

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КАЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи

КИТАЕВА ЭНДЖЕ АЛЬБЕРТОВНА

**НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ МЕЖВЕДОМСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ
ПО ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У НАСЕЛЕНИЯ
И ОЦЕНКА ЕЁ ЭФФЕКТИВНОСТИ**

3.2.3 Общественное здоровье, организация, социология и здравоохранения

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени доктора медицинских наук

Научные консультанты:

Шулаев Алексей Владимирович

доктор медицинских наук, профессор

Улумбекова Гузель Эрнсовна

доктор медицинских наук

Москва, 2023

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	5
Глава 1. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ. ВЛИЯНИЯ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ НА СНИЖЕНИЕ СМЕРТНОСТИ, ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ИНВАЛИДИЗАЦИЮ ПО ДАННЫМ ЗАРУБЕЖНЫХ И ОТЕЧЕСТВЕННЫХ АВТОРОВ (обзор литературы)	18
1.1. Факторы, влияющие на демографические показатели и здоровье населения в РФ	18
1.2. Программы и мероприятия, направленные на улучшение демографических показателей и здоровья населения и их эффективность	29
1.3. Заключение по главе	44
Глава 2. МАТЕРИАЛЫ, МЕТОДЫ, ОРГАНИЗАЦИЯ, ЭТАПЫ, ИССЛЕДОВАНИЯ	45
2.1. Статистический анализ материалов	62
Глава 3. РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ АНАЛИЗ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН ЗА ПЕРИОД 1997–2019 гг.	63
3.1. Демографические показатели	63
3.1.1. Численность населения РТ	63
3.1.2. Рождаемость (коэффициент рождаемости и суммарный коэффициент рождаемости)	69
3.1.3. Общий коэффициент смертности	74
3.1.4. Естественное движение населения	85
3.1.4. Ожидаемая продолжительность жизни	87
3.2. Показатели здоровья населения	89
3.2.1. Заболеваемость социально-значимыми неинфекционными заболеваниями.....	89

3.3. Инвалидность	95
3.4. Заключение по главе	97
Глава 4. ИЗУЧЕНИЕ СТЕПЕНИ ВЛИЯНИЯ ГЛАВНЫХ ФАКТОРОВ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ РТ, В ПЕРИОД 2010-2019 гг.	100
4.1. Социально-экономические показатели РТ с 2014 по 2019 гг.	101
4.2. Состояние и деятельность системы здравоохранения РТ	113
4.2.1. Обеспеченность медицинскими кадрами, число медицинских организаций, коечный фонд стационаров	114
4.2.2. Государственные расходы на здравоохранение	124
4.2.3. Оценка удовлетворенности населения доступностью и качеством медицинской помощи	126
4.3. Состояние окружающей среды	133
4.4. Оценка здорового образа жизни на примере 7 муниципальных районов РТ	149
4.5. Количественная оценка воздействия ключевых факторов на ОПЖ в РТ и условия достижения целевого ОПЖ в РТ	170
4.6. Заключение по главе	173
Глава 5. НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ МЕЖВЕДОМСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ И КОМПЛЕКСНОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ НА ДРУГИЕ ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ЗДОРОВЬЕ И ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ НАСЕЛЕНИЯ РТ	177
5.1. Подпрограмма, улучшающие социально-экономическое положение населения	180
5.2. Подпрограмма по снижению вредного употребления алкоголя, табакокурения и формировании приверженности населения к здоровому образу жизни	184
5.3. Подпрограммы, направленные на улучшение состояния окружающей среды	192

5.4. Подпрограммы, влияющие на условия труда на производстве	196
Глава 6. РЕАЛИЗАЦИИ, СОДЕРЖАНИЕ И РЕЗУЛЬТАТЫ РЕАЛИЗАЦИИ МЕЖВЕДОМСТВЕННОЙ ПОДПРОГРАММЫ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ПРИВЕРЖЕННОСТИ У НАСЕЛЕНИЯ К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ НА УРОВНЕ МУНИЦИПАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ	202
6.1. Реализация межведомственной программы по формированию приверженности населения к здоровому образу жизни.....	202
6.2. Оценка итоговых результатов подпрограммы.....	214
6.3. Заключение по главе	214
Глава 7. ОЦЕНКА МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ КОМПЛЕКСНОЙ МЕЖВЕДОМСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ.....	216
7.1. Оценка ожидаемой продолжительности здоровой жизни	216
7.2. Оценка экономической эффективности реализации программы	235
7.3. Заключение по главе	258
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	260
ВЫВОДЫ	274
ПРАКТИЧЕСКИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ И РЕКОМЕНДАЦИИ	277
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ В ДИССЕРТАЦИИ	279
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	280
ПРИЛОЖЕНИЯ	334

ВВЕДЕНИЕ

С 2007 г. руководство страны целенаправленно ставит перед федеральными и региональными органами власти задачу по улучшению демографических показателей и показателей здоровья населения. В 2007 г. Указом Президента РФ № 1351 была утверждена «Концепция демографической политики РФ на период до 2025 года». В ней были поставлены цели по стабилизации численности населения к 2015 г. на уровне 142 - 143 млн человек (без учета Крымского федерального округа, КФО) и создание условий для ее роста к 2025 г. до 145 млн человек, а также увеличение ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ, интегральная характеристика здоровья населения) к 2015 г. до 70 лет, а к 2025 г. - до 75 лет. Тогда же были приняты важнейшие меры по поддержке рождаемости (материнский капитал для стимулирования рождения вторых и последующих детей) и по увеличению доступности бесплатной медицинской помощи (приоритетный проект «Здоровье»). Эти меры наряду с увеличением числа женщин детородного возраста и стабилизацией социально-экономической обстановки в стране позволили добиться роста рождаемости вплоть до 2012 г. и удерживать этот уровень (13,3 рождений на 1 тыс. населения) до 2015 г., а также добиться снижения смертности населения на 20% к 2010 г.

В 2012 г. Указом Президента РФ № 606 «О мерах по реализации демографической политики РФ» перед Правительством РФ были поставлены актуализированные цели к 2018 г.: повысить суммарный коэффициент рождаемости (СКР) до 1,75 (факт к 2018 г. – 1,58) и увеличить ОПЖ до 74 лет (факт к 2018 г. – 72,9 лет). Для достижения этих целей стартовали национальные проекты «Демография» и «Здравоохранение». Правительству РФ была поставлена задача осуществлять со финансирование расходов в субъектах РФ по этому направлению из федерального бюджета. В 2016 г. Распоряжением Правительства РФ №669-р был принят План мероприятий по реализации Концепции демографической политики РФ до 2025 г. и утверждены уточненные целевые индикаторы к 2020 г., согласно которым численность населения должна возрасти до 147,5 млн чел. с

учетом КФО (факт- 146 млн чел.), а ОПЖ до 74 лет (факт – 70 лет); СКР- до 1,87 (факт – 1,51). В связи со сложностями в достижении названных целей в Указах Президента РФ от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития РФ на период до 2024 года» и от 21.07.2020 № 474 «О национальных целях развития РФ до 2030 г.» к 2030 г. поставлены новые амбициозные цели в сфере демографии и улучшении здоровья населения: добиться устойчивого прироста численности населения страны и увеличить ОПЖ граждан до 78 лет.

Для достижения названных целей необходимо существенно улучшить показатели здоровья населения в нашей стране. К сожалению, в 2020 г. эти показатели существенно отставали от целевых значений и от их значений в развитых странах. В 2020 г. в РФ ОПЖ была на 5 лет ниже, чем в «новых-8» странах ЕС, близких к нашей стране по уровню экономического развития (Польша, Чехия и др.) и на 10 лет ниже, чем в «старых» странах ЕС (Франция, Германия и др.). Смертность граждан в трудоспособном возрасте (16-64 года) в РФ по сравнению со странами ЕС, также была выше: у мужчин - в 2,8 раза, у женщин - в 2 раза. С 2015 г. в РФ стала сокращаться рождаемость - примерно по 100 тыс. чел в год, снизившись с 1,9 млн родившихся до 1,4 млн к 2020 г. За 2020 и 2021 гг. в РФ дополнительно умерло около 1 млн чел. по сравнению с 2019 г. В результате этих явлений в РФ сложилась высокая естественная убыль населения (разница между числом родившихся и числом умерших). В 2020 г. она составила почти 700 тыс. человек, а с 2021 г. по 2030 г. в среднем будет составлять 530 тыс. чел. в год. Как следствие, на фоне незначительного притока мигрантов, численность населения страны вместо прироста, сокращается: за 2 года (2020 и 2021 г.) она сократилась почти на 1,3 млн чел. (В.И. Вишняков, 2019; А.Г.Аганбегян, 2021; Р.И.Нигматуллин, 2021; Р.У.Хабриев, 2021, С.Г. Шульгин, 2021). Все это требует поиска и научного обоснования дополнительных мер по снижению смертности и повышению рождаемости, как на федеральном, так и региональном уровне.

Для решения национальных задач с 2013 г. во всех регионах РФ были разработаны программы по увеличению рождаемости, снижению смертности и улучшению здоровья населения. В Республике Татарстан (РТ) Постановлением кабинета министров (КМ) РТ № 461 от 1 июля 2013 г. была утверждена Государственная программа «Развитие здравоохранения РТ до 2021 года» (с изменениями на 15 декабря 2020 г.). В ней с 2019 по 2025 г. были поставлены следующие цели: увеличение ОПЖ с 75,09 до 79,1 лет (факт к 2020 г. – 72,61 лет); снижение смертности в трудоспособном возрасте – с 418,0 до 400,0 на 100 тыс. населения (факт к 2020 г. – 457,5 на 100 тыс. населения); повышение удовлетворенности населения качеством медицинской помощи - с 73,9 до 74,4% (факт к 2020 г. - 74,0%) и снижение потребление алкоголя с 7,3 до 6,8 л на душу (факт к 2020 г. – 6,7). Из указанных фактических показателей видно, что к 2020 г. в РТ вместо увеличения ОПЖ произошло ее снижение, а вместо снижения смертности трудоспособного населения – ее рост.

Для изменения этой отрицательной тенденции, как на федеральном, так и региональном уровне, требуется понимание, какие факторы влияют на снижение смертности, заболеваемости и инвалидизации населения. Хорошо известно, что главными из них являются: социально-экономические (доходы населения), состояние окружающей среды, доступность бесплатной медицинской помощи (обеспеченность медицинскими кадрами и стационарными койками, государственное финансирование здравоохранения), приверженность населения к здоровому образу жизни (физическая активность, уровень употребления алкоголя, табакокурение) (О.М. Драпкина, 2019; С.А. Бойцов, 2020; В.А.Тутельян,2020; А.В.Шулаев, 2020; А.Г. Аганбегян, 2021; А.Ю.Абрамов, 2021;). Для выбора приоритетных направлений важно оценить количественный вклад каждого из этих факторов в ОПЖ, который специфичен для каждой страны и разных периодов ее развития.

В Советское время, когда доходы населения страны были стабильными, а система здравоохранения широко доступна для граждан, по данным Ю. П. Лисицина (1987) и А.Н. Галиуллина (1999) состояние здоровья населения страны

на 50-55% зависело от здорового образа жизни, на 18-20% - от генетических факторов, на 18-22% - от воздействия факторов окружающей среды и на 10-15% - от деятельности системы здравоохранения. Данные ВОЗ в среднем для развитых стран с высоко финансируемыми системами здравоохранения близки к этим выводам (WHO Global status report on alcohol and health 2018. World Health Organization.—Geneva, 2018). В последнем исследовании «Глобальное бремя болезней», проведенного Global Burden of Disease Study 2019 (GBD, 2019), в 2019 г. в РФ общее число DALY на 40% было связано с поведенческими факторами (табакокурение, вредное употребление алкоголя, низкая физическая активность, психоэмоциональные факторы), на 30% с метаболическими (повышенное артериальное давление, излишний вес, гипергликемия, гиперлипидемия) и на 8% состоянием окружающей среды и вредным воздействием производственных факторов. Многие из вышеназванных факторов напрямую модифицируется обеспечением доступности и качества бесплатной медицинской помощи.

Современные исследования по оценке факторов, определяющих здоровье населения РФ, проведенные по данным 89 регионов РФ с 2011 по 2018 гг. эконометрическим методом, показали, что ОПЖ в нашей стране примерно на 37% определяется уровнем доходов населения, на 33% образом жизни граждан и на 30% уровнем государственного финансирования здравоохранения (А.Б.Гиноян, Г.Э.Улумбекова, 2019, 2021 г.). Эта модель исследования не учитывала генетических факторов, так как на протяжении десятилетия в одной стране степень их воздействия практически одинакова, а также факторов окружающей среды, так как их влияние на протяжении десятилетия незначительно по сравнению с весом других факторов. Исходя из установленных связей были выявлены условия, при которых в РФ возможно достижение целевой ОПЖ равной 78 лет к 2030 г. Это ежегодное увеличение государственного финансирования здравоохранения на 8% в постоянных ценах, при сохранении базовых условий – увеличение ВВП в среднем на 3,5% ежегодно и снижение потребления алкоголя на 45% к 2030 г.

Таким образом, для улучшения демографических показателей и показателей здоровья населения в РФ принципиально важно научно обосновать, разработать и реализовать действенную комплексную межведомственные программу.

Степень разработанности темы исследования

С 2006 г. в РФ на федеральном и региональных уровнях начали реализовываться целевые программы, направленные на повышение приверженности населения к здоровому образу жизни и увеличению доступности бесплатной медицинской помощи. В 2006 г. в рамках приоритетного проекта «Здравоохранение» (2006-2010 гг.) были приняты меры по усилению профилактической составляющей медицинской помощи и повышению доступности первичного звена здравоохранения. С 2011-2012 гг. реализовывались программы модернизации здравоохранения, в результате чего была обновлена инфраструктура государственных медицинских организаций.

В части формирования здорового образа жизни в 2009 г. были организованы Центры здоровья по формированию здорового образа жизни у населения. С 2007 по 2012 г. действовала федеральная целевая программа «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями» (Постановление Правительства РФ от 10 мая 2007 г. № 280). в 2009 г. была принята антиалкогольная Концепция, (одобрена распоряжением Правительства РФ от 30 декабря 2009 г. №2128-р), а в 2013 г. – антитабачное законодательство, вводящий полный запрет курения во всех закрытых общественных местах в соответствии с Рамочной конвенцией ВОЗ по борьбе против табака. С 2013 г. в стране проходит массовая диспансеризация населения, по информации Минздрава, за этот период профилактические осмотры прошли 87 млн человек.

С 2013 г. для достижения национальных целей стартовали национальные проекты «Здравоохранение» и «Демография». Однако, в рамках проекта «Здравоохранение» более 90% средства было направлено на снижение смертности только от онкологических заболеваний и на развитие инфраструктуры отрасли, а в рамках проекта «Демография» почти 90% средств были направлены на финансовую поддержку семей при рождении детей и только 0,01% - на

формирования у населения здорового образа жизни. В 2020 г. Минздравом была утверждена «Стратегия формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 г.», которая носит преимущественно рамочный характер.

Все это были важные шаги на пути улучшения здоровья населения, которые позволили добиться определенной положительной динамики в снижении смертности (вплоть до 2019 г.), а также увеличения и стабилизации рождаемости (в период 2006-2015 гг.). Однако, целевые значения показателей по увеличению ОПЖ и рождаемости, поставленные в Указах Президента, не были достигнуты. Следует отметить, что при подготовке и реализации этих проектов и программ не было их детального обоснования путем анализа динамики состояния здоровья населения в предшествующие периоды и количественной оценки влияния на эти показатели различных факторов. Целевые значения показателей в разрезе снижения смертности и ведения гражданами здорового образа жизни также были установлены без необходимых доказательств. Например, в федеральном проекте «Общественное здоровье» установлены явно недостаточные цели - это снижение с 2013 по 2024 г. продажи алкогольной продукции только на 7%, а продажи сигарет - на 20%. И это при том, что в 2018 г. в нашей стране распространенность курения и потребление алкоголя среди взрослого населения были одни из самых высоких среди стран ОЭСР (соответственно 30% и 11 л. чистого спирта в расчете на душу). Не были определены необходимые ресурсы (кадровые, материально-технические и финансовые) для достижения целей и не установлены оптимальные балансы по направлениям. Например, на программу по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями было предусмотрено всего 4% средств нацпроекта «Здравоохранение», а на программу по борьбе с онкологическими заболеваниями – 56%. И это при том, что болезни системы кровообращения составляют 46% в структуре смертности населения РФ. Государственное финансирование здравоохранения вместо того, чтобы увеличиться для достижения национальных целей, с 2012 по 2018 г. сократилось на 4% в постоянных ценах.

Несмотря на большое количество исследований и программ, направленных на формирование здорового образа жизни (О.Б.Черняховский, Г.Е.Саламадина, Б.С.Селиванов, 2015; О.Ю.Драпкина, 2019; А.В.Датий, Д.Б.Кульчицкая, Т.В.Кончугова, 2019; С.А.Бойцов, 2020; А.Ю.Абрамов, 2021), до настоящего времени не сделана оценка их эффективности, не разработаны индивидуализированные подходы к определенным категориям населения, которые позволили бы сконцентрировать усилия на наиболее важных направлениях и преодолеть стереотипы в поведении граждан. Имеющиеся программы, как правило, направлены только на отдельные компоненты здорового образа жизни, например, на борьбу с табакокурением, или со злоупотреблением алкоголем. В целом при формировании программ, направленных на снижение смертности и заболеваемости населения, недостаточно реализуется комплексный подход, который бы предусматривал одновременное воздействие на приоритетные факторы, снижающие потенциал здоровья граждан, также не рассчитываются условия достижения поставленных целей. Вышеизложенное явилось основанием для проведения научного исследования не только по теме научного обоснования межведомственной программы по формированию здорового образа жизни у населения РТ, но и поиска решений по воздействию на другие факторы, определяющие демографические показатели и показатели здоровья жителей республики, включая доступность бесплатной медицинской помощи и неблагоприятные условия внешней среды.

Цель исследования: научно обосновать Комплексную межведомственную программу, направленную на улучшение демографических показателей и показателей здоровья населения РТ, и определить условия достижения целевых значений этих показателей к 2025 г.

Задачи:

1. Провести анализ демографических показателей РТ (смертность, рождаемость, ОПЖ, естественное движение населения), показателей здоровья населения (распространенность социально-значимых заболеваний,

инвалидность) с 1997 по 2019 г. и оценить их динамику в сравнении с РФ в среднем.

2. Оценить динамику и рассчитать степень влияния различных факторов (социально-экономические, деятельность системы здравоохранения, образ жизни населения и состояние окружающей среды) на демографические показатели и показатели здоровья населения РТ. Определить условия достижения целевого значения ОПЖ к 2025 г. в РТ.
3. Обобщить имеющийся опыт по охране здоровья населения РТ и сформировать Комплексную межведомственную программу по улучшению демографических показателей и здоровья населения РТ (далее – Комплексная межведомственная программа), с детальной межведомственной подпрограммой по повышению приверженности населения к ЗОЖ.
4. Реализовать межведомственную подпрограмму по повышению приверженности населения к здоровому образу жизни в 7 районах РТ, с учетом индивидуальных подходов к различным целевым группам населения, и оценить ее эффект.
5. Провести оценку медико-демографического и экономического эффекта реализации Комплексной межведомственной программы в РТ.

Научная новизна исследования

Работа является комплексным, многоаспектным исследованием, посвященным изучению различных факторов, влияющих на демографические показатели и показатели здоровья населения РТ:

Впервые проанализирована динамика демографических показателей и показателей здоровья населения РТ с 1997 по 2019 г. и дана ее оценка.

Впервые выявлено количественное влияние различных факторов (социально-экономические, состояние окружающей среды, доступность бесплатной медицинской помощи) на демографические показатели и показатели здоровья населения РТ. Определены условия достижения целевого значения ОПЖ в РТ. Впервые на примере 7 районов РТ выявлено, что приверженность к здоровому образу жизни зависит от пола, возраста, уровня образования и материального

положения населения, соответственно при формировании программ требуется дифференцированный подход к различным группам населения.

Впервые сформирована эффективная Комплексная межведомственная программа, направленная на комплексное и одновременное воздействие на все факторы, определяющие здоровье населения, с учетом особенностей региона и отдельных групп населения.

Теоретическая и практическая значимость работы

Определено количественное воздействие социально-экономических факторов, деятельности системы здравоохранения, приверженности населения к здоровому образу жизни и состояния окружающей среды на демографические показатели и показатели здоровья населения РТ, что легло в основу разработки комплексной Межведомственной программы.

Определены сценарные условия достижения целевого значения ОПЖ в РТ к 2030 г.

С целью реализации персонализированного подхода при формировании здорового образа жизни у населения разработаны: «Анкета для изучения образа жизни среди различных групп населения в РТ», что может быть использовано при формировании региональных и муниципальных программ в других субъектах РФ.

Сформированные Комплексная межведомственная программа и межведомственная подпрограмма по повышению приверженности населения к ЗОЖ могут быть реализованы в муниципальных образованиях РТ и других регионах РФ.

Рекомендации, разработанные автором, могут быть широко использованы для выработки системы мер по улучшению демографических показателей и показателей здоровья населения РФ.

Внедрение результатов исследования в практику. Материалы исследования включены в целевую программу профилактики МЗ РТ (Межведомственная программа по формированию здорового образа жизни и оценка ее эффективности: методические рекомендации/ Э.А.Китаева, А.В. Шулаев, М.Н.Садыков, Д.А.Галиуллин, М.Р. Китаев, А.Н.Галиуллин – Казань: Медицина, 2022.-73 с., в

практическую работу ГАУЗ "Республиканский центр общественного здоровья и медицинской профилактики"(акт внедрения № 552/01-17 от 04.20.2021 г.). Результаты диссертационной работы обсуждены на заседании Ассоциаций руководителей здравоохранения РТ и утверждена методическая рекомендация (Протокол № 12 от 14 октября 2021 г.).

Результаты диссертационной работы внедрены в учебный процесс в системе дополнительной профессиональной подготовки врачей организации здравоохранения УМЦ «Бережливых технологий в здравоохранении» кафедры общей гигиены ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России (акт внедрения №5246 от 22 сентября 2021 г.); а также в учебный процесс ГАПОУ «Казанского медицинского колледжа» (акт внедрения № 688 от 20 сентября 2021 г.).

Методология и методы исследования.

В диссертации применен комплекс методов адекватной цели и задачам исследования: систематизация, алгоритмизация, моделирование, прогнозирование, интеграция данных, результатов и материалов, контент – анализ литературы и медицинской литературы, математически- статистические методы, графоаналитические приемы, логические, динамические и сравнительные методы, структурно-функциональный анализ и индикативная оценка.

Предметом исследования явились программы, направленные на улучшение демографических показателей и показателей здоровья населения РТ.

Объекты исследования явились демографический статус и состояние здоровья населения РТ за период с 1997 по 2019 г., факторы их определяющие. Статистические отчеты медицинских организаций РТ за период с 1997 по 2019 г., данные социально-экономических показателей по РТ; статистические данные медико-демографических показателей; состоянии окружающей среды; материалы ВОЗ и национальных докладов, касающиеся охраны здоровья населения; а также анкеты взрослого населения РТ.

Основные положения, выносимые на защиту

1. В РТ значения всех демографических показателей лучше, чем в РФ в среднем, но не достигают целевых значений, установленных в Постановлении КМ РТ от 1 июля 2013 года № 461.
2. Демографические показатели (рождаемость, смертность) и показатели здоровья населения РТ (распространенность социально-значимых заболеваний, инвалидность) напрямую определяются такими факторами, как социально-экономическое положение населения, образ жизни граждан, доступность бесплатной медицинской помощи и состояние окружающей среды. Лучшие медико-демографические показатели в РТ, чем в РФ, обусловлены более благоприятными социально-экономическими факторами, образом жизни населения, и отдельными достижениями в системе здравоохранения.
3. Для улучшения демографических показателей и показателей здоровья населения РТ необходима реализация Комплексной межведомственной программы, направленной на воздействие на все основные факторы, которые определяют это улучшение, а также выполнение определенных финансово-экономических условий, в том числе увеличения государственного финансирования здравоохранения РТ.
4. Реализация персонифицированного подхода в управлении образом жизни населения, с предварительной оценкой состояния здоровья граждан, позволяет снизить заболеваемость и смертность населения.
5. Реализация Комплексной, межведомственной программы в РТ и ее отдельных компонентов, позволила добиться в РТ лучших демографических показателей и показателей здоровья населения, чем в РФ в среднем, а также экономически эффективна.

Степень достоверности и апробация результатов.

Степень достоверности полученных результатов исследования определяется достаточным и репрезентативным объемом выборок исследований, в том числе 414 литературных источников, 353 правовых документов, 9385 единиц цифровых

данных по выбранным показателям. Для выполнения пилотного проекта в 7-и муниципальных образованиях выборка составила 2890 человек.

Методы статистической обработки результатов адекватны поставленным задачам: рассчитывались относительные, средние величины и стандартное отклонение; анализ динамического ряда проводился через расчеты показателей темпа роста и абсолютного значения прироста; определение взаимосвязей между количественными показателями, не подчиняющимися нормальному закону распределения, проводилось с применением непараметрического коэффициента корреляции Спирмена (r); при проведении многофакторного анализа рассчитывался критерий Фишера (F) для установления значимости различий межгрупповых дисперсий от внутригрупповых, проводился регрессионный анализ и строились прогнозные модели. Положения, выводы и рекомендации, представленные в диссертации, аргументированы и являются результатом многофакторного анализа. Основные результаты исследования были доложены и обсуждены на более чем 30 международных, всероссийских и региональных научно-практических форумах и конференциях, в том числе: на Республиканской научно-практической конференции «Актуальные вопросы поликлинической помощи» (г. Казань, 17 апреля 2017 г.); на Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Профилактическая медицина 2018» и «Профилактическая медицина 2019» (г. Санкт-Петербург 29—30 ноября 2018 г.; г. Санкт -Петербург 14—15 ноября 2019 г.); VII Международном конгрессе «Оргздрав-2019» и VIII Международном конгрессе «Оргздрав-2020» (Москва, 25—26 мая 2020 г.; г. Москва, 24—25 апреля 2019 г.); Заседании Общественного совета Федерального Партийного проекта «Здоровое будущее» в РТ (27 ноября 2019 г.); 4-ой Международной научно-практической конференции «Методологические подходы к управлению общественным здоровьем: роль профилактики и охраны труда» (г. Москва - г. Казань, 11 ноября 2020 г.); Республиканской научно-практической конференции «Актуальные вопросы организации амбулаторно-поликлинической помощи населению» (г. Казань, 4 декабря 2020 г.); Всероссийском форуме с международным участием, посвященного 150-летию

кафедры общей гигиены ФГБОУ ВО Казанский ГМУ МЗ России «Профилактическая медицина 2020. Вызовы времени» (г. Казань, 4 декабря 2020 г.), VIII Межрегиональной конференции «Актуальные вопросы профилактической медицины и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения» (г. Казань, ноябрь 2021).

Сведения о публикациях по теме диссертации. По материалам диссертации опубликованы: 60 печатных работ, в том числе в ведущих рецензируемых научных журналах, индексируемых в МБЦ и изданиях, рекомендованных ВАК - 10, входящих в Перечень РУДН/ Перечень ВАК - 4, зарегистрированы 2 патента на изобретение, изданы и внедрены две методические рекомендации, одна монография.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности. Научные положения диссертации соответствуют пунктам 6,9,14,18 направлений исследования паспорта специальности 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения.

Личный вклад автора. Лично автором был разработан алгоритм исследования, определена программа его проведения, выбраны объект исследования и показатели наблюдений, разработаны «Анкета изучения состояния здоровья среди различных групп населения в РТ», «Анкета изучения удовлетворенности населения доступностью и качеством медицинской помощи», «Анкета для изучения продолжительности здоровой жизни населения РТ».

Автором собраны и проанализированы первичные материалы исследования, выполнена их статистическая обработка. Лично проведен детальный анализ всех выбранных показателей по РТ с 1997 по 2019 г. в сравнении с РФ, а также российского и международного опыта по формированию у населения здорового образа жизни. Автором научно обоснована и сформирована Комплексная межведомственная программа по улучшению демографических показателей и показателей здоровья населения РТ, включая подпрограмму по формированию здорового образа жизни, которая была им внедрена в 7 муниципальных образованиях РТ. Вклад личного участия автора в накоплении данных,

использованных в диссертационной работе, составляет более 90% в теоретической части работы, в анализе материалов - 100%.

Объем и структура диссертации. Диссертационная работа состоит из введения; обзора научной литературы; семи глав, в которых изложены материалы собственных исследований; заключение; выводы; практические рекомендации и приложения. Работа содержит 364 страниц машинописного текста, 65 рисунков, 75 таблицы, 6 приложений. Библиографический указатель содержит 414 источника, из них 241 отечественных и 173 иностранных.

ГЛАВА 1. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ. ВЛИЯНИЯ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ НА СНИЖЕНИЕ СМЕРТНОСТИ, ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ИНВАЛИДИЗАЦИЮ ПО ДАННЫМ ЗАРУБЕЖНЫХ И ОТЕЧЕСТВЕННЫХ АВТОРОВ (обзор литературы)

1.1. Факторы, влияющие на демографические показатели и здоровье населения в РФ

Ведущими показателями, которые характеризуют здоровье населения являются: медико-демографические процессы, рождаемость, смертность, естественное движение населения, ожидаемая продолжительностью жизни; младенческая и материнская смертность; браки и разводы (О.П., Щепин, 2009; Ю.П.Лисицин,2012; Галиуллин А.Н.,2013; В.О.Щепин, 2014; А.В.Шулаев,2014; Р.У.Хабриев, 2021, С.Г.Шульгин,2021, А.Г. Аганбегян ,2021).

По мнению автором Шулаев А.В. (2014), Е.В. Аксенова (2017), С.А.Бойцов, (2020), Улумбековой Г.Э. (2021), Галиуллин А.Н. (2021) показатели здоровья населения (рождаемость, заболеваемость, смертность и инвалидизация населения; ожидаемая продолжительность жизни и др.) зависят от состояния окружающей среды: медико-биологических, социально-гигиенических, а также поведенческих факторов и образа жизни. Следует отметить, что ранее проведенные исследования показывают, что на состояние здоровье человека влияют социально-экономические

факторы и деятельность системы здравоохранения (В.Ю. Альбицкий, 2015; В.И. Вишняков, 2017; В.И. Стародубов, 2020; С.И.Рыбальчинко,2021).

Согласно проведенным исследованиям Н.Ф.Измеров (2018), И.А.Гундаров (2019), А.Н.Галиуллин (2019) важнейшим фактором развития человеческого фактора и неоспоримой ценностью каждого из нас является здоровье. Приоритетной задачей государственных организаций является сохранение и укрепление здоровья населения, увеличение ожидаемой продолжительности жизни и преодоление неблагоприятных демографических тенденций (Скворцева В.И., 2019; Мурашко М.А., Панин А.И., 2020). Непосредственное изучение влияния факторов окружающей среды, социально-экономических факторов и деятельности системы здравоохранения, и вклад каждого фактора на здоровье населения является главным инструментом при формировании национальных и региональных программ, мероприятий по профилактике заболеваний (Галиуллин А.Н., 2013; Н.В. Полунина,2019; Е.А.Берсенева,2020; Г.Э.Улумбекова, 2021; Э.Н.Мингазова, 2021).

Проведенное нами исследование показало, что в некоторых российских территориях рождаемость снизилась: в Центральном и Северо-Западном регионах России число родившихся на 1000 жителей была не выше 7 (Р.В. Коротких, 2015; В.З. Кучеренко, 2015; Ю.П. Лисицыным, 2017; О.П. Щепиным, 2017; Л.Е. Сырцовой, 2017; И.С. Глазуновым, 2017; Т.А.Яковлевой, 2018; Г.Я.Масляековой и Р.Г. Огановым, 2018; В.И. Стародубовым, 2018; Г.М. Гайдаровым, 2019; А.М. Калининой, 2019; В.О. Щепиным, 2021). Суммарный коэффициент рождаемости на одну женщину в ряде европейских стран составили: в Венгрии — 1,33; Германии — 1,30; в Великобритании — 1,70 и Нидерландах — 1,60. (Улумбекова Г.Э., 2019; Щепин О.П., 2021; Комаров Ю.М., 2021; Р.У.Хабриев 2021). Следует отметить, что по РФ уровень недопроизводства составлял 46,0%.

В настоящее время хронические заболевания, также известные как неинфекционные заболевания (НИЗ), являются основными причинами смерти населения планеты, их вклад в общую глобальную смертность составляет 71%

(WHO, 2018a). В России этот показатель составляет 87% (WHO, 2018).

По данным Bloom D.E. и Chen S. Бразилия, Россия, Индия и Китай в настоящее время ежегодно теряют более 20 миллионов продуктивных лет жизни от НИЗ, и это число, по прогнозам, увеличится на 65% к 2030 году. В 2018 году в США экономическое бремя всех НИЗ в пересчете на душу населения составляет 65 тыс. долларов США, общая сумма НИЗ соответствует годовой ставке налога 10,8% от совокупного дохода (Bloom D.E. et al., 2018; Chen S. et al., 2018). Затраты на инвалидизацию, незапланированное отсутствие на работе и несчастные случаи могут превышать затраты на лечение основного состояния или травмы на 400% (Fuster V. et al., 2017). Кроме того, негативные социально-экономические последствия испытывают отдельные индивиды, поскольку увеличиваются шансы на работу низкой квалификации, на безработицу и временную нетрудоспособность (Pearson-Stuttard J. et al., 2017).

В 2018 году ВОЗ определила четыре основных заболевания, охватываемых категорией НИЗ: сердечно-сосудистые заболевания (далее-ССЗ), хронические респираторные заболевания (далее-ХРЗ), диабет и рак, и в настоящее время к ним добавилось психическое здоровье и загрязнение воздуха (Концевая А.В., Драпкина О.М., 2018; Heller O. et al., 2019). На долю ССЗ приходится 31%, рака – 16%, ХБП – 7%, диабета – 3% и других НИЗ – 15% глобальных смертей (WHO, 2019).

Смертность от ССЗ за 2000-2015 г.г. выросла на 12,5% и являются ведущей причиной смертности среди населения (Wang H. et al., 2016). В эти годы случаев смертности от ССЗ составила 18 миллионов смертей. Следует отметить, что в большинстве странах на долю ССЗ приходится самая высокая доля расходов на здравоохранение от 12% до 16,5% от общего бюджета здравоохранения (Драпкина О.М. и др., 2021; Мука Т. et al., 2021). В последние годы в 48 странах мира онкологические заболевания превзошли сердечно-сосудистые заболевания в качестве основной причины смертности (Сао В. et al., 2018).

Факторы риска НИЗ являются многомерными, включающими биологические, социальные, поведенческие, экономические и экологические факторы, что ограничивает воздействие, которое может оказать любое отдельное

вмешательство (Heller O. et al., 2019). Ослабление, устранение факторов риска может предотвратить до 80% случаев преждевременных заболеваний сердца и диабета и от 30 до 50% случаев рака в целом (Peters D.H. et al., 2019). По данным исследований Максимова Т.М. (2018), Калягин А.Н. (2018) восемь факторов риска ответственны за 75% летальных исходов от НИЗ: артериальная гипертония, дислипидемия, сахарный диабет, избыточная масса тела и ожирение, вредное употребление алкоголя, табакокурение, рациональное питание (повышенная калорийность, повышенное потребление соли, недостаточное включение в ежедневное меню овощей и фруктов).

По данным ВОЗ, состояние здоровья населения на 50-55% зависят от образа жизни; на 20-25 % от генетических факторов, на 10-15 % от деятельности системы здравоохранения (WHO, 2017). Согласно исследования авторов В.П. Петленко (2018), В.В. Худoley(2021), И.В. Мизгирев (2021) здоровье человека от 20 до 52 % определяется образом жизни, 25 % социально-экономическими факторами, 15 % психологическими факторами, 10-15 % деятельности системы здравоохранения. В настоящее время общепризнано, что многие факторы, включая генетику, образ жизни, окружающую среду, здравоохранение и социальные детерминанты, оказывают существенное влияние на здоровье населения (LaForge K. et al., 2018; Alderwick H., Gottlieb LM. 2019).

В докладе комиссии ВОЗ по социальным детерминантам здоровья за 2008 год было отмечено, что изучение социальных детерминант здоровья предполагает совместную борьбу, как с социальными причинами плохого состояния здоровья, так и с неравенством в отношении здоровья (Marmot M. et al., 2012). Результаты исследований показывают, что 50 % пациентов первичной медико-санитарной помощи в Соединенных Штатах имеют неудовлетворенные социальные потребности (Page-Reeves J. et al., 2016). По мнению A. Garg and P.H. Dworkin (2016), социальные и экологические факторы оказывают в два раза большее воздействие на общее состояние здоровья человека по сравнению с качеством медицинской помощи.

Необходимо отметить, что к 1998 году произошло падение производства до 50% ВВП, снижение уровня жизни, что в свою очередь привело к ухудшению состояния здоровья населения. Однако, в 1993 году было приостановлено снижение уровня жизни населения. Произошло увеличение реальных денежных доходов, стало уменьшаться численность малоимущего населения, выросла покупательная способность. Это привело к оживлению демографических процессов и определенное улучшение состояние здоровья населения (Голикова Т.А., 2018; Стародубов В.И.,2018; Г.Г.Онищенко, 2018; Р.У.Хабриев, 2020; А.Н.Галиуллин,2021)

Влияние социальных факторов на здоровье подкрепляется сильными и хорошо наблюдаемыми связями между широким спектром показателей здоровья и показателями социально-экономических ресурсов или социального положения отдельных лиц, как правило, доходом, уровнем образования или рангом в профессиональной иерархии (Braveman P., Gottlieb L., 2014; Kasthurirathne S.N. et al., 2018). Существует четкое свидетельство того, что место, где люди живут, влияет на их здоровье, с документально подтвержденными различиями в ожидаемой продолжительности жизни и результатах здоровья, которые в значительной степени объясняются лежащими в их основе неравенствами в отношении социальных детерминант здоровья, включая физическую и социальную среду, образование, доступное жилье и транспортный доступ (Olstad D.L., McIntyre L. 2019; Камалов И.Я. и др., 2019; Жигаев Д.С. и др., 2015).

По ранее проведенным исследованиям Н.Н. Заброта (2018), И.Н. Масликовой (2018) 20 % населения России проживает в экологически опасных условиях. Установлено, что повышение концентрации окислы азота в атмосфере снижают обоняния и остроту зрения, увеличивают риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний (А.В. Иванов, 2017; Е.А. Тафеева, 2018; Н.Ю. Степанова, 2019).

Ранее проведенные исследования показывают, что к заболеваниям эндокринной системы приводит загрязнение почвы повышение концентрации

загрязнением почвы; к болезням нервной системы приводит повышенное содержание в почве свинца; у детей же к болезням мочеполовой системы приводит повышенное содержанием почвы медью (Н.Н. Заброда, 2015; Лебедева–Несевря, Н.А., 2015; Задворная, О.Л. , 2017; Захарова, Н.Н., 2018; Н.Н. А.И.Потапова, 2018; О.И.Аксеновой, 2019). А повышение содержание питьевой воде хлоридов и сульфатов значительно повышают возникновения аллергических заболеваний (Акатьева Т.Г., 2017; Слатья И.В., 2018); а низкое же содержание фтора в питьевой воде значительно увеличивает распространенность кариеса как среди взрослого и так и детского населения (Будыкина Т.А., 2017; Прожорина Т.И., Нагих Т.В., 2018).

Как показывают ранее проведенные исследования И.П. Артюхова (2018), Н.А. Горбач (2018), С.Л. Бакшеева, (2019), А.Б. Воробьева (2019) непосредственное изучение факторов риска и степени влияния этих факторов на здоровье населения, позволяет обоснованно проводить профилактические мероприятия.

Таким образом, проведенный анализ литературы показал, что в охране здоровья населения определяющую роль играют экономические, социальные и экологические факторы риска, образ жизни, а также деятельность системы здравоохранения (Стародубов В.И. и др., 2021). Следует отметить что на сегодняшний день не разработаны научно-обоснованные подходы управления здоровья населения для отдельно взятого региона в связи с отсутствием сведения о влиянии социальных и экономических факторов на медико-демографические процессы здоровья и заболеваемости населения. В связи с этим считаем проведение данного исследования является актуальным.

Далее мы обсудим состояние и проблемы здорового образа жизни и его влияние на здоровье населения. На современном этапе развития страны, сохранение и укрепление здоровья населения является важнейшей задачей не только здравоохранения, но и государства в целом. В настоящее время государство РФ предпринимает определенные шаги по охране здоровья населения. Свидетельством этого является создание государственных программ на уровне Российской Федерации и регионов, а также общественными организациями и

неформальными движениями, пропагандирующие здоровый образ жизни. (В.З. Кучеренко (2015), Ю.П. Лисицын (2017), О.П. Щепин (2017), В.И. Стародубов (2018), Г.М. Гайдаров (2019), А.М. Калинина (2019), В.О. Щепин (2020).

В целях оптимизации охраны здоровья населения Всемирной организацией здравоохранения разработала и внедрила межсектаральное взаимодействие заинтересованных секторов государства и общества, основанное на детерминантах здоровья (Коршевер Н.Г., Сидельников С.А., 2013; Smith M.J. et al., 2019). Детерминанты здоровья – это комплекс экономических, социальных и индивидуальных факторов, которые определяют состояние здоровья населения (Миронов Б.Н., 2010; Яковлева И.В., 2011; Улумбекова Г.Э., 2018). (Ramaswami R. et al., 2018).

Установлено, что по данным Г. И. Царегородцева (1987), Ю. П. Лисицина (2008) и А.Н. Галиуллина (2013), В.З. Кучекренко (2015) и ВОЗ (2018), состояние здоровья населения зависит в 50-55 % от здорового образа жизни, 18-20 % от генетических факторов 18-22 % от окружающей среды и 10-15 % деятельности здравоохранения.

По мнению Ю. П. Лисицина (2012) «Здоровый образ жизни — это определенный способ жизнедеятельности, который направлен на сохранение и укрепление здоровья населения, как условия и предпосылки развития и существования других сторон образа жизни».

В 2018 г. А.Н.Галиуллина дал следующее определение: «Здоровый образ жизни – уровень культуры и гигиенических навыков человека, которые позволяют сохранять и укреплять здоровье, предупреждать развитие его нарушений и поддерживать оптимальное качество жизни».

Е.И.Чазов (2015), А.Н.Бритов (2015), И.А, Гундарев (2016), В.А.Палесский (2016), Е.В.Егоров (2017), О.М. Драпкина (2018), Г.Э.Улумбекова (2018), Д.А.Изуткин (2019), доподлинно подтвердили в своих исследованиях, что образ

жизни существенно влияет на формирование различных наиболее распространенных социально-значимых заболеваний. Таковыми являются сердечно-сосудистые и онкологические заболевания, сахарный диабет, заболевания желудочно-кишечного тракта, травматизм, психические и другие заболевания (Концевая А.В., Драпкина О.М., 2018; Heller O. et al., 2019).

По мнению О.Н.Калачиковой (2015), П.В.Ипатова (2016), С.А.Бойцова (2017), О.М.Драпкиной (2019) нерациональный образ жизни, отсутствие приверженности к здоровому образу жизни населения являются важнейшей причиной возникновения социально-значимых заболеваний. По мнению данных авторов это является сдерживающим фактором проведения эффективных мероприятий по снижению социально-значимых заболеваний. По данным ВОЗ неинфекционные заболевания являются основными причинами смерти населения планеты, и их вклад в общую глобальную смертность составляет 70%: сердечно-сосудистых заболеваний составляют 45%, злокачественных новообразований - 22%, хронических болезней легких - 10%, сахарного диабета - 4% (WHO, 2018).

Установлено, что физическая активность является одним из главных направлений формирования здорового образа жизни, и сохранении и укреплении здоровья населения. Число регулярно занимающихся физической культурой и спортом граждан из года в год в стране увеличивается. Так, в РФ увеличилось на 702 тыс. человек и в настоящее время составляет 1484 тыс. человек. По результатам оценки приверженности населения к физически активному образу жизни, занятиям физической культурой и спортом было выявлено, что в 2019 году из 3 902 642 человек 38,9 % активно занимаются физической культурой и спортом.

Следует отметить, что на развитие многих заболеваний влияют совокупность нескольких факторов (образ жизни, социально-экономические фактора, состояние окружающей среды) (Стародубов В.И., 2018; Г.Г.Онищенко, 2018). Оценивая влияния индивидуального и комплексного воздействия факторов риска очень важно отметить, что они зависят от индивидуальных характеристик человека, в

частности (пол, генетической предрасположенности, этнического происхождения и факторов, которые защищают здоровье) и от социальных, экономических и экологических детерминантов, в частности, от уровня доходов, образования, условий жизни и труда (Стародубов В.И., 2018; Г.Г.Онищенко, 2018; Р.У.Хабриев, 2019; А.Н.Галиуллин, 2019).

В настоящее время общепризнано, что многие факторы, включая генетику, образ жизни, окружающую среду, здравоохранение и социальные детерминанты, которые оказывают существенное влияние на здоровье населения (LaForge K. et al., 2018; Alderwick H., Gottlieb LM., 2019).

Необходимо отметить, что метеогелиофизические факторы также способствуют развитию многих заболеваний (Г.Н. Гончаровой, А.В.Старикова, 2005; А.В. Иванов, 2017; Е.А. Тафеева, 2018; Н.Ю. Степанова, 2018). В.Д.Трошин выделил четыре основных эффекта атмосферы, влияющие на здоровье населения: спастический, тонизирующий, гипоксический и смешанный (Трошин В.Д., Мальцев А.Е., 1982). Каждый из них по их мнению той или иной степени неблагоприятно влияет на здоровье населения.

