009 г. уровень смертности от новообразований, болезней органов пищеварения был выше, чем на селе (прил. 2). В Вологодской области также уровень смертности в сельской местности выше, чем в городах (табл. 9).

Таблица 9

Ведущие причины смертности населения Вологодской области
(число умерших на 100 тыс. человек населения)

Класс причин	Городское население		2009 г. в % к 2000 г.	Сельское население		2009 г. в % к 2000 г.
	2000 г.	2009 г.		2000 г.	2009 г.	
От всех причин	1454,4	1416,2	97,4	1922,3	2083,8	108,4
болезни системы кровообращения	798,7	784,1	98,2	1165,2	1267,5	108,8
новообразования	206,5	215,5	104,3	216,6	210,4	97,2
внешние причины	222,9	167,9	75,3	260,1	245,1	94,2
другие причины	226,3	248,8	109,9	280,4	360,8	128,7

Источник: Федеральная служба государственной статистики //www.gks.ru

Тот факт, что в крупных городах самые низкие в регионе показатели смертности населения, но высокий уровень заболеваемости, обусловлен более высокой доступностью медицинской помощи по сравнению с территориями, отдалёнными от центра.

Коэффициент корреляции между показателем заболеваемости и общей смертности населения крупных городов региона, равный -0,84, свидетельствует о тесной связи между ними (прил. 3). То есть при высоком уровне заболеваемости уровень смертности понижается. Данное обстоятельство вполне закономерно, так как в крупных городах чаще, чем в сельской местности, происходит выявление заболеваний на ранних стадиях, что снижает количество хронических и запущенных случаев и соответственно уровень смертности населения. В сель-

ской же местности коэффициент корреляции значительно ниже (-0,44), и обусловлено это тем, что часто население обращается за медицинской помощью уже слишком поздно. Таким образом, роль доступности медицинской помощи в сохранении здоровья населения велика и она является одним из определяющих факторов сохранения здоровья населения крупных городов. В отдалённых сельских районах обращаемость вдвое ниже, чем в крупных городах. Своевременно невылеченные острые заболевания становятся хроническими, что приводит к повышенной смертности населения в сельской местности по сравнению с городами.

Таким образом, население крупных городов, формируя основной социально-экономический костяк страны, имеет ряд проблем в сфере демографического развития и общественного здоровья. Среди них можно выделить: снижение численности населения крупных городов, трансформация возрастной структуры населения в сторону увеличения доли населения пенсионного возраста, рост заболеваемости, высокое распространение хронических и социально значимых болезней, высокий уровень и непрерывный рост детской заболеваемости. В то же время городское население имеет относительно высокую ожидаемую продолжительность жизни по сравнению с сельским (выше на 2-3 года). Чтобы выяснить причины такой противоречивости, необходимо рассмотреть комплекс факторов, определяющих здоровье населения в крупных городах.

2.2. Анализ факторов и условий формирования здоровья в крупных городах

В процессе исторического развития человеческого общества город непрерывно изменял свою структуру, функции, характер и превратился сегодня в место, где протекает жизнь и деятельность значительной части современного человечества. Для большого и возрастающего числа людей перспективы лучшего будущего связаны с условиями жизни в городах. В современном мире крупные города являются, как правило, индустриальными центрами, имеют высокораз-

витый научный потенциал, сильную систему здравоохранения и образования, высокий уровень культуры. Такое сочетание создает атмосферу творчества, что и делает большой город действительно двигателем прогресса. Города предлагают уникальные возможности для своих жителей по повышению дохода, предоставлению более широкого доступа к образованию, медицинским и социальным службам. Эти положительные аспекты городской жизни продолжают притягивать людей к переезду и жизни в городе.

Но с другой стороны, проживание в городах само по себе опасно для здоровья, поскольку именно в городах наиболее распространены и ярко выражены основные угрозы здоровью. Негативные черты жизни в городе – превышение фона загрязнения воздуха, хлорируемая вода, высокий шумовой фон, концентрация звуковых, световых раздражителей, интенсивные магнитные поля, насыщенность энергоёмкой техникой, теснота, небезопасность улиц, чрезмерная трата времени на перемещения и многое другое.

Эти факторы являются результатом концентрации большого количества людей, производств, информации и многого другого. Даже просто стесненность, многолюдность оказываются труднопереносимым стрессовым фактором для некоторых групп населения. Эти недостатки могут быть снижены, но абсолютно устранить их невозможно. Комплексное влияние такого набора условий часто нивелирует позитивное влияние городского комфорта и уровня медицинского обслуживания⁷¹.

Спектр социальных, экономических, физических детерминант, оказывающих влияние на здоровье городских жителей, представлен на схеме (рис. 14).

По данным ВОЗ, естественная и преобразованная человеком природная среда влияет на здоровье городских жителей через качество жилья, системы водоснабжения и канализации, качество воздуха, транспортную систему и инфраструктуру. Социальные и экономические условия, включая уровень дохода,

⁷¹ Высоковский А. Удобный город: три уровня созидания // Российское экспертное обозрение «Удобное пространство города». – 2007. – № 4. – С. 72.

доступность возможностей в сфере экономики, безопасности и правопорядка, социального обеспечения, оказывают огромное воздействие на здоровье городских жителей. Важную роль в сохранении и укреплении здоровья горожан играют безопасность и качество продуктов питания, а также уровень доступности к услугам первичной медико-санитарной помощи хорошего качества. И, наконец, неразрывно связано со здоровьем и благосостоянием городских жителей управление городским хозяйством, которое создаёт платформу для развития всех сфер жизни городского населения.



Рис. 14. Факторы, оказывающие влияние на здоровье горожан

Источник: доработано по Hidden cities: unmasking and overcoming health inequities in urban settings.// World Health Organization, The WHO Centre for Health Development, Kobe, and United Nations Human Settlements Programme (UN-HABITAT), 2010. – P. 13

Совокупность факторов и детерминант здоровья с определённой долей условности можно подразделить на те, которые связаны с образом жизни, и те, которые характеризуют качество жизни. В зарубежных исследованиях выявлено влияние на здоровье структурных показателей социально-экономического неравенства. При этом отмечается, что структурные факторы (род занятий, уровень дохода, место проживания) воздействуют на состояние здоровья значи-

тельно сильнее, чем образ жизни (занятия спортом, курение и употребление алкоголя).

Качество жизни, являясь определяющим в формировании и сохранении общественного здоровья, характеризует степень удовлетворения материальных и культурных потребностей людей. Качество жизни можно рассматривать как комплексную характеристику экономических, политических, социальных и идеологических факторов, определяющих положение человека в обществе⁷². При оценке качества жизни учитывается совокупность внешних факторов, обеспечивающих комплекс условий жизнедеятельности населения.

Теория качества жизни сформировалась в конце 60-х – начале 70-х гг. XX века. Исследования качества жизни были направлены на совершенствование социальных отношений с целью устранения проявлений, которые негативно влияют на здоровье. Толчком к развитию теории качества жизни стало исследование жизни в городах. Большой вклад в её изучение внесли социологи Чикагской школы (Р. Парк, Э. Берджесс), которые исследовали загрязнение окружающей среды, шум, плотность населения. Основу современных исследований качества жизни положили многочисленные публикации известных западных теоретиков: Э. Тоффлера, Дж. Гелбрейта, Р. Арона, Д. Белла, которые начали рассматривать качество жизни в связи с развитием постиндустриального общества на Западе в начале 70-х гг. XX века⁷³. Дж. Форрестером была сделана попытка перейти от трактовки качества жизни, основанной на субъективных суждениях о степени удовлетворённости условиями жизни человека, к определению, предполагающему учёт объективных характеристик, таких, как питание, загрязнение окружающей среды, материальный уровень жизни и плотность населения⁷⁴. В трактовке В.М. Жеребина и И.А. Ермаковой качество жизни охватывает характеристики и индикаторы уровня жизни как экономической категории, условия труда и отдыха, жилищные условия, социальную обеспеченность

⁷² Прохоров Б.Б. Показатели качества общественного здоровья как индикаторы устойчивого развития / Б.Б. Прохоров // Устойчивое развитие: ресурсы России. М. Издательский центр РХТУ. – 2004. – С. 80 – 104.

⁷³ Нугаев Р.М. Качество жизни в трудах социологов США / Р.М. Нугаев, М.А. Нугаев // Социологические исследования. – 2003. – № 6. – С. 100 – 105.

⁷⁴ Форрестер Дж. Мирская динамика / Дж. Форрестер. – М.: Наука, 1978.

и гарантии, охрану правопорядка и соблюдение прав личности, природно-климатические условия, показатели сохранения окружающей среды, наличие свободного времени и возможности хорошо его использовать, наконец, субъективные ощущения покоя, комфортности и стабильности⁷⁵.

Для выявления силы влияния тех или иных факторов на состояние здоровья городского населения нами был использован метод корреляционного анализа. Корреляционный анализ имеет своей задачей количественное определение тесноты связи между признаками. В качестве рабочего инструмента использованы коэффициенты линейной корреляции между ОПЖ населения и различными показателями социально-экономического развития. ОПЖ является одной из важнейших характеристик уровня и качества жизни. Этот показатель интегрально отражает множество самых разнообразных факторов, начиная от эффективности здравоохранения и экологических условий до стереотипов поведения. Коэффициент корреляции может принимать значение от 1 до -1. Если значение по модулю находится ближе к 1, то это означает наличие сильной связи, а если ближе к 0 – связь слабая или вообще отсутствует.

Изучению влияния различных факторов на состояние здоровья населения посвящены работы многих исследователей. Анализ зависимости продолжительности жизни от величины ВВП с учётом ППС на душу населения, выполненный для 165 стран мира, показал тесную связь между ожидаемой продолжительностью жизни (ОПЖ) и $VVP_{ппс}$ ⁷⁶. В работах Б.Б. Прохорова выявлено, что ОПЖ населения имеет тесную связь с социально-экономическими факторами (уровень доходов, удельный вес убыточных предприятий и др.), а также с природными условиями в месте проживания.

Работа, посвящённая нахождению корреляционной связи между ОПЖ и различными факторами, характеризующими качество жизни населения во всех субъектах РФ, была проведена Е.В. Молчановой. Результаты исследования показали наличие влияния уровня доходов, природных и жилищных условий на

⁷⁵ Жеребин В.М. Уровень жизни населения – как он понимается сегодня / В.М. Жеребин, И.А. Ермакова // Вопросы статистики. – 2000. – № 8. – С. 3 – 11.

⁷⁶ Пизон Ж. Все страны мира // Население и общество: инф. бюллетень. – 2005. – № 93.

состояние здоровья. Но всё же степень проявившейся связи в этом исследовании оказалась недостаточно велика. Дело в том, что детерминанты, определяющие здоровье населения, имеют высокую степень привязанности к типу местности. Крупный город формирует один комплекс факторов, село – другой. Именно поэтому необходим дифференцированный подход при рассмотрении условий формирования здоровья населения.

В нашем исследовании анализ факторов, оказывающих воздействие на здоровье населения, был проведён на примере Вологды и Череповца. Было исследовано более 40 факторов (за период с 1998 по 2009 г.), характеризующих уровень жизни населения, обеспеченность услугами здравоохранения, экологические условия и др.⁷⁷. Выбор данных факторов обусловлен тем, что они могут быть выражены в числовом виде. В то время как имеются такие характеристики, которые оценить количественно весьма трудно (архитектурный облик среды, привлекательность и удобство проживания).

Все факторы были разбиты на несколько групп, характеризующих уровень жизни, здравоохранение, экологические условия и др. Корреляционный анализ позволил установить, что максимальная положительная связь показателя ОПЖ проявляется с группой факторов, характеризующих уровень доходов городского населения (табл. 10).

В сельской местности связь ОПЖ и располагаемых ресурсов домашних хозяйств проявляется в меньшей степени по сравнению с городской, но также является самой значимой среди всех факторов. Следует отметить, что за период с 2002 по 2009 гг. средний валовой доход на члена домохозяйства в городской местности превышал доход в сельской местности на 29%. Расходы на покупку продуктов для домашнего питания, на оплату медицинских услуг также были выше на 19 и 55% соответственно. Разумеется, более высокие доходы не явля-

⁷⁷ Источники данных: Доходы, расходы и потребление в домашних хозяйствах Вологодской области в 2009 году (по материалам выборочного обследования бюджетов домашних хозяйств): стат. бюллетень. – Вологда, 2000 – 2010 гг.; Районы и города Вологодской области: стат. сб. – Вологда, 2000 – 2010 гг.; Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения / Медицинский информационно-аналитический центр. – Вологда, 1999 – 2010 гг.; Состояние и охрана окружающей среды Вологодской области: стат. сб. – Вологда, 1999-2009 гг.; Города Вологодской области в цифрах. Основные социально-экономические показатели. 2000 – 2009: стат. сб. – Вологда, 2010.

ются автоматическим залогом лучшего здоровья, но они позволяют обеспечить определённый набор материальных благ, способствующих сохранению и укреплению потенциала здоровья.

Таблица 10

Факторы, оказывающие влияние на ожидаемую продолжительность жизни населения крупных городов Вологодской области (период для анализа: 1998 – 2009 гг.)

Критерии качества жизни		Коэффициент корреляции (r) с ОПЖ
Уровень жизни	Расходы на покупку продуктов для домашнего питания (на члена домохозяйства, руб. в месяц)	0,919
	Расходы на оплату медицинских услуг (на члена домохозяйства, руб. в мес.)	0,908
	Валовой доход (на члена домохозяйства, руб. в месяц)	0,902
	Среднемесячная номинальная начисленная заработная плата (тыс. руб. на человека)	0,767
	Объём платных услуг населению (тыс. руб. на душу населения)	0,767
	Продажа непродовольственных товаров (тыс. руб. на душу населения)	0,733
	Количество автомобилей у индивидуальных владельцев (единиц на 10 тыс. населения)	0,595
Здоровье	Обеспеченность населения врачами (на 10 тыс. населения)	0,877
	Первичная заболеваемость (на 100 тыс. населения)	0,838
	Общая заболеваемость (на 100 тыс. населения)	0,831
Окружающая среда	Количество уловленных и обезвреженных вредных веществ (тонн на 1000 населения)	0,735
	Выбросы вредных веществ в атмосферу от стационарных источников (тонн на 1000 населения)	-0,638
	Сброс загрязнённых сточных вод в водные объекты (тыс. куб. м на 1000 населения)	-0,629
Жилищный фонд	Ввод в действие жилых домов (кв. м общ. площ. на душу населения)	0,687
	Ввод в действие индивидуальных жилых домов (кв. м общей площ. на душу населения)	0,632
	Общая площадь жилищного фонда (кв. м на душу населения)	0,470
Охрана труда	Численность пострадавших при несчастных случаях на производстве (на 1000 работающих)	-0,606
	Расходы организаций на мероприятия по охране труда (тыс. рублей на человека)	0,453
Качество питания	Потребление фруктов и ягод (в ср. на потреб. в год, кг)	0,643
	Потребление рыбы и рыбопродуктов (в ср. на потреб. в год, кг)	0,531
	Потребление мяса и мясопродуктов (в ср. на потреб. в год, кг)	0,467
	Потребление хлебных продуктов (в ср. на потреб. в год, кг)	-0,353
	Потребление картофеля (в ср. на потреб. в год, кг)	-0,265
Образ жизни	Численность лиц, занимающихся физической культурой и спортом (на 10 тыс. нас.)	0,480

Будучи обобщённой характеристикой уровня и качества жизни, состояние здоровья населения, помимо уровня его реальных доходов, зависит от ряда других не менее значимых факторов. Это структура и стандарты потребления, обеспеченность жильём и благоустроенность быта, условия труда, состояние окружающей среды, эффективность функционирования такого социального института, как здравоохранение.

Второй по значимости группой факторов, благотворно влияющей на сохранение здоровья городского населения, является медицинское обслуживание. Уровень развития системы здравоохранения в крупных городах является преимуществом на пути сохранения здоровья и увеличения продолжительности жизни. Коэффициент корреляции между ОПЖ и обеспеченностью населения врачами в городах составляет 0,877. При этом уровень обеспеченности городского населения врачами в два раза превышает показатель для жителей села (в 2009 г. 32 и 16 врачей на 10 тыс. человек соответственно). В среднем по России обеспеченность населения врачами в 2009 г. составила 50 на 10 тыс. населения⁷⁸.

О более высокой значимости системы здравоохранения в сохранении здоровья городского населения свидетельствуют данные социологического опроса, проведённого ИСЭРТ РАН на территории Северо-Западного федерального округа в 2008 г. Данные опроса свидетельствуют о том, что городское население в большинстве субъектов СЗФО выше удовлетворено степенью доступности медицинского обслуживания в месте своего проживания по сравнению с сельским (рис. 19).

В целом по СЗФО удовлетворённость доступностью медицинской помощи городского и сельского населения в 2008 г. составила 45 и 38% соответственно.

⁷⁸ Регионы России. Социально-экономические показатели. 2010: стат. сб. / Росстат. – М., 2010.

Дефицит кадров врачей и среднего медицинского персонала так же, как и дефицит финансового обеспечения здравоохранения, сказываются на качестве и доступности медицинской помощи, особенно в сельской местности.

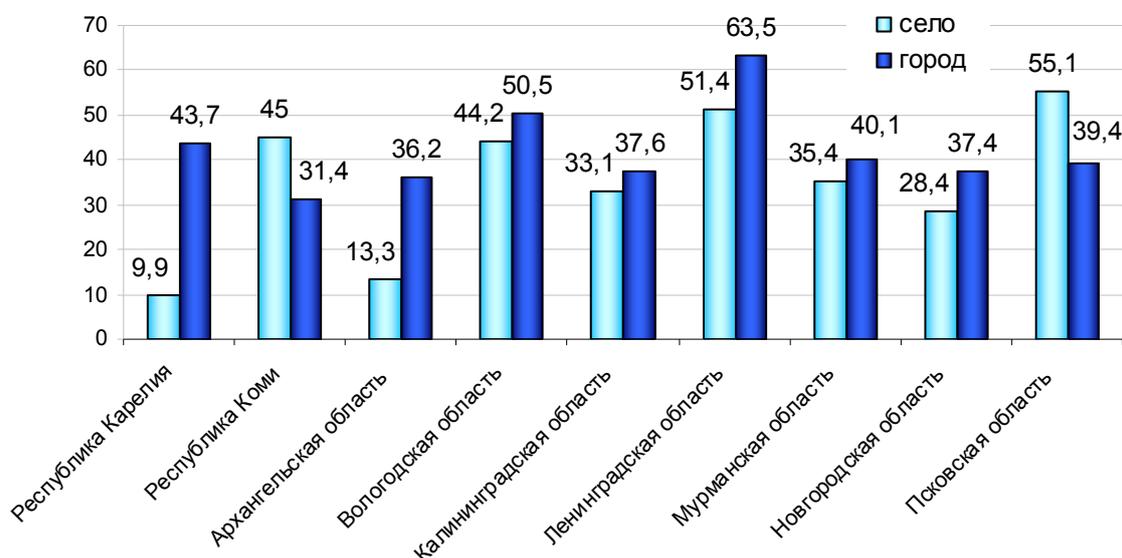


Рис.19. Удовлетворяет ли Вас степень доступности медицинского обслуживания в месте Вашего проживания? (ответ «да», СЗФО, 2008 г., в % от числа опрошенных)

Источник: опрос населения Северо-Западного федерального округа, ИСЭРТ РАН, 2008 г.

Среди причин неудовлетворённости доступностью медицинской помощи сельское население в два раза чаще городского отмечает удалённость медицинского учреждения от места проживания и отсутствие нужных специалистов. Для городских жителей наиболее остро стоит проблема необходимости оплаты медицинских услуг, которые должны предоставляться бесплатно (табл. 11).

Таблица 11

Причины неудовлетворённости населения Северо-Западного федерального округа доступностью медицинского обслуживания (2008 г., в % от числа опрошенных)

Причины неудовлетворённости	Сельская местность	Крупные города
Отсутствие (недостаток) специалистов необходимого профиля	37,9	22,8
Удалённость медицинского учреждения от места проживания	29,7	12,6
Отсутствие (недостаток) специалистов необходимой квалификации	28,8	24,0
Необходимость оплачивать услуги мед. учреждений, которые должны предоставляться бесплатно	23,3	41,9
Отсутствие (недостаток) необходимых медикаментов	22,7	16,8
Отсутствие (недостаток) средств на лечение, покупку лекарственных средств	19,8	26,8
Недостаток информации о работе специалистов, о том, к кому можно обратиться в случае тех или иных заболеваний	14,9	21,0

Источник: опрос населения Северо-Западного федерального округа, ИСЭРТ РАН, 2008 г.