Качество атмосферного воздуха оказывает существенное влияние на состояние здоровья населения (Е.А. Тафеева, 2018; Н.Ю. Степанова, 2018). Как показывают ранее проведенные исследования ежегодно от загрязнения атмосферного воздуха в мире умирают 800 тысяч человек (Г.Н. Гончаровой, А.В.Старикова, 2005; Ю.А. Рахманин, С.И. Иванов, С.М. Новиков, 2007; А.В. Иванов, 2017). В своих исследованиях М.И. Чубирко, Н.М. Пичужкиной, Л.А. Масайловой (2017) доказали, что содержание оксида углерода и азота диоксида приводит к болезням перинатального периода ($r=0,6$), а содержание в атмосфере взвешенных веществ приводит к болезням органов дыхания ($r=0,7$).

В ранее проведенных исследованиях доказано, что содержание меди в почве приводит к болезням мочеполовой системы ($r=0,5$) и эндокринной системы ($r=0,5$), свинца в почве приводит к болезням нервной системы ($r=0,5$), концентрация

марганца к болезням крови ($r=0,7$) (Н.П. Мамчик, С.А. Куролап, О.В. Клепиков, 1997; Е.А. Тафеева, 2018; Н.Ю. Степанова, 2018).

Следует отметить, что также выявлено влияние на здоровье населения оказывают производственные условия (О.И.Аксенова, 1999; Г.Г.Онищенко, 2008; В.Н.Кузьмин, 2010; Н.Х. Амиров, 2017; Е.В. Аксенова, 2017; С.А.Бойцов, 2017; А.Н.Галиуллин, А.В.Шулаев, 2019). По данным исследований А.Н.Амиров (2017), общая заболеваемость среди мужчин служащих составляет 5,8 %; тогда как среди рабочих стандартизованные показатели - 4,2%. У женщин заболеваемость выше среди служащих и домохозяек 8,3 % и 8,1% соответственно. Данные исследования о наличии различия среди рабочих и служащих в уровнях заболеваемости показывают безусловном влиянии характера труда на возникновение заболеваний (Н.Х.Амиров, 2015). Результаты ранее проведенных исследования показывают наличие связи между характером труда и уровнем заболеваемости (Ясинский Ц.В., 1989; Н.Х.Амиров, 2018; Giuse N.V. et al., 2017; Golembiewski E. et al., 2019).

Как показывают ранее проведенные исследования К.Г. Ушакова (1976) заболевания, вызванные воздействием физического фактора составляют 33,82% (2012 – 30,45%, 2013 – 29,8%), из них: нейросенсорная тугоухость 23 случая (8,88%) в 2012 – 12,8%, в 2013 – 13,96%; вибрационная болезнь – 62 случая (23,94%), в 2012 – 16,6%, 2013 – 15,87%.

Установлено, что социально-экономические факторы достоверно влияют на здоровья населения (Н.А.Борисов, 2013; П.О. Ермолаева, Е.П. Носкова, 2015, Г.Э.Улумбекова, 2018). В ранее проведенных исследованиях показано, что здоровье населения конкретной территории связано с экономикой. На состоянии здоровья населения отражается уровень социально-экономического развития, а также уровень развития системы здравоохранения в регионе (Борисов Н. А., 2013; Ермолаева П. О., Носкова Е. П., 2015).

В ранее проведенных исследованиях показывают взаимосвязь между социально-экономическими показателями и показателем общей смертности

населения (Бойцов С.А., Самородская И.В., Третьяков В.В., 2014). Улучшение экономической ситуации в Стране и уменьшение численности этой группы повышенного риска на 1% приводит к снижению смертности от всех причин в 20-25-ти случаях на 100 тыс. населения (Бурькин И.М., Хафизьянова Р.Х., 2015).

В РТ на сегодняшний день проводимая социально-экономическая политика ориентирована, прежде всего, на решение главных задач, поставленных в Стратегии социально-экономического развития республики до 2030 года: развитие человеческого капитала; создание инновационной диверсифицированной экономики; формирование динамичной системы государственного и муниципального управления; повышение инвестиционной привлекательности ключевых секторов экономики региона. Главный ориентир деятельности Правительства Республики Татарстан является повышение качества жизни населения.

В докладе комиссии ВОЗ по социальным детерминантам здоровья за 2008 год было отмечено, что изучение социальных детерминант здоровья предполагает совместную борьбу, как с социальными причинами плохого состояния здоровья, так и с неравенством в отношении здоровья (Marmot M. et al., 2012). Результаты исследований показывают, что половина пациентов первичной медико-санитарной помощи в Соединенных Штатах имеют неудовлетворенные социальные потребности (Page-Reeves J. et al., 2016). По мнению A. Garg and P.H. Dworkin (2016), социальные и экологические факторы оказывают в два раза большее воздействие на общее состояние здоровья человека по сравнению с качеством медицинской помощи.

Влияние социально-экономических детерминант здоровья населения являются основными предотвратимыми фундаментальными условиями и их влияние на здоровье не всегда является очевидным (Лебедева-Несевря Н.А., Цинкер М.Ю., 2015). Недостаточно уделять внимание только индивидуальным факторам риска без учета влияния внешней среды и полностью перекладывать ответственность за здоровье на человека (Olstad D.L., McIntyre L., 2019).

Влияние социальных факторов на здоровье подкрепляется сильными и хорошо наблюдаемыми связями между широким спектром показателей здоровья и показателями социально-экономических ресурсов или социального положения отдельных лиц, как правило, доходом, уровнем образования или рангом в профессиональной иерархии (Braveman P., Gottlieb L., 2014; Kasthurirathne S.N. et al., 2018). Существует четкое свидетельство того, что место, где люди живут, влияет на их здоровье, с документально подтвержденными различиями в ожидаемой продолжительности жизни и результатах здоровья, которые в значительной степени объясняются лежащими в их основе неравенствами в отношении социальных детерминант здоровья, включая физическую и социальную среду, образование, доступное жилье и транспортный доступ (Olstad D.L., McIntyreL., 2019).

В связи с этим в охране здоровья населения определяющую роль играют экологические факторы, социальные и экономические детерминанты, образ жизни и деятельность системы здравоохранения (Стародубов В.И. и др., 2016).

На сегодняшний день формирование здорового образа жизни у населения пользуется пока еще недостаточным вниманием со стороны государства: недостаточно развита нормативно-правовая база, не выработаны единые межведомственные подходы на всех этажах и ветвях государственной власти. Да и в целом отсутствует целостная общенациональная политика государства. В связи с этим вопросы разработки, апробации и внедрения межведомственных программ по формированию здорового образа жизни и повышения здоровья населения являются одними из наиболее важных задач Государства.

1.2. Программы и мероприятия, направленные на улучшение демографических показателей и здоровья населения и их эффективность

Профилактика НИЗ на протяжении многих лет является определенными приоритетным направлением в сфере охраны здоровья граждан (Бойцов С.А. и др., 2017; Рогинко Н.И. и др., 2018). Как показывают ранее проведенные исследования эффективность проведенной профилактики НИЗ зависит от успешного управления факторами риска и формирования единого профилактического пространства

(Стародубов В.И. и др., 2016). Это возможно при создании Национальных программ по мотивированию населения к ведению здорового образа жизни; внедрении школ здоровья, направленных на повышение физической активности, рациональное питание, профилактику избыточной массы тела и ожирения (Хоркина Н.А., Калинин А.М., 2012; Устинова О.И., 2016).

Анализ начительного снижения смертности населения от БСК, во многих странах (Австралия, Дания, Канада, США, Финляндия и др.) в течение 20-летнего периода показал, что изменения образа жизни (сокращения уровня факторов риска) в снижении смертности может достигать 60%, а лечение больных – до 50% (Бойцов С.А., 2016).

Ключевым звеном в профилактике заболеваний являются формирование Центров здоровья, центров медицинской профилактики, кабинетов (отделений) медицинской профилактики; проведение диспансеризации и профилактических осмотров, диспансерного наблюдения за больными неинфекционными заболеваниями и гражданами с факторами риска (Москвичева М.Г., Сопова О.К., 2017).

В соответствии с положениями Порядка расширены такие аспекты деятельности Центров медицинской профилактики, как межведомственное взаимодействие в вопросах реализации профилактического направления, мониторинг и анализ, а также информированности населения о факторах риска неинфекционных заболеваний. Также выделен популяционный подход как наиболее эффективный с точки зрения затрат и выгод при реализации профилактических мероприятий, направленный на организацию массовых мероприятий, круглых столов, различных акций и конференций по вопросам формирования здорового образа жизни и профилактики неинфекционных заболеваний (Усова Е.В. и др., 2017).

В 2014 году в России прошла первая масштабная акция посвященная «Всемирному дню борьбы с инсультом»; в 2015 году прошли масштабные акции, посвященные профилактике табакокурения «Всемирный день здоровья» и

«Всемирный день борьбы с табакокурением». В регионах провели Всероссийские конкурсы «Лучший центр здоровья Российской Федерации».

Важнейшим приоритетом российского здравоохранения является профилактическое направление на основе применения диспансерного метода (Сандаков Я.П., 2019; Селедцов А.А., Плешевенкова Е.Н., 2019).

Наиболее активные меры по развитию системы профилактики неинфекционных заболеваний стали проводиться государством с 2013 г. когда вступил в силу знаковый для всей профилактической медицины приказ МЗ РФ об утверждении Порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, с изменениями в 2015 и 2017 г.г. Следует отметить, что в 2019 г. был утвержден новый порядок проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации (Приказ № 124н. от 13.03.2019 г.). Однако основная цель указанного документа осталась прежней – раннее выявление ХНИЗ и факторов риска их развития, проведения индивидуального профилактического консультирования, определения группы здоровья и установления диспансерного наблюдения за определенными группами граждан (Сизова Л.В., Сагитова Э.Р., 2019; Хандрыга А.Ю., Сагитова Э.Р., 2019).

Ежегодно диспансеризацию проходят более 20 млн. человек (Калинина А.М. и др., 2018). Так, проведенная диспансеризация взрослого населения РФ за 2013—2018 гг. показала, что за период с 2013 по 2015 гг. диспансеризацию прошли 64,29 млн человек (53% от общего числа взрослого населения), из которых 44% мужчин и 56% женщин. За период с 2016 по 2018 гг. диспансеризацию прошли 43,60 млн человек (60% от общей численности взрослого населения) на 1 января из которых 42% мужчин и 58% женщин. Таким образом, диспансеризация взрослого населения к 2018 году увеличилась на 7% (Стародубов В.И. и др., 2019). Данные диспансеризации за 2017—2018 гг., проведенной на базе БУЗ «Свердловская ЦРБ» Орловской области, также свидетельствуют о проявлении интереса граждан к состоянию своего здоровья и регуляции этого состояния (Бородина К.М., 2019).

Ранее проведенные исследования показывают различия в разрезе половозрастных групп, которые в свою очередь при планировании

диспансеризации взрослого населения указывает на необходимость учета половозрастных особенностей населения конкретных территорий (Сененко А.Ш. и др., 2019).

Исследования, проведенные Т.В. Яковлева и соавт. (2015) показывают, что в ходе диспансеризации взрослого населения у 19,6 % выявлена низкая физическая активность; у 24,3 % - нерациональное питание; у 19,1 % выявлены табакокурение и употребление алкоголя; у 15,4 % отмечалась избыточная масса тела и ожирение; у 3,7 % людей наблюдалось гипергликемия.

Однако следует отметить, что проведенный мониторинг удовлетворенность качеством и доступностью медицинских услуг показал, что потребители недостаточно удовлетворены процессом и результатами диспансеризации. Особое внимание следует уделить длительности прохождения диспансеризации (первый и второй этап до 70 дней и более), длительности времени ожидания результатов исследований, а также необоснованную высокую частоту посещения МО при прохождении диспансеризации (до 13—15 раз). В результате этого сохраняются трудности по привлечению населения к диспансеризации, что не позволяет достичь плановых показателей охвата (Егоров В.А. и др., 2018).

В Ульяновской области успешно реализуется проект «А ты прошел диспансеризацию?» с целью привлечения внимания населения к необходимости регулярно проходить диспансеризацию. Одним из главных направлений данного проекта является размещение баннера профилактической направленности «А ты прошел диспансеризацию?» на самых посещаемых сайтах Ульяновской области. Клик на данный баннер дает полную информацию о диспансеризации, об этапах прохождения диспансеризации и документах необходимых для прохождения диспансеризации.

Г.Э. Улумбекова и В.В. Власов (2021) считают, что Минздраву России для повышения эффективности существующего в настоящее время Порядка диспансеризации необходимо провести анализ состава обследований в рамках диспансеризации и устранить ненужные диагностические исследования, пересмотреть связь содержания и объемов диспансеризации с возможностями

финансирования и создать рабочую группу для разработки научно обоснованной программы диспансеризации.

Уже 10 лет в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 19 августа 2009 г. № 597н «Об организации деятельности Центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака», а также с приказом Минздравсоцразвития России от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» разработаны и внедрены Центры здоровья для населения, основной задачей которых является сохранение и укрепление здоровья населения, формировании здорового образа жизни (Погосова Н.В. и др., 2016; Токмачев Е.В. и др., 2016; Усова Е.В. и др., 2017; Паначева Л.А. и др., 2019). К началу 2017 г. их общее число составило 850, и созданы они из расчета 1 на 200 000 населения (Евдаков В.А. и др., 2017).

Одной из главной задачей Центров здоровья является обучение в школах здоровья по профилактике основных НИЗ. Хорошо организованные и спланированные мероприятия по формированию ЗОЖ среди населения в Школах здоровья для пациентов с конкретными неинфекционными заболеваниями (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, сахарный диабет, инсульт и др.) способствуют повышению качества жизни этих пациентов, снижению числа обострений основного заболевания, сокращению числа госпитализаций и могут дать ощутимый социально-экономический эффект (Евдаков В.А. и др., 2017). Так, например, в Тульской области функционируют 6 Центров здоровья и 86 «Школ здоровья» для больных с артериальной гипертонией (АГ) (Эккерт Н.В., Михайловский В.В., 2016).

За период с 2012 по 2016 гг. в г. Москва активно внедрялась подпрограмма «Здоровый образ жизни», которая была реализована в рамках Госпрограммы «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)». Основной целью данной подпрограммы явилось мониторинг факторов риска, профилактика неинфекционных заболеваний, формировании приверженности

населения к ЗОЖ и обучение в виде индивидуальных консультаций и занятий в школах здоровья различной направленности. На сегодняшний день в г. Москва профилактическую работу ведут 65 центров здоровья (в том числе 18 центров здоровья для детей) и 62 отделения медицинской профилактики и городской центр профилактики (Андреева О.В. и др., 2015).

На сегодняшний день во многих регионах активно работают школы здоровья для населения: «Школа по профилактике артериальной гипертензии», «Школа по основам здорового образа жизни», «Школа по профилактике алкоголизма», «Школа для лиц с избыточной массой тела», «Школа по профилактике гиподинамии», «Школа по борьбе с табакокурением» и др. (Кремлев С.Л. и др., 2016).

В последние годы идет обсуждение существующих недостатков в организации «Центров здоровья» (Евдаков В.А. и др., 2017; Иванова Е.С. и др., 2019). Существующие формы федерального статистического наблюдения не позволяют в полном объеме оценить результативность деятельности «Центра здоровья для населения» из-за ряда причин: учета деятельности по выявлению и коррекции основных факторов риска НИЗ и отсутствия медико-социальной характеристики населения, которые посещают центры здоровья (Найденова Н.Е., 2016).

В.А. Евдаков и соавт. (2017) разработали технологию, которая предлагает дополнить отчетную форму № 68 «Сведения о деятельности Центра здоровья», в которой будут вестись ежемесячный учет граждан в распределении по возрасту, полу, социальному статусу; по наличию медико-биологических факторов риска (избыточная масса тела, ожирение, гиперхолестеинемия, повышенное артериальное давление и гипергликемия); а также наличие поведенческих факторов риска. Данная технология согласуется с данными А.Ш. Сененко и соавт. (2019).

Современные государственные программы профилактики НИЗ – Центры здоровья, Школы здоровья, профосмотры и диспансеризация дублируются по целям, перечню обследования и направлены на формирование у населения

здорового образа жизни, на борьбу с общими модифицируемыми факторами риска. Повышение их активности будет важным вкладом в сохранение и укрепление здоровья населения России.

С 2013 г. в России приоритетным направлением в охране здоровья населения является профилактика заболеваний. Данная профилактика должна быть организована путем разработки и внедрения различных программ по формированию ЗОЖ, проведение диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения (Кремлев С.Л. и др., 2016). Принятие здорового образа жизни и содействие изменению поведенческих инструментов являются ключом к профилактике НИЗ.

Joseph-Shehu E.M. et al. (2019), описали шесть моделей здорового образа жизни: питание означает привычки человека к еде и выбор продуктов питания; физическая активность означает действия, предпринимаемые человеком, которые делают его активным, а не сидячим; ответственность за здоровье означает знание того, как действовать таким образом, чтобы улучшить свое собственное здоровье; управление стрессом означает способность выявлять факторы, влияющие на уровень стресса, и способность управлять такими факторами; самоактуализация – это способность достигать своих жизненных целей путем принятия позитивного подхода и использования своих талантов и творческих способностей; духовный рост означает способность использовать внутренние ресурсы для связи с самим собой и с другими и иметь цель в жизни, которая приводит к преуспеванию и развитию в достижении жизненных целей и возможном осуществлении; межличностные отношения означают достижение значимых и устойчивых отношений с людьми через любую форму общения. В течение 7,8 лет авторы наблюдали за большой группой людей (23 153) в возрасте от 35 до 65 лет без вредных привычек и ведущих здоровый образ жизни и результаты наблюдений показали, что у них существует более низкий риск развития сахарного диабета, инсульта, инфаркта миокарда и раковых заболеваний. Joseph-Shehu E.M. et al. (2019) также считают, что если бы к этому образу жизни были добавлены такие практики, как управление стрессом, межличностные отношения, ответственность

за здоровье и самоактуализация, то это могло бы привести к снижению риска развития других НИЗ, таких как язвенная болезнь и психические заболевания.

Создание условий и мотивации для ведения населением страны здорового образа жизни (ЗОЖ) объясняет актуальность исследования детерминант, оказывающих влияние на заинтересованность граждан в организации активного досуга, привлечения их к занятиям физической культурой и туризмом (Рихмайер Е.В., 2019).

Как показывают ранее проведенные исследования показали, что каждый 20 % взрослого населения не считают поведенческие факторы риска опасными для здоровья: 9,7 % недооценивают значение низкой физической активности, 9,4 % не правильное питания (9,4%), 7,5 % недооценивают опасность табакокурения и ожирения (Муромцева Г.А. и др., 2016). Следует отметить, что только от осознанное желание человека зависят успешность проведения профилактических мероприятий (Драпкина О.М. и др., 2021).

В настоящее время в субъектах Российской Федерации реализуются различные государственные и региональные программы, направленные на профилактику НИЗ и формирование ЗОЖ населения (Маньшина А.В. и др., 2018).

В 2014 году в Чувашии был разработан и внедрен «Профиль здоровья населения Чувашской Республики». Данный проект состоит из следующих разделов: медико-демографическая ситуация в Чувашии, изучение факторов (социально-экономические факторы и участие каждого жителя в охране и укреплении здоровья и др.), которые способствуют здоровью населения (Богданова Т.Г., 2015). В дальнейшем в рамках реализации данного проекта был разработан и внедрен информационный материал «Профиль здоровья семьи», в котором были представлены конкретные рекомендации от врачей по вопросам прохождения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров (в какие возрастные периоды, какие лабораторные и инструментальные исследования можно пройти) и рекомендации по коррекции поведенческих факторов (как правильно организовать свое здоровое питание, активный отдых и физическую активность в зависимости от возраста членов семьи и многое др.). Данный буклет позволил более активному

вовлечения жителей Республики Чувашии в процесс создания здоровьесберегающей среды.

В 2016 году был запущен проект – «Профиль здоровья предприятия». Данный проект позволяет регулярно смотреть данные о состоянии здоровья работников предприятия, на котором они работают. Также в рамках данного проекта были представлены все меры, которые администрация принимает для сохранения здоровья и улучшения качества жизни в условиях производства (Богданова Т.Г., 2015).

В 2015 г. в городе Хабаровск была принята Стратегия по пропаганде ЗОЖ (Журавлева Ю.С. и др., 2016). Ежегодно в г.Хабаровск проводятся более двадцать акций с массовым привлечением населения: «Шаги здоровья», «Уличные зарядки», «Ярмарка здоровья», «Премия здоровья» и др. При Мэре горда организована работа Общественного Совета по охране здоровья, в 2015 г. вступил в Ассоциацию «Здоровые города, районы и поселки»; разработан и внедрен интернет-проект «Школы здоровья» и телевизионный проект «Здоровый Хабаровск».

В США была разработана многоуровневая программа «Сильные сердца, здоровые общины» для решения ключевых поведенческих задач, связанных с профилактикой ССЗ среди сельских женщин (Folta S.C. et al., 2019). На индивидуальном уровне учебная программа была ориентирована на эмпирическое обучение для поддержки участников в развитии знаний, само эффективности и овладении навыками, связанными с питанием и физической активностью. На межличностном уровне внеклассные материалы были разработаны для того, чтобы помочь участникам привлечь друзей и семью к их новой деятельности, тем самым поощряя социальную поддержку. В рамках подхода, основанного на гражданском участии, участники совместно работали над завершением оценки состояния окружающей среды в области питания и физической активности.

Одной из главных направлений стимулирования интеграции различных государственных, негосударственных и общественных организаций в области продвижения ЗОЖ через образовательные проекты и средства массовой информации. Используя преимущества средств массовой информации, многие

страны добились успеха в продвижении программ по изменению здорового поведения и повышению грамотности в отношении здоровья. Так, например, кампания SunSmart по профилактике рака кожи в Австралии значительно повысила защиту от солнца среди целевых групп или сообществ; десятилетие антитабачной кампании по прекращению курения с координируемой на национальном уровне службой Quitline в Австралии привело к значительному снижению распространенности курения среди подростков и взрослых (Tabassum R. et al., 2018).

В последние годы информационные технологии играют важную роль в предоставлении медицинской информации с использованием нескольких технологий, включая вебсайты, социальные сети и обмен текстовыми сообщениями на мобильных телефонах. Так, проведенное исследование в Бангладеш показало, что обмен текстовыми сообщениями с мобильных телефонов может охватить большое количество пациентов с диабетом 2 типа и может помочь улучшить управление заболеваниями при низких затратах (Tabassum R. et al., 2018). Поэтому крайне важно поддерживать использование инновационных технологий и мобильных телефонов, которые могут стать перспективным вариантом профилактики НИЗ.

В 2009 году в России была разработана и внедрена программа «Здоровая Россия», основной целью которой является популяционная пропаганда здорового образа жизни. Популяционная профилактика заключалась в регулярной просветительской работе медицинских работников на различных площадках (скверы, парки, детские лагеря, школы дома культуры и т.д.). Данное направление позволила обеспечить доступность консультации по вопросам профилактики заболеваний среди различных возрастных и социальных групп населения.

В Ульяновской области с 2015 г. реализуется проект «КАРДИОдесант», направленный на повышение информированности работающего населения о факторах риска возникновения сердечно-сосудистых заболеваний и важности контроля артериального давления для предотвращения более грозных осложнений — инфаркта и инсульта.

Проект «Шаги к здоровью» направлен на привлечение внимания людей, в основном, старшего поколения к своему здоровью. Проект реализуется с 2015 г. и поначалу проводился только специалистами ГУЗ УОЦМП, в 2016 г. в реализации проекта уже были задействованы 17 МО. С 2017 г. проект распространен на всю Ульяновскую область.

«Предупрежден — значит, вооружен» в рамках этого проекта ведется пропаганда преимущества здорового и безопасного образа жизни через демонстрацию видеороликов профилактической направленности на плазменных панелях ОГКУ «Корпорация развития интернет-технологий — многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг в Ульяновской области», кроме того, размещаются аудиоролики на внутривзаводском радио, статьи на корпоративных сайтах и в заводских газетах крупных предприятий г. Ульяновска (Жадаева Л.И. и др., 2017).

Немаловажным фактором, оказывающим влияние на формирование ЗОЖ, является оснащенность социального пространства спортивными объектами городской инфраструктуры. Например, люди, живущие в определенных городских районах, сталкиваются с проблемами физической активности из-за низкого уровня проходимости, отсутствия доступа к безопасным паркам и детским площадкам, а также проблемами, связанными с дорожным движением (Kneeshaw-Price S.H. et al., 2015).

Одним из вмешательств, которое включает в себя временное изменение физической среды, является PlayStreets (игра улицы) (Umstattd Meyer M.R. et al., 2019). Это название используется для определения деятельности сообщества, которая является результатом совместной работы общественных организаций в целях поощрения физической активности и активной игры путем использования улиц. Игровые улицы предоставляют безопасные возможности для людей всех возрастов, но особенно детей и молодежи, чтобы собраться вместе, играть, быть физически активными и получать удовольствие. В 2018 году 162 PlayStreets были проведены в тридцати пяти из 77 общественных районов Чикаго (Pollack Porter K.M. et al., 2019). В среднем каждая из игровых улиц привлекала примерно от 100

до 200 участников. Целевые области были разделены на семь основных категорий по видам деятельности или целям. Это были общие виды деятельности (например, использование хула-хупов, фрисби или скакалок), сидячий образ жизни (например, ремесла или окраска), питание (например, места для сбора или употребления пищи), информация (например, таблица регистрации или медицинская информация), спорт (например, баскетбол, футбол или бейсбол), танцы и надувные лодки.

Услуги в области здравоохранения, гигиены и личной гигиены включали в себя тестирование, стрижки и информацию о профилактике злоупотребления психоактивными веществами или насилия. Кроме того, участники получили доступ к бесплатным медицинским осмотрам и услугам, которые, включали в себя обследование почек, глюкозы, холестерина и зрения, стоматологическую помощь и бесплатные вакцины. Исследование К.М. Pollack Porter et al. (2019) по опыту Чикаго с PlayStreets показало, как один город временно превращает улицы в места для физической активности населения в целях укрепления справедливости в отношении здоровья.

Следует отметить, что в РФ в последнее десятилетие наблюдается тесное взаимодействие различных структур и ведомств (Министерство здравоохранения, Министерство образования, Министерство социального развития, Министерство физкультуры и спорта, Министерство внутренних дел, а также СМИ, общественные организации, волонтеров и др.) с целью профилактики заболеваний (Яковлева Т.В. и др., 2015).

В мае 2016 года под руководством директора ФГБУ «ГНИЦ ПМ» МЗ РФ С.А. Бойцов была представлена новая Стратегия профилактики и контроля неинфекционных заболеваний, формировании здорового образа жизни у населения, до 2025 года. Основной целью данной стратегии явилось создание единой профилактической среды на основе межведомственного взаимодействия (система здравоохранения РФ; различные отраслевые министерства; общественные и религиозные структуры; законодательные и политические структуры) (Кремлев С.Л. и др., 2016).

Следует отметить, что единое профилактическое пространство представляет собой объемную интегральную систему, которая включает не только совокупность всех предоставляемых населению услуг и условий, которые направлены на улучшение, сохранение или восстановление здоровья населения, но и на формирование у населения осознанности, личной ответственности и активной позиции в отношении собственного здоровья (Клименко Т.В., 2018).

Для обеспечения согласованных действий заинтересованных сторон распоряжением Правительства РФ от 08.09.2012 № 1864-р была создана Правительственная комиссия по вопросам охраны здоровья граждан. Важнейшим инструментом реализации мероприятий ЕПС стала Госпрограмма «Развитие здравоохранения», утвержденная Постановлением Правительства РФ от 15.04.2014 № 294, а также аналогичные программы всех субъектов Российской Федерации, в которых представлены мероприятия по формированию здорового образа жизни: эпидемиологический мониторинг факторов риска НИЗ; информационно-коммуникационная кампания и создание необходимых условий для здорового образа жизни (Авдеева М.В. и др., 2013; Яковлева Т.В. и др., 2015).

Механизм формирования единой профилактической среды включает в себя пять элементов, согласно разработанным и предложенным стратегиям борьбы с НИЗ (Подушкина И.В. и др., 2017). Первый элемент «Информирование и повышение мотивации населения к здоровому образу жизни», которые должны осуществляться с учетом специфики отдельных групп населения, различающихся по возрасту, полу, образованию, социальному статусу.

Второй элемент «Обеспечение условий для здорового образа жизни» - администрация регионов, городов, муниципалитеты, министерства, работодатели, различные общественные организации. Главной задачей со стороны здравоохранения субъектов РФ является формирование и актуализация региональных программ, в которые закладываются мероприятия по профилактике НИЗ и формированию ЗОЖ (Бойцов С.А. и др., 2017).

Третий элемент (приоритетное направление) – диспансеризация населения. Ежегодная для детского населения и один раз в три года для взрослого населения от 18 до 39 лет включительно, в возрасте от 40 лет и старше один раз в год.

Четвертый элемент – диспансерное наблюдение/профилактическое консультирование, пятый – организация профилактики в стационарах и санаториях.

Вопросы межведомственного взаимодействия как основы формирования ЕПС требуют более четкого законодательного обоснования.

Ранее проведенные исследования Н.Г. Коршевера и С.А. Сидельниковца (2013) разработали критерии оценки эффективности межведомственного взаимодействия по вопросам сохранению и укреплению здоровья населения. Данные критерии включали в себя 38 показателей. Следует отметить, что были определены заинтересованные секторы общества и государства, которые могут воздействовать на эти информативные показатели наиболее значимо. Именно эти секторы в первую очередь необходимо включать в профилактические программы:

- для обеспечения здорового рациона питания населения – сельское хозяйство, аппарат Губернатора области, здравоохранение;

- для обеспечения физической активности населения – молодежная политика, физическая подготовка, спорт и туризм, аппарат Губернатора области, образование, социальное развитие;

- для борьбы с наркотиками, алкоголем, табакокурением – аппарат Губернатора области региональный парламент; органы внутренних дел и прокуратура; образование; физическая подготовка, спорт и туризм; молодежная политика; здравоохранение; социальное развитие; общественные организации.

В литературе имеются единичные публикации, касающиеся формирования ЕПС в субъектах России. Так, в настоящее время на территории Челябинской области распоряжением правительства области утвержден координационный совет по формированию ЗОЖ, куда вошли представители областных министерств: здравоохранения, образования и науки, физической культуры, спорта и туризма, социальных отношений; представители областного центра медицинской

профилактики, управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Челябинской области, областной клинической наркологической больницы, Общественной палаты и Законодательного Собрания (Кремлев С.Л. и др., 2016).

В 2016 году в г. Москве разработан и внедрен комплексный проект по профилактике неинфекционных заболеваний, который был разработан НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города совместно с Комиссией по здравоохранению и общественному здоровью и Мосгордумой. Целью данного проекта является снижение ССЗ (Аксенова Е., 2016). Основным направлением данного проекта является постоянное взаимодействие с населением г. Москвы - обучение человека и формирование у него навыков контроля артериального давления, формирование ответственного отношения к сохранению здоровья и определения факторов риска развития инфарктов и инсультов. В четырех округах г.Москвы была проведена информационно-пропагандисткая кампания, куда вошли: акция «Контролируй свое давление»; лекции и расширенные консультации с главными внештатными специалистами Департамента Москвы; доверительный разговор с доктором через ТВ и радиоканалы информирования в прямом эфире; размещение информации на плакатах и афишах и распространение буклетов (Аксенова Е., 2017).

Следует отметить, что эффективность проводимых профилактических мероприятий заболеваний подтверждается положительным опытом многих стран, которые добились значительного снижения заболеваемости, инвалидизации, смертности населения, а также увеличении ожидаемой продолжительности жизни в течение 10—20 лет. В РФ в ближайшее десятилетие решение этой проблемы будет стоять на первом месте. Непосредственно межведомственное взаимодействие и объединение всех сфер и слоев общества позволит создать все необходимые средства и доступность для ведения здорового образа жизни и профилактики развития неинфекционных заболеваний.

1.3. Заключение по главе

Эффективность мероприятий по профилактике социально-значимых неинфекционных заболеваний подтверждается позитивным опытом целого ряда стран, добившихся двукратного и более снижения смертности в течение 10—20 лет. Данные результаты должны учитываться при разработке национальной политики в области здравоохранения и, вне всякого сомнения, должны оставаться одной из основных сфер внимания отечественного здравоохранения. Объединение всех сфер и слоев общества с целью создания единой профилактической среды позволяет обеспечить население доступными средствами для ведения здорового образа жизни и профилактики развития неинфекционных заболеваний.

Как показывает проведенный нами анализ российской и международной литературы на сегодняшний день отсутствуют работы, которые детально оценили для конкретных регионов на какие факторы необходимо воздействовать, чтобы улучшить здоровье населения. И отсутствуют научно-доказанные комплексные программы по улучшению демографических показателей и показателей здоровья населения.

ГЛАВА 2. ПРОГРАММА, ОРГАНИЗАЦИЯ, ЭТАПЫ, МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

РТ расположена в центре Российской Федерации, в месте слияния Волги и Камы. Территория республики представляет собой возвышенную ступенчатую равнину, которая разделена на три части: Закамье, Предволжье и Предкамье.

На сегодняшний день в РТ проживает 38938000 человек. По сравнению с 01.01.2017 г. численность населения увеличилась на 8,6 тыс. человек, или на 0,2%.

РТ – один из экономически и промышленно развитых регионов Российской Федерации на высоком уровне. На его территории расположены крупнейшие в стране центры нефтехимии, нефтедобычи, машиностроения. Следует отметить, что на долю РТ приходится 2,7 % среднегодовой численности занятых в РФ; 13,5 % в Приволжском федеральном округе (далее-ПФО); доля валового регионального продукта (далее-ВРП) РТ составляет 2,8 % по РФ и 18,5 % по ПФО. По абсолютным показателям ВРП РТ в 2019 г. заняла шестое место среди субъектов РФ; пятое место по промышленному производству, четвертое место по строительству и вводу жилья; шестое место по инвестициям в основной капитал и седьмое место по розничной торговле. По итогам 2019 года объем ВРП, по оценке, составил 101,0% в сопоставимых ценах к уровню 2018 года, или 2 584,3 млрд рублей. В целях разработки научно- обоснованной межведомственной комплексной программы по формированию здорового образа жизни повышения здоровья населения нами были проанализированы демографические показатели и показатели здоровья населения за период с 1997 по 2019 гг.; состояния окружающей среды, социальных и экономических факторов, деятельность системы здравоохранения и приверженность населения к здоровому образцу жизни, а также изучены степень влияния этих факторов. После разработки и внедрения Межведомственной комплексной программы нами была проведена оценена медико-социальной и экономической эффективности от реализации данной программы. Дизайн и задачи исследования представлен на рисунке №2.1.

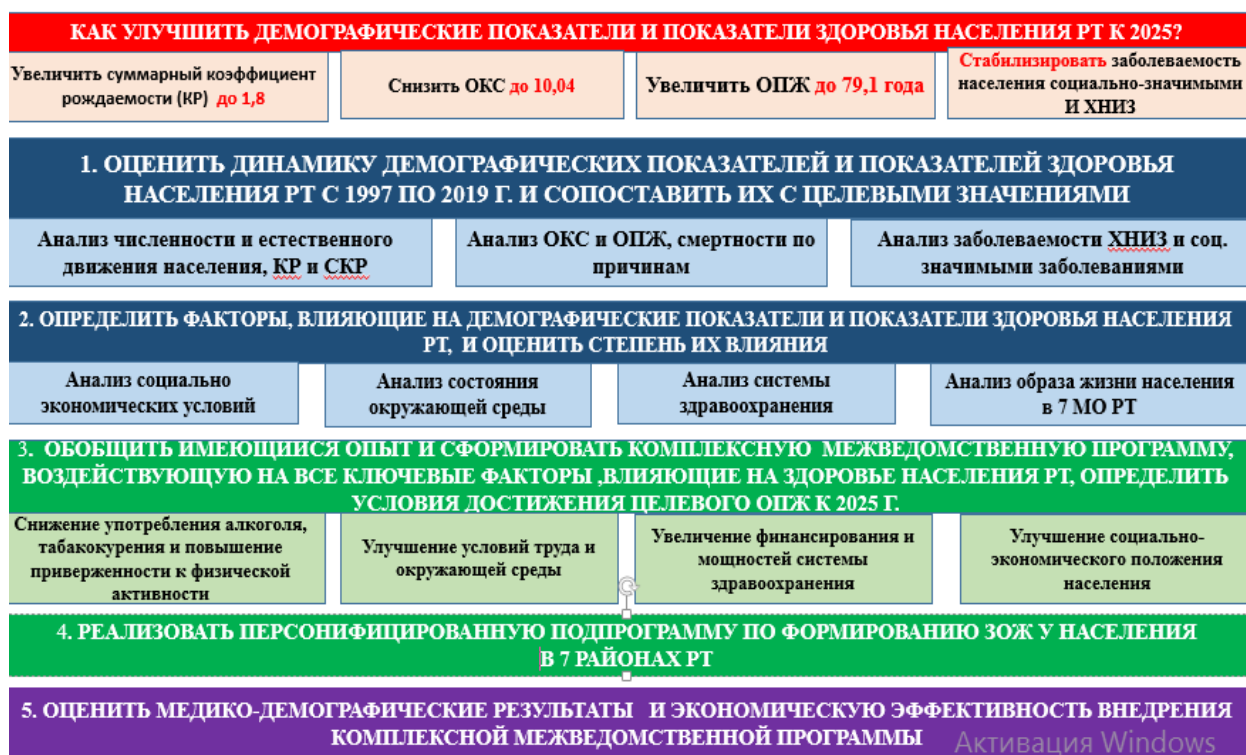


Рисунок 2.1. Дизайн и задачи исследования

Исследование выполнено на кафедре общей гигиены ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России (заведующий кафедрой - доктор медицинских наук, профессор А.В. Шулаев), Высшая Школа Организации и управление здравоохранением (ректор- доктор медицинских наук Г.Э. Улумбекова). Объектом исследования взято население РТ, анкетирование населения проведено на семи районах РТ (Тукаевский, Альметьевский, Нижнекамский, Рыбно-Слободский, Пестречинский, Дрожжановский, Буинский).

Материалом исследования в исследовании являлись статистические отчеты медицинских организаций Республики Татарстан за период 1997-2019 гг., данные социально-экономических показателей по РТ; статистические данные медико-демографических показателей; состоянии окружающей среды; материалы ВОЗ и национальных докладов, касающиеся охраны здоровья населения; а также анкеты взрослого населения Республики Татарстан. Объект исследования: демографический статус и состояние здоровья РТ, факторы их определяющие.

В рамках исследования в качестве фактологической базы использованы: материалы отечественной и зарубежной литературы; массив документов

(программ, отчетов, правовых документов и приказов и национальных проектах), которые определяли перспективы развития и закономерности профилактической помощи и формировании здорового образа жизни; массив статистической информации о заболеваемости, смертности и инвалидизации населения Республики Татарстан; методологические разработки в области стратегического управления профилактики неинфекционных заболеваний и формировании здорового образа жизни; результаты социологического исследования (анкетирования) среди взрослого населения Республики Татарстан о факторах риска развития неинфекционных заболеваний и приверженности к здоровому образу жизни.

Исследование основывалось на принципе системного и целевого подхода к организации профилактической помощи на региональном уровне и проводилось в несколько этапов; программа, методы исследования, объект и объем исследования представлены в таблице № 2.1.

Таблица 2.1. Этапы, материалы и методы исследования

№	Этапы исследования	Методы	Материалы, объекты и объемы исследования
1	Разработка программы исследования. Формирование цели, задач исследования. Определение объекта, предмета изучения. Расчет объема наблюдений. Анализ литературных источников и нормативно-правовых документов по теме исследования	Исторический, ретроспективный анализ	Источники литературы: 414 источника, из них 241 отечественных и 173 зарубежных. 353 Нормативно-правовые документы: Приказы: МЗ РФ –189 шт., МЗ РТ-79 шт., Постановления и распоряжения -85.
2	Изучение медико-демографических показателей и показателей здоровья населения РТ за период 1997-2019 гг., сравнение их с целевыми значениями и с РФ	Сравнение, вычисление абсолютных и относительных величин. Вычисление стандартизованных показателей и построение динамических рядов	Отчеты из официальных государственных данных за период 1997-2019 гг. Государственные доклады ФИФ ГСМ по РТ -19 шт., Госкомстата РФ и РТ - 19 шт., Материалы коллегий МЗ РТ. Проведен анализ 10 показателей, всего изучено 2270 единиц цифровой информации. Демографические показатели - численность и структура населения; смертность по классам причин; коэффициент рождаемости и коэффициент фертильности, естественное движение населения; ожидаемая продолжительность жизни при рождении;

			Показатели здоровья населения: заболеваемость социально-значимыми неинфекционными заболеваниями; инвалидность населения.
3.1.	Оценка влияния различных факторов на ОПЖ в РТ	Эконометрический метод	Отобраны три главных фактора: -валовый региональный продукт (далее — ВРП) на душу населения, -подушевые государственные расходы на здравоохранение (далее — ГРЗ), -потребление крепких алкогольных напитков на душу населения. На основании выявленных связей (вес влияния различных факторов на ОПЖ, п. 3.1.) построены прогнозные модели (3 варианта) и рассчитаны условия достижения целевого ОПЖ в РТ к 2025 г.
3.2.	Анализ динамики социально-экономических факторов в РТ	Аналитический, социально-экономические, экспертные оценки. Вычисление относительных, средних величин, ранжирование. Проведен корреляционный анализ социально-экономических и медико-демографических показателей.	Проанализировано 1893 единиц цифровой информации: ВРП на душу населения, ввод жилья и уровень заработной платы. Изучено влияние данных факторов на здоровье населения с помощью многофакторного дисперсионного анализа за период 1997-2019 гг. Выкопированы данные Федерального Информационного Фонда социально-гигиенического мониторинга по РТ в количестве 17 шт., составлены 58 дисперсионных комплексов.
3.3.	Анализ динамики показателей деятельности и финансирования системы здравоохранения РТ	Построение динамических рядов, статистический, расчет средних величин, их ошибок, достоверности различий, определение тенденций. Социологическое исследование (анкетирование).	Было собрано и проанализировано 2332 единиц цифровой информации: государственное финансирование и мощности здравоохранения. Для анализа были использованы материалы ГАУЗ «Республиканский информационно-аналитический центр» Минздрава РТ, «Статистика здоровья и здравоохранения.», материалы Федерального казначейства. С целью оценки удовлетворенности населения доступностью и качеством медицинской помощи проведено анкетирование 2890 человек: 2014 г. - 710 чел., в 2017 г. - 1083 чел.; в 2019 г. - 1097 чел.
3.3.	Оценка приверженности населения РТ к здоровому образу жизни.	Статистический, социологический (анкетирование). Для оценки вероятности возникновения ошибки при изучении гипотезы был использован непараметрический метод критерий хи-квадрат Пирсона.	Путем выборочного анкетирования в 2014 г. было опрошено 2346 чел., (возраст - от 21 до 74 лет, среди которых 71,5% женщин и 28,3% мужчин). Проанализировано 46920 единиц цифровой информации по 20 критериям.
3.4.	Анализ динамики показателей состояния окружающей среды и оценка их влияния на	Определение возникновения риска заболеваемости	Проанализировано 2890 единиц цифровой информации: о состоянии атмосферного воздуха, почвы и воды.

	показатели здоровья населения РТ	населения с учетом влияния состояния окружающей среды. Проведен корреляционный анализ	Проведен анализ государственных докладов о состоянии окружающей среды по РТ за период 2009 - 2019 гг. - 77 шт. Данные Федерального Информационного Фонда социально-гигиенического мониторинга по РТ за период 2009-2019 гг. в количестве 126 шт. Проведен анализ 1700 единиц цифровой информации ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии РТ».
4.	Формирование Комплексной межведомственной программы, направленной на улучшение демографических показателей и показателей здоровья населения РТ с межведомственной подпрограммой по формированию ЗОЖ населения	Аналитический, социально-экономический, экспертные оценки. Организационный эксперимент. Построение прогнозных моделей	Материалы и результаты внедрения отдельных положений (подпрограмм) Комплексной межведомственной программы.
5.	Реализация межведомственной подпрограммы по формированию здорового образа жизни в 7 муниципальных районах РТ и оценка ее результатов		Разработана и внедрена комплексная межведомственная подпрограмма по формированию ЗОЖ в 7 районах РТ (Тукаевский, Альметьевский, Нижнекамский, Рыбно-Слободский, Пестречинский, Дрожжановский, Буинский). Материалы статистических отчетов, результаты экспертных оценок. Статистические материалы демографических показателей и показателей здоровья населения РТ за период с 2014 по 2019 г. (период реализации Комплексной межведомственной программы).
6.	Оценка медико-демографического эффекта и эффективности внедрения комплексной Межведомственной программы в РТ с 2015 по 2019 гг.	Применение методики комплексной оценки результативности внедрения межведомственной программы по формированию здорового образа жизни и улучшению здоровья населения. Аналитические и математические методы.	Оценка медико-социального эффекта. Изучено 987 специально разработанных анкет «Изучение продолжительности здоровой жизни населения РТ»: 2014 г.- 480 анкет; 2019 г.- 507 анкет. Оценка предотвращенного ущерба здоровью населения в финансовом выражении путем внедрения Комплексной межведомственной программы. Оценка рентабельности вложений в здравоохранение.