В крупных городах также наблюдается тесная положительная связь между продолжительностью жизни и уровнем заболеваемости населения ($r=0,838$). В сельской же местности корреляционной зависимости от данного фактора не наблюдается, что свидетельствует о низкой роли здравоохранения в укреплении здоровья. Интерпретируя данную взаимосвязь, следует иметь в виду, что термин «заболеваемость» не совсем точен, так как он в большей мере отражает не фактическую заболеваемость, а уровень обращаемости за медицинской помощью. Обнаружение больных, качество диагностики их заболеваний в значительной мере зависят от наличия медицинских учреждений, их технической оснащённости и приближённости к основному массиву населения. В свою очередь при высоком уровне выявления заболеваний и на более ранних стадиях возрастает степень вероятности их излечения, что находит отражение в повышении продолжительности жизни городского населения. В сельской же местности услуги здравоохранения продолжают оставаться малодоступными для большей части населения.

Проводимый ИСЭРТ РАН мониторинг условий проживания населения в г. Вологде свидетельствует о том, что в 2009 г. 70% горожан среди проблем отмечали отсутствие в достаточном количестве учреждений здравоохранения на территории микрорайона (табл. 12)⁷⁹.

Одной из важнейших детерминант, определяющих качество жизни населения крупных городов, является состояние окружающей среды. Загрязнение атмосферного воздуха, низкое качество питьевой воды, возрастающая шумовая нагрузка являются неотъемлемыми чертами любого крупного города. При этом пресс данных факторов на население с каждым годом усиливается (в основном за счёт роста автомобильного парка городов). Совершенно очевидно, что связь между продолжительностью жизни и негативным воздействием на окружающую среду отрицательная. В крупных городах региона наблюдается значитель-

⁷⁹ Ускова Т.В. Управление современным городом: направленная модернизация / Т.В. Ускова, А.Н. Нестеров, под ред. В.А. Ильина. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2010. – С. 115.

ное влияние на здоровье выбросов вредных веществ в атмосферу и сбросов загрязнённых сточных вод в водные объекты (r равна -0,638 и -0,629 соответственно). В свою очередь, окружающая среда в сельской местности находится преимущественно в стабильном состоянии, что находит отражение в отсутствии значимой её корреляционной связи с ОПЖ населения.

По данным социологического опроса, проведённого ИСЭРТ РАН в 2010 г., население крупных городов региона в три раза чаще по сравнению с сельскими жителями оценивает экологические условия в месте проживания как плохие (32 и 12% соответственно). Среди проблем выделяются загрязнённый воздух и плохое качество питьевой воды. Для 50% городского населения актуальным является вопрос повышенного уровня шума и близости автомагистрали (рис. 20).

Среди населения г. Вологды в 2009 г. подавляющее большинство жаловалось на неудовлетворительное качество питьевой воды (82%; табл. 11). Сильную загазованность отмечало 78% населения, что в два раза больше, чем в 1999 – 2001 гг.

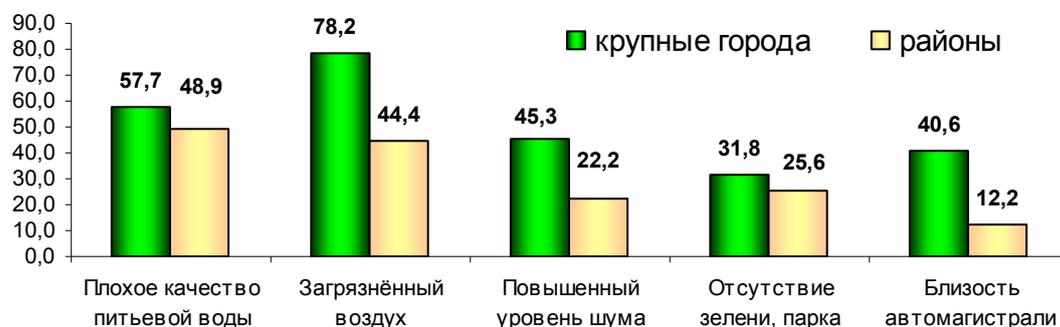


Рис. 20. Экологические проблемы Вологодской области в разрезе территорий (в % от числа опрошенных)

Источник: данные мониторинга здоровья населения Вологодской области, ИСЭРТ РАН, 2010 г.

Ухудшение качества воздушной среды, чрезмерный шум и инфразвук оказывают вредное воздействие на жителей городов. Как отмечает Ю.В. Круглов, в результате жители крупных городов значительно больше, чем сельские жители, болеют раком, нервно-психическими расстройствами, страдают болезнями органов дыхания и т.д.⁸⁰

⁸⁰ Сафронов Э.А. Транспортные системы городов и регионов: учебное пособие / Э.А. Сафронов. – М.: Издательство АСВ, 2005. – С. 208.

Оценка населением г. Вологды значимости проблем жизнеобеспечения города
(% от числа опрошенных)

Проблемы жизнеобеспечения	Годы опроса					
	1999 – 2001 гг.	2003 – 2004 гг.	2005 – 2006 гг.	2007 г.	2008 г.	2009 г.
<i>Неудовлетворительное жилищно-коммунальное обеспечение</i>						
Неудовлетворительное качество питьевой воды	76,2	73,0	86,2	86,6	82,1	88,5
Частые перебои с горячей водой	42,8	66,4	64,6	71,9	75,9	72,8
Частые перебои с холодной водой	35,0	62,4	65,9	74,1	74,1	74,4
Неудовлетворительное теплоснабжение	41,6	60,5	51,0	72,4	62,9	67,9
<i>Отсутствие на территории микрорайона в достаточном количестве</i>						
Недостаток учреждений здравоохранения	34,5	55,5	57,9	69,5	64,8	70,1
Недостаток предприятий бытового характера	36,7	52,0	52,7	66,0	64,1	69,9
<i>Другие проблемы</i>						
Плохое состояние тротуаров и дорог	58,5	81,4	77,6	91,9	82,8	89,9
Постоянная парковка автомашин во дворах жилых домов	50,2	55,0	64,2	79,8	72,8	83,8
Неудовлетворительное состояние дворов	55,0	76,5	78,7	81,8	79,8	82,9
Сильная загазованность в районе	36,5	45,3	51,5	61,1	67,5	72,5
Неудовлетворительная криминогенная обстановка	36,5	50,2	53,4	67,1	63,6	69,3
Неудовлетворительная транспортная связь с другими районами города	28,6	45,4	51,5	61,0	61,6	68,4
Другие негативные экологические факторы	10,2	15,9	10,9	13,3	25,1	25,6

Источник: Ускова Т.В. Управление современным городом: направленная модернизация / Т.В. Ускова, А.Н. Нестеров, под ред. В.А. Ильина. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2010. – С. 115.

В условиях, когда количество выбросов от стационарных источников загрязнения (промышленных предприятий) имеет тенденцию к снижению, одной из ведущих причин ухудшения состояния окружающей природной среды городов является бурный рост автомобилизации. В РФ за период с 2000 по 2008 г. удельный вес выбросов загрязняющих веществ от автотранспорта в общем объёме выбросов вырос с 42 до 46%⁸¹. Автотранспорт занимает лидирующее положение по масштабам токсического загрязнения атмосферного воздуха, уровня шума и вибрации во многих городах. При этом вклад его в загрязнение воздушной среды с каждым годом увеличивается. По информации ВОЗ, здоровье городского населения всё в большей мере подвергается серьёзному риску под воздействием шума и токсичных веществ выхлопных газов автомобильного транспорта. Ежегодно из-за загрязнения воздуха в городах всего мира умирает

⁸¹ Охрана окружающей среды в России. 2010: стат. сб. / Росстат. – М., 2010.

около 1,2 миллиона человек, в основном в результате сердечно-сосудистых и респираторных болезней.

За период с 1998 по 2009 г. количество автомобилей у всех типов индивидуальных владельцев в крупных городах Вологодской области выросло почти в два раза. В 2009 г. каждый четвёртый горожанин имел личный автомобиль, тогда как в 2000 г. – лишь каждый шестой⁸². В связи с ростом количества автомобильного транспорта в городах увеличивается и объём выбросов в окружающую среду. Следует отметить, что количество выбросов в атмосферу от автотранспорта увеличивается не только из-за роста численности машин, но и из-за снижения пропускной способности улиц и появления пробок в часы «пик».

Выхлопные газы автотранспорта создают высокую концентрацию вредных веществ преимущественно в приземном слое воздуха. Поэтому от загрязнения в наибольшей степени страдают дети. По данным за 2009 г., заболеваемость детского населения Вологодской области болезнями органов дыхания была в 10 раз выше, чем у взрослого. Корреляционный анализ показывает, что заболеваемость детского населения крупных городов области имеет тесную положительную связь ($r=0,8 - 0,9$) с количеством автомобилей у индивидуальных владельцев (табл. 13). В то же время с заболеваемостью взрослого населения однозначная связь не проявляется.

Таблица 13

Корреляционная связь заболеваемости населения крупных городов Вологодской области с количеством автомобилей у индивидуальных владельцев

Показатель	Вологда	Череповец
Заболеваемость детей в возрасте 0 – 14 лет (на 1000 насел.)	0,848	0,932
Заболеваемость взрослого населения (на 1000 насел.)	0,293	-0,569

Исходя из этого, высокую важность представляют природоохранные мероприятия в крупных городах, что подтверждается наличием тесной положительной корреляционной связи ОПЖ с количеством уловленных и обезвреженных вредных веществ ($r=0,735$).

⁸² Районы и города Вологодской области: стат. сб. – Вологда, 2009.

Вместе с тем следует отметить, что между количеством автомобилей у индивидуальных владельцев и ОПЖ городского населения имеется положительная связь (табл. 10). Это ещё раз говорит о том, что с повышением уровня жизни характеристики здоровья населения улучшаются.

Важная роль в формировании микроклимата городов принадлежит зелёным насаждениям. Проектируя новые и расширяя существующие населённые пункты, важно предусмотреть равномерное и непрерывное озеленение территории с максимальным сохранением зеленых насаждений. За период с 2000 по 2009 г. площадь зелёных массивов и насаждений в расчёте на одного городского жителя в регионе выросла на 9% и составила 86 м² на одного городского жителя, однако она остаётся одной из самых низких в Северо-Западном федеральном округе (табл. 14). В городах на 1 жителя должно быть 100 – 150 м² зелёных насаждений. Кроме того, необходим значительный резерв зелени для компенсации очистительных процессов на предприятиях от вредных газов и аэрозолей, выбрасываемых ими⁸³.

Таблица 14

**Площадь зелёных массивов и насаждений в городах,
в расчёте на одного городского жителя, кв.м**

Территория	год						Прирост (%)
	2000	2005	2006	2007	2008	2009	
Россия	169,4	192,3	199,2	201	203	204,6	20,8
СЗФО	135,2	149,4	153,7	156,7	157,5	157,5	16,5
Республика Коми	307,1	356,9	384,8	383,1	389,6	363,8	18,5
Архангельская область	216,9	306,6	311	333,8	334,9	336,4	55,1
Ленинградская область	255,5	257,1	258,4	268,6	269,4	270,2	5,8
Республика Карелия	194	204,8	207,2	196,1	196	214,9	10,8
Мурманская область	137,5	138,2	139,4	155,9	156,9	161,7	17,6
Псковская область	106,1	107,5	132,3	136,7	142,3	151,2	42,5
Калининградская область	135,7	143,1	151,2	144,8	144,6	151	11,3
Вологодская область	79,0	85,2	88,2	87,2	87,7	85,8	8,6
г. Санкт-Петербург	76,8	81,1	81,3	81,4	81,3	81,0	5,5
Новгородская область	39,3	42,1	42,5	42,8	42,5	43,2	9,9

Источник: Охрана окружающей среды в России. 2010: стат. сб./Росстат. - М., 2010.

Создание благоприятных условий для отдыха и физического развития населения требует в каждом жилом квартале и микрорайоне города собственных

⁸³ Влияния зелёных насаждений на формирование микроклимата. Медицинский портал eurolab //www.eurolab.ua/encyclopedia/3863/34932/

озеленённых территорий (микрорайонный сад), участков для тихого и активного отдыха.

Как правило, чем больше численность населения и площадь городской территории, тем значительнее воздействие на окружающую природную среду за счёт роста этажности строений, расширения коммуникаций и инфраструктуры и пр. Сегодня человечество оказалось перед лицом неотложной необходимости регулирования собственной деятельности в рамках системы «человек-среда обитания – природа» с целью сохранения условий жизнедеятельности и качества среды обитания⁸⁴.

К факторам, с которыми также выявилась корреляционная связь ОПЖ, но меньшей силы (r не более 0,6), относятся: обеспеченность жилой площадью, охрана труда, качество питания, занятия спортом (табл. 10).

Показатель роста ввода в действие жилых домов в крупных городах региона имеет степень корреляции с ОПЖ, равную 0,805. В период с 2000 по 2009 г. общая площадь жилых помещений, приходящихся в среднем на одного жителя крупного города, выросла на 17% и составила 23 кв. м (при норме 18 кв. м на человека). Однако стеснённые жилищные условия продолжает оставаться проблемой большинства горожан.

Влияние жилищных условий на здоровье неоднозначно. В одних случаях неблагоприятные параметры жилья (повышенный уровень шума, влажности, слабая освещённость помещения, плохое отопление и др.) оказывают прямое физическое воздействие на функциональные системы организма, вызывая патологические изменения. В других случаях это влияние опосредуется иными факторами, в первую очередь – нервно-эмоциональными. Последнее происходит, когда человек длительное время испытывает дискомфорт, нервное перенапряжение, в результате чего у него возникает психосоматическое заболевание или пограничное состояние, рассматриваемое как предболезнь. В молодых

⁸⁴ Никонова Я.И. Организация стратегического планирования устойчивого развития крупных городов: теоретические и методологические аспекты: монография / Я.И. Никонова, М.В. Каркавин, Е.С. Димакова, под ред. А.Г. Ивасенко. – Новосибирск: Изд-во СО РАН, 2008. – С. 16.

семьях с детьми неблагоприятные жилищные условия являются одним из главных факторов, определяющих состояние здоровья ребенка⁸⁵.

Одной из важнейших характеристик качества жизни является потребление продуктов питания. При общей достаточно близкой калорийности пищевых рационов со странами Запада структура пищевого рациона населения в России существенно хуже. Особенно велико отставание по потреблению свежих овощей и фруктов. Например, по данным на 2007 г. в России потребление фруктов составляло 184 кг в год, тогда как в странах ЕС – 224 кг. Недостаток ценных пищевых продуктов с высоким содержанием белков замещается продуктами с высоким содержанием углеводов (хлеб, картофель), избыток которых в рационе представляет определённую опасность для здоровья населения⁸⁶.

В Вологодской области за период с 1998 по 2009 гг. как в городской, так и в сельской местности наблюдается рост потребления мясных, молочных продуктов, фруктов и ягод (табл. 15). В то же время произошло снижение потребления хлебных продуктов и картофеля, что является позитивной тенденцией.

Таблица 15

Динамика потребления продуктов питания в домашних хозяйствах Вологодской области в 1998 – 2009 гг. (в среднем на потребителя в год, кг)

Группа продуктов	Тип поселения	Год							Прирост (%)	Рекомендуемые нормы ВОЗ
		1998	2000	2005	2006	2007	2008	2009		
Мясо и мясопродукты	город	56	57	76	75	75	78	74	32,1	78
	село	42	34	57	61	64	69	66	57,1	
Молоко и молочные продукты	город	210	225	281	284	280	274	293	39,5	405
	село	210	189	253	265	260	261	238	13,3	
Фрукты и ягоды	город	25	31	56	66	72	77	69	176,0	80
	село	18	14	47	49	56	61	55	205,6	
Хлебные продукты	город	109	103	109	104	98	98	97	-11,0	117
	село	181	142	168	153	148	150	140	-22,7	
Картофель	город	107	117	79	77	76	71	69	-35,5	н.д.
	село	149	143	137	133	134	139	128	-14,1	

Источник: Потребление продуктов питания по социально-экономическим группам населения Вологодской области в 2009 году (по материалам выборочного обследования бюджетов домашних хозяйств). – Вологда, 2010.

⁸⁵ Римашевская Н.М. Здоровье человека – здоровье нации // Экономические стратегии. – 2006. – № 2. – С. 42 – 46. // http://www.inesnet.ru/magazine/mag_archive/free/2006_02/rimashevskaya.htm

⁸⁶ Прохоров Б.Б. Общественное здоровье и экономика: монография / Б.Б. Прохоров, И.В. Горшкова, Д.И. Шмаков, Е.В. Тарасова, под ред. Б.Б. Прохоров. – М: МАКС Пресс, 2007. – 292 с.

По данным расчётов, увеличение потребления мяса, молочных продуктов, фруктов и ягод имеет позитивное влияние на ОПЖ. В городах региона корреляция составила 0,59 – 0,76.

Следует отметить, что в рационе городского населения региона значительно меньше хлебных продуктов и картофеля по сравнению с сельскими территориями (на 31 и 46% соответственно). В то же время городские жители чаще потребляют мясо, молоко и фрукты. Тем не менее потребление этих групп продуктов в городах ниже нормы, рекомендуемой Всемирной организацией здравоохранения.

Вполне закономерно, что основная часть трудоспособного населения теряет здоровье в процессе трудовой деятельности. Данные корреляционного анализа показали, что продолжительность жизни городского населения имеет тесную положительную связь с увеличением расходов организаций на охрану труда ($r=0,699$) и отрицательную связь с числом пострадавших при несчастных случаях на производстве ($r= - 0,685$).

Таким образом, относительно высокий уровень доходов городского населения даёт возможность иметь ему более качественное питание, комфортные жилищные условия, что, безусловно, положительно влияет на сохранение здоровья и увеличение продолжительности жизни. Более высокая доступность медицинской помощи позволяет выявлять заболевания на ранних стадиях, не допуская высокой летальности.

Однако усиливающееся негативное воздействие экологических условий, шум, интенсивные потоки автомобильного транспорта находят негативное отражение на качестве жизни городских жителей, а впоследствии и на их здоровье. Поэтому в условиях изменяемой среды существования человека важно не только знать о негативных последствиях урбанизации, но и бороться за снижение их воздействия на здоровье человека.

А.А. Саградов отмечает, что уровень здоровья населения оценивается выше на тех территориях, где коэффициент урбанизации составляет 60 – 70%. По-видимому, именно в таких случаях достигается наибольшая сбалансирован-

ность экологического состояния и свойственного крупным городам рационального отношения населения к своему здоровью, подкреплённая необходимым минимумом развития инфраструктуры⁸⁷.

Мы попытались дать оценку состояния здоровья населения по субъектам РФ, исключив субъекты Южного федерального округа, поскольку они сильно выбиваются из средних значений, и сопоставить её с долей городского населения. Для получения комплексного показателя, одновременно учитывающего в себе уровень младенческой смертности, ожидаемую продолжительность жизни, инвалидность, смертность и заболеваемость, была проведена многомерная рейтинговая оценка по данным параметрам в разрезе субъектов (прил. 4). Чем выше значение данной оценки, тем лучше складывающаяся ситуация.

В результате мы получили, что субъекты, попавшие в первую и вторую группы, характеризующиеся лучшими показателями здоровья, имеют очень высокую степень урбанизации (от 76% городского населения). Сюда же попали г. Москва и г. Санкт-Петербург. Возможно, это свидетельствует о том, что высокоурбанизированная среда предлагает своим жителям такие условия для сохранения и укрепления здоровья, которые компенсируют негативное воздействие крупных городов. Высокий уровень доступности и качества медицинской помощи в крупных и крупнейших городах позволяет вовремя выявлять и лечить заболевания, не допуская летальности. Также способствует снижению младенческой смертности, так как именно в крупных городах и региональных центрах создаются перинатальные центры, внедряются в практику высокие медицинские технологии.

В третью, четвёртую и пятую группы, отличающиеся более низкими характеристиками здоровья, попали субъекты РФ, имеющие меньшую степень урбанизации. Следует отметить, что это подавляющее большинство регионов России. Шестая группа, характеризующаяся худшей оценкой состояния здоровья населения, включила в себя в основном регионы центральной России.