На первом этапе (2011-2012 гг.) была разработана методология, программа, организация, определены и обоснованы цель и задачи данного исследования. Проанализированы отечественная и зарубежная литература, нормативно-правовые документов по вопросам межведомственного подхода профилактики неинфекционных заболеваний, формирования здорового образа жизни населения и повышении здоровья населения. На данном этапе исследования были проанализированы 414 литературных источника (241 отечественных и 173 иностранных); нормативно-правовые документы (Приказы: МЗ РФ –189 шт., МЗ РТ-79 шт., Постановления и распоряжения - 85).

На втором этапе (2013- 2019 г.г.) были комплексно проанализированы и оценены показатели демографические показатели (численности и структуры населения, общей смертности, коэффициента рождаемости, коэффициента фертильности, ожидаемой продолжительности жизни), показателей здоровья населения (заболеваемости социально-значимыми неинфекционными заболеваниями) и инвалидности населения проводился на основании данных официальной статистики за период с 1997 по 2019 гг.. Для анализа были использованы таблицы «Численность населения», «Коэффициенты естественного движение населения», «Заболеваемость населения», «Ожидаемая продолжительность жизни», «Инвалидность населения», материалов «ГАУЗ «Республиканский информационно-аналитический центр» Минздрава РТ, «Статистика здоровья и здравоохранения за 1997-2019гг.», по официальным материалам МЗ РТ, Министерства труда, занятости и социальной защиты населения Республики Татарстан и Территориального органа государственной статистики по РТ. Нами были проанализированы данные ФГБУЗ «Центра гигиены и эпидемиологии в РТ».

На третьем этапе (2013 - 2019 г.г.) был проведен анализ факторов, влияющих на демографические показатели и показатели здоровья населения

РТ. На данном этапе были проанализированы следующие факторы: социально-экономические; состояние окружающей среды; ресурсы и деятельность системы здравоохранения, а также приверженность населения к здоровому образу жизни.

Изучение влияния социально - экономических факторов на показатели здоровья населения Республики Татарстан. Проанализировано 1893 единицы цифровой информации о социально-экономических факторах в РТ. Изучено влияние данных факторов на демографические показатели и показатели здоровья населения с помощью многофакторного дисперсионного анализа за период 2009-2019 гг. Выкопированы данные Федерального Информационного Фонда социально-гигиенического мониторинга по РТ в количестве 17 штук. Нами проведен многофакторный дисперсионный анализ, вычисление относительных и средних величин, ранжирование. Составлены дисперсионные комплексы, графики, таблицы, гистограммы. Составлены 58 дисперсионных комплексов.

Изучение влияния состояния окружающей среды на демографические показатели и показатели здоровья населения Республики Татарстан. На данном этапе было изучено состояния окружающей среды на демографические показатели и показатели здоровья населения в РТ. В этих целях нами было проанализировано 2890 единицы цифровой информации: проведен анализ 987 единиц цифровой информации из «Федеральный водный реестр», проведен анализ государственных докладов об окружающей среде со сведениями по РТ за период 2009 - 2019 гг. - 77 штук; проанализированы данные Федерального Информационного Фонда социально-гигиенического мониторинга по РТ за период 2009-2019 гг. в количестве 126 штук; проанализированы 1700 единиц цифровой информации ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии РТ». Проведено ранжирование, определена доля их влияния на здоровье населения.

Изучение деятельности системы здравоохранения, и количественная оценка их влияния на здоровье населения РТ.

На данном этапе нами был проведен анализ обеспеченности медицинскими кадрами и стационарными койками, Государственное финансирование здравоохранения РТ. В этих целях изучены ресурсы здравоохранения (общее число среднегодовых коек, среднегодовая занятость койки, число посещений у врача амбулаторно-поликлинической службы, количество вызовов скорой медицинской помощи, среднее число дней пребывания больного на койке, оборот койки) и общая характеристика кадрового обеспечения учреждений здравоохранения и дана оценка их влияния на здоровье населения РТ за период с 2010 по 2019 гг.

Для анализа были использованы таблицы Ресурсов здравоохранения: государственное финансирование здравоохранения, «Число больничных коек и медицинских организаций и диспансеров в районах и городах РТ», «Число самостоятельных амбулаторно-поликлинических организаций в районах и городах РТ», «Число круглосуточного пребывания» «Численность медицинских кадров РТ», «Обеспеченность медицинскими кадрами РТ». Проанализированы показатели «Общее число среднегодовых коек», «Среднее число дней пребывания больного на койке», «Оборот койки», «Среднегодовая занятость койки», «Уровень госпитализации на 1000 чел.», «Больничная летальность», «Количество вызовов СМП (на 1000 среднегодового постоянного населения)», «Число посещений у врача АПС (на 1 жителей)», за период с 2009 по 2019 гг.

Анализ проведен по официальным материалам МЗ РТ, МЗ РФ; по материалам «ГАУЗ «Республиканский информационно-аналитический центр» МЗ РТ, «Статистика здоровья и здравоохранения за 1997-2019гг.».

Нами было собрано и проанализировано 2327 единиц информации; были составлены дисперсионные комплексы, установлена доля влияния каждого фактора на демографические показатели и показатели здоровья населения РТ.

Также в рамках нашего исследования нами была изучена удовлетворенность населения РТ деятельностью системы здравоохранения, доступностью и качеством оказания медицинской помощи путем социологического опроса (мнения) граждан за 2014 -2020 гг. Объектом исследования взято население РТ в возрасте 18 лет и старше, получавшие медицинскую помощь в медицинских организациях Республики Татарстан и давшие добровольное информированное согласие на участие в данном исследовании.

Социологический опрос по удовлетворенности доступностью и качеством оказания медицинской помощи проводился в медицинских организациях республиканского значения (ГАУЗ «Республиканская клиническая больница»), в центральных районных больницах семи районов РТ (Тукаевский, Альметьевский, Нижнекамский, Рыбно-Слободский, Пестречинский, Дрожжановский, Буинский), городских поликлиниках РТ (ГАУЗ "Нижнекамская городская поликлиника №1 ", ГАУЗ "Нижнекамская городская поликлиника №2, ГАУЗ «Городская поликлиника №21» г.Казань), ГАУЗ «Станция скорой и неотложной медицинской помощи». Медицинские организации были сгруппированы по уровню оказания медицинской помощи: медицинские организации республиканского уровня, медицинские организации городского уровня и медицинские организации районного уровня, медицинские организаций амбулаторно-поликлинического звена и стационаров, а также скорой медицинской помощи в РТ.

В выборочном анкетировании учувствовали 2890 человек: 710 человек – в 2014 г., 1083 человек – в 2017 г., 1097 человек – в 2020 г.).

Для данного исследования нами была разработана карта «Изучения удовлетворенности населения доступностью и качеством организации и оказания медицинской помощью» (Приложение №5). Данная карта состояла из 14 вопросов по удовлетворенности населения качеством и доступностью оказываемой медицинской помощи в медицинских организациях РТ.

Для сравнения показателей был использован дисперсионный анализ ANOVA. Расчеты проводились с использованием статистической программы Statistica. Для проверки гипотезы однородности дисперсий использовался критерий Левена, проверялось соответствие нормальному закону распределения изучаемых переменных.

На четвертом этапе (2014-2019 гг.) проводилась оценка современных тенденций в области формирования здорового образа жизни и потребностей в ее развитии. Данный этап включал в себя социологическое исследование (анкетирование) населения РТ. Целью анкетирования явилось наличие факторов риска, понимание и приверженность населения к здоровому образу жизни, а также наличие взаимосвязи приверженности к здоровому образу жизни и минимальных факторов риска. В рамках данного исследования проведен социологический опрос 2346 чел., возраст от 21 до 74 лет. Среди опрошенных 71,7 % женщины 28,3% мужчин; женщин с высшим образованием – 35 % и мужчин с высшим образованием 28,2 %.

Социологическое исследование (анкетирование) проведено методом случайной выборки взрослого населения РТ в семи районах (Тукаевский, Альметьевский, Нижнекамский, Рыбно-Слободский, Пестречинский, Дрожжановский, Буинский). Исследование проводилось в 2014 году. Критерии включения в данное исследование были следующими: 1. Население РТ, возраст респондентов составил от 21 до 74 лет; 2. Согласие на участие в анкетировании. 3. Портрет респондентов в 2014 гг. был идентичен.

В рамках данного этапа исследования были изучены вопросы влияния образа жизни на здоровье населения, был использован метод социально-гигиенического анализа (анкетирование).

Для данного исследования нами была разработана анкета (Приложение №4). В данную анкету были включены вопросы, касающиеся здорового образа жизни; занятия физической культурой и спортом; вредного употребления алкоголя и табакокурение; приверженность населения к рациональному питания. И вопросы, которые показывали взаимосвязь между приверженностью к здоровому образу жизни и возникновением неинфекционных заболеваний.

Пятый этап включал в себя разработку, научное обоснование, разработка и внедрение комплексной межведомственной программы по формированию здорового образа жизни и повышения здоровья населения РТ. В основу комплексной межведомственной программы были взяты полученные нами данные о демографических показателях и показателей здоровья населения РТ; социально-экономических показателях; состоянии окружающей среды; деятельности и ресурсов системы здравоохранения, а также и оценки приверженности населения к здоровому образу жизни.

Нами была обоснована, разработана и внедрена Комплексная межведомственная программа по формированию здорового образа жизни и повышения здоровья населения РТ, которая воздействует на все ключевые факторы с учетом особенностей РТ. В этих целях нами были разработаны и внедрены 4 подпрограммы:

1. Подпрограмма по снижению употребления алкоголя, табакокурения и повышение приверженности к физической активности.

2. Подпрограмма по улучшению социально-экономического положения населения;

3. Подпрограмма по улучшение условий труда и окружающей среды;

4. Улучшение финансирования и мощностей системы здравоохранения.

А также разработана и внедрена персонифицированная подпрограмма по формированию ЗОЖ у населения в семи районах РТ (Тукаевский, Альметьевский, Нижнекамский, Рыбно-Слободский, Пестречинский, Дрожжановский, Буинский).

При разработке межведомственной программы по формированию здорового образа жизни использовались нормативно-правовое обеспечение:

- Федеральный закон от 06.10.1999 № 184-ФЗ «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» (в ред. от 21.07.2007 № 194-ФЗ с изменениями, внесенными постановлениями Конституционного Суда РФ от 07.06.2000 г. № 10-П, от 12.04.2002 № 9-П);
- Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»
- Федеральный закон от 10 июля 2001 г. № 87-ФЗ «Об ограничении курения табака», принят Государственной Думой 21.06.2001 г., одобрен Советом Федерации 29 июня 2001 года
- Федеральный закон от 23 февраля 2013 года № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака».
- Приказ Минздравсоцразвития России от 16.03.2010 № 152н «О мерах, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан РФ, включая сокращение потребления алкоголя и табака».
- Приказ МЗ РФ от 23.09.2003 № 455 «О совершенствовании деятельности органов и учреждений здравоохранения по профилактике заболеваний в Российской Федерации».

- Приказ МЗ РФ от 21.03.2003 № 113 «Об утверждении Концепции охраны здоровья здоровых в Российской Федерации».
- Приказ МЗ РФ от 22.06.1998 № 199 «О мерах по профилактике курения в лечебно-профилактических учреждениях и Минздраве России».
- Приказ МЗ РФ от 26.11.1997 № 344 «О создании Координационного центра и региональных кабинетов профилактики неинфекционных заболеваний и факторов риска»
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 19 августа 2009 года № 597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака»
- Приказ МЗ РФ от 6 декабря 2012 г. № 1011н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра»
- Приказ МЗ РФ № 869н от 26 октября 2017 года «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения»
- Приказ МЗ РФ № 124 н от 13.03.2019 года «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения»
- Приказ МЗ РФ № 164 н от 27 марта 2019 года «О внесении изменений в Положение об организации первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 года № 543 н»
- Методика расчета показателя "Доля граждан, ведущих здоровый образ жизни (процент)"утвержденная Приказом Росстата от 29.03.2019 № 181

На шестом заключительном этапе исследования (2019 г.) была проведена оценка медико-демографического эффекта и эффективности внедрения комплексной Межведомственной программы в РТ с 2015 по 2019 гг.

С целью оценки медико-социального эффекта нами было проведено социологическое исследование (анкетирование) населения РТ по изучению ожидаемой продолжительности здоровой жизни как интегральной характеристики здоровья.

Нами было проведено исследование с репрезентативной оценкой 987 специально разработанных карт «Изучение ожидаемой продолжительности здоровой жизни населения Республики Татарстан». Исследование проведено в 2014 и 2019 гг. (480 карт - в 2014 году и 507 карт – повторно в 2019 году). Для изучения здоровья этих лиц, по данным опроса, была составлена специальная карта по изучению ОПЗЖ у лиц в возрасте от 20 до 91 и более лет (приложение 5).

С целью изучения состояния ОПЗЖ населения РТ нами была использована методика расчета «Об утверждении методики расчета показателей ожидаемой продолжительности здоровой жизни (лет)» (утвержденная приказом федеральной службы государственной статистики от 25 февраля 2019 г. за №95).

В основу определения ОПЗЖ был положен расчет ОПЖ, скорректированной на состояние здоровья и возрастных показателей смертности лиц старше трудоспособного возраста.

Расчет ОПЗЖ был проведен по формуле:

$$e_x^n = \frac{I}{I_x} \sum_{I=x}^w (I - n\pi_x)_n L_x, \text{ где}$$

e_x^n – ОПЗЖ лиц, доживающих до x лет;

I_x – табличное число доживающих до x лет;

I – индекс суммирования;

W – наиболее старший возраст, л;

$(I - n\pi_x)$ – удельный вес респондентов, оценивших состояние здоровья как «плохое» и «очень плохое»;

$(I - n\pi_x)$ – доля «здорового» населения в возрастном интервале от n до x лет;

nL_x – табличное число человеко-лет, прожитое в возрастном интервале от n до x лет.

Для изучения ОПЗЖ использовали метод Салливана Д.Ф. (1971): учитывали наличие набора активности у населения РТ или его определенные ограничения и ранжируем по шкале от 1 до 5 баллов: 1 – нет затруднений (No difficulties); 2 – незначительные затруднения (Mild); 3 – умеренные затруднения (Moderate); 4 – серьезные затруднения (Severe); 5 – крайние затруднения (Extreme | cannot).

На втором этапе определяли долю людей с плохим здоровьем от числа респондентов и числа живущих в интервале от возраста $(x+5)$ с хорошим здоровьем; рассчитывали числа, живущих здоровых. Затем рассчитывали показатели ОПЗЖ среди населения РТ в возрасте от 20 до 85 и более лет с интервалом на 5 лет.

2.1. Статистический анализ материалов.

Материалы данного исследования были подвергнуты статистической обработке с использованием методов непараметрического и параметрического анализа, в соответствии с результатами проверки сравниваемых совокупностей. Рассчитывались относительные, стандартное отклонение и средние величины; анализ динамического ряда проводился через расчеты показателей темпа роста и абсолютного значения прироста. Полученные нами данные объединялись в вариационные ряды (исходя из принадлежности к определенной группе), в которых проводился расчет средних арифметических величин (M), средних квадратических отклонений (σ) и средних ошибок средней арифметической

(m) по стандартным формулам. Определение взаимосвязей между количественными показателями, не подчиняющимися нормальному закону распределения, проводилось с применением непараметрического коэффициента корреляции Спирмена (r).

Для установления значимости различий межгрупповых дисперсий от внутригрупповых при проведении многофакторного анализа рассчитывали критерий Фишера (F). Для анализа степени влияния факторов риска на демографические показатели и показатели здоровья населения использовали регрессионный анализ, в частности линейную регрессию. Далее нами были рассчитаны значения величины R^2 , чем ближе значение R^2 к единице, тем надежнее линия тренда аппроксимирует исследуемый процесс). Значение R^2 отображали на диаграмме.

Различия показателей считались статистически значимыми при уровне значимости $p < 0,05$.

Нами были определялены показатели распространенности демографических показателей (численность и структура населения, коэффициент рождаемости, коэффициент фертильности, общая смертность, естественное движение населения, ожидаемая продолжительность жизни), показатели здоровья населения (заболеваемость социально-значимыми неинфекционными заболеваниями), инвалидность, средние величины (M), среднее-квадратическое отклонение (δ), t -критерий Стьюдента (t), средняя ошибка показателя (m).

На основе непараметрической ранговой корреляции по Спирмену проводился корреляционный анализ исследования. Для выявления структуры данных использовался эксплораторный (разведочный) факторный анализ (метод главных компонент) с последующим вращением Варимакс – многомерный метод, применяемый для изучения взаимосвязей между значениями переменных. Для выявления возможности прогнозирования

некоторых показателей на основании факторов (независимых переменных) был применен линейный множественный регрессионный анализ. На уровне вероятности ошибки 0,5 были зафиксированы статистически достоверные показатели.

Коэффициент ранговой корреляции Спирмена (при выявлении корреляционной зависимости между качественными и количественными признаками) вычислялся по формуле:

$$r_{xy} = 1 - \frac{6 \sum d^2}{n^3 - n}, \text{ где}$$

n - число сопоставимых пар;

d - разность между рангами.

Ошибку коэффициента корреляции рассчитывали по формуле:

$$m_r = \pm \frac{1 - r_{xy}^2}{\sqrt{n-1}}, \text{ где}$$

с целью оценки взаимосвязи качественных признаков был применен непараметрический метод - анализ таблиц сопряженности χ^2 -хи квадрат (коэффициент соответствия).

В рамках нашего исследования проводилось измерение силы связи между признаками, по каким-либо сопоставимым между собой методикам.

С целью определения силы связи рассчитывается критерий Чупрова (K).

$$K = \sqrt{\frac{\chi^2}{n \sqrt{(r-1)(s-1)}}, \text{ где}$$

χ^2 — коэффициент сопряженности;

K — критерий Чупрова;

n — число измерений.

Для оценки влияния отдельных факторов и их сочетаний был использован дисперсионный анализ, изложенный в работах А.М.

Меркова и Л.Е. Полякова (1974), Яруллина А.Х. (1997). Сущность дисперсионного анализа заключалась в изучении статистического влияния факторов на результивный признак.

Влияние могут оказать различные факторы (например, социально-гигиенические - условия жизни и трудовая деятельность; социально-экономические (уровень доходов населения); состояние окружающей среды (атмосферный воздух, вода, почва) и деятельность системы здравоохранения (финансирование, кадровое обеспечение и др.) Результивными признаками являлись демографические показатели, показатели здоровья населения, выраженные в коэффициентах, показатели заболеваемости, инвалидности и др.

В работе мы использовали количественные однофакторный и пятифакторный дисперсионные анализы, который проводился в несколько этапов:

1. Построение комплекса с подбором материала исследования по градациям изучаемого фактора и определение величины результивного признака, в наших исследованиях - числа случаев рождаемости, заболеваемости и др.

2. Последовательный расчет величин сумма дат по всему комплексу:

$\Sigma\Sigma v$; общая подсобная величина: $H_{\Sigma}=(\Sigma\Sigma v)^2/N$; суммарных частных (по градациям) подсобных величин: $\Sigma H_i=(\Sigma v_i)^2/n_i$).

3. Определение значений трех дисперсий: $C_x=\Sigma H_i-H_{\Sigma}$ — факториальная дисперсия; $C_z=\Sigma\Sigma v^2-H_{\Sigma}$ — случайная дисперсия; $C_y=\Sigma\Sigma v^2-H_{\Sigma}$ — общая дисперсия;

4. Вычисление вариантов: $\sigma^2_x=C_x/v_x$ — факториальная варианса; $\sigma^2_z=C_z/v_z$ — случайная варианса.

5. Определение показателя силы влияния фактора на

величину результативного признака по формуле: $\eta^2_x = C_x / C_y$

б. Определение достоверности влияний: $F = \sigma^2_x / \sigma^2_z$

Эффективность действия фактора на результативный признак является статистически достоверной, если $F > F_{St}$.

Расчет данных многофакторного дисперсионного комплекса осуществлялся по предложенной методике А.Х. Яруллиным (1997).

Для обработки статистических данных использовалась программа Statistica 10 и SAS JMP 11 (Халафян А.А., 2007; Вуколов Э.А., 2004; Боровиков В., 2003; Реброва О., 2002).

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ИЗУЧЕНИЕ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН ЗА ПЕРИОД 1997 - 2019 гг.

3.1. Демографические показатели

Данная глава посвящается изучению особенностей демографических показателей РТ (численность и структура населения, рождаемость, смертность и естественное движение населения), а также показателей ожидаемой продолжительности жизни населения.

3.1.1. Численность и структура населения

Сведения о численности населения Республики Татарстан в динамике за 1997-2019 гг. представлены в приложении 1.

За изучаемый период с 1997 по 2019 гг. численность населения Республики Татарстан увеличилась с 3777,8 тыс. до 3898,6 тыс. чел. Абсолютный прирост составил 120,8 тыс. чел. Следует отметить, что в численность населения в РФ с 1980 по 2019 гг. выросла только на 6% (8,7 млн. человек), а за период с 2012 по 2019 гг. на 3 % млн. человек. На рисунке 1

показана динамика численности населения Республики Татарстан за 1997-2019 гг. с учетом проводимых в области здравоохранения программ.

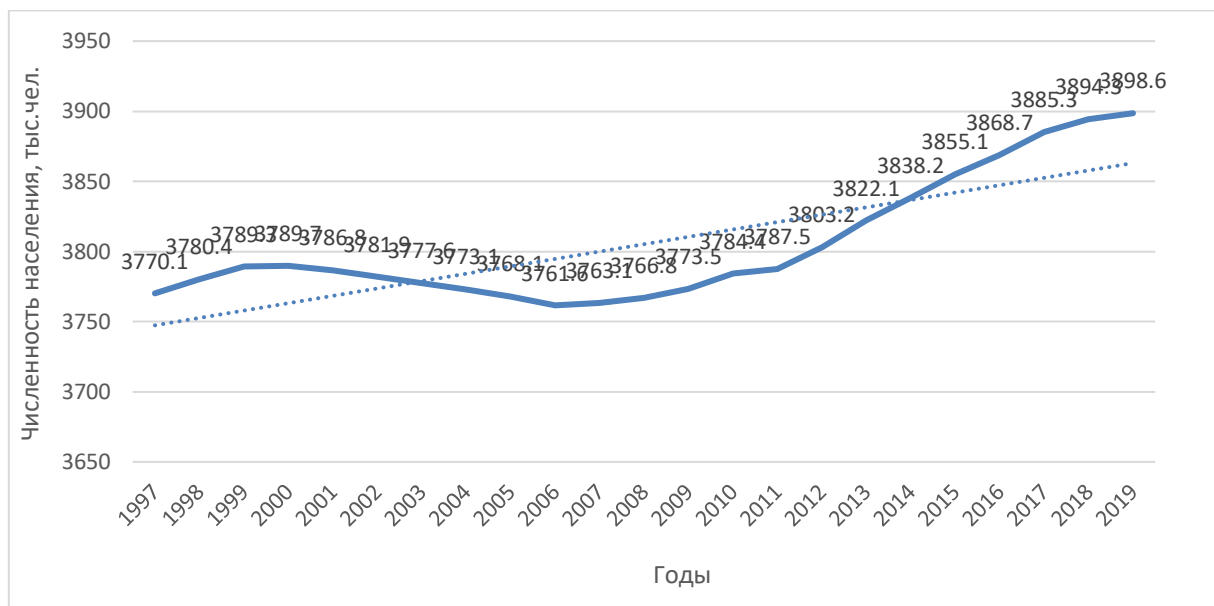


Рисунок 3.1. Динамика численности населения РТ за период с 1997 по 2019 гг.

Прежде всего, обращает на себя внимание постепенное снижение численности населения за первое десятилетие изучаемого временного периода – с 3777,8 до 3761,5 тыс. чел. (-16,3 тыс. чел., или -0,43%). А с 2007 года по настоящее время – неуклонное увеличение численности населения республики. Следует отметить, что с 2006 г. в РФ стартовал национальный проект «Здоровье», абсолютный прирост населения за период с 2006 по 2009 гг. составил +6,5 тыс. чел., темп прироста - +0,17%.

В период с 2007 по 2013 гг. рост численности населения происходил с нарастающим темпом: прирост за двухлетний период с 2009 по 2011 гг. составлял +19,5 тыс. чел. (темп прироста +0,52%), за период с 2011 по 2013 гг. составил +34,5 тыс. чел. (темп прироста +0,91%). Начиная с 2013 года темп прироста стабилизировался примерно на одном уровне, составив за четырехлетний период +1,66% (абсолютный прирост +63,3 тыс. чел.), в связи с чем может быть сделан вывод о переходе тренда изменения численности населения в линейную форму.

На приведенной выше диаграмме (рисунок 3.1) пронумерованными столбцами обозначены сроки начала реализации национального проекта «Здоровье» (1), Концепции развития системы здравоохранения в РФ до 2020 г. (2), программы модернизации здравоохранения РТ (3), Госпрограммы РФ «Развитие здравоохранения» (4). Следует отметить, что последовательный характер принятия и реализации указанных программ, несомненно, отразился на наблюдаемой динамике численности населения и, наряду с другими факторами, может объяснять переход демографической ситуации от убыли, продолжающейся на протяжении первой половины анализируемого периода, к стабильному росту населения во второй половине.

На рисунке 3.2 представлены результаты аппроксимации наблюдаемой динамики показателя с помощью полиномиальной регрессии второго порядка (2006-2013 гг.) и линейной регрессии (2013-2019 гг.).

За период с 2006 по 2013 гг. изменения численности населения в РТ могут быть описаны с помощью регрессионной функции (1):

$$y = 1,59*x^2 - 21,6*x + 3834,1, \quad (1)$$

где y – численность населения (тыс. чел.), x – год наблюдения в формате двух последних разрядов (2001 = 01, 2002 = 02 и т.д.).

Коэффициент детерминации R^2 составил 0,999, что свидетельствовало о 99,9% дисперсии численности населения РТ, объясняемой моделью (1).

В 2013-2019 гг. динамика численности населения может быть описана линейной функцией (2):

$$y = 16,31*x + 3607,99, \quad (2)$$

условные обозначения – те же, что и в формуле (1).

Модель (2) характеризовалась $R^2 = 0,99$, что соответствовало 99,0% объясненной дисперсии численности населения за 2013-2019 гг.

В РТ, как и в Российской Федерации в целом, отмечается снижение уровня рождаемости. Глубина падения количества рождений в 2019г. в РФ – 7,7 % и в РТ – 7,7 %. Суммарный коэффициент рождаемости в РФ – 1,51 и в РТ – 1,54, прогноз в РТ по 2020г. – 1,52.

Что же касается сельских жителей в РТ начиная с 1997 по 2009 г.г. наблюдается постепенное снижение (с 1005,5 тыс. чел. до 900,1 тыс.чел.).

Далее была проведена оценка изменений численности населения в разрезе половой принадлежности (рисунок 3.2).

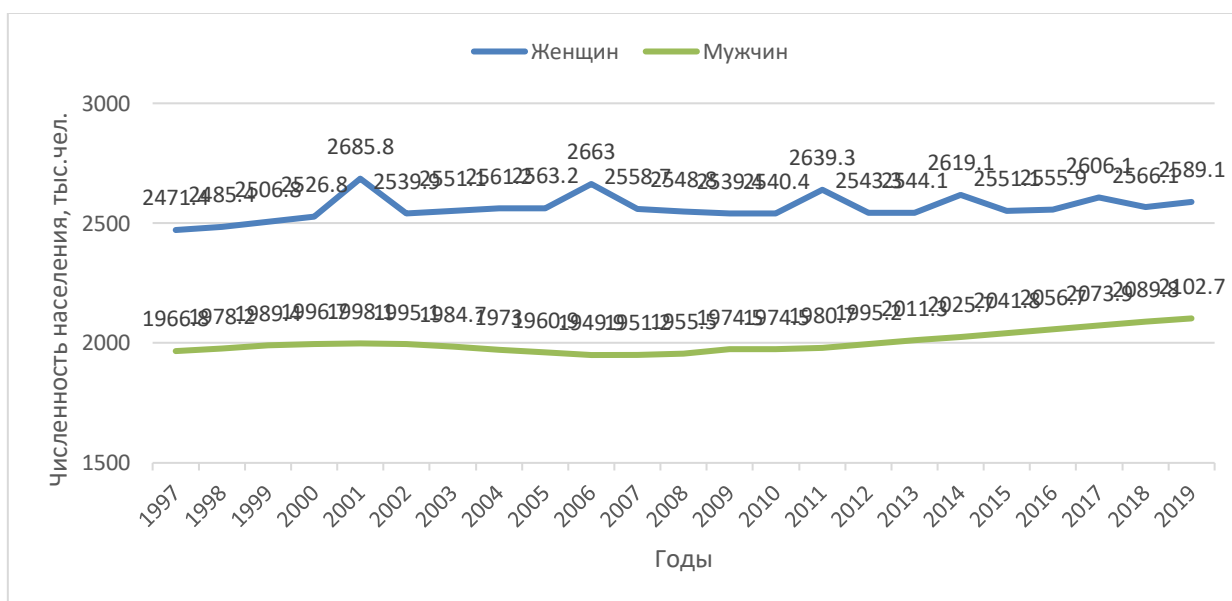


Рисунок 3.2. Динамика численности населения РТ за период с 1997 по 2019 гг. в разрезе половой принадлежности

Согласно полученным данным, следует отметить значительное расхождение сроков изменения направления динамики численности мужчин и женщин с убыли на рост в середине анализируемого временного периода. Так, численность женщин в РТ достигала минимума в 2002 году (2009,4 тыс. чел.), в дальнейшем отмечался практически неизменный рост показателя, особенно выраженный с 2002 по 2004 гг. (+19,3 тыс. чел., или +0,96%), а также с 2011 по 2019 гг. (+48,8 тыс. чел., или +2,39%).

Изменения численности мужчин характеризовались существенно большей продолжительностью периода убыли показателя: с 1999 до 2007 гг., за который численность снизилась на 36,5 тыс. чел., или на 2,06%. Абсолютный прирост численности мужчин в РТ за период 2007-2019 гг. составлял +66,3 тыс. чел., темп прироста - +3,83%.

Наблюдаемые различия в динамике численности населения в зависимости от гендерной принадлежности обуславливают нарастание дисбаланса между численностью женщин и мужчин, достигающего минимальных значений в 1998 г. ($\Delta = 246,1$ тыс. чел., доля мужчин в структуре населения составляла 46,66%), максимальных – в 2008 г. ($\Delta = 297,6$ тыс. чел., доля мужчин в структуре населения составляла 46,05%).

К 2011 г. разница численности женщин и мужчин снижалась до 289 тыс. чел. и в дальнейшем оставалась приблизительно на одном уровне, характеризуясь незначительными колебаниями от 287,6 до 289,5 тыс. чел.

При сопоставлении наблюдаемой динамики численности населения различного пола с реализуемыми на территории РТ государственными и региональными программами, направленными на укрепление здоровья населения, заметим, что в годы реализации национального проекта «Здоровье» вплоть до 2010 г. численность как женщин, так и мужчин характеризовалась ростом, однако при этом сохранялась значительная диспропорциональность полового состава населения ($\Delta_{2007} = 296,2$ тыс. чел., $\Delta_{2010} = 296,0$ тыс. чел.). Резкое сокращение разности показателей – на 7 тыс. чел. – отмечалось в 2011 г., когда численность мужчин выросла по сравнению с предыдущим годом на 8 тыс. чел., а численность женщин – на 1 тыс. чел.

Стабильный, практически равный прирост численности населения обоих полов в последующий временной период объясняет сохранение разности показателей среди мужчин и женщин на уровне 2011-2012 гг. Доля мужчин в структуре населения РТ в 2019 г. составляла 46,29%.

При оценке динамики численности городского и сельского населения за исследуемый временной период была получена следующая диаграмма (рисунок 3.3).

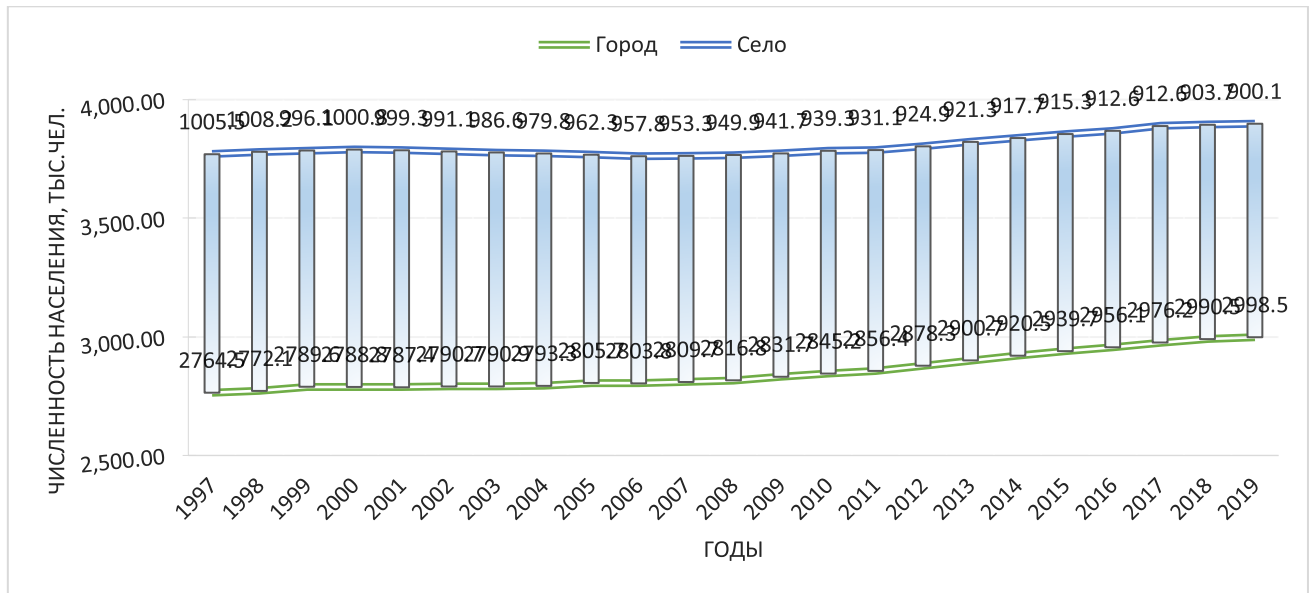


Рисунок 3.3. Динамика численности населения РТ за период с 1997 по 2019 гг. в разрезе проживания в сельской местности и городе.

Проведенный анализ динамики показателей демонстрирует постепенный рост городского и снижение сельского населения на протяжении всего анализируемого временного периода. Численность городского населения увеличивалась с 2771,5 тыс. чел. в 1997 г. до 2998,5 тыс. чел. в 2019 г., абсолютный прирост составлял +204,7 тыс. чел., темп прироста - +7,39%. Численность сельского населения снижалась с 1006,3 до 900,1 тыс. чел., абсолютная убыль составляла -97,3 тыс. чел., темп прироста -9,67%.

В результате указанных изменений разность численности городского и сельского населения возростала за анализируемый период с 1765,2 до 2067,2 тыс. чел., или на 17,1%. При оценке динамики показателей во взаимосвязи с реализацией программ в области здравоохранения не было выявлено определенных тенденций влияния.

3.1.2. Рождаемость (коэффициент рождаемости и суммарный коэффициент рождаемости)

Результаты оценки динамики рождаемости по данным Республики Татарстан за 1997-2019 гг. представлены на рисунке 3.11 (Приложение № 1). Полученная линейная диаграмма описывает постепенный рост общего коэффициента рождаемости в период 1999-2013 гг. с 9,3 до 14,8 случаев на 1000 населения, абсолютный прирост показателя составлял 5,5 случая, темп прироста +59,1%. Следует отметить, что в РФ с 1999 по 2011 гг. коэффициент рождаемости вырос на 52%. В период с 2011 по 2014 гг. рождаемость оставалась на прежнем уровне и начиная с 2014 по 2018 гг. рождаемость снизилась почти на 20%. В 2018 году коэффициент рождаемости составил 10,9, тогда как в «новых-8» странах ЕС этот показатель составил 10,5 случаев на 1000 нас.

В РТ, как и в РФ в целом, отмечается снижение уровня рождаемости. Глубина падения количества рождений в 2019г. в РФ – 7,7 % и в РТ – 7,7 %. Суммарный коэффициент рождаемости в РФ – 1,51 и в РТ – 1,54, прогноз в РТ по 2020г. – 1,52 (рисунок 3.6.).

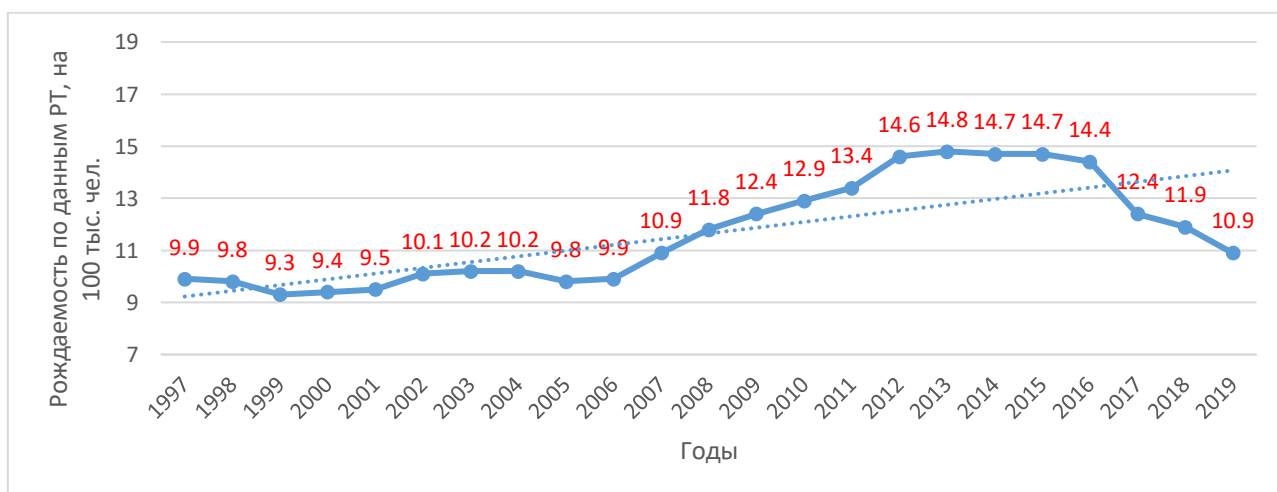


Рисунок 3.4. Динамика рождаемости по данным РТ за период с 1997 по 2019 гг.

Было отмечено, что наиболее выраженным ростом рождаемости характеризовался период с 2006 по 2009 гг., когда прирост составил +2,5

случая на 1000 населения, темп прироста +25,3%. Данный период соответствует срокам внедрения национального проекта «Здоровье», по-видимому, внесшим определенный вклад в улучшение демографической ситуации в эти годы. Также обращает на себя внимание существенное снижение рождаемости в 2017 году по сравнению с предыдущим годом, составившее -2 случая на 1000 населения, или -13,9%, и к 2019 году составила 10,9. Следует отметить, что наблюдаемая отрицательная динамика согласуется с долгосрочным прогнозом рождаемости в РФ, который предполагал ее значительное сокращение в результате достижения возраста деторождения населения, родившегося в 1990-х годах (характеризовавшихся низкой воспроизводимостью населения).

Динамика рождаемости по данным РТ в 1997-2019 гг. может быть описана следующим уравнением парной линейной регрессии (10):

$$y = 0,298 * x + 8,396, \quad (10)$$

где y – рождаемость населения РТ (случаев на 1000 чел. среднегодового постоянного населения), x – порядковый номер года наблюдения от 1 (1997 г.) до 23 (2019 г.).

Согласно полученному значению коэффициента регрессии, средний ежегодный прирост рождаемости в РТ за изучаемый период составлял +0,298 случая на 1000 населения. Регрессионная функция (10) характеризовалась коэффициентом детерминации R^2 , равным 0,796, что соответствовало 79,6% объясненной дисперсии показателя рождаемости.

Также была проведена оценка рождаемости в разрезе типов населения: городского и сельского (рисунок 3.5).

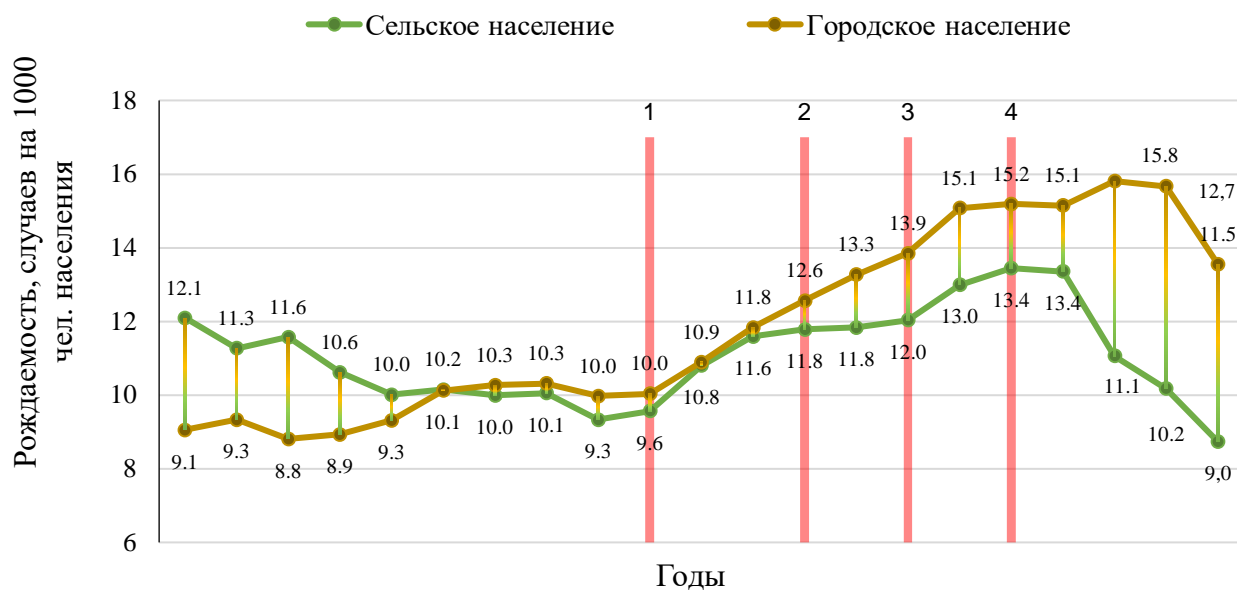


Рисунок 3.5. Динамика рождаемости среди городского и сельского населения РТ за период с 1997 по 2019 гг.

Проведенный анализ позволил выявить определенные различия в динамике рождаемости у разных типов населения. Так, с 1997 до 2002 гг. показатель был выше среди сельского населения, наибольшей разницей характеризовался 1997 год, когда рождаемость в городе составляла 9,1, а в сельской местности – 12,1 случая на 1000 населения. Начиная с 2003 г. рождаемость среди городского населения превышала данные по селу, с 2009 года разница между показателями непрерывно возрастала, достигая максимума в 2016 г. По данным за 2019 год рождаемость среди городского населения составила 11,5 случая, а среди сельского населения – была на 21,7 % ниже, составляя 9,0 случая на 1000 населения.

Суммарный коэффициент рождаемости (СКР, или коэффициент фертильности).

Далее в рамках нашего исследования была изучена динамика динамика суммарного коэффициента рождаемости, или фертильности (среднее количество детей, рожденных одной женщиной в детородном возрасте-15-49 лет) в РТ за период с 1997 по 2019 гг. (рисунок 3.6.).



Рисунок 3.6. Динамика численности родившихся за год и численности женщин детородного возраста (15-49 лет), чел.

На рисунке 3.7 представлена динамика плодовитости по данным Республики Татарстан за период с 2002 по 2019 гг.

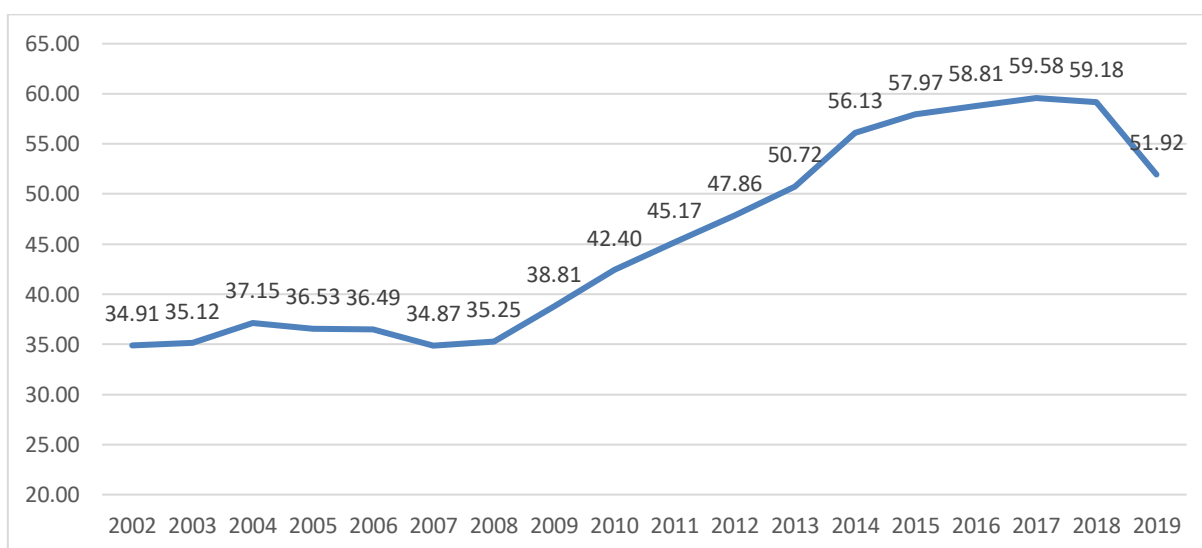


Рисунок 3.7. Динамика плодовитости по данным РТ за период с 2002 по 2019 гг.