⁸⁷ Здоровье и продолжительность жизни / под ред. В.И. Кричагин. – М., 1993. – С. 189.

В то же время, по данным социологических опросов ВЦИОМ, в 2010 г. на вопрос «Как Вы считаете, где больше возможностей для того, чтобы сохранить здоровье?» 12% населения ответили – в Москве, тогда как 51% – за пределами Москвы, в других регионах⁸⁸.

Такие расхождения, возможно, обусловлены тем, что дать комплексную оценку здоровья населения, используя лишь статистические данные, весьма сложно. Низкие показатели младенческой смертности и высокие показатели ожидаемой продолжительности жизни ничего не говорят о социальном самочувствии населения, его жизни в комфортном состоянии здоровья.

К настоящему времени мировое сообщество осознало проблему снижения здоровья и качества жизни населения в крупных городах. В связи с этим принимаются действия по сохранению и улучшению здоровья населения как на международном, так и на региональном уровнях. В 1978 г. была принята Программа Организации Объединённых Наций по населённым пунктам «ООН-Хабитат»⁸⁹. В центре внимания программы два приоритетных направления: обеспечение надлежащего жилья для всех и устойчивое городское развитие. В 1986 г. ВОЗ был организован проект «Здоровые города». Его целью было создать условия на местах для внедрения принципов стратегии ВОЗ «Здоровье для всех» и Оттавской хартии укрепления здоровья, то есть сделать здоровье населения одним из основных приоритетов городской политики. С тех пор Проект перерос в движение Европейского масштаба с полноценным механизмом внедрения в городах, районах и посёлках целей здоровья и устойчивого развития⁹⁰.

В 1996 году была создана российская сеть «Здоровые города, районы и посёлки». На сегодня уже более 100 российских городов познакомились с проектом, получили руководства, приняли участие в мероприятиях сети и начали внедрение. В 2000 – 2009 гг. семь городов российской сети получили

⁸⁸ Всероссийский центр изучения общественного мнения // http://wciom.ru/zh/print_q.php?s_id=688&q_id=49889&date=18.09.2010

⁸⁹ Программа ООН по населённым пунктам // <http://www.unhabitat.org/>

⁹⁰ Здоровое городское планирование: пер. с англ. Х.Бартон, К. Цуру. – ВОЗ. – 2000 г.

аккредитацию в сети ЕРБ ВОЗ «Здоровые города»: Димитровград, Ижевск, Кинель-Черкассы, Новочебоксарск, Ставрополь, Чебоксары, Череповец⁹¹.

Регулирование вопросов охраны здоровья граждан является одним из приоритетных направлений государственной политики России. В последнее десятилетие предпринимаются определённые усилия, направленные на поддержание и укрепление здоровья населения (Национальный проект «Здоровье», региональные целевые программы, Программа модернизации здравоохранения). В целом вопросы охраны здоровья населения регулируются более чем 40 федеральными законами*.

На региональном уровне также уделяется значительное внимание здоровью населения, в особенности в крупных городах. Так, в г. Череповце принята «Долгосрочная целевая программа «Здоровый город» на 2009 – 2015 годы», целью которой является достижение высокого уровня здоровья настоящих и будущих поколений жителей города⁹². В г. Вологде утверждена городская целевая программа «Улучшение демографической ситуации и укрепление здоровья жителей муниципального образования «Город Вологда» на 2011 – 2016 годы»⁹³. Программа направлена на постепенную стабилизацию численности населения города Вологды; создание условий для улучшения демографической ситуации, ориентированной на увеличение ожидаемой продолжительности жизни. Также существует ряд других нормативно-правовых документов, направленных на улучшение состояния здоровья горожан (прил. 5).

Однако анализ ситуации в сфере общественного здоровья крупных городов показал, что существующие меры не являются достаточными. Отдельные

⁹¹ Проект ЗГ в России // http://www.zdorovyegoroda.ru/ob_assotsiatsii/

* Подробный анализ нормативно-правовой базы, регламентирующей отношения в сфере охраны здоровья населения, рассмотрен в ИАЗ «Состояние здоровья населения Вологодской области и пути его улучшения: обзор теоретических источников». – ИСЭРТ РАН. – 2010 г. – 53 с.

⁹² Постановление мэрии г. Череповца от 13.10.2011 № 4233 «О внесении изменений в постановление мэра города от 15.10.2008 № 3545» (вместе с «Долгосрочной целевой программой «Здоровый город» на 2009 – 2015 годы») // Речь. – 2011. – № 197.

⁹³ Постановление Администрации г. Вологды от 07.10.2010 № 5352 (ред. от 23.06.2011) Об утверждении городской целевой программы «Улучшение демографической ситуации и укрепление здоровья жителей муниципального образования «Город Вологда» на 2011 – 2016 годы» // Вологодские новости, 2010. – № 40.

меры, принимаемые в рамках государственных программ, не системны и не дают должного результата. Для сохранения и улучшения здоровья населения необходима разработка Национальной стратегии сохранения здоровья населения, предполагающая системный проблемно-ориентированный подход к решению данной задачи.

Сегодня требуется новый подход к урбанизации и новая парадигма общественного здравоохранения в городах, основанная на предотвращении заболеваний, а не их лечении. Нужны новые модели управления, способные так планировать пространство города, чтобы физическая, социальная и природная среда предотвращали и уменьшали риски для здоровья.

Система здравоохранения, играющая важную роль в сохранении здоровья городского населения, нуждается в скорейшей модернизации. Введение электронных медицинских карт и электронной записи к врачу позволило бы значительно улучшить качество и доступность медицинской помощи населению. Приоритетным должно стать профилактическое направление медицинских служб. В каждом микрорайоне необходимо создать центры здоровья, которые сделают первичную диагностику более доступной, а также центры профилактики заболеваний.

В условиях крупных городов наиболее остро стоит вопрос повышения качества среды проживания. Современные города нуждаются в инфраструктуре, которая позволила бы максимально снизить техногенное воздействие на окружающую среду и способствовала бы повышению уровня здоровья населения. В условиях, когда количество автотранспорта будет расти, необходимо внедрять мероприятия по снижению его негативного воздействия: увеличивать пропускную способность улиц (ввод дублирующих улиц, транспортных развязок на разных уровнях, систем безостановочного движения автомобилей), выделять зоны с запретом на передвижение, создавать дополнительные парковочные места.

Особое внимание необходимо сосредоточить на развитии и усилении роли общественного авто- и электротранспорта большой вместимости во внутри-

городских перевозках. В то же время при строительстве жилых зданий необходимо располагать их вдали от оживлённых магистралей, размещать вдоль них зелёные насаждения и устанавливать шумо- и виброзащитные экраны. Необходимо также максимально исключить продолжительное пребывание детей вблизи перекрёстков и оживлённых улиц.

Для повышения привлекательности и комфортности городских территорий следовало бы расширять лесопарковые зоны, пешеходные тротуары, строить объекты рекреационного комплекса; использовать яркие тона для оформления зданий; избегать плотной застройки.

С целью обеспечения населения жильём требуется развивать систему ипотечного жилищного кредитования и создавать благоприятные условия для расширения индивидуального строительства жилья с применением технологий, обеспечивающих снижение его стоимости без снижения качества.

Необходимо создавать условия для распространения здорового образа жизни, чтобы каждый городской житель смог заниматься спортом. В каждом микрорайоне должны быть крупные спортивные центры, плавательные бассейны, беговые и велосипедные дорожки, а в каждом дворе – спортивные площадки.

Таким образом, сегодня наряду с интенсивным промышленным развитием пристальное внимание необходимо уделять всем параметрам, составляющим качество жизни населения крупных городов. Здоровье и качество жизни должны стать приоритетом, не рассматриваться как результат воздействия различных составляющих развития города или как его дополнительные характеристики, а планироваться наряду с устойчивым экономическим ростом.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты исследования основных тенденций и особенностей общественного здоровья в крупных городах позволили сделать следующие основные выводы.

1. На протяжении последних двадцати лет доля городского населения Вологодской области остаётся стабильной – 69%, что соответствует повышенной степени урбанизации. Подавляющее большинство (71%) городского населения региона сосредоточено в двух крупных городах – Вологде и Череповце. При относительно стабильном удельном весе городского населения в общей структуре численность его постепенно сокращается. В период с 2000 по 2010 г. численность городского населения в Вологодской области снизилась на 6% (55 тыс. чел.), в России – на 4% (3715 тыс. человек).

2. Отличительной чертой городского населения по сравнению с сельским является более низкий уровень рождаемости, который в сочетании с растущей ожидаемой продолжительностью жизни ведёт к старению населения. Суммарный коэффициент рождаемости городского населения в период с 2000 по 2009 г. был ниже, чем сельского, примерно на 40%. В то же время удельный вес населения пенсионного возраста в крупных городах региона вырос с 18 до 20%, доля населения младших возрастов сократилась с 19 до 16%.

3. Городское население живёт на 2 – 3 года дольше сельского, однако при этом имеет более высокие показатели заболеваемости. Динамика заболеваемости за период с 2000 по 2009 г. свидетельствует о превышении её уровня в крупных городах над уровнем районов в среднем на 27%, при этом рост составил 3%. За тот же период детская (0 – 14 лет) заболеваемость в крупных городах выросла на 41%, превысив уровень районов области в 1,5 раза. Тот факт, что в крупных городах самые низкие в регионе показатели смертности населения, но высокий уровень заболеваемости, обусловлен большей доступностью медицинской помощи по сравнению с территориями, отдалёнными от центра.

4. Корреляционный анализ различных показателей, характеризующих качество жизни и ОПЖ населения крупных городов, позволил выявить основные

детерминанты, как положительно, так и отрицательно влияющие на здоровье населения. Максимальная положительная связь показателя ОПЖ проявляется с группой факторов, характеризующих уровень жизни городского населения. За период с 2002 по 2009 гг. средний валовой доход на члена домохозяйства в городской местности превышал доход в сельской местности на 29%. Расходы на покупку продуктов для домашнего питания, на оплату медицинских услуг также были выше на 19 и 55% соответственно. Также тесную положительную связь с ОПЖ в городах имеет уровень медицинского обслуживания. При этом уровень обеспеченности городского населения врачами в два раза превышает обеспеченность населения районов. Отрицательное влияние на ОПЖ проявляется в группе факторов негативного влияния на окружающую среду (выбросы вредных веществ в атмосферу, сбросы сточных вод).

В настоящее время перспективы развития регионов России связаны со сформировавшимися и наиболее динамично развивающимися территориями, к которым относятся крупные города и агломерации. В Вологодской области перспективы развития во многом связаны с ростом агломерации «Вологда-Шексна-Череповец»⁹⁴. Создание высокоурбанизированных территорий ведёт к усилению техногенного воздействия, что может негативно сказаться на качественных характеристиках населения. Ввиду этого серьёзное внимание необходимо уделять повышению уровня жизни и созданию комфортной среды проживания для всех городских жителей. Важным условием развития городов является организация доступной высокотехнологичной медицинской помощи. Также современные города нуждаются в инфраструктуре, которая позволила бы максимально снизить техногенное воздействие на окружающую среду и способствовала бы здоровому образу жизни населения.

⁹⁴ Постановление Правительства Вологодской области от 28.06.2010 № 739 (ред. от 13.12.2010) «О Стратегии социально-экономического развития Вологодской области на период до 2020 года» (вместе со «Стратегией социально-экономического развития Вологодской области на период до 2020 года») // Красный Север, – 2010. № 89.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Адо А.Д. Организационные основы профилактики аллергических заболеваний [Текст] / А.Д. Адо, Л.В. Богова // Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни населения СССР в свете решений июньского (1983 г.) Пленума ЦК КПСС и постановления ЦК КПСС и СМ СССР «О дополнительных мерах по улучшению охраны здоровья населения»: Тез. докл. совещ. в Запорожье, сентябрь, 1983 г. Ч. V. Охрана здоровья населения. – Запорожье, 1983. – С. 3 – 6.
2. Андреев Е.М. Продолжительность здоровой жизни [Текст] / Е. М. Андреев, В. М. Школьников, М. Макки // Вопросы статистики. – 2002. – № 11. – С. 16 – 21.
3. Бедный М.С. Социально-гигиеническая характеристика заболеваемости городского и сельского населения [Текст] / М.С. Бедный, С.И. Саввин, Г.И. Стягов. – М.: Медицина, 1975.
4. Белкина Т.Д. Россия – страна больших и малых городов // Демоскоп Weekly. – № 363 – 364. – 2009 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.demoscope.ru/weekly/2009/0363/tema01.php>
5. Вирт Л. Урбанизм как образ жизни [Текст] / Л. Вирт // Избранные работы по социологии: сб. переводов. Пер. с англ. – М. ИНИОН РАН, 2005. – С. 93 – 118.
6. Влияния зелёных насаждений на формирование микроклимата. Медицинский портал eurolab [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.eurolab.ua/encyclopedia/3863/34932/>
7. Высоковский А. Удобный город: три уровня созидания [Текст] // Российское экспертное обозрение «Удобное пространство города». – 2007. – № 4. – с. 72.
8. Гален К. О назначении частей человеческого тела [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.bibliotekar.ru/422/index.htm>
9. Города Вологодской области в цифрах. Основные социально-экономические показатели. 2000 – 2009: стат. сб. [Текст] / Вологдастат. – Вологда, 2010.
10. Городской альманах. Вып. 3. [Текст]. – М.: Фонд «Институт экономики города», 2008.
11. Градостроительный кодекс РФ от 29.12.2004 № 190 – ФЗ.
12. Демографическая модернизация России, 1900 – 2000 / Под ред. А.Г. Вишневого [Текст]. – М.: Новое издательство. – 2006. – 608 с.
13. Демографический ежегодник Вологодской области: стат. сб. [Текст] / Вологдастат. – Вологда, 2010. – 88с.
14. Демографический ежегодник России. 2010: стат. сб. [Текст] / Росстат. – М., 2010. – 525 с.
15. Доклад ООН о перспективах урбанизации населения планеты [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.ruslife.ru/patrol/statistics/2897.smx>
16. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе в 2002 году на 52 сессии Европейского регионального комитета ВОЗ, сентябрь 2002 года // Пресс-релиз

ЕРБ ВОЗ/15/02, Копенгаген, 17 сентября 2002 года. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.euro.who.int/document/e87325r.pdf>

17. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008 год. [Текст]. – ВОЗ, 2008.

18. Доходы, расходы и потребление в домашних хозяйствах Вологодской области в 2009 году (по материалам выборочного обследования бюджетов домашних хозяйств): стат. бюллетень [Текст] / Вологдастат. – Вологда, 2000 – 2010 гг.

19. Европейская база данных «Здоровье для всех» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://data.euro.who.int/hfad/shell_ru.html

20. Жеребин, В.М. Уровень жизни населения – как он понимается сегодня [Текст] / В.М. Жеребин, И.А. Ермакова // Вопросы статистики. – 2000. – № 8. – С. 3 – 11.

21. Здоровое городское планирование: пер. с англ. [Текст] / Х.Бартон, К. Цуру. – ВОЗ. – 2000 г. – 212 с.

22. Здоровье и продолжительность жизни [Текст] / под ред. В.И. Кричагина. – М., 1993. – 197 с.

23. Иванова А.Е. Продолжительность жизни, свободной от инвалидности, в России и за рубежом: проблемы сравнительного анализа [Текст] // Социологические исследования. – 2002. – № 12. – С. 80 – 89.

24. Ильинский И.В. Инвестиции в будущее: образование в инновационном воспроизводстве [Текст]. – СПб.: Изд. СПб УЭФ, 1996.

25. Ильченко, И.Н. Значимость человеческого капитала в укреплении здоровья и профилактике заболеваний [Текст] / И.Н. Ильченко, Г.Н. Арустамян // Профилактическая медицина. – 2009. – № 2. – С. 9 – 17.

26. Инвестиции в здоровье: ключевое условие успешного экономического развития стран Восточной Европы и Центральной Азии [Текст] / Всемирная организация здравоохранения, 2008 г., гл. 4. – С. 138.

27. Капелюшников, Р. И. Трансформация человеческого капитала в российском обществе: (на базе «Российского мониторинга экон. положения и здоровья населения») [Текст] / Р. И. Капелюшников, А. Л. Лукьянова ; фонд «Либер. миссия». – М.: Фонд «Либеральная миссия», 2010. – 191 с.

28. Комаров, Ю.Н. Продолжительность жизни населения России с учётом инвалидности: динамика, региональные аспекты, основные причины потерь [Текст] / Ю.Н. Комаров, С.П. Ермаков, А.Е. Иванова. – М.: 1997.

29. Ликвидировать разрыв в течение жизни одного поколения: доклад ВОЗ [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.ilo.org/public/libdoc/igo/2008/433899.pdf>

30. Лисицын, Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение [Текст]. – М. Гэотар-Медиа, 2002.

31. Маршал, А. Принципы экономической науки: в 3 т. [Текст] / А. Маршал. – М.: Прогресс. – 1993. – 312 с.

32. Миллер, М.А. Здоровье нашего капитала [Текст] / М.А. Миллер // Креативная экономика. – 2008. – № 7.

33. Новая парадигма развития России в XXI веке (комплексное исследование проблем устойчивого развития: идеи и результаты) [Текст] / под ред. В.А. Коптюга, В.М. Матросова, В.К. Левашова. – М.: Academia, – 2000. – 434 с.
34. Никонова, Я.И. Организация стратегического планирования устойчивого развития крупных городов: теоретические и методологические аспекты: монография [Текст] / Я.И. Никонова, М.В. Каркавин, Е.С. Димакова, под ред. А.Г. Ивасенко. – Новосибирск: Изд-во СО РАН, 2008. – 234 с.
35. Нугаев, Р.М. Качество жизни в трудах социологов США [Текст] / Р.М. Нугаев, М.А. Нугаев // Социологические исследования. – 2003. – № 6. – С. 100-105.
36. Омран, А.Р. Эпидемиологический аспект теории естественного движения населения [Текст] / А.Р. Омран // Проблемы народонаселения. О демографических проблемах стран Запада. – М.: Прогресс. – 1977. – С. 57 – 91.
37. Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения [Текст] / Медицинский информационно-аналитический центр. – Вологда, 1999-2010 гг.
38. Основы изучения человеческого развития [Текст] / Под ред. И.Б. Баркалова и С.Ф. Иванова. – М.: Права человека, 1998. – 168 с.
39. Охрана окружающей среды в России. 2010: стат. сб. [Текст] / Росстат. – М., 2010. – 303с.
40. Пациорковский, В.В. Сельско-городская Россия [Текст] / В.В. Пациорковский. – М.: ИСЭПН РАН. – 2010. – 390 с.
41. Пивоваров, Ю.Л. Современная урбанизация [Текст] / Ю.Л. Пивоваров. – М., 1994. – С. 21.
42. Пизон Ж. Все страны мира [Текст] / Ж. Пизон // Население и общество: инф. бюллетень. – 2005. – № 93.
43. Постановление Администрации г. Вологды от 03.11.2010 № 6028 (ред. от 07.09.2011) «Об утверждении городской целевой программы «Школьный стадион» [Текст] // Вологодские новости, 2010. – № 45.
44. Постановление Администрации г. Вологды от 07.10.2010 № 5352 (ред. от 23.06.2011) Об утверждении городской целевой программы «Улучшение демографической ситуации и укрепление здоровья жителей муниципального образования «Город Вологда» на 2011 – 2016 годы» [Текст] // Вологодские новости, 2010. – № 40.
45. Постановление Администрации г. Вологды от 22.04.2011 № 2032 «Об утверждении Программы модернизации здравоохранения муниципального образования «Город Вологда» на 2011 – 2012 годы» [Текст] // Вологодские новости, 2011. – № 16.
46. Постановление Главы г. Вологды от 09.02.2009 № 645 (ред. от 23.06.2011) «Об утверждении городской целевой программы «Мероприятия по обеспечению реализации национального проекта «Здоровье» на 2009 – 2013 годы», о внесении изменений в отдельные постановления Главы города Вологды» [Текст] // Вологодские новости, 2009. – № 7.
47. Постановление мэра г. Череповца от 15.10.2008 № 3544 (ред. от 28.04.2011) «О долгосрочной целевой программе «Экология города» на 2009 –

2015 годы» (вместе с «Долгосрочной целевой программой «Экология города» на 2009 – 2015 годы») // Речь. – 2010. – № 198.