Как видно из рисунка 3.7, плодовитость имела сопоставимую динамику с рождаемостью. С 2005 по 2015 гг. отмечался период роста плодовитости с 34,9 до 59,6 случая на 1000 женщин репродуктивного возраста (темп прироста составлял +70,8%). В 2016 году наблюдалось незначительное снижение плодовитости до 59,2 (-0,67%), а в 2019 году отрицательная динамика была

существенной – до 51,9 случая на 1000 женщин в возрасте 15-49 лет (темпы убывания -12,3%) (рисунок 3.6).

Динамика плодovitости описывалась следующим уравнением регрессии (11):

$$y = 1,688 * x + 29,452, \quad (11)$$

где y – плодovitость по данным РТ за 2000-2019 гг. (случаев на 1000 женщин в возрасте 15-49 лет), x – порядковый номер года наблюдения от 1 (2002 г.) до 18 (2019 г.). Согласно полученному значению коэффициента регрессии, средний ежегодный прирост рождаемости в РТ за изучаемый период составлял +1,688 случая на 1 тыс. женщин в возрасте 15-49 лет. Регрессионная функция (11) характеризовалась коэффициентом детерминации R^2 , равным 0,848, что соответствовало 84,8% объясненной дисперсии показателя плодovitости.

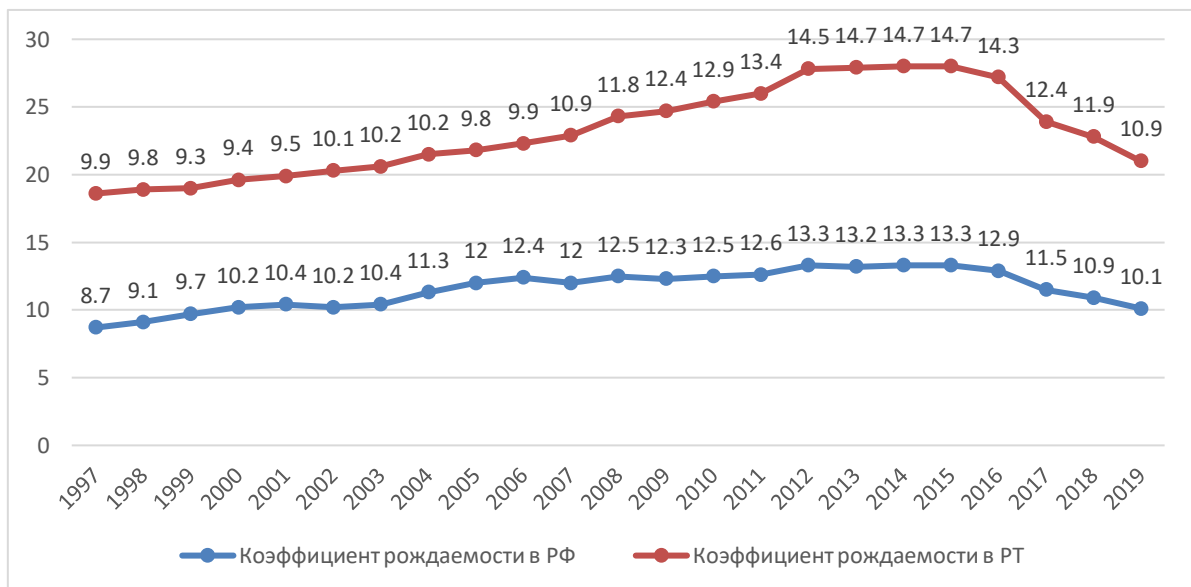


Рисунок 3.8. Динамика коэффициента рождаемости (КР) по РФ и РТ за период 1997-2019 гг.

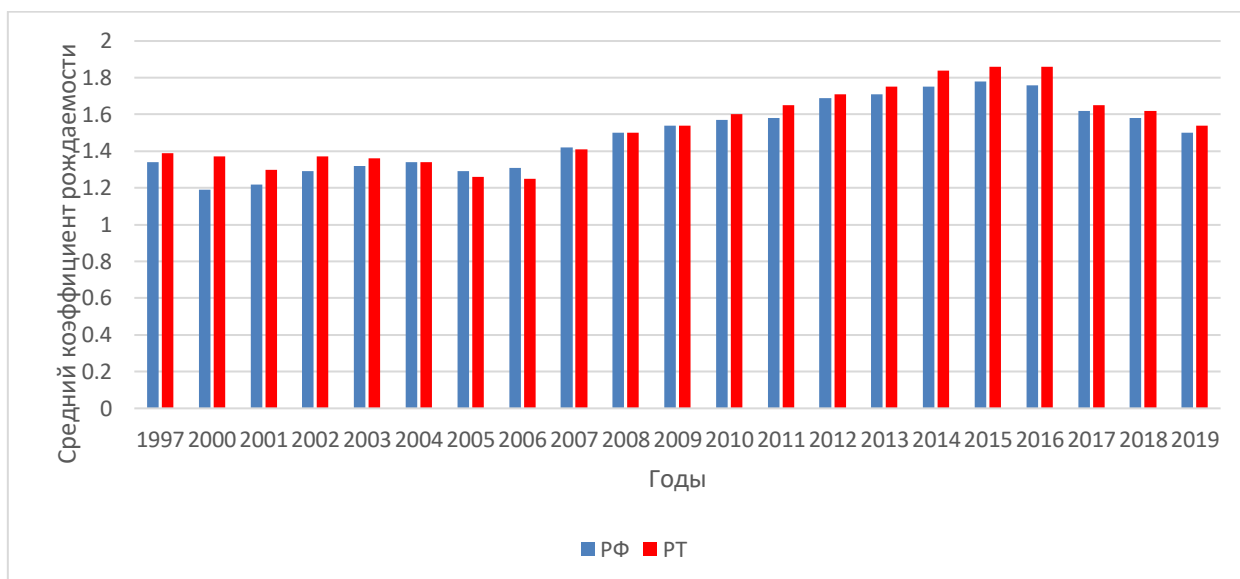


Рисунок 3.9. Динамика Суммарного коэффициента рождаемости в РТ и РФ за период 1997-2019 гг.

Как видно из рисунка 3.9, за период с 1997 по 1999 гг. отмечается увеличение СКР на 7%. А начиная с 2000 по 2016 гг. сократился на 37 % (с 2,8 до 1,7). А начиная с 2017 г. увеличился на 21 %. В РФ СКР с 1980 по 2018 гг. сократился на 16 %, а за последние 6 лет на 6%. В 2018 году он составил 1,58 ребенка на одну женщину, что на уровне «старых» стран ЕС (1,58), и на; % ниже, чем в «новых-8» странах ЕС (1,52).

3.1.3. Общий коэффициент смертности

Динамика интенсивного показателя смертности населения РТ за исследуемый период представлена на рисунке 3,5 (Приложение 2).

Проведенный анализ показал существенный рост смертности населения за период 1998-2003 гг., когда показатель увеличился с 1195,2 случая на 100 тыс. населения до 1384,3 случая на 100 тыс. населения; абсолютный прирост составил +189,1 случая на 100 тыс. населения, темп прироста - +15,8%.

С 2003 по 2005 гг. смертность населения РТ оставалась приблизительно на одном уровне, в 2006 г. отмечалось значительное снижение показателя с

1376,9 до 1308,6 на 100 тыс. населения, или на 4,96%. Следует отметить, что в 2006 г. отмечалось начало реализации национального проекта «Здоровье».

В дальнейшем показатель продолжал постепенно снижаться, в 2010 г. отмечался кратковременный подъем до 1314,1 на 100 тыс. населения (по сравнению с 2009 г. показатель снижения составил 103,5%), вероятно обусловленный крайне неблагоприятными климатическими условиями (продолжительный период аномально жаркой погоды в России в последней декаде июня – первой половине августа 2010 года. Массовые пожары в соседних регионах – Республике Марий Эл и Нижегородской области – сопровождалась сильным смогом). Другой, менее выраженный подъем показателя смертности наблюдался в 2014 г., увеличиваясь по сравнению с предыдущим годом всего на 1,14%. К 2019 г. смертность населения РТ уменьшилась до 1099,1 на 100 тыс. населения.

В 2019 году в РФ умерло 1 800 677 человек. Несмотря на то, что за последние шесть лет ОКС в РФ снизился на 6%, этот показатель выше на 15 % чем в «новых-8» странах ЕС, и на 29 % выше, чем в «старых» странах ЕС (соответственно 12,4;10,8 и 9,6 случаев на 1000 нас.)

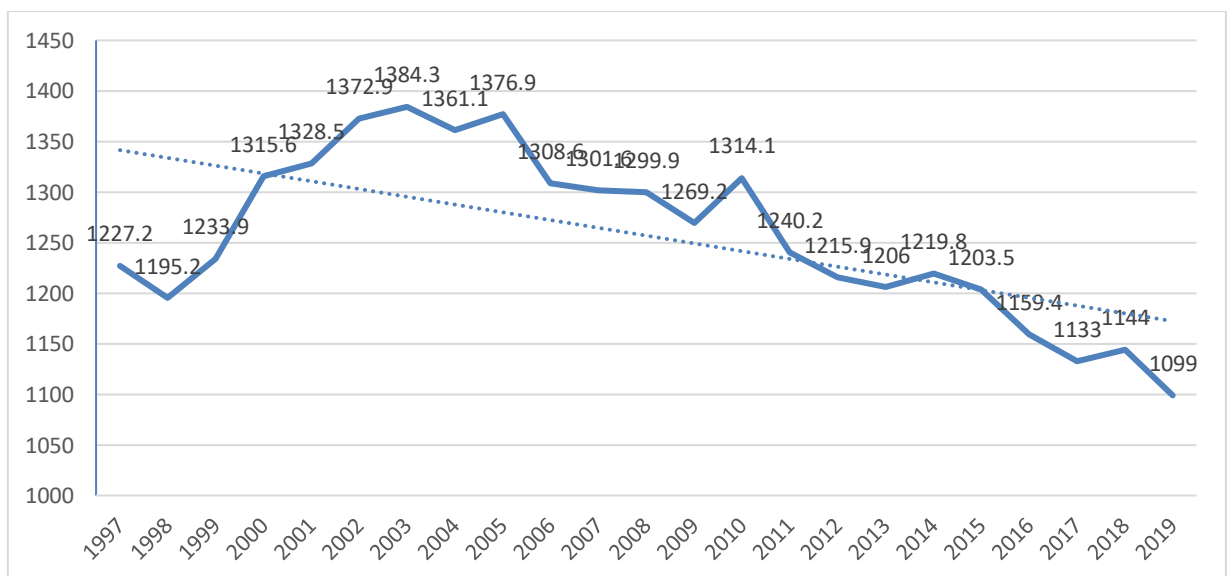


Рисунок 3.10. Динамика смертности населения РТ за период с 1997 по 2019

гг.

При выравнивании динамического ряда показателей смертности населения РТ за изучаемый период изменения описывались уравнением полиномиальной регрессии второго порядка (3):

$$y = -1,58*x^2 + 28,83*x + 1202,5, \quad (3)$$

где y – смертность населения РТ (случаев на 100 тыс. чел. среднегодового постоянного населения), x – порядковый номер года наблюдения от 1 (1997 г.) до 21 (2019 г.).

График уравнения регрессии (3) показан на рисунке 6 пунктирной линией. Коэффициент детерминации R^2 составил 0,775, что свидетельствовало о 77,5% дисперсии показателя смертности населения РТ, объясняемой регрессионной функцией (3).

Считаем необходимым отметить тот факт, что период реализации государственных и региональных программ в области здравоохранения года сопровождался снижением смертности населения. Нами не было отмечено каких-либо особенностей влияния конкретных программ на данный показатель, однако не вызывает сомнений общая обусловленность динамики смертности проводимыми программными мероприятиями за 2006-2019 гг.

При оценке смертности среди мужчин и женщин были получены следующие данные (рисунок 3.11).

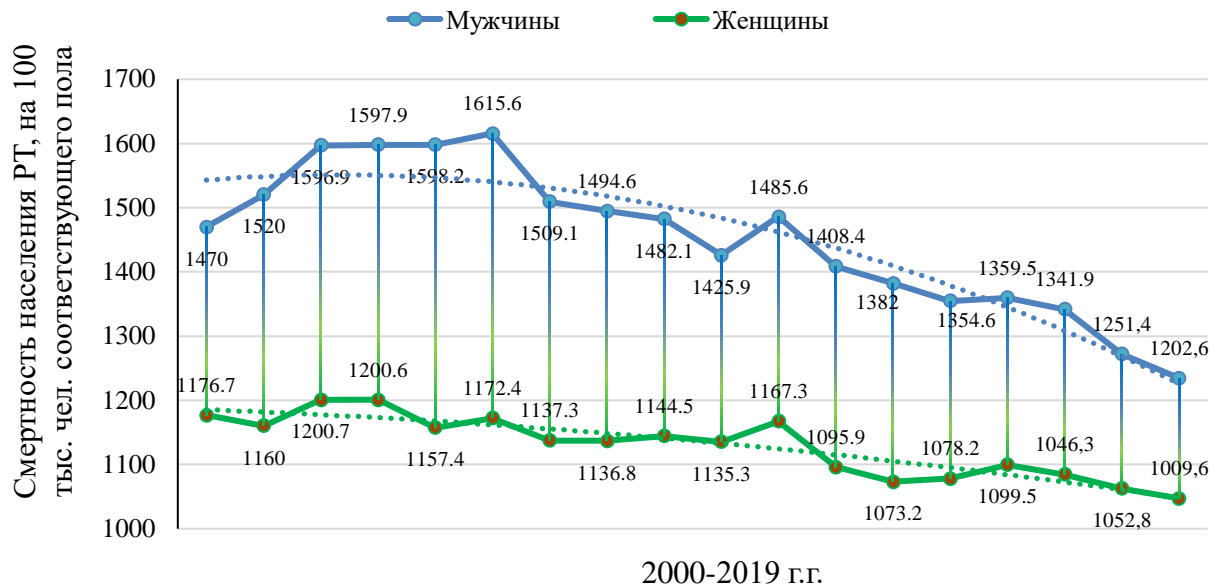


Рисунок 3.11. Динамика смертности мужчин и женщин по данным РТ за период с 2000 по 2019 гг.

Проведенное исследование показало существенный рост смертности среди мужчин за 2000-2005 гг. – с 1470,0 до 1615,6 случая на 100 тыс. населения РТ соответствующего пола; абсолютный прирост составил +145,6 случая на 100 тыс. населения, темп прироста - +9,9%.

За тот же период показатель смертности характеризовался лишь незначительными колебаниями, к 2005 году достигая значения 1172,4 случая на 100 тыс. населения соответствующего пола; абсолютная убыль смертности среди женщин составляла всего -4,3 случая на 100 тыс. чел., темп убыли составил -0,37%.

Начиная с 2006 года, отмечалось резкое снижение показателя смертности среди мужчин – до 1234,6 случая на 100 тыс. населения мужского пола (смертность по сравнению с 2005 г. снижалась на 381 случай, или на 23,6%). Смертность среди женщин за тот же период снижалась более плавно – на 125,2 случая, или на 10,7%. К 2019 г. смертность мужчин РТ составила 1202,6 и смертность женщин РТ составила 1009,6 на 100 тыс. населения.

Динамика смертности мужчин в РТ по данным за 2000-2019 гг. описывалась следующим уравнением полиномиальной регрессии второго порядка (4):

$$y = -1,51*x^2 + 9,99*x + 1202,6, \quad (4)$$

где y – смертность населения РТ мужского пола (случаев на 100 тыс. чел. среднегодового постоянного населения соответствующего пола), x – порядковый номер года наблюдения от 1 (2000 г.) до 20 (2019 г.).

Коэффициент детерминации составил 0,874, что свидетельствовало о 87,4% дисперсии смертности населения РТ мужского пола, объясняемой регрессионной функцией (4).

Динамика смертности женщин в РТ за 2000-2019 годы характеризовалась уравнением регрессии (5):

$$y = -0,28*x^2 - 2,73*x + 1009,6, \quad (5)$$

где y – смертность населения РТ женского пола (случаев на 100 тыс. чел. среднегодового постоянного населения соответствующего пола), x – порядковый номер года наблюдения от 1 (2000 г.) до 20 (2019 г.).

Исходя из значения коэффициента детерминации, функция (5), объясняла 83,4% дисперсии смертности населения РТ женского пола.

При анализе смертности населения РТ по причине отдельных социально-значимых заболеваний за период 1997-2019 гг. были получены различные модели. Так, динамика смертности по причине болезней системы кровообращения, в том числе среди мужчин и женщин, представлена на рисунке 3.12.

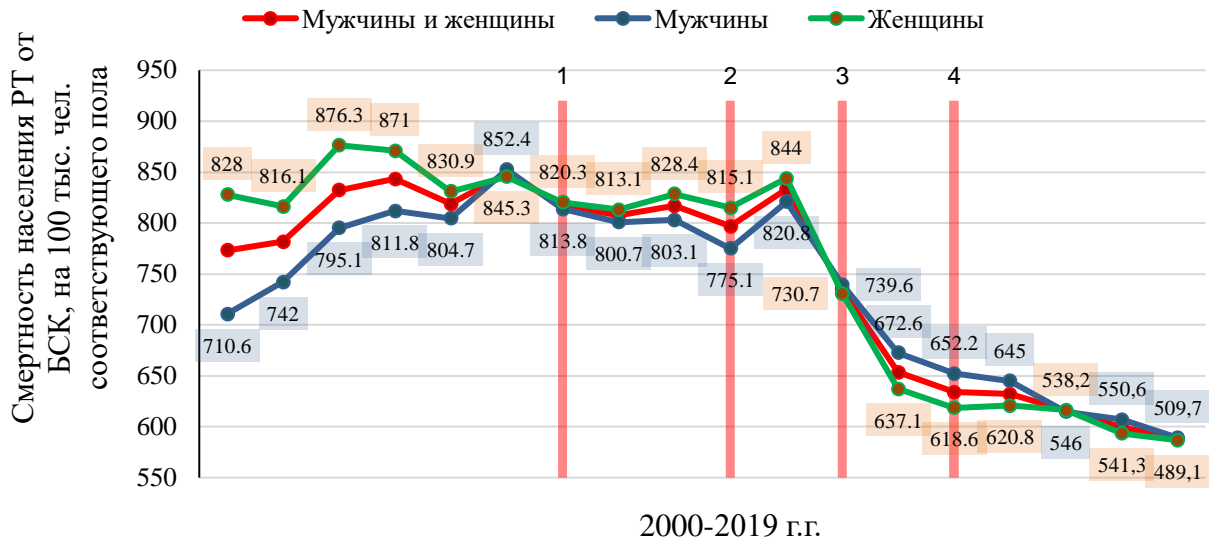


Рисунок 3.12. Динамика смертности населения РТ, в том числе мужчин и женщин, по причине болезней системы кровообращения за 2000-2019 гг.

Изучение и анализ динамики смертности от болезней системы кровообращения позволило установить следующие тенденции.

Во-первых, следует отметить сохранение показателя на высоком уровне до 2010 года. За первые 10 лет периода наблюдения смертность по причине БСК среди женщин оставалась приблизительно на одном уровне, изменяясь с 828 до 844 случаев на 100 тыс. чел. соответствующего пола (абсолютный прирост +16 случаев, темп прироста +1,93%). У мужчин за то же время показатель существенно возрастал – с 710,6 до 820,8 случая на 100 тыс. чел. соответствующего пола (абсолютный прирост +110,2 случая, темп прироста +15,5%).

За период с 2010 до 2012 года как среди мужчин, так и среди женщин наблюдалось значительное снижение показателя смертности по причине БСК, вероятно, в том числе обусловленное реализацией в 2011-2012 гг. программы модернизации здравоохранения РТ, одним из важнейших направлений которой являлось совершенствование медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, в том числе строительство нескольких сосудистых центров. Абсолютная убыль показателя смертности по причине

БСК среди мужчин составляла -148,2 случая на 100 тыс. населения соответствующего пола (темпы убыли составил -18,06%), среди женщин убыль составила -206,9 случая на 100 тыс. населения соответствующего пола (темпы убыли составил -24,51%).

В дальнейшем смертность по причине БСК продолжала постепенно снижаться- к 2019 г.г. смертность населения от БСК составила 489,1 на 100 тыс. населения, смертность мужчин от БСК составила 509,7, женщин -471,8 на 100 тыс. населения. За 2012-2019 гг. абсолютная убыль среди мужчин составляла -83,4, а среди женщин -50,3 случая на 100 тыс. населения соответствующего пола (темпы прироста составлял -12,4% и -7,9%, соответственно).

Период снижения показателя смертности по причине БСК среди всего населения РТ за 2010-2019 гг. был аппроксимирован с помощью степенной регрессионной функции (6), представленной ниже:

$$y = 817 * x^{-0,164}, \quad (6)$$

где y – смертность населения РТ по причине БСК (случаев на 100 тыс. чел. среднегодового постоянного населения), x – порядковый номер года наблюдения от 1 (2010 г.) до 10 (2019 г.).

Полученная регрессионная модель, отличалась высоким значением коэффициента детерминации R^2 , составившим 0,965, что свидетельствовало об учете 96,5% дисперсии показателя смертности населения РТ от БСК. Отрицательное значение показателя степени y переменной x соответствует наблюдаемой обратной связи смертности по причине БСК с временным фактором.

При анализе смертности населения РТ по причине новообразований была получена следующая диаграмма (рисунок 3.8). Исходя из полученных данных, следует отметить постепенный рост показателя как среди мужчин, так и среди женщин. При этом смертность по причине новообразований была

существенно выше у мужчин, чем у женщин. Показатели в 2000 г. составляли 210,3 и 145,6 случая на 100 тыс. населения соответствующего пола. К 2019 г. смертность от новообразований снизилась и составила 188,6 на 100 тыс. населения. Однако следует отметить, что смертность мужчин от новообразований в 2019 г. составила 225,5 на 100 тыс. населения, смертность женщин от новообразований - 156,6 на 100 тыс. населения.

Абсолютный прирост показателя смертности по причине новообразований был невелик и составил для мужчин +15,2 случая, для женщин +11 случая на 100 тыс. населения соответствующего пола. Темп прироста составил +6,7 % и +7,6%, соответственно.



Рисунок 3.13. Динамика смертности населения РТ, в том числе мужчин и женщин, по причине новообразований за 2000-2019 гг.

Сложно сказать, была ли динамика смертности по причине новообразований существенным образом связана с проводимыми в области здравоохранения программами. Необходимо учитывать неоднозначную трактовку роста данного показателя, который может быть обусловлен постарением населения. Кроме того, амплитуда изменений показателя была

невысокой. В результате линейной аппроксимации динамики смертности населения РТ по причине новообразований была получена функция (7):

$$y = 0,974 * x + 171,4, \quad (7)$$

где y – смертность населения РТ по причине новообразований (случаев на 100 тыс. чел. среднегодового постоянного населения), x – порядковый номер года наблюдения от 1 (2000 г.) до 20 (2019 г.).

Полученная модель характеризовалась коэффициентом детерминации $R^2=0,482$, что свидетельствовало о 48,2% объясненной дисперсии показателя смертности населения РТ от новообразований. Исходя из значения коэффициента регрессии можно заключить, что с каждым годом показатель увеличивался в среднем лишь на 0,974 случая на 100 тыс. населения.

В рамках данного исследования также была изучена смертность населения РТ по причине травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин. Динамика показателя отражена на рисунке 3.11.

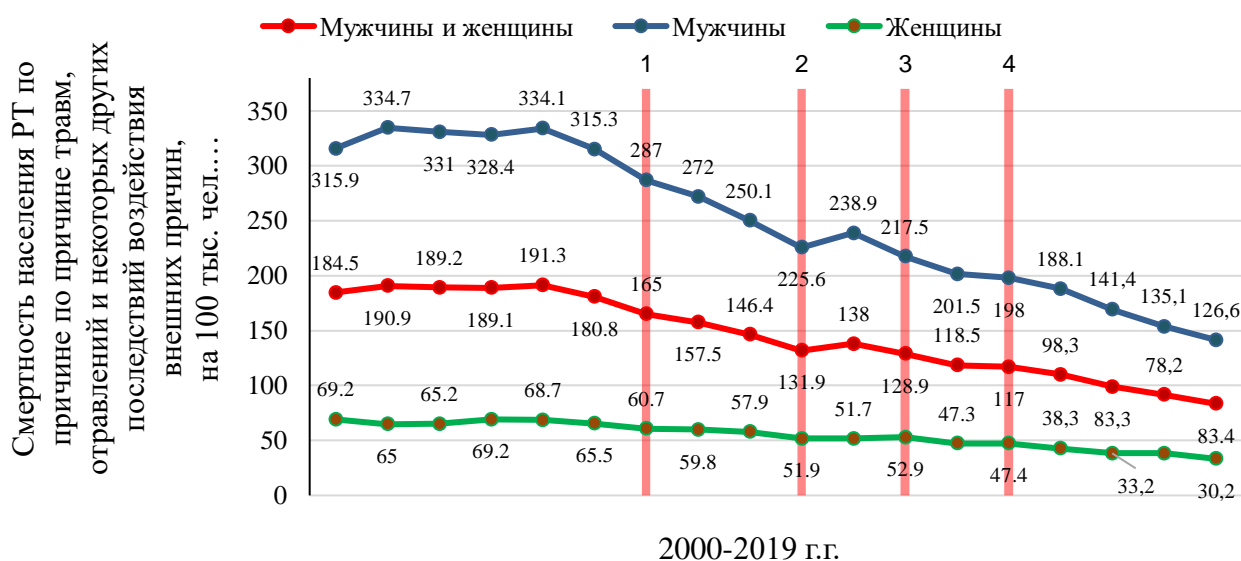


Рисунок 3.14. Динамика смертности населения РТ, в том числе мужчин и женщин, по причине травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин за 2000-2019 гг.

Как показывают результаты проведенного нами исследования за период с 2010 по 2019 гг. отмечается снижение смертности от травм, отравлений и

некоторых внешних воздействий среди населения РТ. Убыль показателя у мужчин была существенно выше, чем среди женщин, и составила в абсолютных значениях -174,3, в относительных -55,2% (у женщин – абсолютная убыль -35,9%, темп убыли -51,9%). Таким образом, скорость снижения практически не зависела от половой принадлежности и для обеих категорий населения превышала 50%. Результаты исследования продемонстрировали практически равные показатели смертности населения по причине травм, отравлений и некоторых внешних воздействий у мужчин и женщин: если в 2000 г. разность показателей составляла 246,7 случая на 100 тыс. населения соответствующего возраста, то к 2014 г. смертность населения по причине по причине травм, отравлений и некоторых внешних воздействий составила 110,0; а к 2019 г. -74,9 на 100 тыс. населения.

Нами были построены две линейные регрессионные функции, описывающие отрицательную динамику смертности населения по причине травм, отравлений и некоторых внешних воздействий в зависимости от пола. Снижение показателя у мужчин характеризовало уравнение регрессии (8), у женщин – уравнение регрессии (9).

$$y = -12,19 * x + 365,98, \quad (8)$$

$$y = -2,1 * x + 74,72, \quad (9)$$

где y – смертность населения РТ по причине травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин (случаев на 100 тыс. чел. среднегодового постоянного населения соответствующего пола), x – порядковый номер года наблюдения от 1 (2000 г.) до 20 (2019 г.).

Коэффициент детерминации линейной функции (8) составил 0,953, что соответствовало 95,3% объясненной дисперсии показателя смертности от травм, отравлений и некоторых внешних воздействий. Увеличение срока наблюдения на 1 год сопровождалось снижением показателя на 12,19 случая на 100 тыс. населения РТ мужского пола.

Линейная регрессионная функция (9), описывающая изменения смертности от травм, отравлений и некоторых внешних воздействий среди женского населения РТ, характеризовалась коэффициентом детерминации, равным 0,938, что соответствовало 93,8% объясненной дисперсии зависимого показателя. Согласно коэффициенту регрессии, увеличение срока наблюдения на 1 год сопровождалось снижением показателя всего на 2,1 случая на 100 тыс. женского населения РТ.

Таким образом, проведенный анализ смертности населения РТ в разрезе классов заболеваний, являющихся ее основной причиной, показал снижение частоты случаев смерти, обусловленных БСК, как среди мужчин, так и среди женщин. Была прослежена очевидная связь наблюдаемых изменений с реализацией программ в области здравоохранения. Смертность по причине новообразований и внешних причин отличалась существенно более высоким уровнем среди мужчин. При этом первый показатель характеризовался слабо выраженным ростом, а второй – значительным снижением за исследуемый временной период.

Дополнительно была рассмотрена структура смертности населения РТ по основным причинам (рисунок 3.14). За исследуемый период отмечалось значительное снижение вклада БСК в структуру смертности населения – с 58,8% в 2001 г. до 51,8% – в 2019 г. (максимальное значение наблюдалось в 2010 г. – 63,4%). В наибольшей степени снижение было выражено в 2011-2012 гг. – в годы реализации программы модернизации здравоохранения РТ. Параллельно почти в 2 раза снижалась доля травм, отравлений и некоторых внешних воздействий – с 14,0% до 7,4% к концу периода, и росла доля смертей по причине новообразований – с 13,4 до 16,9%. В результате указанных изменений вклад новообразований в смертность населения РТ уже в 2006 году превысил аналогичный вклад травм, отравлений и некоторых внешних воздействий. В дальнейшем разность показателей только увеличивалась.

Существенным ростом также характеризовался вклад прочих заболеваний в смертность населения РТ, который увеличивался за исследуемый период с 5,7% до 16,9%.

На рисунке 3.15 представлена структура общей смертности населения РТ по причинам за период 2001-2019 гг.

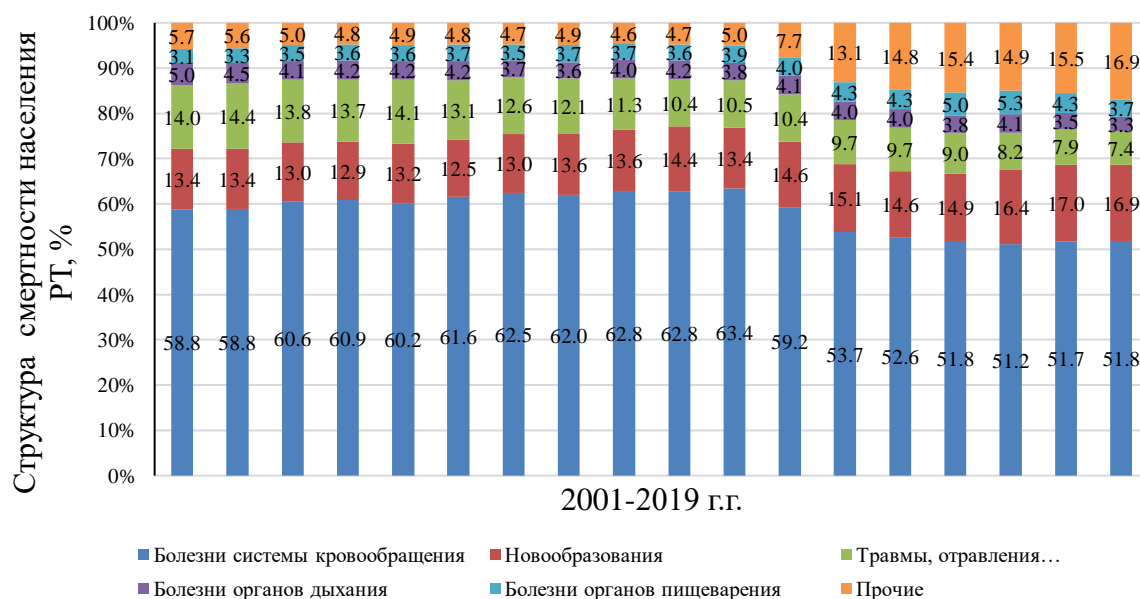


Рисунок 3.15. Структура общей смертности населения РТ по причинам за период 2001-2019 гг.

Как видно из рисунка 3.15, в 2019 г. основными причинами смертности в РТ являются БСК 51,8 % (в РФ 46%), новообразования – 16,9 % (в РФ - 16%), внешние причины – 7,4 % (в РФ-7%), болезни органов пищеварения – 3,7 % (в РФ-5%), болезни органов дыхания – 3,3 % (в РФ-3%), прочие- 16,9 %

3.1.4. Естественное движение населения.

Далее в рамках данного исследования, была проведена оценка динамики естественного прироста (убыли) населения по данным РТ за 1997-2019 гг. (рисунок 3.16).

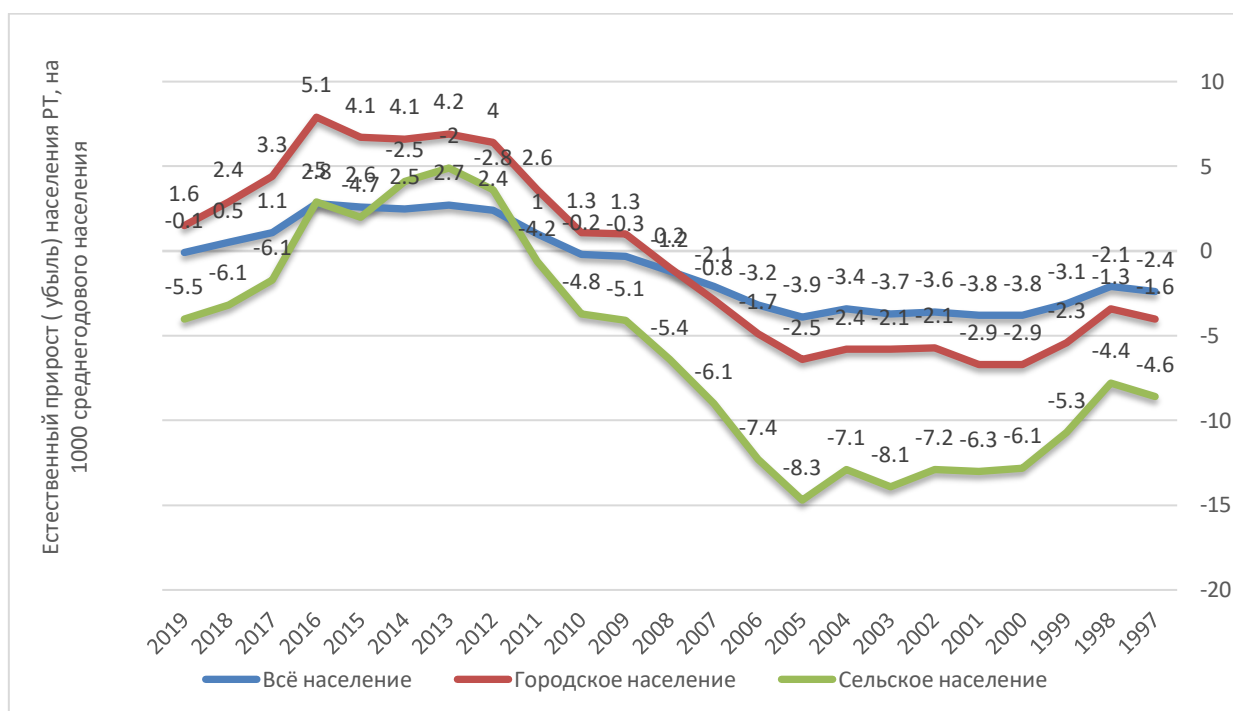


Рисунок 3.16. Динамика естественного прироста (убыли) населения по данным РТ за 1997-2019 гг.

Исходя из наблюдаемой динамики, естественное движение всего населения РТ характеризовалось убылью в начале изучаемого периода, достигавшей минимального значения -3,9 на 1000 населения в 2005 г. Далее отмечалось постепенное повышение показателя с незначительными колебаниями до достижения максимума в 2016 году (+2,8 случая на 1000 населения). С 2011 года сохранялись положительные значения естественного прироста. Однако в 2017 году отмечается снижение показателя до +1,1 случая на 1000 населения. В 2018 г. естественная прибыль составила +0,5; а в 2019 г. – 0,1 на 1000 среднегодового постоянного населения.

Динамика естественного прироста (убыли) населения в разрезе типов населения, в целом, повторяла направления изменений общего показателя, однако при этом следует отметить существенно более высокие значения естественного прироста среди городского населения, принимавшего положительные значения уже начиная с 2008 года (+0,2 случая на 1000 населения) и достигавшего максимального значения +5,1 на 1000 населения в

2016 году. Следует отметить, что естественное движение городского населения РТ достигла максимума в 2016 г. и составила +5,1; к 2017 году снизилась до +3,3; к 2019 г. естественное движение городского населения составило +1,6. Естественное движение сельского населения РТ в 2017 г. составило –6,1; в 2019 г. –5,5. Минимальное значение показатель принимал в 2005 г., когда убыль сельского населения составила –8,3 на 1000 населения. Наилучшее значение показателя отмечалось в 2013 г., составив –2,0 на 1000 населения. Дальнейший период характеризовался неуклонным снижением воспроизводства населения, в 2017 году естественная убыль составляла –6,1 на 1000 населения.

В РФ с 1992 года число умерших превышало число родившихся. Однако, начиная в период 2013-2015 гг. наблюдается положительная динамика. Благодаря комплексу мер по увеличению рождаемости в РФ – Майский Указ Президента РФ №606 от 7 мая 2012 г. Однако, с 2016 года в РФ число умерших вновь начало превышать число родившихся, в 2018 году данная разница составила 224,6 тыс. человек.

3.1.5. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении

Данные об ожидаемой продолжительности жизни Республики Татарстан за 1997-2019 гг. представлены в Приложении № 1.

Анализ ожидаемой продолжительности жизни при рождении среди населения РТ и РФ, сельских и городских жителей (рисунок 3.17).

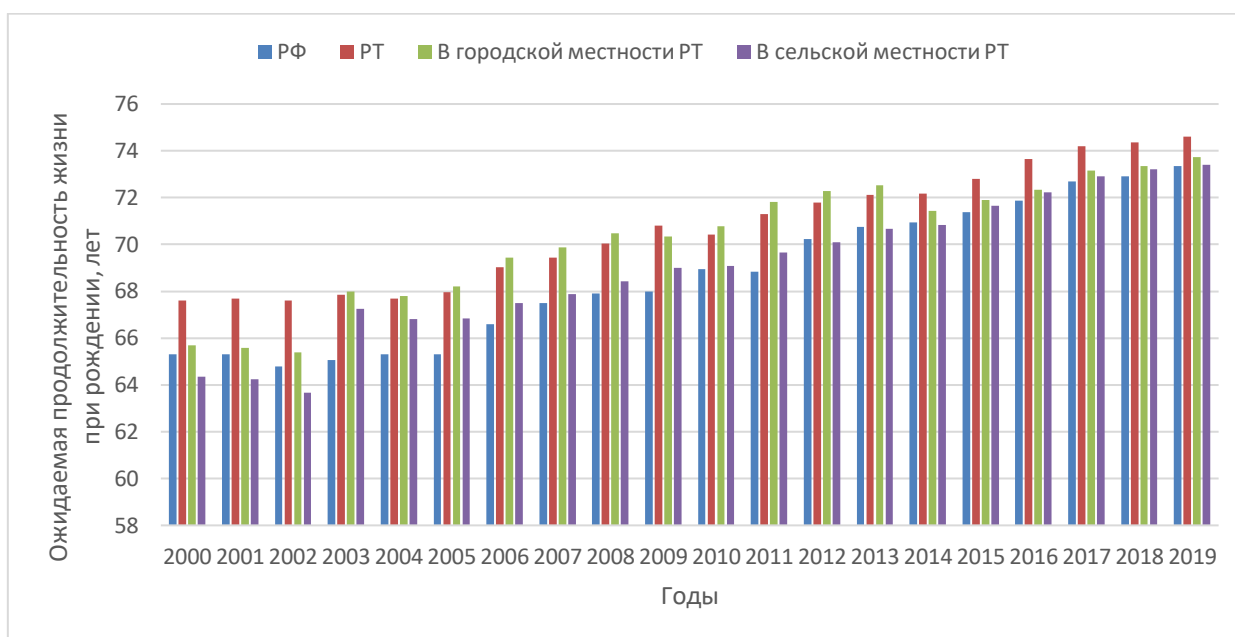


Рисунок 3.17. Динамика ожидаемой продолжительности жизни при рождении среди населения РТ по сравнению с данными по РФ.

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (ОПЖ) за 22 года (1997 – 2019 гг.) в РТ выросла на 9,8% (с 68,3 по 75,03 лет), в РФ – на 9,7% (с 66,8 по 73,3 лет), рис. 4. При этом в РТ ОПЖ мужчин выросла на 12% (с 62,1 до 69,74 лет), а у женщин - на 7 % (с 74,8 до 79,92 лет). В 2019 году ОПЖ РТ на 1,7 лет превышала ОПЖ в РФ (75,0 и 73,3 лет).

Исходя из представленных данных, за анализируемый временной период отмечался рост показателя ОПЖ населения РТ с 67,6 лет в 2000 г. до 75 лет в 2019 г. Абсолютный прирост показателя составлял 7,4 лет, темп прироста - +10,9 %.

При сравнении прироста ОПЖ при рождении в зависимости от пола показатель был существенно выше у мужчин, составляя +7,2 года (темп прироста +11,8%), тогда как среди женщин абсолютный прирост составлял +4,4 года (темп прироста +5,9%). Благодаря этому, несколько сократился интервал между показателями для разных гендерных групп: от максимальных 14,1 года в 2002 г. до минимума – 10,8 года в 2016 г.

Также следует отметить превышение ОПЖ населения РТ при рождении аналогичных показателей по данным РФ. Данная тенденция была характерна

как для мужчин, так и для женщин. В РФ ожидаемая продолжительность жизни с 1990 по 2019 г. выросла на 4 года. За последние шесть лет ОПЖ в РФ выросла на 2,7 года. Несмотря на это, в 2019 г. ОПЖ в РФ была на 4,8 лет ниже, чем в «новых-8» странах ЕС, и на 9,2 года ниже «старых» ЕС (соответственно, 73,5; 77,7 и 82,1 года). Следует отметить, что наиболее существенная разница отмечалась ОПЖ среди мужчин: РФ- 68,5; «новые-8» стран ЕС – 73,9 и «старые» - 79,7 лет. Как показали результаты исследования, в 2019 г. российские мужчины живут на 10 лет меньше чем российские женщины (соответственно, 68,5 и 78,5 года). Максимальное расхождение республиканских и российских показателей отмечалось в 2002 году, когда среди мужчин интервал составил 2,7 года, среди женщин – 2,6 года, а среди всего населения – 2,9 года. В динамике отмечалось постепенное приближение среднероссийской ОПЖ населения к республиканскому уровню.

3.2. Показатели здоровья населения

3.2.1. Заболеваемость социально-значимыми неинфекционными заболеваниями

Нами была проведена оценка заболеваемости основными социально-значимыми заболеваниями (болезни системы кровообращения; болезни эндокринной системы, болезни органов дыхания; расстройства питания и нарушения обмена веществ; злокачественные новообразования; психические заболевания; все формы туберкулеза) по данным РТ за 1997-2019 гг.

Первичная заболеваемость за период с 1997 по 2019 год основными заболеваниями имела тенденцию к снижению (на 12,4%).

Данные заболеваемости РТ и РФ, а также % запущенных форм ЗНО представлены в Приложении 1.

На рисунке 3.18 представлена динамика заболеваемости ЗНО в РТ, РФ, а также % запущенных форм за период с 1997 по 2019 гг.

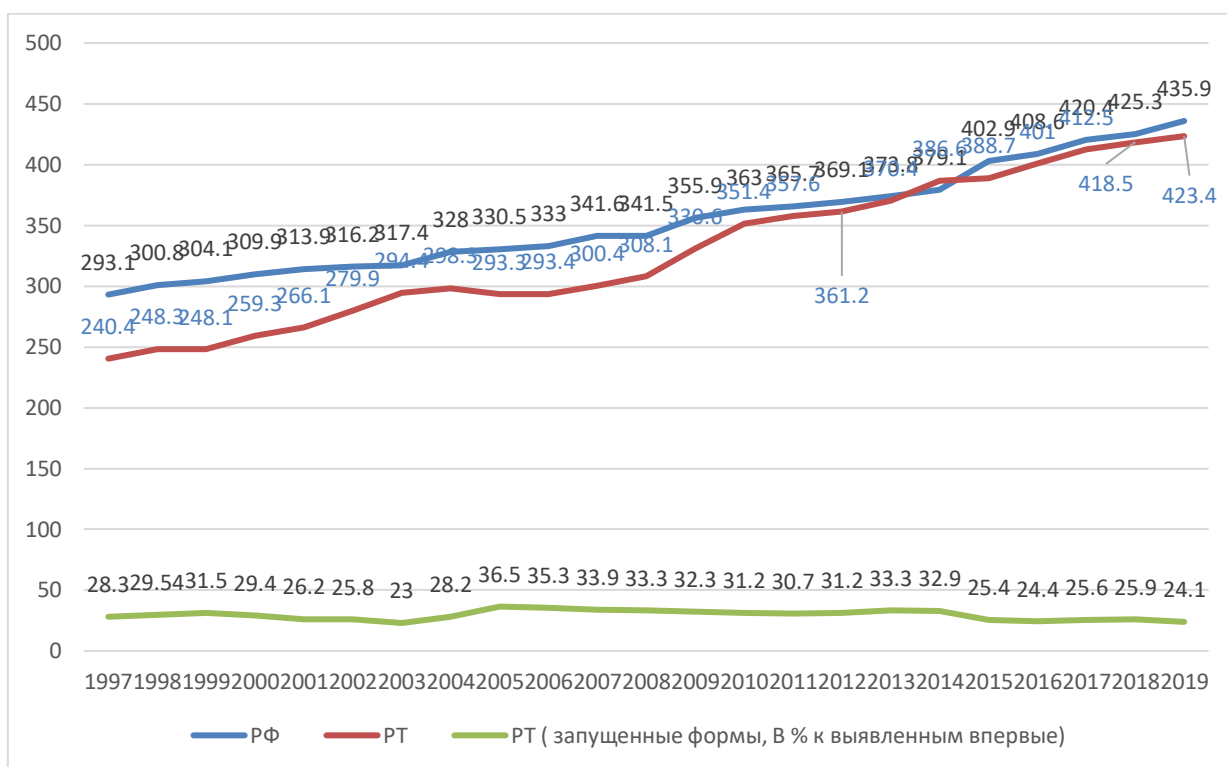


Рисунок 3.18. Динамика заболеваемости ЗНО в РТ, РФ, а также % запущенных форм за период с 1997 по 2019 гг.