48. Постановление мэрии г. Череповца от 14.10.2011 № 4297 «О ведомственной целевой программе «Спортивный город» на 2012 - 2014 годы» (вместе с «Ведомственной целевой программой «Спортивный город» на 2012 – 2014 годы») [Текст] // Речь. – 2011. – № 205.

49. Постановление мэрии г. Череповца от 13.10.2011 № 4233 «О внесении изменений в постановление мэра города от 15.10.2008 № 3545» (вместе с «Долгосрочной целевой программой «Здоровый город» на 2009 – 2015 годы») [Текст] // Речь. – 2011. – № 197.

50. Потребление продуктов питания по социально-экономическим группам населения Вологодской области в 2009 году (по материалам выборочного обследования бюджетов домашних хозяйств): стат сб. [Текст] / Вологдастат. – Вологда, 2010. – 31с.

51. Программа ООН по населённым пунктам [Электронный ресурс]. – Режим доступа: // <http://www.unhabitat.org/>

52. Проект ЗГ в России [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.zdorovyegoroda.ru/ob_assotsiatsii/

53. Прохоров, Б.Б. Общественное здоровье и экономика [Текст] / Б.Б. Прохоров, И.В. Горшкова, Д.И. Шмаков, Е.В. Тарасова, под ред. Б.Б. Прохоров. – М.: МАКС Пресс, 2007. – 292 с.

54. Прохоров, Б.Б. Показатели качества общественного здоровья как индикаторы устойчивого развития [Текст] / Б.Б. Прохоров // Устойчивое развитие: ресурсы России. М. Издательский центр РХТУ. – 2004. – С. 80 – 104.

55. Прохоров, Б.Б. Социальная стратификация общества и здоровье населения [Текст] / Б.Б. Прохоров // Проблемы прогнозирования. – 2009. – № 3. – С. 112.

56. Районы и города Вологодской области: стат. сб. [Текст] / Вологдастат. – Вологда, 2000 – 2010 гг.

57. Рамонов, А. Ожидаемая продолжительность здоровой жизни в России / А. Рамонов // Демоскоп Weekly. – 2011. – № 463 – 464. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.demoscope.ru/weekly/2011/0463/tema01.php>

58. Распоряжение Правительства РФ от 17.11.2008 № 1662 – р (ред. от 08.08.2009) «О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года» (вместе с «Концепцией долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года») [Текст] // Собрание законодательства РФ, 2008. – № 47. – ст. 5489.

59. Регионы России. Основные социально-экономические показатели городов. 2010: стат. сб. [Текст] / Росстат. – М., 2010;

60. Регионы России. Основные характеристики субъектов Российской Федерации. 2010: стат. сб. [Текст] / Росстат. – М., 2010.

61. Решение Вологодской городской Думы от 01.07.2011 № 715 «Об утверждении Стратегии комплексной модернизации городской среды муниципального образования «Город Вологда» на период до 2020 года «Вологда -

комфортный город» (принято Вологодской городской Думой 30.06.2011) [Текст] // Вологодские новости, 2011. – № 28.

62. Решение Вологодской городской Думы от 28.10.2004 № 129 (ред. от 24.12.2007) «О городской целевой программе «Здоровый ребёнок» на 2005 – 2007 годы» (вместе с «Городской целевой программой «Здоровый ребёнок» на 2005 – 2007 годы») [Текст] // Вологодские новости, 2004. – 46.

63. Римашевская, Н.М. Здоровье человека – здоровье нации [Текст] / Н.М. Римашевская // Экономические стратегии, 2006. – № 6. – С. 42 – 46. // [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.inesnet.ru/magazine/mag_archive/free/2006_02/rimashevskaya.htm

64. Римашевская, Н.М. Человек и реформы: Секреты выживания [Текст] / Н.М. Римашевская. – М.: РИЦ ИСЭПН, 2003. – 392 с.

65. Россет, Э. Продолжительность человеческой жизни [Текст] / Э. Россет. – М.: Прогресс, 1981. – 384 с.

66. Сафронов, Э.А. Транспортные системы городов и регионов: учебное пособие [Текст] / Э.А. Сафронов., – М.: Издательство АСВ, 2005. – С. 208.

67. Сбережение народа [Текст] / под ред. Н.М. Римашевской. – М.: Наука, 2007. – 326 с.

68. Семёнова, В.Г. Обратный эпидемиологический переход в России [Текст] / В.Г. Семёнова. – М.: ЦСП. – 2005. – 235 с.

69. Состояние и охрана окружающей среды Вологодской области: стат. сб. [Текст] / Вологдастат. – Вологда, 1999 – 2009 гг.

70. Тапилина, В.С. Социально-экономический статус и здоровье населения [Текст] / В.С. Тапилина // Социологические исследования. – 2004. – № 3. – С. 126 – 137.

71. Томилин, С.А. Проблема рождаемости [Текст] / Томилин С.А. // Демография и социальная гигиена. – М.: Статистика. – 1973.

72. Ускова, Т.В. Управление современным городом: направленная модернизация [Текст] / Т.В. Ускова, А.Н. Нестеров, под ред. В.А. Ильина. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2010. – С. 196.

73. Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.gks.ru

74. Философия здоровья. Отв. ред. А.Т. Шаталов [Текст]. – М.: ИФ РАН, 2001. – 242 с.

75. Форрестер, Дж. Мировая динамика [Текст] / Дж. Форрестер. – М.: Наука, 1978. – 167 с.

76. Шабунова, А.А. Общественное здоровье и здравоохранение территорий [Текст] / А.А. Шабунова, К.Н. Калашников, О.Н. Калачикова. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2010. – 284 с.

77. Шепелин, О.П. Урбанизация и здоровье [Текст]. – М.: Знание, 1991. – 64 с.

78. Человеческое развитие: новое измерение социально-экономического прогресса. Учебное пособие под общей редакцией проф. В.П. Колесова (экономический факультет МГУ), 2-е издание, дополненное и переработанное [Текст]. – М.: Права человека, 2008. – 636 с.

79. Юрьев, В.К. Здоровье населения и методы его изучения: учеб. пособие [Текст] / В.К. Юрьев. – СПб., 1993.
80. Web-Атлас: «Окружающая среда и здоровье населения России» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.sci.aha.ru/ATL/ra13b.htm>
81. Bobak M., Kristensen M. Marmot M., Life span and disability: a cross sectional comparison of Russian and Swedish community based data. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 2004. – P. 767 – 771.
82. *Demography: analysis and synthesis*. Burlington: Academic Press. – P. 5 – 12.
83. European mortality database (MDB) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://data.euro.who.int/hfamdb/>
84. Galeaa S., Freudenbergc N., Vlahova D. Cities and Population Health // *Social Science and Medicine*, 2005. – № 60. – P. 1017 – 1033.
85. Gourbin, C., Wunsch, G. Health, illness, and death. In: G. Caselli, J. Vallin, G. Wunsch (Eds.), 2006.
86. Hidden cities: unmasking and overcoming health inequities in urban settings.// World Health Organization, The WHO Centre for Health Development, Kobe, and United Nations Human Settlements Programme (UN-HABITAT), 2010. – P. 13
87. Martikainen P., Aromaa A. Heliovaara et al. 1999 Reliability of perceived health by sex and age // *Social Science and Medicine*. – № 48. – P. 1117 – 1122.
88. Mohan J., Twigg L., Barnarda S., Jonesb K. Social Capital, Geography and Health: a Small-Area Analysis for England // *Social Science and Medicine*, 2005. – № 60. – P. 1267 – 1283.
89. Olshansky S.J., Ault A.B. The fourth stage of the epidemiologic transition: the age of delayed degenerative diseases // *Milbank Quarterly*. – 1986. – № 3.
90. Robine J.M., Romieu I., Cambois E. Health expectancy indicators // *Bull. World Health Organization* – 1999. – № 2. – P.181 – 185.
91. Sanders B. Measuring community health levels // *American journal of public health*, 1964. – № 54. – P. 1063 – 1070.
92. Sullivan D. A single index of mortality and morbidity // *HSMHA health report*, 1971. – № 86. – P. 347 – 354.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Классификация степени урбанизированности территории

- 1 – очень низкая степень урбанизации (12,0 – 31,9% городского населения),
- 2 – низкая степень урбанизации (32,0 – 42,9%) городского населения,
- 3 – пониженная степень урбанизации (43,0 – 55,9% городского населения),
- 4 – средняя степень урбанизации (56,0 – 61,9% городского населения),
- 5 – повышенная степень урбанизации (62,0 – 69,9% городского населения),
- 6 – высокая степень урбанизации (70,0 – 75,9% городского населения),
- 7 – очень высокая степень урбанизации (76,0 – 100,0% городского населения).

Источник: Web-Атлас: «Окружающая среда и здоровье населения России» // <http://www.sci.aha.ru/ATL/ra13b.htm>

Стандартизованные коэффициенты смертности городского и сельского населения Российской Федерации за период с 1965 по 2009 гг.
(число умерших на 100 тыс. человек населения).

Группа причин	Город/ село	Год												
		1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009
от всех причин	город	1426,0	1714,0	1720,9	1845,6	1783,6	1670,2	2228,4	2121,2	2111,3	1940,8	1834,6	1804,8	1723,2
	село	1568,2	1727,5	1856,0	1958,4	1892,3	1772,8	2200,6	2203,1	2340,8	2150,4	2035,5	2008,9	1928,3
болезни системы кровообращения	город	646,2	828,5	859,0	940,2	948,9	866,3	1101,3	1087,1	1109,4	1023,9	967,2	953,2	904,9
	село	666,4	787,0	890,8	958,3	958,8	873,4	1036,2	1101,3	1217,4	1116,2	1053,7	1041,2	984,3
новообразования	город	330,0	327,6	315,9	316,3	324,8	335,9	327,2	306,6	289,0	282,4	279,9	277,9	279,0
	село	255,2	241,9	233,6	232,5	252,2	281,7	286,2	267,3	284,4	243,7	245,0	243,3	248,8
внешние причины	город	166,4	220,7	232,0	270,4	215,3	209,7	394,2	349,1	329,1	290,2	264,9	246,9	223,8
	село	202,8	279,0	327,5	364,8	310,3	286,5	417,5	394,2	418,2	378,2	352,4	338,7	314,7
болезни органов дыхания	город	105,9	170,2	159,3	154,7	130,3	98,6	130,3	116,9	105,0	89,4	83,2	84,6	82,2
	село	173,3	237,1	238,8	238,3	213,4	161,6	178,0	164,7	148,0	130,1	121,7	121,8	120,2
болезни органов пищеварения	город	37,9	46,0	46,5	55,0	52,8	45,5	73,5	66,6	90,2	85,0	82,3	84,4	82,8
	село	47,7	43,6	46,0	52,5	47,4	41,8	60,7	54,2	79,0	75,4	73,6	75,6	74,1
инфекционные болезни	город	58,1	47,9	38,4	35,1	28,0	20,3	38,2	44,3	44,0	39,9	37,4	37,6	36,3
	село	87,9	67,4	56,3	46,7	36,5	26,7	38,7	45,9	48,3	43,7	41,2	40,6	39,3

Источник: Демографический ежегодник России. 2010: стат. сб./ Росстат. – М., 2010.