Как видно на рисунке 3.18, первичная заболеваемость злокачественными новообразованиями за второй период исследования (2007-2013 гг.) относительно первого периода выросла на 221 %, но в период внедрения межведомственной программы снизилась 5,7 %. К 2019 г. заболеваемость ЗНО среди мужчин и женщин составила 423,4 на 100 тыс. населения, среди мужчин 418,8 на 100 тыс. нас, среди женщин 427,4 на 100 тыс. населения РТ.

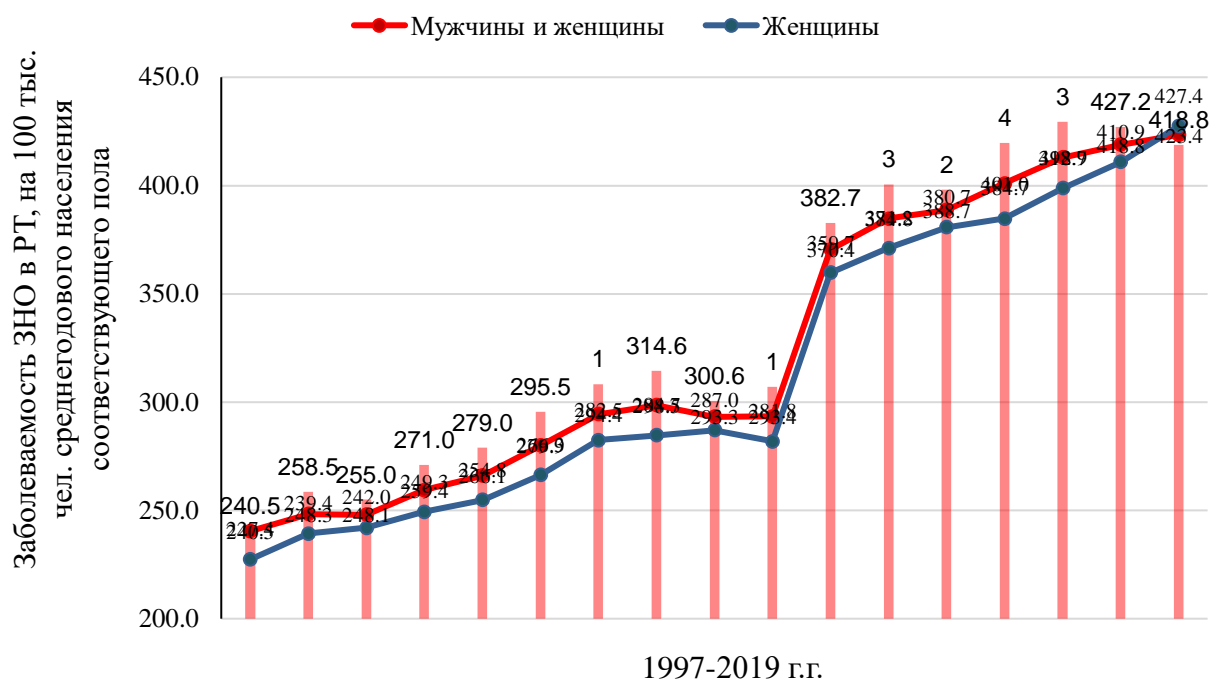


Рисунок 3.19. Динамика заболеваемости ЗНО населения РТ, в том числе мужчин и женщин, за 1997-2019 гг.

Согласно результатам выполненного анализа, отмечалось постепенное увеличение уровня заболеваемости ЗНО в РТ за изучаемый период – с 240,5 случая на 100 тыс. населения до 412,9 случая на 100 тыс. населения. Абсолютный прирост за все время наблюдения составлял +172,4 случая на 100 тыс. населения, темп прироста +71,7%. Среди мужчин заболеваемость была несколько выше, достигая в 2017 г. 429,4 случая на 100 тыс. населения мужского пола, тогда как у женщин за тот же период показатель составлял 398,7 случая на 100 тыс. населения соответствующего пола.

При сравнении заболеваемости ЗНО среди городского и сельского населения РТ был получен следующий график (рисунок 3.20).

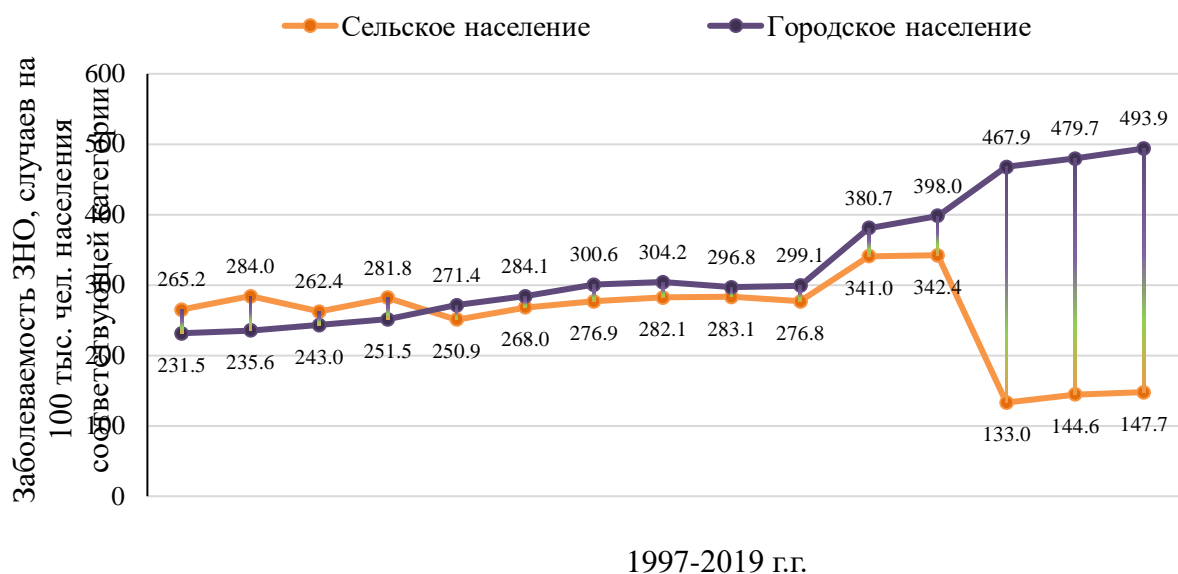


Рисунок 3.20. Динамика заболеваемости ЗНО в РТ среди городского и сельского населения по данным за 1997-2019 гг.

Как показал проведенный анализ, в период с 1997 по 2006 гг. заболеваемость ЗНО в РТ среди городского и сельского населения не имела существенных различий, до 2000 г. показатель был незначительно выше у сельского населения, начиная с 2001 г. – у городского населения. С 2013 года по 2017 год заболеваемость городского населения неуклонно росла с 380,7 до 493,9 случая на 100 тыс. населения, тогда как среди сельского населения показатель снижался с 341,0 в 2013 г. до 133,0 на 100 тыс. населения в 2015 г. Далее отмечался небольшой рост заболеваемости ЗНО и составила к 2019 г. 423,4 случая на 100 тыс. городского и сельского населения. Следует отметить, что первичная заболеваемость в

Первичная заболеваемость болезнями системы кровообращения за период с 1997 до 2019 г.г. снизилась на 4,8 % (с 41,6 до 39,6 на 1000 населения). Следует отметить, что значительный рост болезнями системы кровообращения отмечается в 2017 г. (40,4 на 1000 населения) и в 2019 г. – 49,3 на 1000 населения.

Первичная заболеваемость цереброваскулярными заболеваниями за исследуемый период снизилась на 0,9 % с 10,6 до 10,5 на 1000 нас. Первичная

заболеваемость болезни, характеризующийся повышенным кровяным давлением снизилась на 23,2 % (с 24,6 до 18,9 на 1000 нас.). Первичная заболеваемость инфарктом мозга снизилась на 7,7 % (с 3,1 до 2,86 на 1000 нас.).

Если же говорить о первичной заболеваемости болезней органов дыхания за изучаемый период наблюдается увеличение с 360,17 до 361,74 на 1000 нас. (0,4 %). Но интенсивность роста первичной заболеваемости органов дыхания по сравнению с периодом 2009-2014 г.г. снизилась на 12 %. Следует отметить, что наблюдается снижение первичной заболеваемости по отдельным нозологиям. Например, снижение первичной заболеваемости пневмонией с 0,5 до 0,4 на 1000 нас. (20 %). Перечная заболеваемость Гриппом снизилась с 0,007 до 0,006 на 1000 нас. (14,3 %), перечная заболеваемость ОРВИ снизилась с 356,7 до 315,1 на 1000 нас. (11,6 %), заболеваемость бронхиальной астмой осталась без изменений 0,7 на 1000 населения.

Первичная заболеваемость всеми формами туберкулеза снизилась на 30,1 % (с 0,42 до 0,29 на 1000 нас.); туберкулезом органов дыхания снизилась на 32,3 % (с 0,4 до 0,27 на 1000 нас.).

Первичная заболеваемость органов эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ за изучаемый период увеличились на 13 %. Но интенсивность роста по сравнению за период 2009-2014 г.г. снизилась на 12%. Следует отметить, что первичная заболеваемость болезнями органов эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ по отдельным нозологиям имеет тенденции снижения. СД снизился на 19,8 % (с 3,37 до 2,7 на 1000 населения), ожирение увеличилось на 20 % (с 1,29 до 1,55 на 1000 населения). Однако, следует отметить, что интенсивность роста ожирения за изучаемый период по сравнению с 2009-2014 г.г. снизилась на 17 %.

При оценке динамики заболеваемости психическими расстройствами в РТ за 1997-2019 гг. были получены следующие результаты (рисунок 3.21).

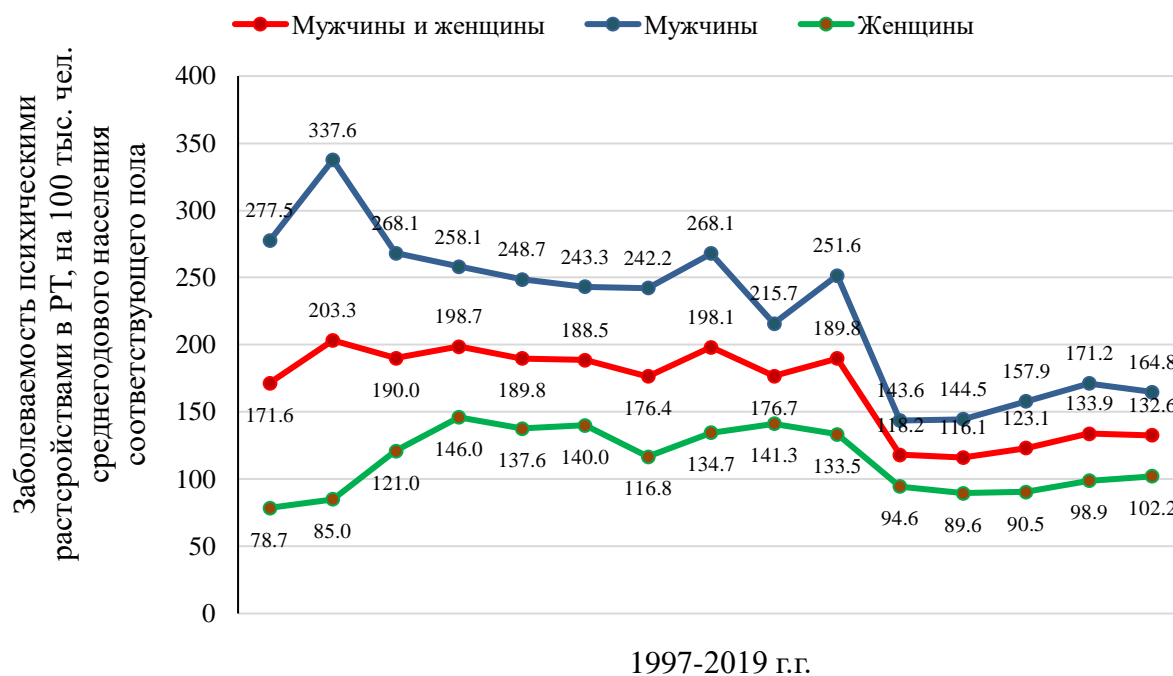


Рисунок 3.21. Динамика впервые выявленной заболеваемости психическими расстройствами в РТ, в том числе мужчин и женщин, за 1997-2019 гг.

Впервые выявленная заболеваемость по данному классу заболеваний характеризовалась постепенным снижением за изучаемый период. Абсолютная убыль заболеваемости психическими расстройствами в РТ составляла -39 случаев на 100 тыс. населения, темп убыли -22,7%. За последние 4 года исследуемого периода отмечался незначительный рост заболеваемости – с 116,1 до 132,6 случая на 100 тыс. населения (абсолютный прирост составил +16,5 случая на 100 тыс. населения, темп прироста +14,2%).

Результаты проведенного нами исследования показали, что заболеваемость психическими расстройствами среди мужчин была значительно выше, чем среди женщин. Максимальным расхождением показателей, составлявшим 252,6 случая на 100 тыс. населения, отличался 1998 год. В дальнейшем разрыв постепенно уменьшался и к 2019 году составил 62,6 случая на 100 тыс. населения.

Также были оценены данные о заболеваемости алкоголизмом среди населения РТ за 1997-2019 гг. (рисунок 3.22).

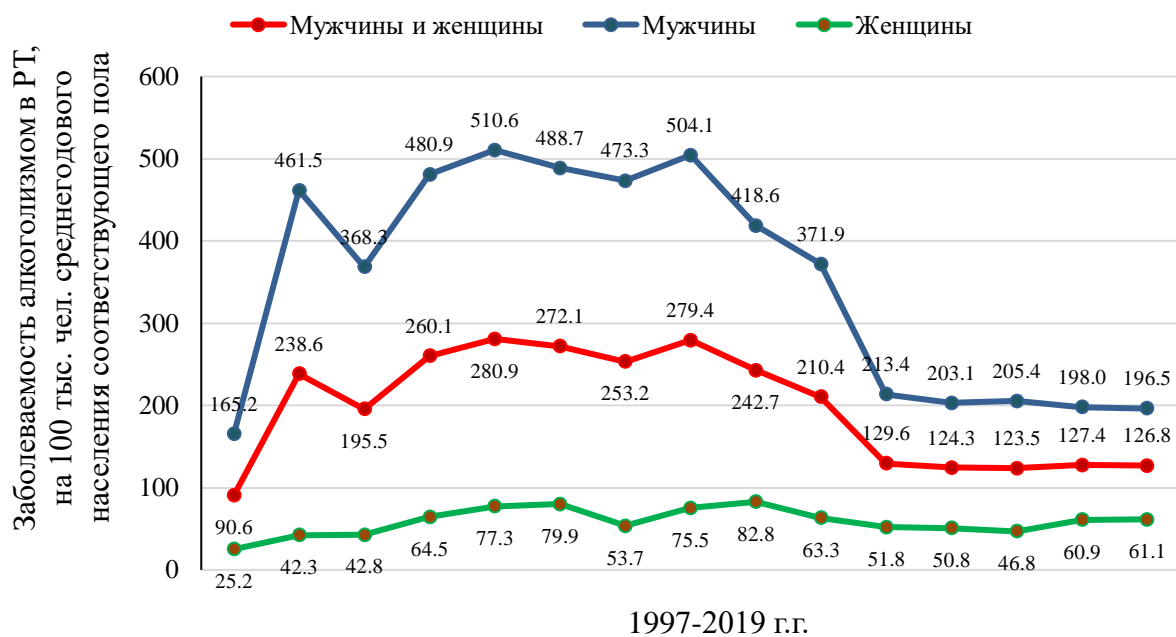


Рисунок 3.22. Динамика впервые выявленной заболеваемости алкоголизмом в РТ, в том числе мужчин и женщин, за 1997-2019 гг.

В соответствии с полученной диаграммой, динамика заболеваемости алкоголизмом в РТ характеризовалась ростом от начала анализируемого периода до 2001 г. С 2004 г. отмечалось постепенное снижение показателя, а с 2013 по 2019 гг. заболеваемость алкоголизмом колебалась от 123,5 до 129,6 случая на 100 тыс. населения. За период с 2014 по 2019 г.г. хронический алкоголизм за снизился на 2,5 % (с 7,8 до 8, 0 на 1000 насел.). Следует отметить, что за указанный период на 22,2 % снизилось употребление алкоголя с вредными воздействиями (с 0,9 до 0,7 на 1000 насел.).

Данный показатель отличался особенно выраженным дисбалансом мужского и женского населения. Показатель среди мужчин за отдельные годы более чем в 10 раз превышал значения, полученные для женщин. В 2019 г. заболеваемость алкоголизмом среди мужчин составляла 196,5 случая на 100

тыс. населения, среди женщин – 61,1 случая на 100 тыс. населения, что свидетельствовало о постепенном снижении различий данного показателя между мужчинами и женщинами.

3.3. Инвалидность. Далее в рамках нашего исследования проведен анализ инвалидности населения РТ за период с 1997 по 2019 гг.

На рисунке 3.23, представлена динамика первичной инвалидности в РТ и РФ за период с 1997 по 2019 гг.

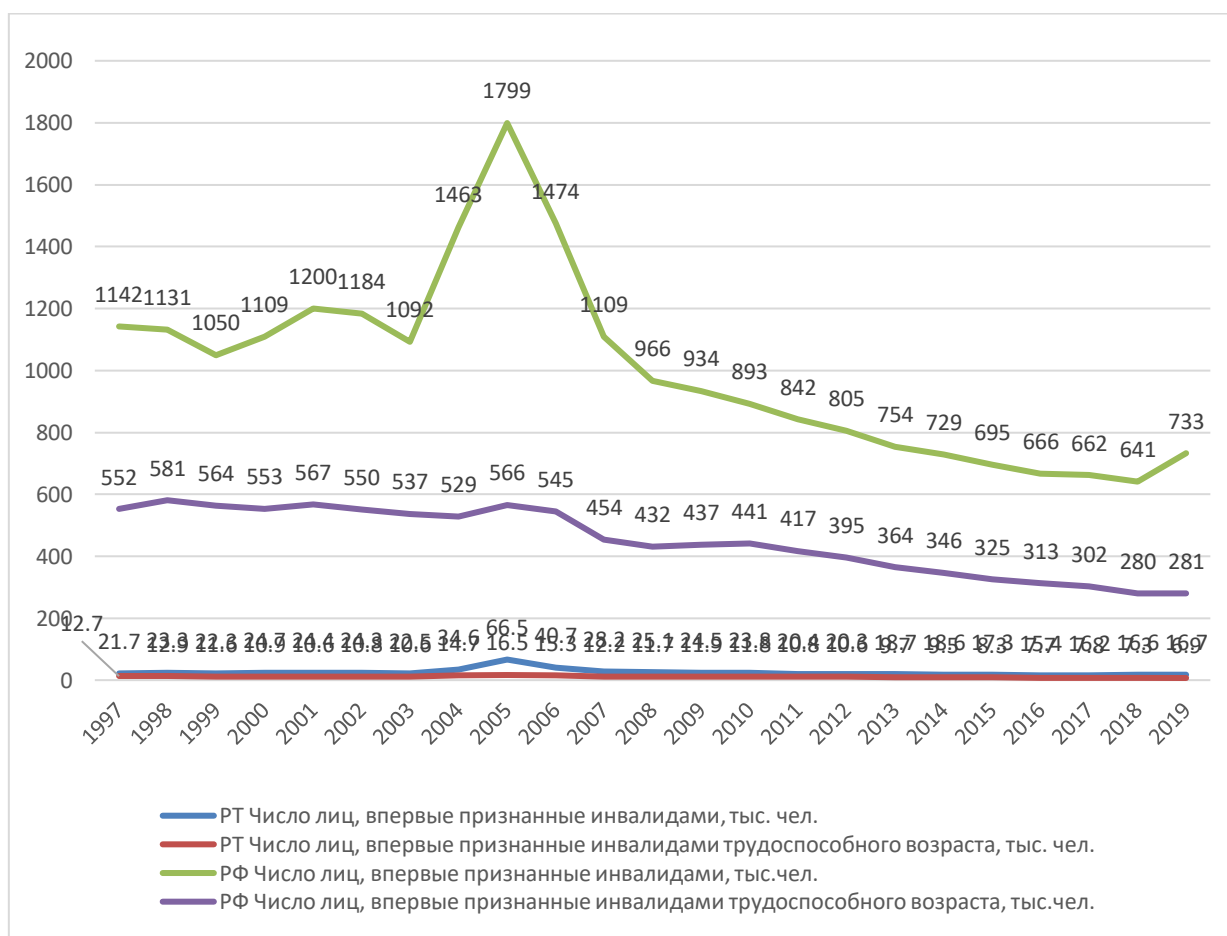


Рисунок 3.23. Динамика первичной инвалидности в РТ и РФ с 1997 по 2019 гг.

Ка видно из рисунка 3.23, первичная инвалидность в РТ с 1997 по 2005 г. выросла в три раза (с 21,7 до 66,5 тыс. чел., тогда как по РФ в 2,4 раза. Однако, с 2006 года начала уменьшаться и к 2016 году достигла 15,4 тыс. чел. Следует отметить, что в РФ снижение отмечалось до 2018 г. и составила 641 тыс. чел. Доля лиц трудоспособного возраста среди всех лиц, впервые признанные

инвалидами, с 1997 года постепенно снижается (1997 г.- 58,5%, к 2019 г.-41,3 %). (Приложение 1).

На рисунке 3.24 представлена динамика временной нетрудоспособности среди мужчин и женщин в районах и городах РТ, в днях на 100 среднесписочной численности работающих за период с 1997 по 2019 гг. (Приложение 1).

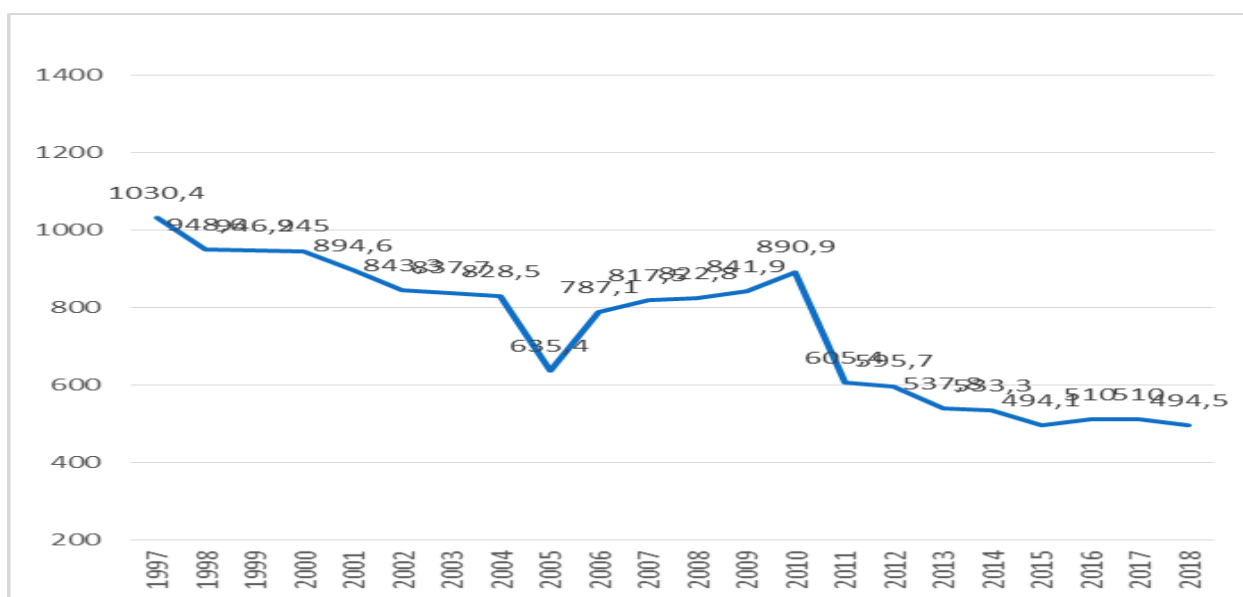


Рисунок 3.24. Динамика временной нетрудоспособности среди мужчин и женщин в районах и городах РТ, в днях на 100 среднесписочной численности работающих.

Как видно из рисунка 3.24 число дней не выхода на работу на одного человека в год с 1997 по 2019 гг. уменьшилась в 1,6 раз (с 1030,4 до 635,4 дней на 100 среднесписочной численности работающих). Следует отметить, что число дней не выхода на работу на одного человека в РФ в 2019 г. составила 5,8 (по данным ЕМИСС), в «новых» странах ЕС -11,6 дней, в «старых» странах ЕС - 12 дней. В советское время этот показатель был выше и составлял 10 дней.

3.4. Заключение по главе

Проведенное нами исследование показателей здоровья населения в РТ за период 1997—2019 гг. показало, что несмотря на положительную динамику

ОПЖ (ключевого показателя, характеризующего здоровье населения, достигнутую с 2000 по 2019 гг. (с 67,6 лет в 2000 г. до 75 лет в 2019 г.) Абсолютный прирост показателя составлял 7,4 лет, темп прироста - +10,9 %.

В РФ ожидаемая продолжительность жизни с 1990 по 2019 г. выросла на 4 года. За последние шесть лет ОПЖ в РФ выросла на 2,7 года. Несмотря на это, в 2019 г. ОПЖ в РФ была на 4,8 лет ниже, чем в «новых-8» странах ЕС, и на 9,2 года ниже «старых» ЕС (соответственно, 73,5; 77,7 и 82,1 года). Следует отметить, что наиболее существенная разница отмечалась ОПЖ среди мужчин: РФ- 68,5; «новые-8» стран ЕС – 73,9 и «старые» - 79,7 лет. Как показали результаты исследования, в 2019 г. российские мужчины живут на 10 лет меньше чем российские женщины (соответственно, 68,5 и 78,5 года). Максимальное расхождение республиканских и российских показателей отмечалось в 2002 году, когда среди мужчин интервал составил 2,7 года, среди женщин – 2,6 года, а среди всего населения – 2,9 года. В динамике отмечалось постепенное приближение среднероссийской ОПЖ населения к республиканскому уровню.

Численность населения РТ увеличилась на 3,2 %, тогда как в РФ за аналогичный период численность населения уменьшилось на 0,7 %. Следует отметить, что численность городских жителей выросла на 4,8 % (с 73,4 % до 76,9 %), что на 3,7 % выше, чем в РФ (1,1 % за аналогичный период).

Коэффициент рождаемости за период 1998-2016 гг. увеличился на 37,8 % (с 9,3 до 14,8 на 1000 нас.), что на 27,9 % выше чем за аналогичный период в РФ (с 9,3 до 12,9 на 1000 нас.). Однако с 2017 г. отмечается на 27 % снижение рождаемости (с 13,9 до 10,9 на 1000 нас.), по РФ за аналогичный период отмечается снижение рождаемости на 31,7 %. Коэффициент фертильности за период с 1997 по 1999 гг. увеличился на 7%; а начиная с 2000 по 2016 гг. сократился на 37 % (с 2,8 до 1,7); с 2017 г. увеличился на 21 %. В РФ коэффициент фертильности с 1980 по 2018 гг. сократился на 16 %, а за

последние 6 лет на 6%. В 2018 году он составил 1,58 ребенка на одну женщину, что на уровне «старых» стран ЕС (1,58), и на; % ниже, чем в «новых-8» странах ЕС (1,52).

Следует отметить, что ситуация с высокой предотвратимой смертностью сопровождается критическим снижением рождаемости. Отмечается два периода динамики смертности: смертность с 1997 по 2003 г. возросла на 16 % (с 11,9 до 13,8 случаев на 1000 нас.). Однако, начиная с 2006 г. отмечалось снижение коэффициента общей смертности на 6 % (с 13,8 до 13,0 случаев на 1000 нас.) к 2019 году общая смертность снизилась на 8 % и составила 10,9 случаев на 1000 нас.

С 1997 по 2019 гг. общая заболеваемость в РТ и РФ увеличилась на 51 %, что существенно увеличило поток пациентов на систему здравоохранения. Первичная инвалидность за период с 1997 г. по 2005 г. выросла в три раза (с 21,7 до 66,5 тыс. чел., тогда как по РФ в 2,4 раза. Однако, с 2006 года начала уменьшаться и к 2016 году достигла 15,4 тыс.чел. Следует отметить, что в РФ снижение отмечалось до 2018 г. и составила 641 тыс. чел.

Доля лиц трудоспособного возраста среди всех лиц, впервые признанных признанных инвалидами, с 1997 года постепенно снижается (1997 г.- 58,5%, к 2019 г.-41,3 %). Следует отметить, что в РФ за аналогичный период выросла на 16 % и стабильно высока (44%).

Первичная заболеваемость за период с 1997 по 2019 гг. по всем нозологиям снизилась на 12,4 %: на 4,8 % снизилась болезнями системы кровообращения; на 7,1 % болезнями органов дыхания; на 30,1 % заболеваемость всеми формами туберкулеза; на 32,3 % туберкулезом органов дыхания; ожирение снизилась на 17 %; на 19,8 % сахарный диабет; психическими расстройствами снизилась 22,7 %, хронический алкоголизм снизился на 2,5 %.

Следует отметить, что в 2019 г.в РФ впервые было зарегистрировано 114,4 млн. заболеваний. В структуре первичной заболеваемости населения РФ на первом месте находятся болезни органов дыхания (45 %), на втором - травмы и отравления (11%), на третьем - болезни мочеподовой системы (6%).

Инвалидность (число впервые признанных инвалидов на 10 тыс. населения), несмотря на снижение этого показателя с 2005 г. и в РТ, и в РФ, доля лиц, впервые признанными инвалидами в трудоспособном возрасте остается высокой – более 40%, что говорит о неблагополучии со здоровьем граждан трудоспособного возраста. Это подтверждают данные по количеству дней временной нетрудоспособности по заболеваниям (ЗВУТ). С 1997 по 2019 г. в РТ число дней ЗВУТ в расчете на одного человека уменьшилось в 1,6 раз и составило 6,4 дней. В РФ в 2019 г. этот показатель был еще короче - 5,8 дней (по данным ЕМИСС). В Советское время этот показатель составлял 9,3 дней. Такое снижение количества дней ЗВУТ в РТ и РФ может свидетельствовать о том, что работодатели уделяют недостаточное внимание здоровью работающих, а граждане избегают восстанавливать свое здоровье из-за боязни быть уволенными.

ГЛАВА 4. ИЗУЧЕНИЕ СТЕПЕНИ ВЛИЯНИЯ ГЛАВНЫХ ФАКТОРОВ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ РТ, В ПЕРИОД 2010-2019 гг

В четвертой главе представлены результаты анализа динамики ключевых факторов, определяющих демографические показатели и показатели здоровья населения РТ: 1) социально-экономические, 2) деятельность системы здравоохранения, 3) факторы окружающей среды, 4) образ жизни населения; и 5) количественная оценка влияния вышеназванных факторов на ОПЖ, а также определены условия достижения целевого ОПЖ в РТ к 2030 г.

4.1. Социально-экономические показатели РТ с 2014 по 2019 гг.

В этой главе изучены влияние социально-экономических факторов на демографические показатели (ВРП на душу, уровень безработных, реальные доходы населения на показатели ОПЖ, коэффициент рождаемости, ОКС) (Приложение 2).

На рисунке 4.1, представлены показатели вклада РТ в экономику Российской Федерации.

Вклад Республики Татарстан в экономику Российской Федерации



Рисунок 4.1 Показатели вклада РТ в экономику РФ

Как видно на рисунке 4.1 РТ является одним из наиболее экономически развитых субъектов РФ (с устойчивая динамика экономического развития, мощный промышленный потенциал и стабильным сельским хозяйством и др.). Следует отметить, что на долю РТ приходится 2,7 % в РФ и 13,5 % в Приволжском федеральном округе среднегодовой численности занятых. Доля валового регионального продукта РТ составляет 2,8 от показателей по РФ и 18,5 % и Приволжскому федеральному округу. По абсолютным значениям показателей ВРП РТ в 2019 г. заняла шестое место среди субъектов РФ; промышленному производству, строительству и вводу жилья – пятое место;

по сельскому хозяйству – четвертое место; обороту розничной торговли – седьмое место; по инвестициям в основной капитал – шестое место.

На рисунке 4.2 представлена показатели динамика валового регионального продукта Республики Татарстан и валового внутреннего продукта РФ.



Рисунок 4.2. Показатели динамика ВРП Республики Татарстан и ВВП России

Как видно на рисунке 4.2, в 2019 г. объем ВРП составил 2 584,3 млрд рублей (101 % в сопоставимых ценах к уровню 2018 г.). Следует отметить, что в структуре экономики 48 % занимает промышленность; 16,2 % - обрабатывающие производства; 11,6 % - оптовая и розничная торговля; 8 % - строительство; 6,1 % - сельское хозяйство; обеспечение электрической энергией, газом, теплом - 2,3 %.

Ранее проведенные исследования показывают, что люди трудоспособного возраста, их устроенность в различных направлениях экономики напрямую обеспечивают как социальной защитой, медицинским обслуживанием, так и в целом здоровьем всего населения (Аганбегян А.Г., 2017; Хабриев Р.У., 2020; Улумбекова Г.Э., 2021) Проведенный нами анализ показал, что численность трудоспособного населения на 31.12.2019 г. составила 110,0 тыс. человек, из них 105,4 тыс. человек были заняты в экономике и 4,6 тыс.

человек (4,2% от численности трудоспособного населения) не имели занятости.

Проведенное нами исследование показывает, что за период с 2014 по 2019 гг. средняя заработная плата работающих на предприятиях и в организациях республики увеличилась на 24,4 % и составила 37 422,3 рублей.



Рисунок 4.3 Показатели динамика среднемесячной заработной платы в РТ за период 2014 по 2019 г.г.

Как показывает проведенный анализ за период с 2014 по 2019 г.г. наблюдается стабильная динамика увеличения заработной платы населения РТ. Следует отметить, что в 2019 году заработная плата в различных видах экономической деятельности имела следующие показатели: финансовая и страховая деятельность – 53 тысяч рублей; добыча полезных ископаемых – 61,3 тысяч рублей; профессиональная, научная и техническая деятельность – 51,5 тысяч рублей; область информации и связи – 48,2 тысяч рублей, производства, связанные с обработкой – 41,6 тысяч рублей; профессии, связанные с электроэнергией, паром кондиционирование воздуха и газом – 48,5 тысяч рублей. Следует отметить, что среднемесячная заработная плата работников бюджетной сферы за 2019 г. Составила: в области культуры,

спорта, организации досуга и развлечений – 44 тысяч рублей; в области здравоохранения и социальных услуг -36,8 тысяч рублей; в сфере образования – 30,4 тысяч рублей.

В рамках данного исследования нами проведен анализ данных объема ввода жилья в РТ с 1997 по 2019 г.г. Следует отметить, что показатель наглядности выросли с 122,3% в 1997 году до 322,6% в 2019 году: в 2019 г. объем строительных работ составил 363,1 млрд рублей (98,6 % в сопоставимых ценах к уровню 2018 г.); введено 2 675,5 тыс. кв. м. общей площади жилья (111 % к уровню 2018 г.).

В рамках данного исследования нами проведен анализ индекса потребительских цен с 2014 по 2019 г.г. (рисунок 4.4)

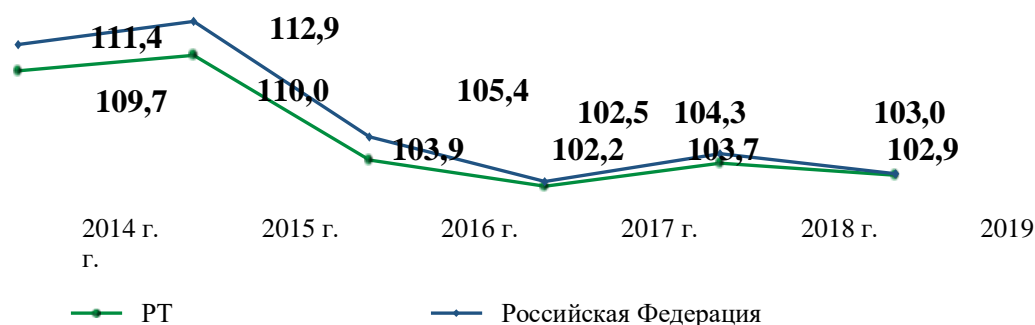


Рисунок 4.4 Показатели динамики потребительских цен (декабрь к декабрю предыдущего года, %)

Как видно из рисунка 4.4, с 2014 по 2019 г.г. наблюдается динамическое снижение индекса потребительских цен со 109,7 до 102,9. В 2019 году оборот пищевыми продуктами (включая напитки и табачные изделия) - 426,7 млрд рублей (100,5 %); розничной торговли составил 952,7 млрд рублей (100 %), в том числе непродовольственными товарами – 526 млрд рублей (99,6 %) в сравнении к уровню цен 2018 г. Следует отметить, что за период с 2010 по 2019 год отмечается достоверное повышение и социального уровня жизни населения РТ. По итогам 2018 года в РТ был зарегистрирован уровень бедности - 7 % при общероссийском уровне 12,6 %.

В рамках нашего следования нами также проведено изучение

влияния экономических условий на сохранение и укрепление здоровья населения РТ за период 2010 —2019 гг.

Полученные результаты регрессионного моделирования целевых показателей «Рождаемость населения», «Общая заболеваемость по различным нозологиям», «Общая смертность населения», «Коэффициенты естественного прироста населения», «Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет» в зависимости от социально-экономических факторов в РТ.

На первом этапе нами были изучены тренды и характеристика роста (снижения) социально-экономических факторов РТ за период 2010-2019 г.г.

На втором этапе с целью изучения влияния социально-экономических показателей, окружающей среды и деятельности системы здравоохранения на общую заболеваемость, рождаемость, смертность и коэффициент естественного прироста населения Республики Татарстан нами проведен корреляционный и регрессионный анализ.

В таблице 4.1, представлены тренды и характеристики роста (снижения) социально-экономических показателей РТ.

Таблица 4.1. Тренды и характеристики роста (снижения) социально-экономических показателей РТ

Показатель	Уравнение тренда	Коэффициент детерминации R^2	Средний относительный прирост в год по тренду
ВРП на душу населения	$y=208496,35+37938,07x$	0,981	9,53%
Реальные доходы населения	$y=108,47-1,08x$	0,288	-1,06%
Численность безработных	$y=139,93-8,44x$	0,676	-9,03%
Уровень занятости населения	$y=65,15+0,22x$	0,069	0,33%

Естественное движение населения, на 1000 нас.	$y = 0,63 + 0,16x$	0,153	10,53%
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет	$y = 69,93 + 0,44x$	0,958	0,61%
Рождаемость населения, на 1000 нас.	$y = 13,69 - 0,02x$	0,002	-0,13%
Общая заболеваемость, на 1000 нас.	$y = 877,61 - 9,64x$	0,906	-1,17%
Общая смертность, на 1000 нас.	$y = 13,06 - 0,17x$	0,879	-1,44%
Смертность в трудоспособном возрасте, 100 тыс. нас.	$y = 587,69 - 17,6x$	0,936	-3,65%

На основании проведенного нами исследования можно сделать вывод о том, что наиболее существенный средний рост в период с 2010 по 2019 гг. на 10,53 % наблюдаются у показателей «Коэффициенты естественного прироста населения на 1000 нас.» и на 9,53 % «Валовый региональный продукт на душу населения». Средний относительный прирост в год по тренду «Ожидаемой продолжительности жизни при рождении» оставляет 0,61%; «Уровня занятости населения» -0,33% (таблица 4.1). Наиболее существенное среднее снижение в период с 2010 по 2019 г.г. наблюдаются у показателей «Численность безработных» (-9,03%) и «Смертность в трудоспособном возрасте (число умерших на 100 000 человек соответствующего возраста)» (-3,65%). В частности, показатель «Численность безработных» с каждым годом в среднем снижается на 8,44 тыс. человек и показатель «Смертность в трудоспособном возрасте (число умерших на 100 000 человек соответствующего возраста)» с каждым годом в среднем снижается на 17,6 (таблица 4.2).

В таблице 4.2 представлены результаты корреляционного анализа взаимосвязи уровня занятости населения, показателями рождаемости и естественного прироста населения РТ.

Таблица 4.2 Показатели корреляционного анализа взаимосвязи с уровнем занятости, рождаемости населения и естественного движения населения РТ

Показатель	Уровень занятости населения
Рождаемость (число родившихся на 1000 населения)	0,82**
Коэффициенты естественного прироста населения на 1000 человек населения	0,60
Общая заболеваемость населения	0,12

** - статистическая значимость на уровне $p \leq 0,01$

На основании полученных результатов можно сделать вывод о том, что показатель «Рождаемость (число родившихся на 1000 населения)» статистически значимо коррелирует с факторами «Уровень занятости населения» ($r_s=0,82$).

На рисунке 4.5 представлена динамика занятости населения РТ за период с 2010 г. по 2019 г.г

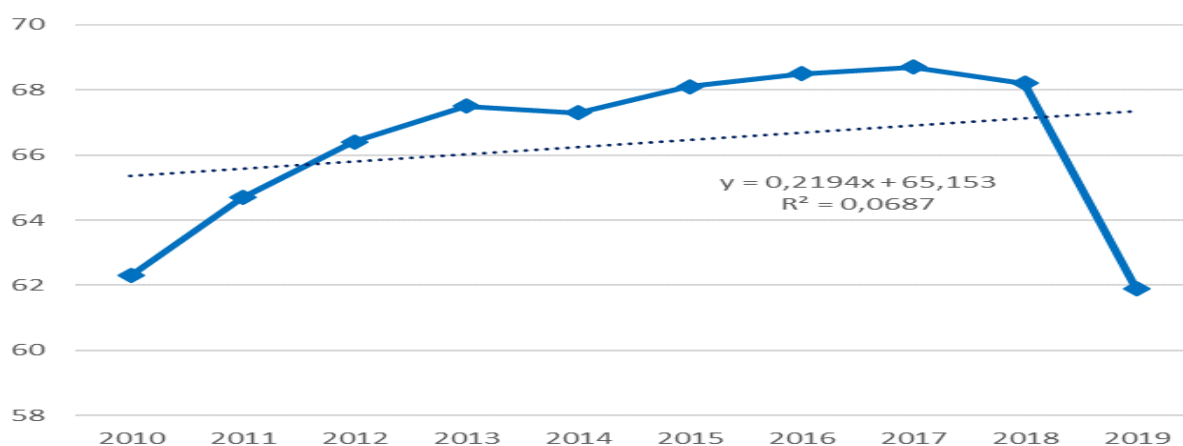


Рисунок 4.5 Показатели анализа «Уровня занятости населения» РТ за период с 2010 по 2019 г.г

Данный рисунок 6.5, показывает динамику уровня занятости населения РТ по годам за период с 2010 по 2019 г.г. (ломанная линия) и линия линейного тренда (пунктирная прямая). Как видно из графика наиболее высокий уровень занятости отмечался в 2017 году (составлял 68), значительно снизился к 2019 году и составил 62. Тренд — это модель, описывающая общую тенденцию показателя. Вид модели: $Y = -0,2194X + 65,153$. На данном графике Y — значение показателя, X — порядковый номер года (от 1 для 2010 до 10 для 2019). По вертикальной оси — это числовая ось для Y , по горизонтальной оси — годы. R^2 — коэффициент детерминации, показывающая насколько модель позволяет описать изменения исходного показателя Y . Число $-0,0687$ показывает, что в среднем каждый год значение показателя Y увеличивается на $0,0687$.

При увеличении «Уровень занятости населения» на одну единицу прогнозные значения «Рождаемость (число родившихся на 1000 человек населения)» будет в среднем увеличиваться на $0,10$ и $0,001$ единиц соответственно.

На рисунке 4.6, представлены показатели динамики «Реальных доходов населения Республики Татарстан» за период с 2010 по 2019 г.г.

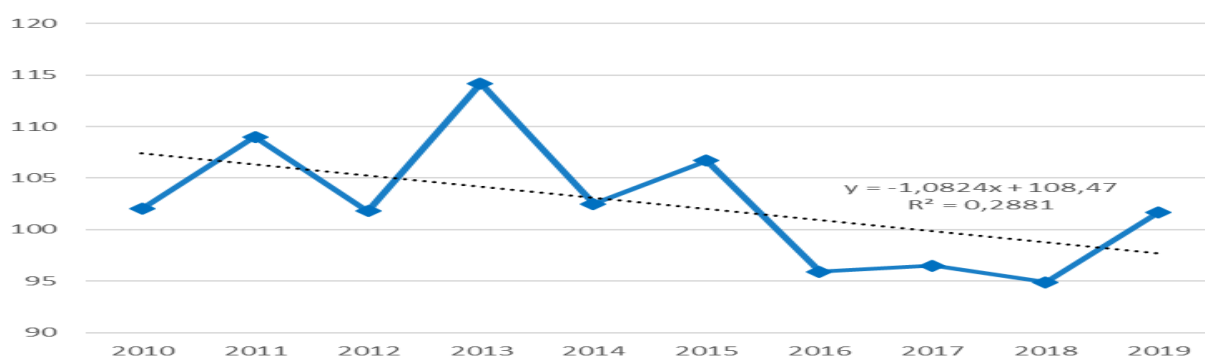


Рисунок 4.6 Показатели анализа «Реальных доходов населения» РТ за период с 2010 по 2019 г.г.

Данный рисунок 4.6, показывает динамику реальных доходов населения РТ по годам за период с 2010 по 2019 г.г. (ломанная линия) и линия линейного тренда (пунктирная прямая). По вертикальной оси — это числовая ось для Y (%), по горизонтальной оси – годы. Как видно из графика наиболее высокий % реальных доходов населения отмечался в 2013 году (составлял 114%), значительно снизился к 2018 году до 95 % и вырос к 2019 г.г. до 103 %. Тренд — это модель, описывающая общую тенденцию показателя. Вид модели: $Y = -1,0824x + 108,47$. На данном графике Y — значение показателя, X — порядковый номер года (от 1 для 2010 до 10 для 2019). По вертикальной оси — это числовая ось для Y (%), по горизонтальной оси – годы. R^2 — коэффициент детерминации, показывающая насколько модель позволяет описать изменения исходного показателя Y . Число -0,2881 показывает, что в среднем каждый год значение показателя Y снижается на 0,2881

На рисунке 4.7 показаны показатели анализа «валового регионального продукта РТ за период 2010-2019 г.г.

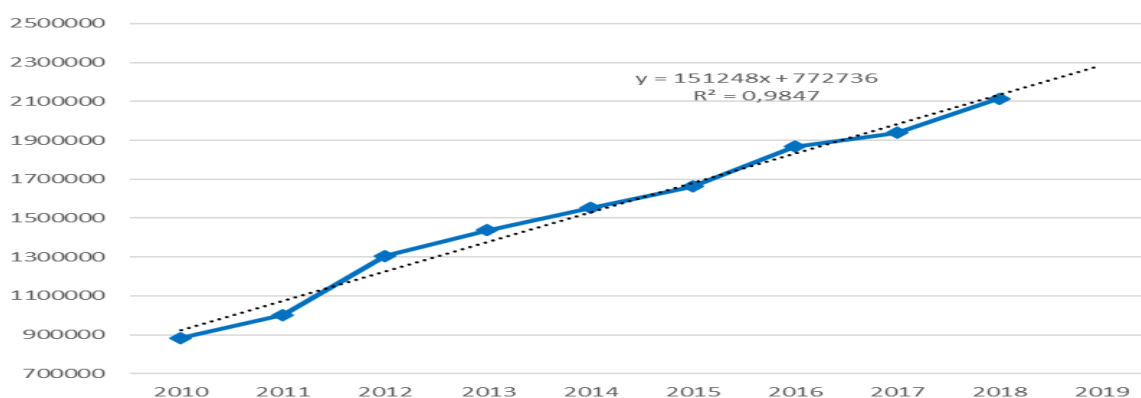


Рисунок 4.7 Показатели анализа «Валовый региональный продукт» Республики Татарстан за период с 2010 по 2019 г.г.

Данный рисунок 4.7, показывает динамику ВРП РТ по годам за период с 2010 по 2019 г.г. (ломанная линия) и линия линейного тренда (пунктирная прямая). По вертикальной оси — это числовая ось для Y , по горизонтальной оси – годы. Как видно из графика с 2010 г. наблюдается динамическое

увеличение ВРП РТ. Тренд — это модель, описывающая общую тенденцию показателя. Вид модели: $Y = -151248 + 772736X$. На данном графике Y — значение показателя, X — порядковый номер года (от 1 для 2010 до 10 для 2019). По вертикальной оси — это числовая ось для Y (%), по горизонтальной оси — годы. R^2 — коэффициент детерминации, показывающая насколько модель позволяет описать изменения исходного показателя Y . Число 0,9847 показывает, что в среднем каждый год значение показателя Y увеличивается на 0,9847. Как показывает проведенное исследование, по итогам 2019 г. объем ВРП составил 2 584,3 млрд руб. (101,0% в сопоставимых ценах к уровню 2018 г.).

В рамках данного исследования разберем результаты регрессионного моделирования целевых показателей «Рождаемость населения на 1000 чел.», «Общая смертность населения», «Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет», «Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (женщины), лет», «Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (мужчины), лет», «Заболеваемость населения», и «Коэффициент естественного движения населения на 1000 нас.».

Коэффициент детерминации (R^2) применялся для оценки качества построенной модели, который показывает какой % от общей «информации отклика» объясняет построенная регрессия:

R^2 ниже 30% значит прогноз качеству построенной модели считается низким;

R^2 от 30% до 60% - будет соответствовать среднему уровню;

R^2 выше 60%, то прогноз качеству построенной модели считается высоким уровнем.

В таблице 4.3, представлены коэффициенты и бета-коэффициенты регрессионной модели для целевого показателя «Уровень занятости населения». И «Рождаемость (на 1000 нас.)».

Таблица 4.3 Показатели структуры регрессионной модели для целевого показателя «Рождаемость (число родившихся на 1000 нас.)»

Фактор	Бета-коэффициент	Коэффициент регрессии	Уровень Р
Константа		-0,082	0,5654
Уровень занятости населения	0,309	0,104	0,1202

Как показывает проведенное исследование фактор «Уровень занятости населения» имеют статистически достоверное положительное влияние на целевой показатель «Рождаемость населения». При увеличении «Уровень занятости населения» на 1 единицу «Рождаемость населения» увеличивается на 0,10 единиц.

В таблице 4.4 представлены коэффициенты и бета-коэффициенты регрессионной модели для целевого показателя «Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет» для следующих факторов: «Валовый региональный продукт на душу населения» и «Численность безработных».

Таблица 4.4. Показатели структуры регрессионной модели для целевого показателя «Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (женщины), лет»

Фактор	Бета-коэффициент	Коэффициент регрессии	Уровень Р
Константа		0,006	0,9710
Валовый региональный продукт на душу населения	0,809	0,000011	0,0360
Численность безработных	0,490	0,008	0,1451

Как показывают проведенный анализ, факторы «Валовый региональный продукт на душу населения» и «Численность безработных» имеют положительное влияние на целевой показатель «Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет». При увеличении значений

«Валовый региональный продукт на душу населения» и «Численность безработных» на 1 единицу, прогнозные значения «Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет» будут в среднем увеличиваться на 0,00001 и 0,01 единиц соответственно.

В таблице 4.5, представлены взаимосвязь «Ожидаемой продолжительности жизни при рождении, лет», «Валового регионального продукта и «Численности безработных». Результаты исследования показали, что коэффициент детерминации равнялся 47% (соответствует среднему прогнозу качества модели) (Уровень $P = 0,0258$).

Таблица 4.5 Показатели взаимосвязи «Валового регионального продукта», «Численности безработных» и «Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет»

Значимость	Уровень $P = 0,0258$, $R^2 = 47,1\%$
Формула	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет = $0,01 + 0,01 * \text{Численность безработных} + 0,00001 * \text{ВРП на душу населения}$

Результаты исследования показали, что «Валовый региональный продукт на душу населения» и «Численность безработных» достоверно влияют на «Ожидаемую продолжительность жизни, лет». Следует отметить, что уровень качества прогноза равнялся 47 %.

Проведенное исследование показало, что за период с 2002 по 2019 гг. в РТ в 6,6 раз увеличилась среднемесячная заработная плата; в 5 раз увеличился объем отгруженной промышленной продукции; в 1,6 раз объем введенного в действие жилья; в 2,5 раза снизилась численность зарегистрированных безработных. В брачно-семейных отношениях за изучаемый период в РТ выявлено благоприятное течение в форме снижение соотношений между количеством браков и разводов с 1,9 до 1,8 раза.

За период с 2002 по 2019 гг., валовой региональный продукт в РТ на душу населения увеличились с 250,596 до 2440,3 млрд. рублей. За анализируемый период времени существенно увеличилась среднемесячная заработная плата с 5490,7 до 36357,0 рублей.

Ввод в действие жилья является одним из главных показателей жизнеобеспечения населения. Проведенный нами анализ показал, что в 2002 г., было введено 1543,4 тыс. кв. метров жилья, тогда как в 2019 г. — 2409,9 млн. кв. метров жилья.

Динамика индекса потребительских цен, декабрь в % к декабрю предыдущего года в 2002 году составила - 116,4; а в 2019 году - 102,5.

Таким образом, проведение изучение социально-экономических факторов в РТ показал, что в динамике наблюдались как позитивные, так и негативные тенденции. К положительным тенденциям относятся увеличение среднемесячной номинальной начисленной заработной платы работающих; рост валового территориального продукта на душу населения; увеличение ввода в действие жилых домов.

4.2. Состояние и деятельность системы здравоохранения РТ

В этом разделе изучена характеристика влияния деятельности системы здравоохранения на здоровье населения РТ. В этих целях изучены ресурсы здравоохранения (общее число среднегодовых коек, среднегодовая занятость койки, число посещений у врача амбулаторно-поликлинической службы, количество вызовов скорой медицинской помощи, среднее число дней пребывания больного на койке, оборот койки), общая характеристика кадрового обеспечения учреждений здравоохранения и государственные расходы на здравоохранение за период с 2010 по 2019 гг. (Приложение 3). А также дана оценка их влияния на здоровье населения РТ.

Установлено, что система здравоохранения и медицинские организации оказывают существенное влияние на здоровье населения (А.В.Шулаев,2014; И.М.Сон, 2017; В.И.Стародубов, 2019; Р.У.Хабриев, 2019). Известно, что хорошо организованное медицинское обслуживание включают в себя предупреждения как социально значимых, так и инфекционных заболеваний (Г.Э.Улумбекова, 2018; Р.У.Хабриев, 2019). В современных условиях система здравоохранения в определенной степени учувствует в воспроизводстве ресурсов и обеспечивает социально-экономическое благополучие государства. Региональная система здравоохранения формируя определенный уровень и качество здоровья влияет на социально-экономическое развитие территории за счет сокращения прямых и косвенных потерь от заболеваемости, инвалидности и смертности населения (А.Н. Галиуллин, 2013; Е.А.Берсенева,2019; Э.Н.Мингазова, 2019).

4.2.1. Обеспеченность медицинскими кадрами, число медицинских организаций, коечный фонд стационаров

Состояние и деятельность системы здравоохранения РТ (общее число медицинских организаций, обеспеченность стационарными койками, обеспеченность медицинским кадрами, число посещений врача амбулаторно-поликлинической службы (АПУ), количество вызовов скорой медицинской помощи (СМП), государственные расходы на здравоохранение), эти данные представлены в табл.4.6.

Таблица 4.6. Динамика мощностей системы здравоохранения в РТ с 2010 по 2019 г.

№	Показатели	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	%, 2019 /2010
2	Обеспеченность стационара	77,6	72,4	72,1	69,2	66,7	65,8	65,9	64,4	63,3	63,1	22,9

№	Показатели	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	%, 2019 /2010
	рными койками на 10 000 населения											
	Обеспеченность врачами на 10 тыс. населения	32,6	32,1	31,9	30,3	30,9	31,1	30,2	30,7	31,1	21,8	2,5
	Обеспеченность средним медицинским персоналом на 10 тыс.	97,4	95,0	93,5	90,1	88,7	88,6	86,9	87,1	86,0	86,6	12,5
5	Оборот койки	29,8	29,9	31,4	32,8	33,9	32,8	32,4	32,6	32,6	33,0	9,7
6	Внутрибольничная летальность, %	1,14	1,12	1,13	1,16	1,25	1,30	1,32	1,40	1,45	1,50	24,0
7	Число госпитализаций круглосуточного пребывания (случаев на 1000 чел.)	21,1	21,0	21,2	21,1	20,4	19,7	19,2	18,9	18,7	19,0	11,1
8	Число посещений у врача АПС	10,2	9,9	9,6	8,6	8,8	7,4	7,3	7,2	7,3	7,2	42,0

№	Показатели	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	%, 2019 /2010
	(на 1 жителя)											
8	Число вызовов СМП (на 1000 среднегодового постоянного населения)	329	325	330	339	347	316	316	299	297	299	10,0

Как видно из таблицы 4.6, начиная с 2010 г. произошло уменьшение общего числа МО РТ на 4,3 %; тогда как в РФ число медицинских организаций в 2019 г. составило 7,3 тыс. учреждений. С 2005 по 2019 г. оно сократилось в 2,1 раза, 2012г. – на 8 %. Из них больничных учреждений в 2019 г. было 4,4 тыс., с 2005 по 2018 г. их число сократилось в 2 раза, с 2012 г.- на 17 %. За период с 2010 по 2019 гг. в РТ отмечается значительное сокращение амбулаторно-поликлинических служб - на 37 %; в РФ за период с 2005 по 2019 гг. сократилось в 1,5 раза; а число самостоятельных АПУ сократилось в 4,8 раза. Количества скорой медицинской помощи за изучаемый период в РТ увеличилось на 16 %, тогда как в РФ снизилось на 18 %. На фоне сокращения коечного фонда в РТ стационаров показатель внутрибольничной летальности вырос на 31 %, в РФ – на 21 %.

В таблице 4.7, представлены динамика основных показателей деятельности системы здравоохранения РТ за период с 2010 по 2019 гг.

Таблица 4.7. Динамика основных показателей деятельности учреждений здравоохранения РТ за период 2010-2019 гг.

№	Показатели	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
1	Общее число среднегодовых коек, абс.	26886	26602	25765	24756	23126	23140	22953	22385	22450	22460
	Показатель наглядности, %		98,9	95,8	92,0	86,0	86,0	85,4	85,3	83,5	83,5
2	Среднее число дней пребывания больного на койке, абс.	11,4	11,3	11,0	10,6	10,3	9,8	9,8	9,8	9,9	9,8
	Показатель наглядности, %		99,1	96,5	92,9	90,5	85,9	85,9	85,9	86,0	85,9
3	Среднегодовая занятость койки, абс.	339	338	348	349	352	325	322	326	328	336
	Показатель наглядности, %		99,7	102,6	102,9	103,8	95,8	94,9	96,2	96,7	99,1
4	Больничная летальность, %	1,14	1,12	1,13	1,16	1,25	1,30	1,32	1,40	1,45	1,50
	Показатель наглядности, %		98,2	99,1	101,7	109,6	115,8	115,8	122,8	127,2	131,6
5	Оборот койки, абс.	29,8	29,9	31,4	32,8	33,9	32,8	32,4	32,6	32,6	33,0
	Показатель наглядности, %		100,3	105,4	110,0	113,8	110,0	108,7	109,4	109,4	113,8
6	Уровень госпитализации (на 1000 чел.)	21,1	21,0	21,2	21,1	20,4	19,7	19,2	18,9	18,7	19,0
	Показатель наглядности, %		99,5	100,5	100	96,7	93,4	90,9	89,6	88,6	90
7	Число посещений у врача АПС (на 1 жителей)	10,2	9,9	9,6	8,6	8,8	7,4	7,3	7,2	7,3	7,2
	Показатель наглядности, %		97,0	94,1	84,3	86,3	72,5	71,6	70,6	71,6	70,6
8	Количество вызовов СМП (на 1000 среднегодового постоянного населения), абс.	329	325	330	339	347	316	316	299	297	299
	Показатель наглядности, %		98,8	100,3	103,0	105,5	96,0	96,0	90,9	90,3	90,9

Как видно из таблицы 4.7, обеспеченность больничными койками круглосуточного пребывания в РТ за изучаемый период сократилось на 16,4% и к 2019 г. составила 6,4 на 1000 нас., в РФ данный показатель равнялся 6,5; в «новых-8» 6,8 на 1000 нас. За изучаемый период в РТ сократилось среднее число дней пребывания больного на койке на 4,1 %; оборот койки увеличился на 14 %; уровень госпитализации населения на 10 %.

Далее в рамках нашего исследования нами изучена динамика кадрового обеспечения МО РТ. Результаты исследования показали, что показатели обеспеченности снизилась на 24 % (39,6 до 30,1 на 10 тыс. нас.) Показатели наглядности начиная с 2010 года наблюдалось постоянное снижение из года в год обеспеченности населения врачебными кадрами. Наибольший темп снижения обеспеченности врачами по РТ отмечается в 2012 (-30,14%) и 2016 (-11,73%) годах. С 2017 года отмечается рост численности врачей в РТ с 11865 до 12398 врачей. Такая же тенденция прослеживалась в снижении числа средних медицинских работников. Показатель наглядности в 2010 году составили 98,8, то к 2019 году снизились на 23 % и составили 86 на 10 тыс. населения. Следует отметить, что наибольший темп снижения численности медицинскими работниками в РТ отмечался в 2011 (-21,87%) и 2014 (-12,52%) годах (таблица 4.8).

Таблица 4.8. Показатель наглядности обеспеченности медицинскими кадрами здравоохранения РТ

Годы	Численность врачей, абс.	Обеспеченность врачами на 10 тысяч населения	Численность средних медицинских работников, абс.	Обеспеченность СМР на 10 тысяч населения
2010	14958	39,6	37093	98,9
2011	14791	38,9	36099	98,4
Показатель наглядности, %	98,9	98,2	97,3	99,5

Годы	Численность врачей, абс.	Обеспеченность врачами на 10 тысяч населения	Численность средних медицинских работников, абс.	Обеспеченность СМР на 10 тысяч населения
2012	13753	36,0	35741	93,5
Показатель наглядности, %	91,4	90,9	96,4	94,5
2013	13176	34,3	34564	90,1
Показатель наглядности, %	88,1	86,6	93,2	91,1
2014	12870	33,5	33717	88,7
Показатель наглядности, %	86,0	84,6	90,9	89,7
2015	11988	33,9	34016	87,9
Показатель наглядности, %	80,1	85,6	91,7	88,9
2016	11690	32,2	33514	86,3
Показатель наглядности, %	78,2	81,3	90,4	87,3
2017	11865	31,5	33546	86,3
Показатель наглядности, %	79,3	79,5	90,4	87,3
2018	12068	30,7	33281	85,4
Показатель наглядности, %	80,7	77,5	89,7	86,3
2019	12398	30,1	33098	86,0
Показатель наглядности, %	82,9	76,0	89,2	86,9

Как показывают ранее проведенные исследования ученых А.Н.Галиуллин (2015), Г.Э.Улуммбекова (2018), Р.У.Хабриев (2019) здравоохранение и система медицинского обслуживания существенно влияет на здоровье населения. Нами проведен регрессионный анализ наличия связи

между деятельностью системой здравоохранения и здоровьем населения РТ. Для доказательства наличия связи между деятельностью системой здравоохранения и здоровьем населения нами были изучены показатели: «Смертность в трудоспособном возрасте», «Коэффициенты естественного движения, на 1000 нас.», «Общая заболеваемость, на 1000 нас.», «Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет», «Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (мужчины), лет», «Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (женщины), лет».

В таблице 4.9, представлены коэффициенты и бета-коэффициенты регрессионной модели для целевого показателя «Смертность в трудоспособном возрасте (число умерших на 100 000 человек соответствующего возраста)» для следующих факторов: «Численность населения на одну больничную койку;» и «Мощность амбулаторно-поликлинических организаций».

Таблица 4.9. Структура регрессионной модели для целевого показателя «Смертность в трудоспособном возрасте

Фактор	Бета-коэффициент	Коэффициент регрессии	Уровень Р
Константа		-29,382	0,0031
Численность населения на одну больничную койку	0,816	3,152	0,0352
Мощность амбулаторно-поликлинических организаций	0,073	0,182	0,3687

Результаты проведенного нами исследования показывают, что «Численность населения на одну больничную койку» и «Мощность амбулаторно - поликлинических организаций;» достоверно влияют на целевой

показатель «Смертность в трудоспособном возрасте (число умерших на 100 000 человек соответствующего возраста)».

При увеличении «Численность населения на одну больничную койку;» и «Мощность амбулаторно- поликлинических организаций;» на 1 единицу прогнозные значения «Смертность в трудоспособном возрасте (число умерших на 100 000 человек соответствующего возраста)» будут в среднем уменьшаться на 3,15 и 0,18 единиц соответственно. Наибольший вклад в регрессионную модель несет фактор «Численность населения на одну больничную койку».

В таблице 4.10 представлены взаимосвязь «Смертность в трудоспособном возрасте», «Численность населения на одну больничную койку» и «Мощность амбулаторно-поликлинической организации». Результаты исследования показали, что коэффициент детерминации равнялся 54%, что говорит о среднем прогнозном качестве модели (Уровень $P = 0,0381$).

Таблица 4.10. Регрессионная модель между показателями «Смертность населения в трудоспособном возрасте», «Численность населения на одну больничную койку» «Мощность амбулаторно- поликлинических организаций».

Значимость регрессии	$R^2 = 54,1\%$, Уровень $P = 0,0381$
Формула регрессии	«Смертность в трудоспособном возрасте» = $-29,38 + 3,15^* \text{ «Численность населения на одну больничную койку»} + 0,18^* \text{ «Мощность амбулаторно-поликлинических организаций»}$

Результаты проведенного нами исследования показывают, что По результатам регрессионного моделирования отклика сочетание показателей «Численность населения на одну больничную койку» и «Мощность амбулаторно - поликлинических организаций» достоверно влияют на «Смертность в трудоспособном возрасте». $R^2 = 54\%$, что соответствует среднему уровню качества прогноза.

В таблице 4.11 представлены коэффициенты регрессионной модели и бета-коэффициенты для целевого показателя «Заболеваемость населения, на 1000 нас.», «Численность среднего медицинского персонала» и «Уровень занятости населения».

Таблица 4.11 Регрессионная модель для целевого показателя «Общая заболеваемость населения»

Фактор	Бета-коэффициент	Коэффициент регрессии	Уровень Р
Константа		-0,372	0,9290
Численность среднего медицинского персонала	Ge23eral	11,038	0,0369
Уровень занятости населения	Ge24eral	-6,056	0,1228

Результаты проведенного нами исследования показывают, что «Численность среднего медицинского персонала» достоверно влияет на целевой показатель «Общую заболеваемость населения». При увеличении «Численность среднего медицинского персонала;» на 1 единицу «Общая заболеваемость населения» снижается на 11,12 единиц соответственно. А при увеличении «Уровень занятости населения» на 1 единицу «Общая заболеваемость населения» уменьшается на 2,75 единиц.

В таблице 4.28, представлены взаимосвязь «Общей заболеваемости», «Численности среднего медицинского персонала» и «Уровень занятости населения». Результаты исследования показали, что коэффициент детерминации равняется 56%, соответствует среднему прогнозу качества модели (Уровень Р = 0,0221).

Таблица 4.12 Показатели качества и формула регрессионной модели показателя «Общая заболеваемость населения»

Значимость	$R^2 = 55,9\%$ Уровень Р = 0,0221
------------	--------------------------------------

Формула	«Общая заболеваемость населения» = - - 0,37 + 11,04* «Численность среднего медицинского персонала» - 6,06* «Уровень занятости населения»
---------	--

Результаты проведенного нами исследования показали, что сочетание факторов «Численность среднего медицинского персонала» и «Уровень занятости населения» достоверно влияют на «Общая заболеваемость населения». $R^2 = 56\%$, что соответствует среднему уровню качества прогноза.

В таблице 4.13 представлены коэффициенты и бета-коэффициенты регрессионной модели для целевого показателя «Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет» для следующих факторов: «Численность населения на одну больничную койку» и «Численность безработных».

Таблица 4.13 Показатели структуры регрессионной модели для целевого показателя «Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет»

Фактор	Бета-коэффициент	Коэффициент регрессии	Уровень Р
Константа		0,716	0,0109
Численность населения на одну больничную койку	-0,505	-0,056	0,1229
Численность безработных	0,396	0,011	0,1825

Фактор «Численность безработных» достоверно влияет на целевой показатель «Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет». При увеличении «Численность безработных» на одну единицу «Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет» увеличивается на 0,01 единиц соответственно. А при увеличении «Численность населения на одну

больничную койку;» на одну единицу «Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет» уменьшается на 0,06 единиц.

На основании результатов проведенного нами исследования можно сделать вывод, что применение современных методов многофакторного анализа данных дает организаторам здравоохранения возможность получить большой объем информации, полезной при разработке программ по улучшению здоровья населения. Полученные нами результаты исследования по социально-экономическим показателям, состоянию окружающей среды и показатели деятельности системы здравоохранения возможно использовать при разработке приоритетных программ охране здоровья населения.

4.2.2. Государственные расходы на здравоохранение

Государственное финансирование формируется из следующих источников: федеральных и региональных налогов, которые собираются в федеральном бюджете и в консолидируемых бюджетах субъектов РФ, а также взносов в систему обязательного медицинского страхования (ОМС). Это взносы за работающее население (5,1 % ФОТО, которые уплачивают работодатели) и взносы регионов за неработающее население. Все средства ОМС аккумулируются в Федеральном фонде ОМС (ФОМС).

Далее в рамках нашего исследования нами был проведен анализ государственного финансирования здравоохранения РТ за период с 2012 по 2019 гг.

Государственные расходы на здравоохранение (которые напрямую определяют обеспеченность системы здравоохранения медицинскими кадрами и стационарными койками и объемы бесплатной медицинской помощи) весь изучаемый период в РТ на душу населения были ниже, чем в РФ: в 2014 г. - на 22,7 % (соответственно 11,9 и 14,6 тыс. руб. на душу), в

2019 г. - на 28 % ниже (соответственно 18,0 и 25,1 тыс. руб.). Всего с 2012 по 2019 г. эти расходы в РТ увеличились на 64% в текущих ценах, однако в постоянных ценах (2012 г.=100%) только на 6%. Для сравнения, в РФ за аналогичный период в текущих ценах они выросли на 66 %, в ПФО – на 46%, рис. 8.

Также в рамках исследования была изучена удовлетворенность населения РТ доступностью и качеством оказания медицинской помощи путем социологического опроса граждан в 2014, 2017 и 2019 гг. среди населения старше 18 лет, получавших медицинскую помощь в медицинских организациях: республиканского значения, в городских поликлиниках, в ЦРБ и по СМП. В выборочном анкетировании учувствовали: 710 человек – в 2014 г., 1083 человек – в 2017 г., 1097 человек – в 2019 г. Для данного исследования нами была разработана карта «Изучения удовлетворенности населения доступностью и качеством организации и оказания медицинской помощью» из 14 вопросов. Выявлено, что с 2014 по 2020 г. доля удовлетворенных в медицинских организациях республиканского уровня выросла на 9% (в 2019 г. составила 86%); в ЦРБ – на 8% (в 2019 г. - 82%), в условиях городских АПУ – на 11% (в 2019 г. – 72%), СМП – на 11 % (в 2019 г. – 82,7 %).

Следует отметить, что в период с 2014 по 2019 г. в РТ, несмотря на указанные сокращения всех мощностей и незначительный рост государственного финансирования системы здравоохранения, происходило строительство и значительное обновление инфраструктуры медицинских организаций республиканского значения, а также повышение качества диагностической и лечебной работы в них. Эти меры позволяют частично объяснить рост удовлетворенности населения доступностью и качеством медицинской помощи. Высокие показатели удовлетворенности населения здравоохранением говорят также о высокой лояльности населения к здравоохранению. Однако, объективно видно, что доля удовлетворенных

доступностью помощи в амбулаторных условиях значительно ниже, чем в условиях круглосуточного стационара.

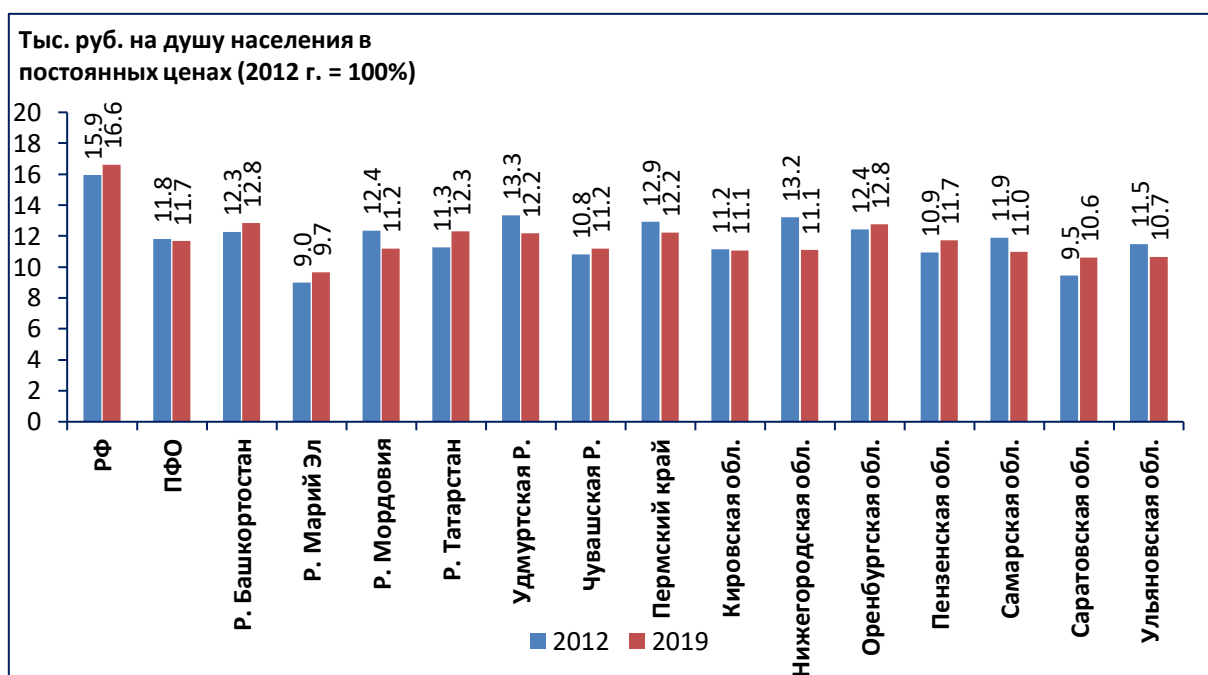


Рисунок 4.1. Динамика государственных расходов на здравоохранение на душу населения в постоянных ценах (2012 г. = 100%) в регионах ПФО и РФ в среднем с 2012 по 2019 г.

4.2.3. Оценка удовлетворенности населения доступностью и качеством медицинской помощи

Изучение удовлетворенности населения качеством и доступностью медицинской помощи в РТ показало не одинаковые значения данных показателей.

Таблица 4.14. Показатели удовлетворенности населения доступностью и качеством медицинской помощи в РТ

Годы	Общее количество респондентов	«Удовлетворены»		«Не удовлетворены»		«Больше удовлетворены, чем не удовлетворены»		«Удовлетворены не в полной мере»		«Затруднились ответить»	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%

2014	710	510	71,8	10	1,4	150	21,1	30	4,2	10	1,5
2017	1083	796	73,5	32	3,0	170	15,7	63	5,8	22	2,0
2020	1097	840	76,6	20	1,8	176	16,1	34	3,1	27	2,4

Так, если в 2014 году доля респондентов удовлетворенных доступностью и качеством медицинской помощи составила 71,8 %, а в 2017 году этот показатель увеличился до 73,5 %, а в 2020 году достигли 76,6 %. Доля респондентов «не удовлетворенных доступностью и качеством медицинской помощи» к 2020 году достоверно снизилась по сравнению с 2017 годом с 3 % до 1,8 % опрошенных (таблица 4.14).

Следует отметить, что в 2014 году в МО республиканского значения было обследовано 151 человек, 77,9 % «удовлетворены качеством медицинской помощи»; 16,3 % «больше удовлетворены, чем не удовлетворены»; 3,6 % «удовлетворены не в полной мере»; 0,9 % «не удовлетворены» и 1,1 % человек «затруднились ответить». Важно отметить, что в 2020 году существенно выросли показатели удовлетворенности населения доступностью и качеством медицинской помощи в организациях республиканского значения: из 192 обследованных 86 % «удовлетворены качеством медицинской помощи»; 11 % «больше удовлетворены, чем не удовлетворены»; 1 % «не удовлетворены качеством медицинской помощи» и 2 % опрошенных «затруднились ответить». Среди сельских жителей в 2014 году было обследовано 340 человек. 73,7 % опрошенных «удовлетворены качеством оказания медицинской помощью»; 18,8 % опрошенных «больше удовлетворены, чем не удовлетворены»; 4,1 % «удовлетворены не в полной мере»; 1,7 % «не удовлетворены» и 1,7 % опрошены «затруднились ответить». В 2017 году всего опрошенных сельских жителей составило 617 человек. Из них количество «удовлетворенных качеством оказания медицинской помощью» составило 73,6 %; «не удовлетворенных качеством оказания медицинской помощью» - 2,5%; «удовлетворенных не в полной

мере» составило 4,6 %; «больше удовлетворены, чем не удовлетворены» - 17,2 % и «затруднились ответить» 2,2% обследованных. Среди сельских жителей в 2020 году было обследовано 597 человек, из них «удовлетворенных качеством оказания медицинской помощью» - 82,3 %; «не удовлетворенных» - 1,4 %; «больше удовлетворены, чем не удовлетворены» - 12,3 %; «удовлетворены не в полной мере» - 2,3 % и «затруднились ответить» 1,6 % опрошенных.

В 2014 году в МО г. Казани было опрошено 219 человек. Из 219 опрошенных респондентов 69 % были удовлетворены качеством оказания медицинской помощью; 25,4 % опрошенных «больше удовлетворенных, чем не удовлетворенных» составило; 3,7 % «удовлетворены не в полном объеме»; 0,6 % опрошенных «не удовлетворенных» и 1,3 % респондентов «затруднились ответить».

В рамках данного исследования также изучалось удовлетворенность населения качеством и доступностью оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара в 2014 г., 2017 г., 2020 г. Результаты нашего исследования представлены в таблице 4.15.

Таблица 4.15. Показатели удовлетворенности населения качеством медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара

Годы	Общее количество респондентов	«Удовлетворены»		«Не удовлетворены»		«Больше удовлетворены, чем не удовлетворены»		«Удовлетворены не в полной мере»		«Затруднились ответить»	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
2014	210	160	76,2	3	1,4	36	17,2	8	3,7	3	1,5
2017	398	324	81,5	6	1,5	50	12,7	12	2,9	6	1,4
2020	390	333	85,6	6	1,5	41	11,2	5	1,4	5	1,4

Как показывают результаты нашего исследования, в 2014 г. было опрошено 210 респондента, получающих медицинскую помощь в круглосуточных стационарах. Среди которых 76,2 % «удовлетворенных доступностью и качеством медицинской помощи»; 17,2 % опрошенных «больше удовлетворенных, чем не удовлетворенных»; 1,4 % «не удовлетворенных»; 3,7 % опрошенных «удовлетворенных не в полной мере» и 1,5 % респондентов «затруднились ответить».

В рамках нашего исследования нами были изучены удовлетворенность населения доступностью и качеством оказания медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях РТ в 2014 г., 2017 г., 2020 г. Результаты их представлены в таблице 4.16.

Таблица 4.16. Показатели удовлетворенности населения доступностью и качеством оказания медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях РТ

Годы	Общее количество респондентов	Удовлетворены качеством медицинской помощи		Не удовлетворены качеством медицинской помощи		Больше удовлетворены, чем не удовлетворены		Удовлетворены не в полной мере		Затруднились ответить	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
2014	399	243	61,1	11	2,5	110	27,7	27	6,9	8	1,8
2017	478	295	61,7	22	4,6	108	22,5	40	8,4	13	2,8
2020	400	289	72,3	13	3,2	69	17,3	19	4,7	10	2,5

С целью изучения удовлетворенности населения доступностью и качеством оказания медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях РТ в 2014 году было опрошено 399 респондентов. Из них 61,1 % «удовлетворенных качеством медицинской помощи»; 2,5 % опрошенных «не

удовлетворенных качеством медицинской помощи»; 27,7 % опрошенных «больше удовлетворены, чем не удовлетворены»; 6,9 % «удовлетворены не в полной мере» и 1,8 % респондентов «затруднились ответить». В 2017 г. было обследовано 478 человек. Из них были «удовлетворены качеством медицинской помощи» 61,7 % респондентов; «не удовлетворены качеством медицинской помощи» 4,6 %; «удовлетворены не в полной мере» 8,4 %; «больше удовлетворены, чем не удовлетворены» 22,5 % и «затруднились ответить» 2,8 % респондентов. В 2020 г. количество опрошенных удовлетворенности населения доступностью и качеством оказания медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях составило 400 респондентов. Из которых «удовлетворенных качеством медицинской помощи» были 72,3% респондентов; «не были удовлетворены качеством медицинской помощи» 3,2 %; «больше удовлетворены, чем не удовлетворены» 17,3%; «удовлетворенных не в полной мере» 4,7 % и «затруднялись ответить» 2,5 % респондентов.

В рамках нашего исследования нами было изучено удовлетворенность населения доступностью и качеством оказания скорой медицинской помощи, получаемой вне медицинской организации. Всего за 2014 г., 2017 г. и 2020 г. было опрошено 615 респондентов. Результаты которых представлены в таблице 4.17

Таблица 4.17. Показатели удовлетворенности населения доступностью и качеством скорой медицинской помощи, получаемой вне медицинской организации

Годы	Общее количество респондентов	«Удовлетворены качеством медицинской помощи»	«Не удовлетворены»	«Больше удовлетворены, чем не удовлетворены»	«Удовлетворены не в полной мере»	«Затруднились ответить»

	абс.	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
2014	101	76	75	4	4,1	15	15,1	4	3,9	2	1,9
2017	207	166	80,5	7	3,5	24	11,5	7	3,3	2	1,2
2020	307	253	82,7	9	2,7	34	10,8	8	2,8	3	1,0

Как видно из таблицы 4.17 в 2014 году 75 % опрошенных были «удовлетворены доступностью и качеством скорой медицинской помощи», получаемой вне медицинской организации; 4,1 % «не удовлетворенных качеством медицинской помощью»; «больше удовлетворены, чем не удовлетворены» 15,1 % респондентов; «удовлетворены не в полной мере» 3,9 % и «затруднились ответить» 1,9 % респондентов.

Результаты нашего исследования показали, что в 2020 г. количество «удовлетворенных доступностью и качеством скорой медицинской помощью», получаемой вне медицинской организации выросло на 8,1 %; «не удовлетворенных скорой медицинской помощью», получаемой вне медицинской организации достоверно снизилось и составило 2,8%; «больше удовлетворенных, чем не удовлетворенных» снизились от 15,0% в 2014 г. до 10,8 % в 2020 г.; «удовлетворенных не в полной мере» составило 2,8 % респондентов и «затруднились ответить» 1 % респондентов.

Выводы. 1. За период наблюдения с 2014 по 2020 гг. достоверно улучшилось удовлетворенность доступностью и качеством оказания медицинской помощью в медицинских организациях республиканского значения с 77,9 % до 86 % ($p < 0,05$).

2. За период наблюдения с 2014 по 2020 гг. наблюдалось достоверное увеличение количество удовлетворенных качеством оказания медицинской помощью среди сельских жителей с $73,7 \pm 1,374$ % до $82,3 \pm 1,790$ % ($p < 0,05$).

3. За период с 2014 по 2019 гг. удовлетворенность населения доступностью и качеством оказания медицинской помощью в условиях круглосуточного стационара выросла с $76,2 \pm 1,071$ до $85,6 \pm 1,710$ % ($p < 0,05$).

4. Удовлетворенность населения доступностью и качеством оказания медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях с $61,1 \pm 1,240$ до $72,3 \pm 1,145\%$ ($p < 0,05$).

5. Удовлетворенность населения доступностью и качеством оказания медицинской помощи в условиях скорой медицинской помощи, получаемой вне медицинской организации выросла с 75 до 82,7 % (p < 0,05).

4.3. Состояние окружающей среды

К основным факторам окружающей среды, влияющих на здоровье населения относятся качества атмосферного воздуха, почвы и питьевой воды. В этом разделе об оценке влияния окружающей среды на здоровье населения Республики Татарстан представлены данные о степени загрязнения атмосферного воздуха, от стационарных источников и автотранспорта; качество питьевой воды по микробиологическим и санитарно-химическим показателям, загрязнение почв радиоизотопами и тяжелыми металлами; а также эродированность почв, пестицида нагрузка, количество внесенных минеральных удобрений.

Как показывает проведенное нами исследование за период с 2010 по 2019 гг. в состоянии окружающей среды в РТ наблюдается отрицательная динамика. В 2019 году общее количество выбросов загрязняющих веществ в атмосферный воздух по данным Министерства экологии и природных ресурсов РТ снилось по сравнению с 2010 г. – с 551,2 тыс. тонн до 458,8 тыс. тонн; доля от стационарных источников за аналогичный период увеличилась с 262,8 тыс. тонн до 278,3 тыс. тонн; от автотранспортных средств, принадлежащих предприятиям и организациям увеличилась с 288,4 тыс. тонн. до 377,6 тыс. тонн.



Рисунок 4.2. Динамика выбросов загрязняющих веществ в атмосферный воздух по РТ за период с 2010 по 2019 гг.

Основными отраслями промышленности, загрязняющими атмосферный воздух РТ, являются химическая и нефтехимическая, топливная топливноэнергетическая: проект развития комплекса производств на территории Нижнекамского промышленного узла; Камский инновационный территориально-производственный кластер; особая экономическая зона промышленно - производственного типа "Алабуга"; Электрометаллургический завод "ТатСталь" в Лениногорском муниципальном районе; комплекс по производству метанола, карбамида и аммиака ОАО "Аммоний" на территории промзоны г. Менделеевска.

Доля выбросов предприятий топливной промышленности составила в 2019 г. - 54,9 %, нефтехимической - 29,8%, топливноэнергетической - 15,3%.

На рисунке 4.3, представлены показатели «исследование атмосферного воздуха, неуд. %», который показывает процент неудовлетворительных исследований по годам от 2010 до 2019 в процентах от общего числа исследований в соответствующем году.

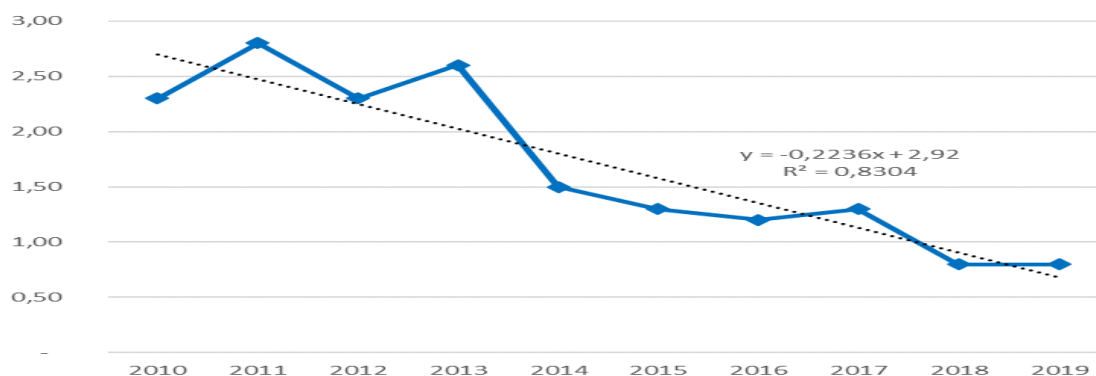


Рисунок 4.3 Показатели исследования атмосферного воздуха в РТ (%)» с 2010 по 2019 гг.

На данном рисунке представлена динамика фактора «исследование атмосферного воздуха, неуд. %» по годам (ломаная линия с маркерами) и линия линейного тренда (пунктирная прямая). Тренд — это модель, описывающая общую тенденцию показателя. Вид модели: $Y = -0,2236X + 2,92$. Здесь Y — значение показателя, X — порядковый номер года (от 1 для 2010 до 10 для 2019). Вертикальная ось (0,50 1,00 1,50 и т.д.) — это числовая ось для Y . R^2 — коэффициент детерминации, показывает насколько модель позволяет описать изменения исходного показателя Y . Значение 0,8304 - «модель линейного тренда позволяет описать около 83% всех изменений показателя «исследование атмосферного воздуха, неуд., %».

Число -0,2236 показывает, что в среднем каждый год значение показателя Y снижается на 0,2236. Число 2,92 соответствует значению модели для $x=0$, то есть в 2009 году по модели должно было бы быть 2,92% неудовлетворительных исследований.

Ранее проеденные исследования показывают, что автотранспорт вносит наибольший вклад в загрязнение атмосферного воздуха Республики Татарстан (Т.В.Жукова,2014; О.Л.Задворова, 2017; Е.А.Тишун, 2017; Г.Э.Улумбекова,2019).

За период с 2002 по 2019 гг. объем выбросов от автотранспорта в РТ увеличился в 2,2 раза (доля суммарного объема выбросов автотранспортов по РТ в 2002 году составила 54,4%, в 2019 году 81 % (рисунок 4.4).