**Взаимосвязь смертности и первичной заболеваемости (на 1000 человек населения)
населения Вологодской области в разрезе крупные города / районы**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
В крупных городах										
Смертность (на 1000 насел.)	13,2	14,65	14,8	16,2	16	15,55	14,1	13,2	13,4	13,45
Первичная заболеваемость (на 1000 насел.)	949,9	896,0	867,5	854,1	856,0	853,1	949,3	903,6	931,3	979,9
Коэффициент корреляции										-0,84
В районах										
Смертность (на 1000 насел.)	18,7	20,1	21,6	23,1	21,9	21,9	19,9	18,8	19,4	19,4
Первичная заболеваемость (на 1000 насел.)	699,4	717,0	713,2	696,8	719,9	710,8	730,7	723,4	727,4	752,2
Коэффициент корреляции										-0,44

Распределение субъектов РФ по состоянию здоровья населения на основании многомерной рейтинговой оценки, 2009 г.

Группы состояния здоровья, полученные на основании многомерной рейтинговой оценки					
1 группа (1,67 – 1,88)	2 группа (1,60 – 1,66)	3 группа (1,56 – 1,59)	4 группа (1,50 – 1,55)	5 группа (1,41 – 1,49)	6 группа (1,33 – 1,38)
Доля городского населения в среднем для группы, %					
86,24	76,56	64,23	71,66	68,52	73,03
Тюменская область Мурманская область Ленинградская область Магаданская область г. Санкт-Петербург	Камчатский край Республика Коми г. Москва Республика Саха (Якутия) Республика Татарстан Саратовская область Томская область Свердловская область Белгородская область	Республика Тыва Пензенская область Забайкальский край Воронежская область Республика Карелия Чувашская Республика Республика Мордовия Омская область Республика Бурятия Новосибирская область Республика Башкортостан	Сахалинская область Хабаровский край Челябинская область Республика Хакасия Калининградская область Удмуртская Республика Кировская область Чукотский автономный округ Московская область Красноярский край Липецкая область Курская область Оренбургская область Самарская область	Приморский край Тамбовская область Республика Марий Эл Республика Алтай Ульяновская область Орловская область Архангельская область Кемеровская область Калужская область Вологодская область Еврейская автономная область Ярославская область Иркутская область Алтайский край Пермский край Брянская область Амурская область Курганская область Рязанская область Тульская область Нижегородская область	Псковская область Смоленская область Новгородская область Ивановская область Владимирская область Костромская область Тверская область

**Нормативно-правовая база, регламентирующая отношения в сфере
общественного здоровья населения городов Вологды и Череповца**

№	Основные законы	Цель документа
1.	Долгосрочная целевая программа «Здоровый город» на 2009 – 2015 годы» ⁹⁵ .	Достижение высокого уровня здоровья настоящих и будущих поколений жителей города.
2.	Городская целевая программа «Улучшение демографической ситуации и укрепление здоровья жителей муниципального образования «Город Вологда» на 2011 – 2016 годы» ⁹⁶ .	Постепенная стабилизация численности населения города Вологды; создание условий для улучшения демографической ситуации, ориентированной на увеличение ожидаемой продолжительности жизни.
3.	Стратегия комплексной модернизации городской среды муниципального образования «Город Вологда» на период до 2020 года «Вологда – комфортный город» ⁹⁷	Создание условий для улучшения качества жизни населения.
4.	Городская целевая программа «Мероприятия по обеспечению реализации национального проекта «Здоровье» на 2009 – 2013 годы» ⁹⁸	Укрепление здоровья населения муниципального образования г. Вологда; обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия на территории города Вологды; обеспечение безопасности пребывания пациентов в муниципальных учреждениях здравоохранения.

⁹⁵ Постановление мэрии г. Череповца от 13.10.2011 № 4233 «О внесении изменений в постановление мэра города от 15.10.2008 № 3545» (вместе с «Долгосрочной целевой программой «Здоровый город» на 2009 – 2015 годы») // Речь. – 2011. – № 197.

⁹⁶ Постановление Администрации г. Вологды от 07.10.2010 № 5352 (ред. от 23.06.2011) «Об утверждении городской целевой программы «Улучшение демографической ситуации и укрепление здоровья жителей муниципального образования «Город Вологда» на 2011 – 2016 годы» // Вологодские новости, 2010. – № 40.

⁹⁷ Решение Вологодской городской Думы от 01.07.2011 № 715.

«Об утверждении Стратегии комплексной модернизации городской среды муниципального образования «Город Вологда» на период до 2020 года «Вологда – комфортный город» (принято Вологодской городской Думой 30.06.2011) // Вологодские новости, 2011. – № 28.

⁹⁸ Постановление Главы г. Вологды от 09.02.2009 № 645 (ред. от 23.06.2011) «Об утверждении городской целевой программы «Мероприятия по обеспечению реализации национального проекта «Здоровье» на 2009 – 2013 годы», о внесении изменений в отдельные постановления Главы города Вологды» // Вологодские новости, 2009. – № 7.

5.	Городская целевая программа «Здоровый ребёнок» на 2005 – 2007 годы ⁹⁹	Снижение заболеваемости детей, беременных женщин; снижение младенческой, материнской смертности; улучшение состояния здоровья новорождённых детей; улучшение перинатальной диагностики в профилактике врождённых и наследственных заболеваний у детей.
6.	Программа модернизации здравоохранения муниципального образования «Город Вологда» на 2011 – 2012 годы ¹⁰⁰	Улучшение качества и обеспечение доступности медицинской помощи населению города Вологды.
7.	Долгосрочная целевая программа «Экология города» на 2009 – 2015 годы ¹⁰¹	Опережающая оценка опасности неблагоприятных экологических факторов, повышение уровня экологической образованности населения, формирование здорового образа жизни в комплексе с мерами по улучшению состояния здоровья населения города Череповца на основе разработки и внедрения в практику мер медицинской профилактики, современных технологий диагностики и лечения экологически обусловленных патологий и/или ассоциированных заболеваний.
8.	Комплексный план действий по снижению антропогенного воздействия на окружающую среду и здоровье населения до 2015 года ¹⁰²	Обеспечение экологической безопасности, сохранение и укрепление здоровья горожан, поддержание их приоритетности в целях устойчивого развития общества и повышения качества жизни населения.
9.	Ведомственная целевая программа «Спортивный город» на 2012 – 2014 годы ¹⁰³	Оздоровление населения города Череповца средствами физической культуры и спорта, прежде всего детей и подростков, увеличение численности жителей города, регулярно занимающихся физической культурой и спортом.
10.	Городская целевая программа «Школьный стадион» ¹⁰⁴	Создание условий и возможностей для физического активного образа жизни детей и подростков путём обустройства пришкольных территорий.

⁹⁹ Решение Вологодской городской Думы от 28.10.2004 № 129 (ред. от 24.12.2007) «О городской целевой программе «Здоровый ребёнок» на 2005 – 2007 годы» (вместе с «Городской целевой программой «Здоровый ребёнок» на 2005 – 2007 годы») // Вологодские новости, 2004. – 46.

¹⁰⁰ Постановление Администрации г. Вологды от 22.04.2011 № 2032 «Об утверждении Программы модернизации здравоохранения муниципального образования «Город Вологда» на 2011 – 2012 годы» // Вологодские новости, № 16, 27.04.2011.

¹⁰¹ Постановление мэра г. Череповца от 15.10.2008 № 3544 (ред. от 28.04.2011) «О долгосрочной целевой программе «Экология города» на 2009 – 2015 годы» (вместе с «Долгосрочной целевой программой «Экология города» на 2009 – 2015 годы») // Речь, № 198, 21.10.2010.

¹⁰² Постановление мэрии г. Череповца от 20.01.2009 № 120 «О Комплексном плане действий по снижению антропогенного воздействия на окружающую среду и здоровье населения до 2015 года».

¹⁰³ Постановление мэрии г. Череповца от 14.10.2011 № 4297 «О ведомственной целевой программе «Спортивный город» на 2012 – 2014 годы» (вместе с «Ведомственной целевой программой «Спортивный город» на 2012 – 2014 годы») // Речь, № 205, 01.11.2011.

¹⁰⁴ Постановление Администрации г. Вологды от 03.11.2010 № 6028 (ред. от 07.09.2011) «Об утверждении городской целевой программы «Школьный стадион» // Вологодские новости, 2010. – № 45.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	4
Основные результаты	7
1. Концептуальные основы исследования здоровья населения	
1.1. Социально-экономическая сущность здоровья и подходы к его исследованию.....	9
1.2. Факторы формирования здоровья населения на современном этапе эпидемиологического перехода.....	24
2. Здоровье населения урбанизированных территорий	
2.1. Трансформация структуры и качества современного городского населения.....	37
2.2. Анализ факторов и условий формирования здоровья населения в крупных городах.....	57
Заключение	79
Список использованных источников	81
Приложения	87

Шабунова Александра Анатольевна

Маланичева Надежда Антоновна

**ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ В КРУПНЫХ ГОРОДАХ:
ТЕНДЕНЦИИ И ОСОБЕННОСТИ**

Препринт

Компьютерный набор и верстка

Корректор

Н.А. Маланичева

Т.Е. Езовских

Подписано в печать 28.02.2012 г.
Печать цифровая. Формат бумаги 60x84/16.
Усл. печ. л. 5,4. Тираж 90 экз. Заказ № 83.

160014, г. Вологда, ул. Горького, 56 а, ИСЭРТ РАН
Тел. 54-43-85, e-mail: common@vscc.ac.ru