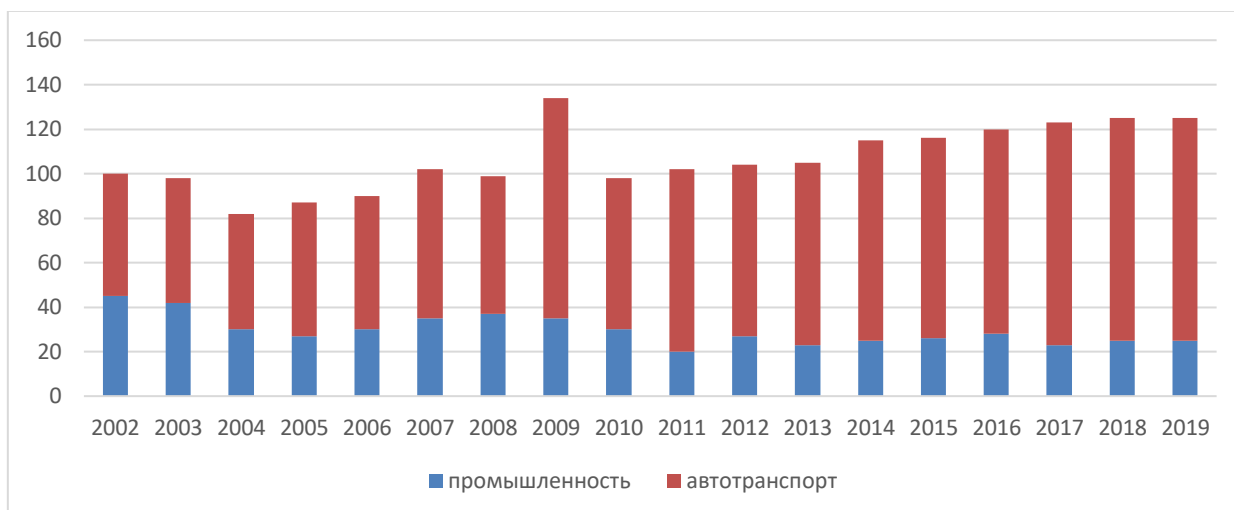


Рисунок 4.4. Анализ динамики выбросов загрязняющих веществ от автотранспорта и стационарных источников в РТ за период 2002 - 2019 гг.

Далее в рамках данного исследования определили комплексный индекс загрязнения атмосферного воздуха за период 2002 - 2019 гг. (далее-КИЗА) (рисунок 4.4).

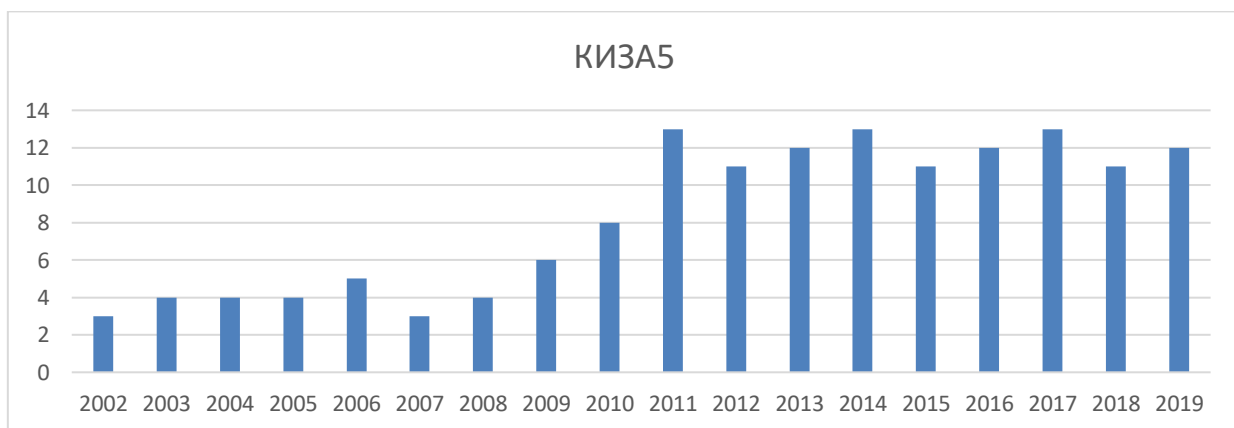


Рисунок 4.5 Динамика индекс загрязнения атмосферы в РТ за период 2002 - 2019 гг.

Результаты исследования показывают, что в 2002 г. уровень суммарного загрязнения атмосферного воздуха в РТ оценивался как допустимый (КИЗА > 3), а а период 2009 г. - 2019 гг. - высокий (КИЗА > 5).

В таблице 4.18 представлены показатели концентрации загрязняющих веществ в атмосферном воздухе на территории РТ.

Таблица 4.18 Показатели концентрации основных загрязняющих веществ в атмосферном воздухе по РТ за период 2002- 2019 гг.

№	Название вещества	ПДК _{СС} , мг/м ³	Категория опасности	Средняя величина многолетней концентрации (M±s)
1	Взвешенные вещества	0,17	3	0,096±0,025
2	Диоксид азота	0,04	2	0,048±0,024
3	Диоксид серы	0,06	3	0,0021±0,0008
4	Бенз(а)пирен	1×10 ⁻⁶	1	2,18×10 ⁻⁶ ±0,58×10 ⁻⁶
5	Формальдегид	0,002	2	0,009±0,0014
6	Оксид азота	0,08	3	0,028±0,018
7	Оксид углерода	3,1	4	2,21±1,05
8	Аммиак	0,03	4	0,024±0,018
9	Фенол	0,004	2	0,0021±0,001

Результаты нашего исследования показали, что в атмосферном воздухе по РТ отмечается превышенное содержание: на 29,7 % бенз(а)пирена; на 21,7 % формальдегидов; на 7,5 % превышено содержание по диоксиду азота и на 8,2 % по оксиду углерода (таблица 4.19).

В таблице 4.19 представлены показатели состояния здоровья населения от загрязнением атмосферного воздуха.

Таблица 4.19 Оценка риска здоровью населения РТ обусловленного загрязнением атмосферного воздуха

№	Вещество	RfC, мг/м ³	HQ	Органы, на которые воздействует
1.	Взвешенные вещества	0,077	2,0	Органы дыхания
2.	Бенз(а)пирен	1,0E-06	2,6	Иммунная система
3.	Сажа	0,05	2,2	Органы дыхания, иммунная система, сердечно-сосудистая система

4.	Формальдегид	0,004	2,4	Иммунная система, органы дыхания, органы зрения
5.	Аммиак	0,1	0,4	Органы дыхания
6.	Оксид углерода	3,0	0,6	Сердечно-сосудистая система, нервная система, органы кроветворения
7.	Диоксид азота	0,04	2,0	Органы дыхания, кровь

Как показано в таблице 4.19 большой вклад в суммарную величину НИ вносят формальдегид, бенз(а)пирен и сажа. Следует отметить, что риск воздействия на органы дыхания оценивается как высокий, риск воздействия на иммунную систему оценивается как средний, что подтверждено ранее проведенными исследованиями (А.В.Таранцева, 2014; Г.Э.Улумбекова, 2018; А.И. Счастливленко, 2018).

Таким образом, главными источниками загрязнения атмосферного воздуха в РТ являются автотранспорт и промышленные предприятия различных отраслей, которые значительно повышает риск возникновения заболеваемости населения РТ. Следует отметить, что основными загрязняющими веществами являются бенз(а)пирен, сажа, диоксид азота, формальдегид и взвешенные частицы.

В рамках данного исследования нами проведен количественная оценка качества питьевой воды в РТ за период с 2010 по 2019 г.г. Данный анализ проведен на основе оценки удельного веса нестандартных проб по санитарно-химическим и микробиологическим показателям.

На рисунке 4.6 представлены показатели анализа исследований качества питьевой воды в РТ за период с 2010 по 2019 г.г.

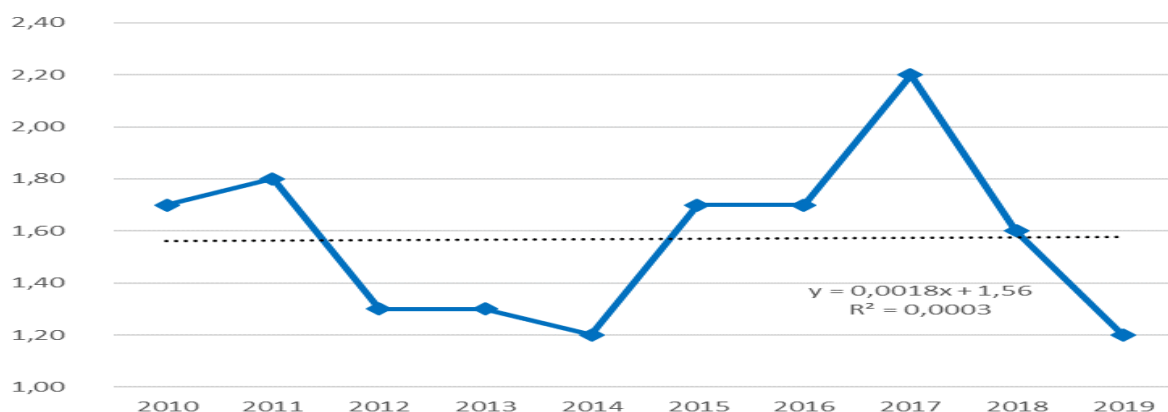


Рисунок 4.6 Показатели исследования качества питьевой воды в РТ (%) за период с 2010 по 2019 г.г.

Данный рисунок 4.6, показывает исследования качества питьевой воды РТ по годам за период с 2010 по 2019 г.г. (ломанная линия) и линейного тренда (пунктирная прямая). По вертикальной оси — это числовая ось для Y (%), по горизонтальной оси — годы. Как видно из рисунка начиная с 2011 г. идет снижение качества питьевой воды с 1,80 и к 2014 г. достигает 1,20 и с 2015 г. наблюдает улучшение качества питьевой воды и к 2017 г. достигает до 2,20. Однако к 2019 г. отмечается ухудшение до 1,20. Тренд — это модель, описывающая общую тенденцию показателя. Вид модели: $Y = -0,0018x + 1,56$. На данном графике Y — значение показателя, X — порядковый номер года (от 1 для 2010 до 10 для 2019). По вертикальной оси — это числовая ось для Y (%), по горизонтальной оси — годы. R^2 — коэффициент детерминации, показывающая насколько модель позволяет описать изменения исходного показателя Y . Число -0,0003 показывает, что в среднем каждый год значение показателя Y снижается на 0,0003.

В таблице 4.20, представлены результаты корреляционной связи качества питьевой воды и заболеваемостью населения РТ.

Таблица 4.20 Анализ корреляционной зависимости между качеством питьевой воды и заболеваемостью населения РТ

Назологии	Состав питьевой воды					
	Сухой остаток	Сульфаты	Хлориды	Жесткость	Железо	Кальций
Болезни эндокринной системы, расстройств а питания и нарушения обмена веществ	0,24	0,41	0,09	-0,1	0,14	0,31
Болезни системы кровообращения	0,2	0,72*	0,52*	0,32	0,12	-0,24
Болезни крови, кроветворных органов	0,19	0,42	0,01	0,07	0,27	0,08
Болезни органов пищеварения	0,32	0,78*	0,08	0,41	0,14	0,54*
Болезни органов дыхания	0,42	-0,05	0,13	0,04	0,59*	0,38
Новообразования	0,60*	0,03	-0,13	0,40	0,03	0,64*

* значение коэффициента корреляции достоверно ($p < 0,05$)

Проведенное нами исследование показало, что сердечно-сосудистые заболевания коррелирует с общей минерализацией и жесткостью питьевой воды и содержанием кальция; новообразования коррелирует с содержанием железа в питьевой воде; болезни костно-мышечной системы коррелируют с общей минерализацией, высокое содержание сульфатов

достоверно влияет на возникновение болезней органов пищеварения (таблица 4.20).

Е.В. Филипов, 2015; О.И. Устинова, 2018; Г. Улумбекова, 2019; В.Л. Сажин, 2019 в своих работах доказали, что почва является одним из важнейших факторов окружающей среды, оказывающих влияние на состояние здоровья населения.

На рисунке 4.7, показана динамика количественная оценка качества почвы за период с 2010 по 2019 гг. проводилась путем изучения показателей загрязнения почвы радиоизотопами и тяжелыми металлами, а также измерением количество внесенных минеральных удобрений, эродированность и пестициду нагрузку почв.

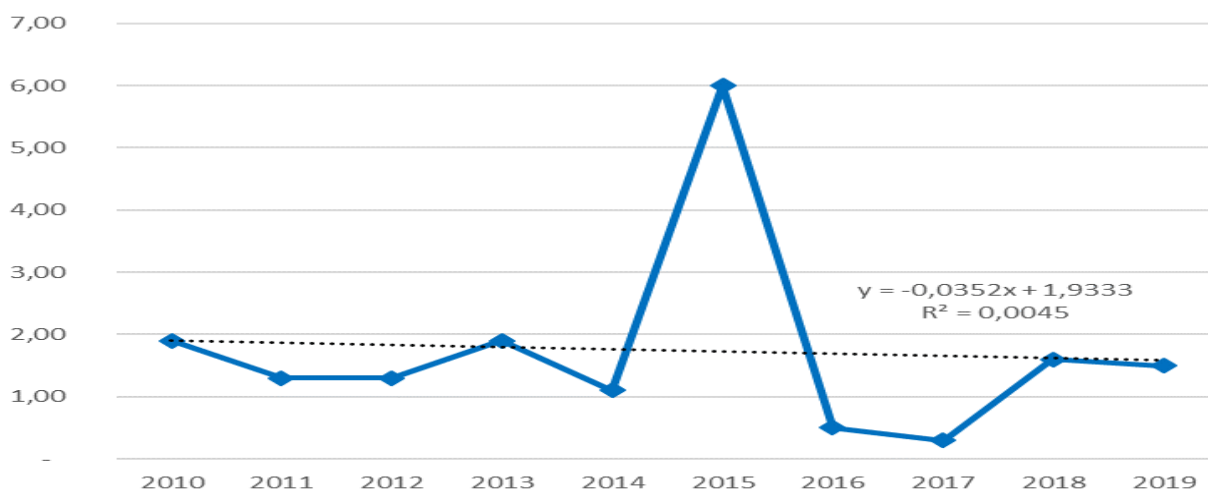


Рисунок 4.7 Показатели динамики количественной оценки загрязнения почвы в РТ (%)» за период с 2010 по 2019 гг.

Данный рисунок 4.7 показывает динамику количественной оценки загрязнения почвы РТ по годам за период с 2010 по 2019 гг. (ломанная линия) и линейного тренда (пунктирная прямая). По вертикальной оси — это числовая ось для Y (%), по горизонтальной оси – годы. Как видно из рисунка наибольшее загрязнение почвы отмечалось в 2015 г. и составило 6,0. К 2017 году наблюдается значительное улучшение качества почвы и уровень загрязнения составил 0,3. Однако к 2019 г. данный показатель равнялся 1,5.

Тренд — это модель, описывающая общую тенденцию показателя. Вид модели: $Y = -0,0352x + 1,9333$. На данном графике Y — значение показателя, X — порядковый номер года (от 1 для 2010 до 10 для 2019). По вертикальной оси — это числовая ось для Y (%), по горизонтальной оси — годы. R^2 — коэффициент детерминации, показывающая насколько модель позволяет описать изменения исходного показателя Y . Число $-0,0045$ показывает, что в среднем каждый год значение показателя Y снижается на $0,0045$.

В рамках данного исследования нами проведен выборочный анализ степени загрязнения почв РТ тяжелыми металлами. С целью изучения степени загрязнения почвы нами были использованы суммарный показатель химического загрязнения (Z_C) и показатели кратности превышения вещества над фоновой величиной (рисунок 4.8).

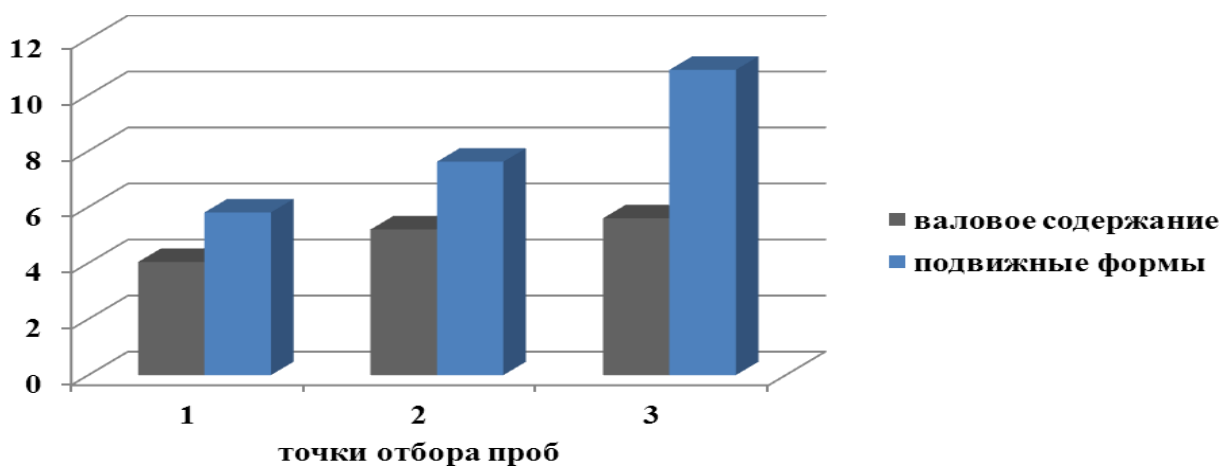


Рисунок 4.8 Загрязнения почвы Республики Татарстан тяжелыми металлами

Согласно проведенному нами исследованию наиболее высокие концентрации тяжелых металлов были обнаружены рядом с автомагистралями и промышленной зоне (таблица 4.13). Нами проводился выборочный анализ степени загрязнения почв Республики Татарстан тяжелыми металлами. Первая проба была взята на территории сельской местности (Рыбно-Слободской район РТ), вторая - на территории города (жилые микрорайоны Нижнекамского района РТ) и территория промышленной зоны

(Нижнекамский район РТ).

Таблица 4.21 Анализ почвы на содержание тяжелых металлов, мг/кг сухой почвы ($M \pm s$)

	Cu	Pb	Ni	Cd	Zn	Mn
	Валовое содержание					
1 (n=20)	30,7±6,2	9,9±2,1	57,1±24,1	0,7±0,1	45,7±5,3	769,7±136,7
2 (n=20)	41,2±6,9	14,7±2,1	77,1±19,8	0,97±0,3	59,3±2,4	868,9±171,8
3 (n=20)	47,8±14,5	16,4±4,1	81,4±27,6	1,4±0,17	56,4±12,4	780,0±169,3
	Подвижные формы					
1 (n=20)	8,7±1,7	3,6±0,8	13,6±4,3	0,3±0,12	7,9±4,3	306,2±45,9
2 (n=20)	10,2±2,4	4,8±2,3	22,8±11,7	0,5±0,1	7,9±5,2	434,5±200,4
3 (n=20)	10,1±6,2	5,2±1,9	18,4±5,7	0,6±0,14	8,8±1,9	406,3±167,4

Как видно из таблицы 4.21, наименьшее содержание тяжелых металлов наблюдается в сельской местности. Тогда как на территории промышленной зоны наблюдается значительное увеличение содержания тяжелых металлов в почве.

Нами был проведен корреляционный и регрессионный анализ влияния количественных факторов окружающей среды на общую заболеваемость, рождаемость, смертность и коэффициент естественного прироста населения РТ.

В рамках данного исследования нами был проведен корреляционный и регрессионный анализ влияния количественных факторов окружающей среды на общую заболеваемость, рождаемость, смертность и коэффициент естественного прироста населения РТ. Анализ осуществлялся с помощью метода ранговой корреляции Спирмена.

Таблица 4.22. Тренды и характеристики роста (снижения) рассматриваемых показателей

Показатель	Уравнение тренда	Коэффициент детерминации R ²	Средний относительный прирост в год по тренду
Естественное движение населения, на 1000 нас	$y=0,63+0,16x$	0,153	10,53%
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет	$y=69,93+0,44x$	0,958	0,61%
Рождаемость, на 1000 нас.	$y=13,69-0,02x$	0,002	-0,13%
Общая заболеваемость, на 1000 нас.	$y=877,61-9,64x$	0,906	-1,17%
Смертность, 1000 нас.	$y=13,06-0,17x$	0,879	-1,44%
Смертность в трудоспособном возрасте, на 100 000 нас.	$y=587,69-17,6x$	0,936	-3,65%
Болезни системы кровообращения, на 1000 нас.	$y=28,03+0,84x$	0,458	2,58%
Новообразования, на 1000 нас.	$y=9,83+0,06x$	0,134	0,61%
Болезни органов дыхания, на 1000 нас.	$y=342,51+1,1x$	0,142	0,31%
Исследование атмосферного воздуха, на 1000 нас.	$y=17170,8+567,18x$	0,098	2,80%
Исследование атмосферного воздуха неуд. (%)	$y=2,92-0,22x$	0,830	-13,23%
Исследование питьевой воды неуд. (%)	$y=12697,67+52,01x$	0,012	0,40%
Коэффициенты естественного прироста населения на 1000 нас.	$y=0,63+0,16x$	0,153	10,53% (%)
Исследование почвы	$y=2618,73+133,94x$	0,455	3,99%
Исследование почвы неуд. (%)	$y=1,93-0,04x$	0,004	-2,02%

На показано в таблице 4.22, что наиболее существенный средний рост в период с 2010 по 2019 годы наблюдаются у показателей «Коэффициенты естественного движения, на 1000 нас.» (10,53%), «Исследование загрязнение почвы» (3,99%). Наиболее существенное среднее снижение в период с 2009 по 2019 гг. наблюдаются у показателей «Исследование атмосферного воздуха

неуд. (%)» (-13,23%) и «Смертность в трудоспособном возрасте, на 100 000 соответствующего возраста)» (-3,65%). В частности, показатель «Исследование атмосферного воздуха неуд. (%)» с каждым годом в среднем снижается на 0,22 и показатель «Смертность в трудоспособном возрасте (на 100 000 соответствующего возраста)» с каждым годом в среднем снижается на 17,6.

Таблица 4.23 Показатели взаимосвязи переменных (коэффициенты корреляции Спирмена)

Показатель	Уровень занятости населения	Исследование атмосферного воздуха	Исследование питьевой воды	Исследование почвы	Исследование почвы неуд. (%)	Численность больничных коек
Рождаемость, на 1000 нас.	0,82**	0,56	0,64	0,64	-0,13	-0,79*
Коэффициенты естественного движения, на 1000 нас.	0,60	0,53	0,8**	0,8**	-0,30	-0,83**
Общая заболеваемость, на 1000 нас.	0,12	-0,60	-0,42	-0,43	0,87*	0,20
Болезни органов дыхания, на 1000 нас.	-0,23	-0,68*	-0,62	-0,53	0,62	0,51

** - статистическая значимость на уровне $p \leq 0,01$

На основании полученных результатов можно сделать вывод о том, что показатель «Коэффициенты естественного прироста населения на 1000 человек населения» статистически значимо коррелирует с факторами «Исследование питьевой воды» ($r_s=0,8$) и «Исследование почвы» ($r_s=0,8$), Как показывают проведенные исследования с ростом загрязнения почвы (%) статистически достоверно возрастает «Общая заболеваемость» (%)» ($r_s=0,87$). Следует отметить, что показатель «Болезни органов дыхания» статистически значимо коррелирует с фактором «Исследование загрязнения атмосферного

воздуха» ($r_s=-0,68$). С ухудшением атмосферного воздуха возрастает количество болезни органов дыхания.

Все эти связи отражают возможное влияние скрытых (латентных) факторов риска на каждый по отдельности показатель. Для выявления этих факторов был проведен факторный анализ (использовался метод главных компонент) для наиболее взаимосвязанных показателей. Результаты факторного анализа окружающей среды и медико-демографическими показателями (матрица факторных нагрузок и проценты общей объясненной дисперсии) представлены в таблице 4.24.

Таблица 4.24. Показатели результатов факторного анализа окружающей среды и медико-демографическими показателями РТ

Показатель	Фактор1	Фактор2
Исследование атмосферного воздуха	0,76	-0,29
Исследование питьевой воды	0,58	-0,66
Исследование почвы	0,51	-0,82
Исследование почвы неуд. (%)	-0,04	0,95
Рождаемость (число родившихся на 1000 человек населения)	0,94	-0,12
Коэффициенты естественного прироста населения на 1000 человек населения	0,95	-0,07
Общая заболеваемость	0,08	0,95
Болезни органов дыхания	-0,25	0,73
% объясненной общей дисперсии	38%	36%

В рамках факторного анализа были выделены два фактора, суммарное влияние которых объясняет около 74% всех изменений исходных показателей. Первый фактор позволяет объяснить 38% общей дисперсии и оказывает существенное положительное влияние на показатели «Исследование атмосферного воздуха», «Рождаемость (число родившихся на 1000 человек населения)», «Коэффициенты естественного прироста населения на 1000 человек населения». Второй фактор позволяет объяснить 36% общей

дисперсии и оказывает существенное положительное влияние на показатели «Исследование почвы неуд. (%)». «Общая заболеваемость», «Болезни органов дыхания» и существенное отрицательное влияние на показатель «Исследование почвы».

В рамках данного исследования нами был проведен регрессионный анализ целевых показателей «Рождаемость», «Общая заболеваемость», «Смертность в трудоспособном возрасте», «Естественного движения населения» и «Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет»

Далее в таблице 4.25, представлены бета-коэффициенты и коэффициенты регрессионной модели для целевого показателя «Общей смертности» и «Исследование атмосферного воздуха»

Таблица 4.25 Структура регрессионной модели для показателя «Общая смертность на 1000 нас.»

Фактор	Бета-коэффициент	Коэффициент регрессии	Уровень R
Константа		0,146	0,2706
Исследование атмосферного воздуха	$4,9 \cdot 10^{-10}$	$7,9 \cdot 10^{-6}$	0,3469

Как показывает проведенное исследование фактор «Исследование атмосферного воздуха» имеет достоверное влияние на целевой показатель «Общая смертность, на 1000 нас.». При увеличении «Загрязнении атмосферного воздуха» на 1 единицу «Общая смертность, на 1000 нас.» увеличивается на $7,9 \cdot 10^{-6}$ единиц соответственно.

Результаты проведенного исследования показывают, что загрязнение атмосферного воздуха достоверно увеличивает риск возникновения онкологических заболеваний. Модель имеет средний уровень качества прогноза ($R^2 = 45\%$).

В таблице 4.26 представлены бета-коэффициенты и коэффициенты регрессионной модели для целевого показателя «Болезни системы кровообращения» для «Исследование атмосферного воздуха неуд. (%)». Как видно из представленной таблицы «Исследование атмосферного воздуха неуд. (%)» на 1 единицу «Болезни системы кровообращения» увеличиваются на 4,84 единиц.

Таблица 4.26. Структура регрессионной модели для показателя «Болезни системы кровообращения»

Фактор	Бета-коэффициент	Коэффициент регрессии	Уровень Р
Константа		2,834	0,0270
Исследование атмосферного воздуха неуд. (%)	-0,643	-6,657	0,0171

Далее в рамках данного исследования нами были изучены коэффициенты и бета-коэффициенты регрессионной модели для целевого показателя «Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (мужчины), лет» для «Загрязнения почвы (%)» (таблица 4.27).

Таблица 4.27 Регрессионная модель для целевого показателя «Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (мужчины), лет»

Фактор	Бета-коэффициент	Коэффициент регрессии	Уровень Р
Константа		1,585	0,0045
Загрязнения почвы (%)	0,864	0,161	0,0683

Фактор «Исследование почвы неуд. (%)» имеют статистически достоверное влияние на целевой показатель «Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (мужчины), лет». Следует отметить, что при увеличении «Исследование почвы неуд. (%)» на одну единицу прогнозные значения

«Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (мужчины), лет» будут в среднем снижаться на 0,02 и 0,06 единиц соответственно.

В таблице 4.28 представлены показатели взаимосвязи «Ожидаемой продолжительности жизни при рождении (мужчин), лет», «Численности населения на одну больничную койку» и «Численность безработных». Результаты исследования показали, что коэффициент детерминации равняется 14%, что свидетельствует о низком прогнозном качестве модели (Уровень $P = 0,0139$).

Таблица 4.28. Показатели взаимосвязи «Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (мужчины), лет», «Численности безработных», «Численности населения на одну больничную койку» и «Загрязнении почвы»

Значимость регрессии	$R^2 = 14,0\%$, Уровень $P = 0,0139$
Формула регрессии	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (мужчины), лет = $1,58 - 0,2 * \text{Численность населения на одну больничную койку} + 0,02 * \text{Численность безработных} + 0,16 * \text{Исследование почвы неурд. (\%)}$

Результаты проведенного нами исследования показывают достоверное влияние «Численность безработных», «Численности населения на одну больничную койку;» и «Загрязнения почвы (%)» на «Ожидаемую продолжительность жизни при рождении». Уровень качества прогноза $R^2 = 14\%$, что соответствует низкому прогнозу.

Далее в рамках нашего исследования был проведен изучение регрессионной модели для целевого показателя «Общая заболеваемость» и «Исследование почвы», бета-коэффициенты и коэффициенты регрессионной модели представлены в таблице 4.29.

Таблица 4.29 Показатели структуры регрессионной модели для целевого показателя «Общая заболеваемость»

Фактор	Бета-коэффициент	Коэффициент регрессии	Уровень Р
Константа		-19,403	0,0036
Исследование почвы	1,003	5,252	0,0003

Как показывает проведенное исследование фактор «Исследование загрязненной почвы» оказывает достоверное отрицательное влияние на фактор «Общая заболеваемость». При увеличении «Загрязненной почвы» на 1 единицу «Общая заболеваемость» увеличивается на 0,02 единиц.

4.4. Оценка здорового образа жизни на примере 7 муниципальных районов РТ

Каждый человек несет ответственность за свое здоровье (Ahmad OB, Bosch-Pinto C, Lopez AD, et al., 2016). Самыми весомыми факторами в сохранении здоровья человека являются поведенческие факторы (нерациональное питание, вредное употребление алкоголя и табакокурение, низкая физическая активность, не приверженность к лекарственной терапии и др.) (Улумбекова Г. Э., Гиноян А.Б., Чабан Е.А., 2001). Непосредственная самооценка здоровья и качества жизни является важным индикатором состояния здоровья населения, дополняя данные медицинских исследований (Аубанова Г. К., Силин А. Н., 2005).

Далее в рамках нашего исследования была проведена оценка здорового образа жизни на 7 районах РТ (Тукаевский, Альметьевский, Нижнекамский, Рыбно-Слободский, Пестречинский, Дрожжановский, Буинский).

В целях изучения состояния здоровья населения нами была разработана специальная карта «Изучения состояния здорового образа жизни среди различных групп населения в РТ», которая состояла из 22 раздела, 91 вопросов и градации. Изучением было охвачено 2346 человек проживающих в РТ как в городах, так и в в сельской местности Республики Татарстан. Возраст

опрошенных составил от 21 года до 74 лет (средний возраст составил 48 лет). Мужчин -665 чел. (28,3%), женщин – 1681 чел. (71,7 %). В таблице 4.30, представлены количество людей, приверженных к здоровому образу жизни среди городских и сельских жителей.

Таблица 4.30 Показатели респондентов людей, приверженных к здоровому образу жизни среди городских и сельских жителей

Возраст, гг.	Общее число респондентов, чел.	В том числе			
		Сельская местность, абс.	%	Город, абс	%
21-30	249	102	41,0	147	59,0
31-40	205	86	41,9	119	58,1
41-50	610	235	38,5	375	61,5
51-60	610	250	35,2	360	50,8
61-70	326	178	54,6	148	45,4
71-80	346	232	67,0	114	33,0
Общий итог	2346	1083	46,2	1263	53,8

Как видно из таблицы 4.30, среди респондентов 46,2 % составили лица из сельской местности и 53,8 % среди городского населения. В возрастной группе от 21 до 30 были охвачены обследованием 41 % сельского, 59 % городского населения; в возрастной группе от 31 до 40 лет этот показатель составил 41,9 % сельского и 58,1 % городского населения соответственно; в возрастной группе от 41 до 50 лет этот показатель составил 38,5 % сельского и 61,5 % городского населения соответственно; в возрастной группе от 51 до 60 лет этот показатель составил 35,2 % сельского и 64,8 городского населения соответственно; в возрастной группе от 61 до 70 лет этот показатель составил 54,6 % сельского и 45,4 % городского населения соответственно; в возрастной

группе от 71 до 80 лет составил 67 % сельского и 33 % городского населения соответственно.

В таблице 4.31, представлены количество людей, приверженных к здоровому образу жизни в зависимости от уровня образования.

Таблица 4.31. Показатели респондентов людей, приверженных к здоровому образу жизни в зависимости от уровня образования

Возраст	Общее число респондентов, абс.	В том числе в зависимости от образования											
		Мужчин (n=665)						Женщин (n=1681)					
		Высшее образование, абс.	%	Среднее образование, абс.	%	Ниже среднего образования, абс.	%	Высшее образование, абс.	%	Среднее образование, абс.	%	Ниже среднего образования, абс.	%
21-30	249	27	10,8	38	15,3	18	7,2	49	19,7	79	31,7	38	15,3
31-40	205	21	10,2	49	23,9	16	7,8	48	23,4	37	18	34	16,6
41-50	610	53	8,7	69	11,3	38	6,2	157	25,7	202	33,2	91	14,9
51-60	610	38	6,2	61	10	39	6,4	191	31,3	192	31,5	89	14,6
61-70	326	31	9,5	49	15	27	8,3	69	21,2	101	31	49	15
71-80	346	14	4	48	13,9	29	8,4	38	11	127	36,7	90	26
Итого	2346	184	7,8	314	13,4	167	7,1	552	23,5	738	31,5	391	16,7

Как видно из таблицы 4.31, среди респондентов 28,4 % мужчин и 71,6% женщин; 32,8 % женщин с высшим образованием и 27,6 % мужчин с высшим образованием. Среди респондентов мужчин 314 (13,4 % от общего числа

респондентов) лица со средним образованием, 167 человек (7,1 % от общего числа респондентов) лица с ниже среднего образованием. Доля мужчин с высшим образованием в возрастной группе от 21 до 30 лет составляет 10,8 %; 10,2 % в возрастной группе от 31 до 40 лет; 8,7 % в возрастной группе от 41 до 50 лет; 6,2 % в возрасте от 51 до 60 лет доля мужчин с высшим образованием; от 61 до 70 лет – 9,5 % и в возрасте от 71 до 80 лет 4 % мужчин с высшим образованием от общего числа респондентов. Если же говорить о мужчинах со средним образованием в возрасте с 21 до 30 лет соответственно 15,3 % от общего числа респондентов людей; в возрастной группе с 31 до 40 лет – 23,9 % от общего числа респондентов; в возрастной группе с 41 до 50 лет - 11,3 % от общего числа респондентов; в возрастной группе от 51 до 60 лет - 10 % от общего числа респондентов; с 61 до 70 лет 15 % и в возрастной группе от 71 до 80 лет - 13,9 % с высшим образованием. Наибольший процент мужчин с образованием ниже среднего составил в возрастной группе от 71 до 80 лет и равнялся 8,4 % соответственно.

Проведенные исследования показывают, что женщин в возрастной группе от 21 до 30 лет лица с высшим образованием составили 19,7 % от общего числа респондентов данной возрастной группы; в возрастной группе от 31 до 40 лет доля женщин с высшим образованием составили 23,4 %; в возрастной группе от 41 до 50 лет 25,7 % от числа респондентов данной возрастной группы; в возрастной группе от 51 до 60 лет данный - 31,3 %; в возрастной группе от 61 до 70 лет 75 - 21,2 % от общего числа респондентов данной возрастной группы и в возрастной группе от 71 до 80 лет - 11 % лиц с высшим образованием. Если же говорить об респондентов женщинах со средним образованием доля в возрасте от 21 до 30 лет соответствовала 31,7 %; в возрастной группе от 31 до 40 лет равнялась 18 % от общего числа респондентов в данной возрастной группе; в возрастной группе от 41 до 50 лет соответствовала 33,2%; в возрастной группе от 51 до 60 лет соответствовала

31,5 %; в возрастной группе от 61 до 70 лет данный показатель равнялся 31 % и в возрастной группе от 71 до 80 лет соответствовала 36,7 % от общего числа респондентов в данной возрастной группе. Наибольший % женщин с «ниже среднего образованием» соответствовал в возрастной группе от 71 до 80 лет и равнялся 26% соответственно.

В таблице 4.32 представлены показатели лиц приверженных к здоровому образу жизни в зависимости от социальной принадлежности.

Таблица 4.32. Показатели респондентов лиц приверженных к здоровому образу жизни в зависимости от социальной принадлежности.

Место проживания	Общее число респондентов, абс.	В том числе							
		Студенты (Учащиеся), абс.	%	Рабочие, абс.	%	Служащие, абс.	%	Пенсионеры, абс.	%
Сельская местность	1083	95	8,8	571	52,7	218	20,1	199	18,4
Город	1263	154	12,2	325	25,7	311	24,6	473	37,5
Итого	2346	249	10,6	896	38,2	529	22,5	672	28,7

Как видно из таблицы 4.32, от общего числа респондентов количество опрошенных студентов (учащихся) в сельской местности составляет 8,8 % и 12,2 % из город. Количество респондентов имеющих рабочие профессии в сельской местности составляет 52,7 % из сельской местности и 25,7 % из города. Количество респондентов «служащих» составили 20,1 % из сельской местности и 24,6 % из города соответственно. Количество пенсионеров из числа респондентов в сельской местности составило 18,4 % и 37,5 % из города соответственно.

В таблице 4.33, представлены показатели респондентов лиц приверженных к здоровому образу жизни в зависимости от уровня дохода.

Таблица 4.33. Показатели респондентов лиц приверженных к здоровому образу жизни в зависимости от уровня дохода в РТ

Место проживания	Общее число респондентов, абс.	Доходы населения					
		Выше прожиточного минимума, абс.	%	На уровне прожиточного минимума, абс.	%	Ниже прожиточного минимума, абс.	%
Сельская местность	1083	693	64	295	27,2	95	8,8
Город	1263	733	58	376	29,8	154	12,2
Общий итог	2346	1426	60,8	671	28,6	249	10,6

Как видно из таблицы 4.33, проведенные исследования показывают, что среди респондентов 64 % от числа респондентов сельских жителей имеют уровень дохода «выше прожиточного минимума», 27,2 % «на уровне прожиточного минимума» и 8,8 % респондентов сельских жителей имеют уровень дохода «ниже прожиточного минимума». Среди респондентов городских жителей имеют уровень дохода «выше прожиточного минимума» 58 %; уровень дохода «на уровне прожиточного минимума» имеют 29,8 % городских жителей и 12,2 % респондентов среди городских жителей имеют уровень дохода «ниже среднего». С целью изучения представлений населения РТ о здоровом образе жизни, в «Карту изучения состояния здорового образа жизни среди различных групп населения в РТ» был включен вопрос «Что включает в себя "здоровый образ жизни"». В таблице 4.34, представлена корреляционная связь между социально-экономическими показателями и понятием респондентов о необходимости обязательного ведения здорового образа жизни. Данные представлены в % от числа респондентов лиц.

Таблица 4.34. Показатели корреляционной связи между социально-экономическими факторами и понятием необходимости обязательного ведения здорового образа жизни, в % от числа респондентов (по критерию хи-квадрат Пирсона)

Факторы	Градации факторов	Данные понятия респондентов лиц о необходимости обязательного ведения здорового образа жизни							
		Занятия спортом, поддержание оптимальной физической формы	Отсутствие вредных привычек (алкоголь, курение, наркотики)	Сбалансированное питание	Соблюдение режима дня	Соблюдение правил личной гигиены	Положительные эмоции	Владение навыками и безопасного поведения	Асимп-значимость
Гендерная принадлежность	Мужчина	83,1	72,7	54,0	57,6	16,1	21,1	5,0	0.000**
	Женщина	91,9	86,5	75,0	48,9	22,1	43,4	9,7	
Образование	Высшее	92,8	83,8	79,0	67,9	29,3	35,8	9,9	0.000**
	Среднее	82,3	72,3	60,8	38,6	16	27	6,8	
	Ниже среднего	63,4	71,6	47,9	37,9	15,9	19,9	4,9	
Возраст	21-30	85	77,1	77,4	39,7	47,4	58,2	2,7	0.000**
	31-40	88,9	74,3	77,5	49,0	47	59,7	4,2	
	41-50	65,3	70,9	74,8	39,9	45,2	31,5	8,6	
	51-60	68,2	68,4	57,1	49,9	48,4	38,7	7,9	
	61-70	65,5	81,1	57,2	59,9	48,3	36,1	9,9	
Местожительство	Сельская местность	62,1	77,4	57,2	58,7	25,1	28,4	4,9	0.000**
	Город	89,9	96,5	74,0	58,9	12,1	63,4	10,8	
Уровень дохода	Ниже прожиточного минимума	60,3	73,6	52,9	59,0	37,2	29,8	29,8	0.000**
	На уровне прожиточного минимума	46,6	70,8	53,6	66,4	48,7	34,7	39,9	

	Выше прожиточного минимума	67,6	75	57,2	49,3	33,7	59,9	59,0	
Социальная принадлежность	Студент(учащийся)	85	77,1	77,4	28,9	47,4	58,2	2,7	0.000**
	Рабочие	78,9	74,3	77,5	78,9	47	59,7	4,2	
	Служащие (в том числе врачи, учителя, соцработники)	88,9	70,9	74,8	79,9	45,2	31,5	8,6	
	Пенсионеры	68,2	68,4	57,1	79,9	48,4	38,7	7,9	

** p < 0.01. * p > 0.05

В результате проведенного обследования было установлено, что мужчин 83,1% мужчин и 91,9 % женщин связывают ЗОЖ поддержанием оптимальной физической формы и занятием спортом; на втором месте -отсутствие вредных привычек (72,7% мужчин и 86,5% женщин); на третьем месте обследованные считают правильное питание (57 % мужчин и 75 % женщин); 21,1% мужчин и 43,4 % женщин –положительные эмоции; 16,1 % мужчин и 22,1% женщин-ЗОЖ связывали с личной гигиеной; 54,6 % мужчин и 48,9 % женщин – соблюдение режима дня; 5 % мужчин и 9,7 % женщин - владением навыками безопасного поведения. Следует отметить, что как для мужчин, так и для женщин ключевым аспектом ведения ЗОЖ является отсутствие вредных привычек и занятия спортом. Однако, женщины почти вдвое чаще связывают

ЗОЖ с получением положительных эмоций, чем мужчины (43,4 % женщин и 21,1 % мужчин).

В таблице 4.35, представлены показатели корреляционной связи между социально-экономическими факторами и пониманием необходимости обязательного ведения здорового образа жизни.

Таблица 4.35. Показатели корреляционной связи между социально-экономическими факторами и приверженностью к здоровому образу жизни, в % от числа опрошенных (по критерию хи-квадрат Пирсона)

Факторы	Градации факторов	Данные респондентов лиц о приверженности к здоровому образу жизни					
		Отсутствие табакокурения	Отсутствие вредного употребления алкоголя	Высокая физическая активность	Рациональное питание	Отсутствие психологических проблем со здоровьем	Значимость
Гендерная принадлежность	Мужчина	51,5	95,8	73,3	66,4	67,8	0.000**
	Женщина	76,3	97,1	59,9	75,3	59,8	
Образование	Высшее	95,3	95,8	91	66,1	52	0.000**
	Среднее	68,4	94,7	87,3	76,5	55,4	
	Ниже среднего	57,9	92,9	77,9	62,8	52,9	
Возраст	21-30	85,8	87	66	83,4	66,8	0.000**
	31-40	75,5	83,5	59,7	58,6	57,8	
	41-50	68,5	81,7	49,6	50,9	55,1	
	51-60	72,1	80,9	29,5	38,6	52,1	
	61-70	75,2	82,9	28,4	26	48,4	
Местожительство	Сельская местность	39,9	51,9	69,9	49,9	57,8	0.000**
	Город	49,9	39,8	79,9	66,9	49,9	
Уровень дохода	Ниже прожиточного минимума	59	76,2	29,5	67,8	13,9	0.000**
	На уровне прожито	65,4	82	38,5	70,4	23,3	

	чного минимума						
	Выше прожиточного минимума	75,8	95,7	50,5	70,7	49,6	
Социальная принадлежность	Студент (учащийся)	59,2	66,4	69,7	67,9	39,9	0.000**
	Рабочие	49,4	69,2	58,5	50,4	39,9	
	Служащие (в том числе врачи, учителя, соцработники)	88,9	72,9	64,8	79,9	49,9	
	Пенсионеры	48,2	38,4	37,1	39,9	38,9	

** $p < 0.01$. * $p > 0.05$

Как видно из таблицы 4.34, и 4.35, исследование связи табакокурения с ответом на вопрос о признаках ЗОЖ, что «обязательным признаком ЗОЖ является отсутствие вредных привычек (табакокурение и вредное употребление алкоголя)». Среди опрошенных 86,5 % женщин (1444 чел.) считают, что ЗОЖ – это «отсутствие вредных привычек (табакокурение и вредное употребление алкоголя)», однако 23,7 % женщин (137 чел.) деле курят. Из 72,7% мужчин (484 чел.), считающих, что «ЗОЖ – это отсутствие вредных привычек (табакокурение и вредное употребление алкоголя)», 4,2 % мужчин курят и 2,8 % злоупотребляют алкоголем.

Результаты исследование взаимосвязи курения с образованием населения представлены в таблице 4.36.

Таблица 4.36 Показатели корреляционной взаимосвязи между уровнем образования и курением, абс.

Пол	Данные респондентов лиц о курении, абс		
	Высшее образование	Среднее образование	Ниже среднего образования
Женщины	32	89	91
Мужчины	79	244	297
Общий итог	112	333	421

Как видно из таблицы №4.36 среди респондентов, которые курят процент людей с высшим образованием составляет 4,7 % (6,1 женщин и 15,2 % мужчин). - статистически достоверные различия не обнаружены ($p=0,82$, $\chi^2=0,05$).

Как показывают результаты проведенного исследования; 8 % выкуривают более одной пачки в день; 36,9 % выкуривают одну пачку в день и 54,9 % выкуривают менее одной пачки в день. Проведенное нами исследование показывает достоверную взаимосвязь между количеством выкуриваем сигарет и полом ($p < 0,001$, $\chi^2=212,2$).

В таблице 4.37, представлены результаты исследования корреляционной связи уровня образования с употреблением алкоголя.

Таблица 4.37 Показатели корреляционной связи уровня образования с употреблением алкоголя, абс.

Пол	Данные респондентов лиц о употреблении алкоголя, абс		
	Высшее образование	Среднее образование	Ниже среднего образования
Женщины	78	112	76
Мужчины	37	257	91
Общий итог	115	369	167

Исследование связи употребления алкоголя с образованием населения показало следующие результаты (таблица 4.38). Среди респондентов, которые употребляют алкоголь процент людей с высшим образованием составляет 4,7

%. Среди респондентов со средним образованием 35,1 % (409 человек) употребляют алкоголь. Среди респондентов с образованием «ниже среднего» 39,7% (167 человек). Однако, связь пола с высшим, средним или ниже среднего образованием среди курящих не обнаружена - статистически достоверные различия не обнаружены ($p=0,82$, $\chi^2=0,05$).

Таким образом, по результатам проведенного нами исследования отмечается достоверная взаимосвязь между наличием вредного употребления алкоголя и полом, наличием образования ($p < 0,001$, $\chi^2=91,18$). Из этого следует, что при планировании компании по формированию ЗОЖ необходимо организовать дифференцированную работу по популяционной профилактике НИЗ и формированию ЗОЖ. Необходимо отметить, что как для женщин, так и для мужчин важно сделать акцент на возможностях обладания здоровьем. Для мужчин необходимо сделать акцент на деловые преимущества (физическая сила, успех в жизни, возможность полноценно заниматься работой, умение постоять за себя); а для женщин - на эмоциональную составляющую ЗОЖ (счастливая семья и взаимоотношения, оложительные эмоции, внешняя привлекательность).

В таблице 4.39, представлены результаты опроса на вопрос ««Если Вы считаете необходимым придерживаться принципов ЗОЖ, что этому мешает?»».

Таблица 4.39. «Если вы считаете необходимым придерживаться принципов ЗОЖ, что этому мешает?», %

Вариант ответа	Всего	Женщины	Мужчины
Отсутствие времени	37,2	36,9	47,1
Материальные трудности	8,6	13,4	4,9
Отсутствие необходимого упорства, настойчивости и воли	72,1	79,1	67,5

Как показывает проведенное нами исследование 79,1% женщин и 67,5 % мужчин считают главным препятствием к ведению ЗОЖ «отсутствие настойчивости, необходимого упорства и воли»; «недостаток времени» мешает 36,9 % женщин и 47,1% мужчин и «материальные трудности» как преграду приверженности к ЗОЖ отмечают 13,4 % женщин и 4,9 % мужчин ($p < 0,001$, $\chi^2=51,52$).

Таким образом, мужчины и женщины связывают отсутствие приверженности к ЗОЖ непосредственно с личностными характеристиками. Считаем необходимым отметить, что «материальные трудности», как показало исследование не так уж важны для исследуемой группы населения. Правильно организованная работа в направлении повышения среди населения веры в себя относительно возможностей приверженности к ЗОЖ могут значительно повысить настойчивость, упорство и волю.

В рамках данного исследования нами был проведен анализ наличия заболеваний среди опрошенных респондентов (таблица 5.10). Следует отметить, что всего у числа опрошенных мужчин у женщин у 32,29 % наблюдается ССЗ, 32,25 % заболевания опорно-двигательного аппарата, 25,72 % СД. Следует отметить, что среди опрошенных женщин у 31,69 % наблюдаются ССЗ, у 36,7 % заболевания опорно-двигательного аппарата, 17,75 % заболевания ЖКТ, 10,45 % СД. Для мужчин же характерно наличие ССЗ у 33,91 %, заболевания опорно-двигательного аппарата 20,4 %, заболевания ЖКТ 25,7 % и СД у 4,6 % мужчин (таблица 4.40).

Таблица 4.40. «Есть ли у вас какие-либо из перечисленных заболеваний?», %

	Сердечно-сосудистые заболевания	Заболевания опорно-двигательного аппарата	Заболевания желудочно-кишечного тракта	Сахарный диабет	Всего имеющих заболевания

Женщины, чел.	582	675	326	192	1775
Женщины, % от числа женщин	31,69%	36,74%	17,75%	10,45%	96,62%
Мужчины, чел	236	142	179	32	589
Мужчины в % от числа мужчин	33,91%	20,4%	25,72%	4,6%	84,63%
Всего, чел.	818	817	505	224	2364
Всего, % от числа опрошенных	32,29%	32,25%	19,94%	8,84%	93,33%

Нами было проведено исследование взаимосвязи заболеваний и регулярным занятием физической культуры и спортом.

Таблица 4.41. Показателя корреляционной связи между наличия сердечно-сосудистые заболевания и регулярным занятием физической культуры и спортом, абс.

Пол	Количество по полю регулярно (2-3 раза в неделю)	Сердечно-сосудистые заболевания
Женщины	126	284
Мужчины	29	93
Общий итог	155	377

Как видно из таблицы 4.41, из 818 респондентов, у которых есть сердечно-сосудистые заболевания, регулярно (2-3 раза в неделю) занимаются физической активностью и спортом 155 человек (18,95% от всех лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями): 126 женщин (21,65% от числа женщин с сердечнососудистыми заболеваниями, таких у нас 582 чел.) и 29 мужчин (12,29% от числа мужчин с сердечно-сосудистыми заболеваниями, таких у нас 236 чел.). Как показывает проведенное исследование регулярное занятие физической культурой и спортом достоверно влияют на возникновение ССЗ ($p=0,023$, $\chi^2=2,97$).

В таблице 4.42 представлен показатели корреляционной связи между опорно - двигательными заболеваниями и регулярным занятием физической культурой и спортом. Из числа респондентов лиц с заболеваниями опорно-двигательного аппарата (таких всего 817 человек) регулярно спортом занимаются 110 человек (13,46% от общего количества людей с опорно-двигательными заболеваниями): 93 женщины (13,78% от числа женщин с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, таких у нас 675 чел.) и 17 мужчин (11,98% от числа мужчин с опорно-двигательными заболеваниями - 142 чел.).

Таблица 4.42. Показатели корреляционной связи между наличия заболеваний опорно-двигательного аппарата и регулярным занятием физической культуры и спортом, абс.

Пол	Регулярно (2-3 раза в неделю)	Заболевания опорно- двигательного аппарата
Женщины	93	317
Мужчины	17	105
Общий итог	110	422

Из числа респондентов лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (505 человек) регулярно спортом занимаются 93 человека (18,42% от числа лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта): 62 женщины (19,02% от числа женщин с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, таких у нас 326 чел.) и 31 мужчина (17,32% от числа мужчин с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, таких у нас 179 человек) (таблица 4.43).

Таблица 4.43. Показатели корреляционной связи между наличием заболеваний желудочно-кишечного тракта и регулярным занятием физической культуры и спортом, абс.

Пол	Регулярно (2-3 раза в неделю)	Заболевания желудочно- кишечного тракта
Женщины	62	348
Мужчины	31	91

Общий итог	93	439
------------	----	-----

Как видно из таблицы 4.44 из числа респондентов лиц с сахарным диабетом (224 человек) регулярно спортом занимаются 51 чел. (22,77% от числа лиц с сахарным диабетом): 45 женщин (23,44% от числа женщин с сахарным диабетом, таких у нас 192 чел.) и 6 мужчин (18,75% от числа мужчин с сахарным диабетом, таких у нас 32 чел.).

Таблица 4.45. Показатели корреляционной связи между наличием заболеваний желудочно-кишечного тракта и регулярным занятием физической культуры и спортом, абс

Пол	Регулярно (2-3 раза в неделю)	Сахарный диабет
Женщины	45	365
Мужчины	6	116
Общий итог	51	481

В рамках данного исследования нами проведен анализ приверженности населения к физической активности, спорта, а также правильному режиму и питанию и наличию заболеваний.

Проведенное исследование показало, что лиц, приверженных правильному питанию в группе имеющих ССЗ - 19,5 % и 17,4 % в группе не имеющих ССЗ. Результаты исследования показали, что среди лиц с ССЗ не приверженных к рациональному питанию равнялся 19%, тогда как среди людей без ССЗ не приверженных здоровому питанию - 17,3 %. Результаты исследования показали достоверную связь между приверженностью здоровому питанию и наличием ССЗ ($p=0,044$, $\chi^2=1,62$).

Результаты проведенного нами исследования показывают, что не рациональное питание достоверно влияет на возникновение желудочно-кишечные заболевания достоверную связь между правильным питанием Как

показывают проведенное нами исследование у 7,6% респондентов, которые не придерживаются рационального питания отмечаются желудочно-кишечные заболевания. Таким образом, наблюдается достоверная сосуществует явная связь между правильным питанием и наличием ЖКТ ($p < 0,01$, $\chi^2 = 19,24$).

В рамках данного исследования нами проведен анализ подверженности стрессам, анализ основных стресс генных факторов, а также анализ взаимосвязи правильного питания и подверженности стрессам (таблица 4.46).

Таблица 4.46. «Часто ли Вы подвержены стрессам?», %

Вариант ответа	Всего	Женщины	Мужчины
Да	21,7	26,5	9,5
Время от времени	64,8	64,2	66,3
Нет	13,6	9,3	24,2

Как показывает проведенный нами исследование 13,6% - «не подвержены стрессам»; 21,7% респондентов «достаточно часто подвержены стрессам»; 64,8% – подвержены стрессам «время от времени». Следует отметить, что из респондентов мужчин 9,5% и 26,5% женщин «подвержены стрессам». Таким образом, результаты исследования показывают, что женщины в три раза чаще подвержены стрессам. Что подтвердило нашу гипотезу о подверженности полу в зависимости от пола ($p < 0,01$, $\chi^2 = 141,66$).

49,1 % респондентов отметили причиной возникновения стресса «финансовые трудности»; 34,6 % респондентов причиной возникновения стресса отметили «трудности в семье»; 22,1 % - «трудности в коллективе»; 10,1 % респондентов отметили, что «одиночество» основная причина, которая может вызвать у них стресс. Следует отметить, что на данный вопрос было предложено три варианта ответа. Среди респондентов женщин факторы, которые могли у них вызвать стресс расположились следующим образом: 48,9

% - «финансовые трудности»; 38,4 % «трудности в семье»; 19,9 % «трудности в коллективе»; 12,3 % «одиночество». У мужчин распределение немного другое: 49,5 % «финансовые трудности»; 27,7 % - «трудности в коллективе»; 22,3 % «трудности в семье». Таким образом, результаты проведенного нашего исследования показывают, что главной причиной возникновения стресса является «финансовые трудности». Однако, следует отметить, что женщины, помимо того, что в три раза более подвержены стрессам, большое значение придают благополучию в семье и чувству одиночества ($p < 0,01$, $\chi^2=76,22$).

Как показывают результаты нашего исследования среди респондентов, которые регулярно занимаются физической активностью и спортом - 19,7 % «подвержены стрессу». А среди респондентов, которые регулярно не занимается физической активностью и спортом 29,7 % подверженных стрессу ($p < 0,01$, $\chi^2=67,65$). Данные подтверждают предположение о том, что регулярное занятие физической активностью и спортом являются хорошей профилактикой стресса.

Проведенное нами исследование показало, на вопрос «Как часто вы посещаете врача?» что 61,3 % женщин и 57,7 % мужчин ответили, что ежегодно проходят медицинский осмотр; 9,9 % респондентов «посещают врача ежемесячно» (12,3 % женщин и 3,76% мужчин). Таким образом, в три раза больше женщины «посещают врача ежемесячно», а в остальном процент мужчин и женщин примерно одинаков ($p < 0,01$, $\chi^2=35,63$).

В таблице 4.47 приводятся количества респондентов лиц, имеющих хронические неинфекционные заболевания.

Таблица 4.47. Показатели наличия хронических неинфекционных заболеваний

	ССЗ	Заболевания опорно-двигательного аппарата	Заболевания желудочно-кишечного тракта	СД	ССЗ+СД (сочетанная патология)

Женщины, чел.	85	184	56	36	20
% от общего числа женщин	5,1	10,9	3,3	2,1	0,9
Мужчины, чел.	28	40	36	6	2
% от общего числа мужчин	4,2	6,0	05,4	0,90	0,008
Всего, чел.	113	224	92	42	22
% от общего числа опрошенных	4,8	9,5	3,9	1,8	0,9

Как видно в таблице 4.47, из числа 113 респондентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями 34,5 % «регулярно занимаются физической культурой и спортом»; 38,1 % - «иногда занимаются спортом» и 27,4 % «не занимаются спортом». Следует отметить, что только 19,5 % обследованные из числа лиц, имеющих ССЗ, «регулярно придерживаются правильного питания»; 61,9 % - «посещают врача ежемесячно» и 98,6 % «регулярно принимают лекарственные средства»; 12,4 % - «курят» и 0,9 % «регулярно употребляют алкоголь» (но не ежедневно). Лиц, «ежедневно употребляющих алкоголь», по данным опроса не зарегистрировано.

Из числа респондентов лиц с заболеваниями опорно-двигательного аппарата 76,7 % «регулярно занимаются физической культурой и спортом»: 75,8 % женщин и 62,5 % мужчин.

Из числа респондентов лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (таких всего 92 чел., 56 женщин и 36 мужчин) 66,3 % «регулярно занимаются физической культурой и спортом»; 39,1 % «курят» и 50 % «регулярно (2-3 раза в неделю) употребляют алкоголь» (но ежедневно

употребляющих алкоголь не зарегистрировано); 10,9 % «придерживаются павильонного питания»; 16,3 % «ежемесячно посещают врача» и 18,5 % «регулярно принимают препараты».

Из числа респондентов лиц с СД (42 чел.) 100 % респондентов «регулярно принимают препараты» и «ежемесячно посещают врача»; 80,9 % «придерживаются правильного питания»; 61,9 % «занимаются физической культурой и спортом».

Результаты исследования показали, что число респондентов с сочетанной патологией ССЗ + СД, которых всего зарегистрировано 22 человека, из них 100 % респондентов «ежемесячно посещают врача» и 100 % «регулярно принимают препараты» 100%; 9,1 % «регулярно занимаются физической культурой и спортом»; 4,5 % «курят»; «ежедневно употребляющих алкоголь» не зарегистрировано.

Ранее проведенные исследования показывают, что для разных социальных групп соблюдение здорового образа жизни имеет разное понимание (В.З. Кучеренко, 2015; Ю.П. Лисицын, 2017; О.П. Щепин, 2017; В.И. Стародубов, 2018). Нами выявлены следующие закономерности:

Гендер: среди респондентов мужчин и женщин отмечается различия между представлениями о ЗОЖ: для 54 % мужчин и 75 % женщин ЗОЖ – это рациональное питание; 21 % мужчин и 43,1 % женщин считают, что ЗОЖ – это положительные эмоции. Среди обследованных 23,7 % женщин и 48,5 % мужчин курят; у 2,9 % женщин и 4,2 % мужчин отмечалось вредное употребление алкоголя; меньше злоупотребляют алкоголем (2,9% женщин и 4,2 % мужчин). Полученные нами данные коррелируют с результатами ранее проведенных исследований (Г.М. Гайдаров, 2019; А.М. Калинина, 2019; В.О. Щепин, 2020). Следует отметить, что среди мужчин 73,3 % ведут более подвижный образ жизни, тогда как 67,8 % считают себя «психологически здоровыми». Женщины более привержены к здоровому питанию, чем

мужчины ($p \ll 0,001$, $\chi^2=321,88$). Самым распространенным видом спорта «лыжи» - 22,2 %. На втором месте плавание - 24,0% людей; 7,3 % занимаются кардионагрузками. Следует отметить, что 91,9% респондентов женщин считают занятия физической активностью и спортом основой ведения ЗОЖ, однако среди них только 59,9 % 2-3 раза в неделю занимаются физической культурой и спортом. 83,1 % мужчин считают занятия спортом обязательным признаком ЗОЖ, но только 73,3 % из них регулярно занимаются физической культурой и спортом.

Уровень образования: как показывают результаты проведенного исследования показывают достоверную связь между уровнем образования и приверженностью к здоровому образу жизни: чем выше уровень образования, тем более привержены к здоровому образу жизни. Обследованные лица с высшим образованием шире тематизируют понятие "ЗОЖ": 4,7 % респондентов людей курят (6,1 % из числа респондентов женщин и 15,2 % респондентов мужчин); 31,6 % обследованных со средним образованием курят; 42,1 % с образованием ниже среднего курят. Однако, связь пола с высшим, средним или ниже среднего образованием среди курящих статистически достоверные различия не обнаружены ($p=0,82$, $\chi^2=0,05$).

Возраст: результаты нашего исследования показывают, что только 68,4% респондентов в возрасте от 51 до 60 лет считают, что фундамент ЗОЖ - отсутствие вредных привычек (вредное употребление алкоголя и табакокурение): 5% курят и 31,5% злоупотребляют алкоголем. Следует отметить, что среди респондентов в возрасте от 21 до 30 лет курят -14,2% и злоупотребляют алкоголем 13%; 66,8 % чувствуют себя психологически здоровыми 66,8%; 66 % физически активными.

Материальное положение: результаты проведенного исследования показали достоверную корреляцию между материальным благополучием и поведенческими факторами (вредное употребление алкоголя, табакокурение,

физическая активность, рациональное питание). Среди респондентов с доходом «выше прожиточного минимума» 4,3 % злоупотреблению алкоголем; 24,2 % подтверждены табакокурению; 49,6 % придерживаются здорового питания и 50,5 % соблюдают высокую физическую активность. Результаты нашего исследования подтверждают ранее проведенные исследования зарубежных ученых и российских ученых (О.П. Щепиным, 2017; Л.Е. Сырцовой, 2017; И.С. Глазуновым, 2017; Т.А.Яковлевой, 2018; Г.Я.Масляековой и Р.Г. Огановым, 2018; Г.М. Гайдаровым, 2019; А.М. Калининой, 2019; В.О. Щепиным, 2020).

4.5. Количественная оценка воздействия ключевых факторов на ОПЖ в РТ и условия достижения целевого ОПЖ в РТ. С помощью эконометрического моделирования по методике, принятой в работе Г.Э. Улумбековой и А.Б. Гинойна (2019 г.), были определены главные факторы, влияющие на состояние здоровья населения 32 регионах Центрального и Приволжского федеральных округов в период 2011-2018 гг., и дана количественная оценка их воздействия на ОПЖ. Это три главных фактора : ВРП на душу населения, подушевые ГРЗ и потребление крепких алкогольных напитков на душу населения. Уравнение регрессии, которое оценивало влияния выбранных переменных на ОПЖ при рождении, имеет следующий вид:

$$\log(\text{ОПЖ})_{it} = \beta_0 + \beta_1 \log(\text{ВРП})_{it} + \beta_2 \log(\text{ГРЗ})_{it} + \beta_3 \log(\text{АЛК})_{it} + \mu_i + \varepsilon_{it},$$

где μ_i — фиксированный эффект конкретного региона, а ε_{it} — остаточный член. Результаты оценки уравнения регрессии представлены в табл. 5.

Таблица 4.48. Количественная оценка влияния на ОПЖ при рождении основных факторов, влияющих на состояние здоровья населения, 2011-2018 гг.

Зависимая переменная: ОПЖ при рождении	
Независимые переменные	МНК (ФЭ)
Валовой региональный продукт на душу населения	0,046*** (0,012)
Госрасходы на здравоохранение на душу населения	0,022*** (0,004)
Потребление крепких алкогольных напитков на душу населения	-0,026*** (0,003)
Постоянная	3,657*** (0,057)
Коэффициент детерминации (R^2)	0,90
Число наблюдений	256

Коэффициенты эластичности всех независимых переменных являются статистически значимыми когда коэффициент детерминации равен 0,90 (90%) и на 1%-ом уровне, что свидетельствует о том, что зависимая переменная (ОПЖ) довольно точно описывается построенной моделью. Из этой таблицы следует, что в РТ главный фактор, определяющий ОПЖ, это социально-экономические условия – 49%, образ жизни (потребление алкогольных напитков) – 28%, а государственные расходы на здравоохранение – 23 %. При тестировании методики также было исследовано воздействие на ОПЖ фактора окружающей среды, однако значимой зависимости на данном массиве данных выявлено не было, что совпадает с оценкой невысокой доли их влияния в других работах (8%, Global Burden of Disease Study 2019). Воздействие отдельных факторов окружающей среды на показатели здоровья населения РТ изучены в подразделе 3 данной главы.

На основе полученных результатов далее были построены сценарные условия для прогнозирования ОПЖ при рождении в РТ до 2030 г. и

определены условия, при реализации которых можно достичь значения ОПЖ равного 79 лет. В качестве базовых условий¹ было предположено то, что значение потребления крепких алкогольных напитков на душу населения в РТ будет снижаться по функции экспоненциального роста, что соответствует снижению этого показателя на 45% к 2030 г., а темп прироста ВРП на душу населения в период 2022-2030 гг. составит 3%. На основании указанных выше базовых условиях были построены три сценария в зависимости от изменения показателя ГРЗ на душу населения в период 2022-2030 гг. (рис. 8):

ГРЗ остаются на уровне 2019 г.;

ежегодный темп прироста ГРЗ — 5%;

ежегодный темп прироста ГРЗ — 10%.

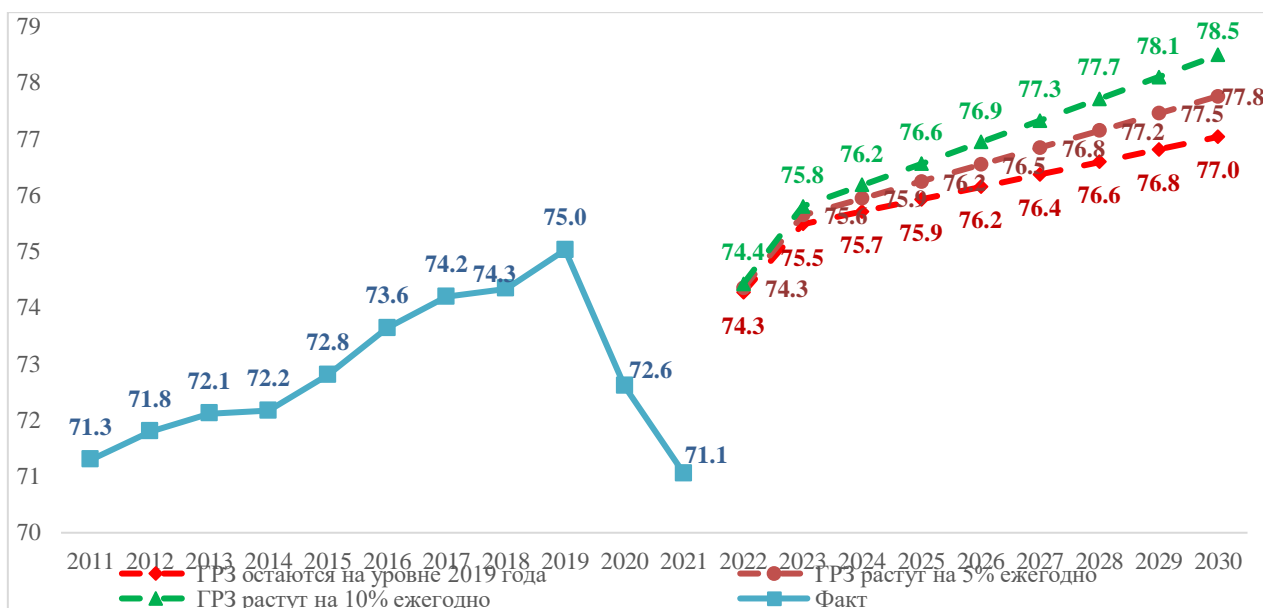


Рис. 4.9. Динамика ОПЖ и его прогнозные значения в РТ по трем сценарным условиям до 2030 г.

Результаты расчетов по трем сценарным условиям представлены на рис. 4.9. Для достижения целевых показателей ОПЖ (79 годам к 2030 г.), наряду мер по формированию у населения здорового образа жизни, необходимо

Примечание. Данные за 2021 г. оценка ВШОУЗ. Источник: Федеральная служба государственной статистики и расчёты авторов.

ежегодно увеличивать ГРЗ на душу населения примерно на 10% (в постоянных ценах).

Исходя из проведенного в этой главе анализа можно сделать вывод, что в РТ для увеличения ОПЖ необходимо воздействовать на комплекс факторов: улучшение социально-экономических условий, снижение потребления алкоголя, увеличение государственного финансирования здравоохранения, соответственно повышение доступности бесплатной медицинской помощи, а также снижения вредного воздействия факторов окружающей среды. Более лучшие медико-демографические показатели населения РТ по сравнению с РФ, могут быть объяснены более высокими ВРП в РТ (на 9,8 % выше, чем в РФ), более высокой занятостью населения (на 2,7 % выше, чем в РФ), ведением населением более здорового образа жизни (распространенность вредного употребления алкоголя на 4,2 % ниже), а также отдельными мерами по повышению доступности специализированной медицинской помощи на республиканском уровне. В РТ для достижения в ОПЖ равного 79 лет к 2030 г. при условии роста реальных доходов населения (на 3% в год), и снижения потребления алкоголя к 2030 г. (на 45%), увеличение государственных расходов на здравоохранение должно составлять 10% ежегодно в постоянных ценах.

4.6. Заключение по главе.

Анализ мирового опыта по оценке влияния различных факторов на показатели здоровья населения на популяционном уровне показывает, что здоровье населения определяется социально-экономическими факторами, образом жизни, состоянием окружающей среды, доступностью и качеством медицинской помощи, которая напрямую зависит от уровня финансирования и эффективности работы системы здравоохранения (Г.Э.Улумбекова. Здравоохранение России. Что делать? 3-е издание. С. 415).

Как показывает проведенное исследование за период с 2014 по 2019 гг. наблюдается улучшение социально-экономических показателей РТ (ВРП на душу населения, ввод жилья, заработная плата). В 2014 г. ВРП на душу населения в РТ был на 6,6 % выше, чем в РФ в среднем (соответственно, 431,9 и 405,1 тыс. руб.). Далее в РТ ВРП вырос на 36% в текущих ценах и на 3,7% в реальных ценах, что выше, чем в среднем по РФ (3,3%). В результате в 2019 г. в РТ ВРП в расчете на душу населения стал выше на 11 % выше, чем в РФ в среднем (соответственно 716,7 и 645,9 тыс. рублей). В РТ по итогам 2019 г. только 4,2% от численности трудоспособного населения не имели занятости (в РФ – 6,2 %). С 2014 по 2019 гг. средняя заработная плата в РТ увеличилась на 24,4%, а в реальных ценах – на 3,1% (в РФ - на 2,9%), в результате в 2019 г. она стала на уровне РФ (соответственно 35,3 тыс. и 35,7 тыс. руб.). По итогам 2018 г. в РТ был зарегистрирован уровень бедности - 7% при общероссийском -12,6%.

Таким образом, в РТ более высокий уровень ВРП, а также показателей занятости по сравнению с РФ, могли сказаться на лучших показателях здоровья в республике.

В результате за исследуемый период выявлено, что в РТ сократились: на 22% - коечным фондом стационаров (в РФ- 17,3 %); врачами - на 2,5 % (в РФ- 2,9 %). При этом обеспеченность средними медицинскими работниками сократилась на 12,5 % (в РФ – 3,9 %) Объемы помощи сократились: число вызовов СМП - на 4,1% (в РФ на 6%); число посещений АПУ - на 6% (в РФ - на 8%), число случаев госпитализаций, даже несмотря на увеличение оборота койки, - на 11% (в РФ - на 11%).

Государственные расходы на здравоохранение (которые напрямую определяют обеспеченность системы здравоохранения медицинскими кадрами и стационарными койками и объемы бесплатной медицинской помощи) весь изучаемый период в РТ на душу населения были ниже, чем в

РФ: в 2014 г. - на 22,7 % (соответственно 11,9 и 14,6 тыс. руб. на душу), в 2019 г. - на 28 % ниже (соответственно 18,0 и 25,1 тыс. руб.). Всего с 2012 по 2019 г. эти расходы в РТ увеличились на 64% в текущих ценах, однако в постоянных ценах (2012 г.=100%) только на 6%. Для сравнения, в РФ за аналогичный период в текущих ценах они выросли на 66 %, в ПФО – на 46%, рис. 8.

Также в рамках исследования была изучена удовлетворенность населения РТ доступностью и качеством оказания медицинской помощи путем социологического опроса граждан в 2014, 2017 и 2019 гг. среди населения старше 18 лет, получавших медицинскую помощь в медицинских организациях: республиканского значения, в городских поликлиниках, в ЦРБ и по СМП. В выборочном анкетировании учувствовали: 710 человек – в 2014 г., 1083 человек – в 2017 г., 1097 человек – в 2019 г. Для данного исследования нами была разработана карта «Изучения удовлетворенности населения доступностью и качеством организации и оказания медицинской помощью» из 14 вопросов. Выявлено, что с 2014 по 2020 г. доля удовлетворенных в медицинских организациях республиканского уровня выросла на 9% (в 2019 г. составила 86%); в ЦРБ – на 8% (в 2019 г. - 82%), в условиях городских АПУ – на 11% (в 2019 г. – 72%), СМП – на 11 % (в 2019 г. – 82,7 %).

Следует отметить, что в период с 2014 по 2019 г. в РТ, несмотря на указанные сокращения всех мощностей и незначительный рост государственного финансирования системы здравоохранения, происходило строительство и значительное обновление инфраструктуры медицинских организаций республиканского значения, а также повышение качества диагностической и лечебной работы в них. Эти меры позволяют частично объяснить рост удовлетворенности населения доступностью и качеством медицинской помощи. Высокие показатели удовлетворенности населения здравоохранением говорят также о высокой лояльности населения к

здравоохранению. Однако, объективно видно, что доля удовлетворенных доступностью помощи в амбулаторных условиях значительно ниже, чем в условиях круглосуточного стационара.

Как показывает проведенное нами исследование за период с 2010 по 2019 гг. в состоянии окружающей среды в РТ наблюдается положительная динамика. за период 2009 -2019 г. все изучаемые показатели улучшились: состояние на атмосферного воздуха – на 21,7%; качество питьевой воды – на 41 %; и почвы – на 10,5 %. В 2019 году общее количество выбросов загрязняющих веществ в атмосферный воздух по данным Министерства экологии и природных ресурсов РТ снилось по сравнению с 2010 г. – с 551,2 тыс.тонн до 458,8 тыс.тонн; доля от стационарных источников за аналогичный период увеличилась с 262,8 тыс. тонн до 278,3 тыс.тонн; от автотранспортных средств, принадлежащих предприятиям и организациям увеличилась с 288,4 тыс. тонн. до 377,6 тыс.тонн.

Мы также изучили методом ранговой корреляции Спирмена количественное влияние факторов окружающей среды на смертность и заболеваемость в РТ. Было выявлено, что загрязнение почвы статистически достоверно увеличивает общую заболеваемость ($r_s=0,87$) и снижает ОПЖ мужчин (при увеличении неудовлетворительных проб почвы на 1 единицу ОПЖ снижается на 0,06 единиц). Загрязнение атмосферного воздуха увеличивает заболеваемость органами дыхания ($r_s=-0,68$) и риск возникновения онкологических заболеваний ($R^2 = 45\%$), а также увеличивает ОКС (загрязнение атмосферного воздуха на 1 единицу увеличивает ОКС на $7,9 \cdot 10^{-6}$ единиц).

Результаты «Изучения образа жизни» в 7 муниципальных районов РТ показали, что распространенность курения составляет 36,1% среди взрослого населения, вредного употребления алкоголя - 3,6% (2-3 раза в неделю и чаще), приверженных к занятию спортом и физической активности - 45%. Тогда как в РФ (данные Росстата, 2019 г.) распространенность курения

среди жителей в среднем составляет – 24,2%, вредного употребления алкоголя – 11,4%, приверженных к спорту и физической активности – 14,5%. Более лучшие показатели приверженности населения к ЗОЖ в РТ, чем в РФ, объясняют лучшие показатели здоровья населения республики.

Количественная оценка воздействия ключевых факторов на ОПЖ в РТ и условия достижения целевого ОПЖ показала, что В РТ для достижения в ОПЖ равного 79 лет к 2030 г. при условии роста реальных доходов населения (на 3% в год), и снижения потребления алкоголя к 2030 г. (на 45%), увеличение государственных расходов на здравоохранение должно составлять 10% ежегодно в постоянных ценах.

ГЛАВА 5. НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ МЕЖВЕДОМСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ И КОМПЛЕКСНОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ НА ДРУГИЕ ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ЗДОРОВЬЕ И ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ НАСЕЛЕНИЯ РТ

В пятой главе дано описание сформированной нами Комплексной межведомственной программы по сочетанному воздействию на факторы, определяющие медико-демографические показатели населения РТ (далее - Комплексная межведомственная программа). Основные блоки программы представлены на рисунок 5.1. В разработке блоков программы и их реализации на практике наряду с нами принимали участие уполномоченные лица, ответственные за охрану здоровья населения РТ.

В основу создания Комплексной межведомственной программы были заложены полученные нами данные о факторах и степени их влияния на основные демографические показатели и показатели здоровья населения РТ.

Принципы формирования и основные блоки программы.

В предыдущих главах были проанализированы медико-демографические показатели здоровья, изучены влияния социально-экономических, поведенческих факторов, образа жизни, окружающей среды и деятельности системы здравоохранения на здоровье населения. В рамках данного исследования была дана оценка состоянию здоровья и образа жизни среди различных групп населения РТ. Дано научное обоснование мероприятий по созданию межведомственной программы по формированию здорового образа жизни в целях повышения здоровья и качества жизни населения. В основу создания Комплексной межведомственной программы по здоровому образу жизни в РТ были заложены полученные нами данные о демографической, социально-экономической ситуации, состоянии окружающей среды, деятельности здравоохранения и экспертной оценки приверженности населения к здоровому образу жизни. Программа содержала следующие разделы: социально-экономические; охрана окружающей среды и среды обитания; улучшение условий труда; деятельность системы здравоохранения, формирование приверженности населения к здоровому образу жизни.

Программа была разработана диссертанта Китаевой Э.А., а также специально уполномоченными лицами ответственными за охрану здоровья населения РТ.

Комплексная межведомственная программа по формированию приверженности населения к здоровому образу жизни была разработана в соответствии с действующими Конституцией Российской Федерации, Трудовым Кодексом, Федеральными законами, Указом Президента РФ, Постановлениями Правительства РФ, Приказами МЗ РФ, Постановлениями кабинета Министров РТ, Приказами МЗ РТ. На рисунке 5.1, представлена Структура Комплексной межведомственной программы

Комплексная межведомственная программа

Администрация регионов, городов, муниципалитеты; министерства (здравоохранения; экономики; образования и науки; по делам молодёжи; спорта; труда, занятости и социальной защиты; экологии и природных ресурсов); бизнес; общественные организации; СМИ, кино, телевидение

1. Подпрограмма, направленная на улучшение социально-экономического положения населения и повышения рождаемости

1. МОТИВАЦИЯ СОЗДАНИИ СЕМЬИ:

- «Обеспечение жильём молодых семей» федеральной целевой программы «Жилище» на 2011-2015 г.;
- 2. **МНОГОДЕТНЫЕ СЕМЬИ:**
 - Федеральный закон от 29.12.2006 № 256-ФЗ «О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей», который регулирует порядок получения права на материнский капитал и процесс реализации этого права был принят Госдумой и вступил в силу с 1 января 2007 года;
 - Государственные награды «Мать-героиня» и «Материнская слава»;
 - Федеральный закон от 28 апреля 2009 года № 72-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в целях повышения уровня материального обеспечения отдельных категорий граждан»;
 - Федеральный закон от 28 июля 2010 года № 241-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации и о порядке предоставления единовременной выплаты за счёт средств материнского (семейного) капитала»;
 - Федеральный закон от 20 апреля 2015 года № 89-ФЗ «О единовременной выплате за счёт средств материнского (семейного) капитала».
- 3. **ПОДДЕРЖКА СЕМЕЙ С ДЕТЬМИ:**
 - «Адресная социальная поддержка населения в Республике Татарстан»
- 4. Нацпроект «Демография» и др.

2. Подпрограмма, направленная на повышение приверженности к здоровому образу жизни

1. Реализация антиалкогольной концепции (утверждена Распоряжением Правительства РФ от 30.12.2009 № 2128-р);
2. Принятие антиалкогольного законодательства (Федеральный закон от 23.02.2013 № 15-ФЗ);
3. Принятие норм ГТО, строительство спортивных объектов начиная с 2006 г. (выступление В.В. Путина, октябрь 2016г.);
4. Закон РТ от 06.03.2015 года №10-ЗРТ, "О дополнительных ограничениях времени, условий и мест розничной продажи алкогольной продукции на территории Республики Татарстан и признании утратившим силу некоторых законодательных актов РТ";
5. Постановление КМ РТ от 16.12.2013 №764 «Об утверждении государственной программы «Обеспечение общественного порядка и противодействие преступности в РТ на 2014-2020 годы» подпрограмма 7 "Снижение масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактика алкоголизма в Республике Татарстан на 2017 - 2020 годы»;
6. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30 сентября 2013 г. № 677 "Об утверждении Информационно-коммуникационной стратегии по формированию здорового образа жизни, борьбе с потреблением алкоголя и табака, предупреждению и борьбе с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ на период до 2020 года";
7. Федеральный проект «Укрепление общественного здоровья»;
8. Федеральный проект «Срок» норма жизни» и др.

3. Подпрограмма, направленная на улучшение состояния окружающей среды

1. Постановление Правительства РФ от 15 апреля 2014 г. N 326 "Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Охрана окружающей среды";
2. Постановление КМ РТ от 28 декабря 2013 г. №1083 «Об утверждении государственной программы «Охраны окружающей среды, воспроизводство и использование природных ресурсов РТ на 2014-2020 гг.»;
3. Стратегия экологической безопасности Российской Федерации на период до 2025 года, утверждённая Указом Президента Российской Федерации от 19 апреля 2017 г. N 176 "О Стратегии экологической безопасности Российской Федерации на период до 2025 года";
4. Нацпроект «Экология» и др. программы

4. Подпрограмма, направленная на улучшение условий труда на производстве

1. Нацпроект «Производительность труда и занятость населения»;
2. Типовой государственной программы субъекта Российской Федерации (подпрограммы государственной программы) по улучшению условий и охраны труда (от 31 января 2017 года N 15-3/10/П-53);
3. Долгосрочная целевая программа улучшения условий и охраны труда в Республике Татарстан на годы (утв. постановлением КМ РТ от 29 октября 2012 г. N 912);
3. Др. программы

5. Подпрограмма, направленная на повышение доступности и качества медицинской помощи в рамках региональных и федеральных программ, реализованных Минздравом РТ

Федеральные программы:

1. Приоритетный национальный проект «Здоровье» Государственная программа РФ «Развитие здравоохранения» Федеральная целевая программа «Экономическое развитие и инновационная экономика» Подпрограмма «Кадры для инновационной экономики»
 2. Федеральная целевая программа «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности»
 3. Федеральная программа «Подготовка управленческих кадров в сфере здравоохранения, образования и культуры в 2011 - 2014 годах»
 4. Стратегия развития медицинской науки в российской федерации на период до 2025 года
 5. Комплекс мер по обеспечению системы здравоохранения российской федерации медицинскими кадрами до 2018 года;
 6. Нацпроект «Здравоохранение»
- Региональные программы:**
1. Государственная программа Республики Татарстан до 2020 года» (Постановление КМ РТ от 1 июля 2013 г. №461;
 2. Др. программы

Показатели для измерения результативности: ОКС, ОПЖ, заболеваемость населения социально-значимыми неинфекционными заболеваниями (на 1000 нас.), % населения приверженных к ЗОЖ

Рисунок 5.1. Структура Комплексной межведомственной программы с подпрограммами.

5.1. Подпрограмма, улучшающие социально-экономическое положение населения

В этом разделе представлены результаты исследования эффективности разработанных мероприятий в рамках программы. Приводятся данные алгоритма комплексной оценки разработанных мероприятий в РТ за период с 1993 по 2019 гг. Изучение было разделено на три временных периода: 1997-2001 гг.; 2002-2008 гг.; 2009-2019 гг., в которых отмечался рост валового территориального продукта; фонда заработной платы; увеличение численности трудовых ресурсов и значительное снижение безработицы. В таблице 5.2 и рисунке 6.1, представлены мероприятия по повышению рождаемости, ожидаемой продолжительности жизни и снижению заболеваемости, инвалидизации и смертности населения РТ.

Таблица 5.1. Мероприятия по повышению медико-демографических процессов населения

№	Наименование мероприятий	Результаты запланированных мероприятий	Контроль и последующая коррекция запланированных мероприятий
1.	Мероприятия по улучшению демографических процессов	<p>1.1. Суммарный коэффициент рождаемости в РТ увеличился с 1,652 (2017 г.) До 1,662 (2019 г.)</p> <p>1.2 Реализация регионального проекта «Финансовая поддержка семей при рождении» в рамках национального проекта «Демография» (выделено 3,1 млрд рублей)</p> <p>1.3. Повышение ежемесячной выплаты до 9629 (при норме 8896 рублей) в связи с рождением первого ребенка семьям, которые имеют доход не превышающий полтора кратную величину прожиточного минимума</p> <p>1.4. Увеличение суммы единовременной выплаты при рождении первого и третьего ребенка для женщин, которые постоянно проживают в сельской местности или поселках городского типа: 50 тыс. рублей, если маме до 25 лет; 100 тысяч рублей, если женщина родила третьего ребенка в возрасте до 29 лет. Выплату в 50 тысяч рублей получили 1 689 матерей, выплату в 100 тысяч получили 933 женщины РТ.</p> <p>1.5. Расширение критерия оценки категории «Молодая семья»</p> <p>1.6. Количество зарегистрированных браков к 2019 г. увеличилось на 2,1 %. Соотношение раков и разводов снизилась на 5 %</p> <p>1.7. К 2019 году количества детей и молодежи, которые были охвачены организованными формами отдыха, достигла до 221 тысяч чел.</p>	<p>Контроль за реализацией национального проекта «Демография», «Здравоохранение».</p> <p>Скрининг и анализ целевых показателей демографических процессов.</p> <p>По необходимости дополнение и изменение программ.</p>

		1.8. Внедрение проектов «Территориальные центры социальной помощи семье и детям», «Популяризация семейного образа жизни», «Дополнительная поддержка неполной семьи», «Противодействие проституции» и многие другие.	
2.	Снижение смертности и заболеваемости населения	<p>2.1 Снижению общей смертности населения способствуют реализация: «Здоровье» (2001-2014 гг.), «Здравоохранение» (2018 г. по настоящее время), «Демография» (2018 г. по настоящее время) модернизация технологий лечения и повышение качества и доступности медицинских услуг;</p> <p>2.2. Развитие ВМП. К 2019 г. на оплату медицинских услуг по счетам медицинских организаций выделено 33,3 млрд. рублей, из которых 1, 7 млрд. рублей на высокотехнологичную медицинскую помощь.</p> <p>2.3. Внедрение межведомственного комитета по формированию ЗОЖ</p> <p>2.4. Реализация мероприятий, направленных на улучшение условий и охраны труда (таблица 6.6.)</p> <p>2.6. За период внедрения комплексной межведомственной программы смертность населения в результате дорожно-транспортных происшествий снизилась на 17 %;</p> <p>2.7. Создание комплексных условий для формирования здорового образа жизни у населения. Стимулирование формирования здорового образа жизни, снижение табакокурения, вредного употребления алкоголя и последовательная деалкоголизация и денаркотизация населения: За изучаемый период число людей занимающихся физической культурой и спортом возросло до 49,5%; с 41 до 33 %% снизилась распространенность табакокурение среди взрослого; на на 27,2 % снизилось среднедушевое потребление алкоголя и на 29,5 % снизилось количество отравления.</p>	Систематический анализ показателей общей смертности, смертности по неинфекционным заболеваниям.

3.	Укрепление здоровья отдельных групп населения	<p>4.1. На реализация национального проекта «Старшее поколение» выделено 358,7 млн. рублей:</p> <ul style="list-style-type: none"> -на профессиональное переобучение лиц старшего возраста выделено 92,4 млн. рублей. К 2019 г. обучено 1351 человек. - развитие гериатрической медицины (к 2019 году организованы сорок гериатрических кабинетов; в стационарах созданы 143 геронтологических коек; подготовлены 50 врачей-гериатров и сто медицинских сестер по программе «Сестринское дело в гериатрии»); <p>4.2. В период внедрения межведомственной программы доля приоритетных объектов, доступных для инвалидов и других маломобильных групп населения в сфере здравоохранения увеличилась с 68,9 до 100 %</p> <p>В период внедрения межведомственной программы:</p> <ul style="list-style-type: none"> -% детей целевой группы, которые получают услуги раннюю помощь увеличились с 54,8 до 100 % -% принявших участие в реализации программ ранней помощи, в общей численности родителей, дети которых включены в программу ранней помощи увеличилась с 62,9 до 100 %; - % специалистов, обученных методам и технологиям оказания ранней помощи увеличилась с 69,2 до 100 % 	Регулярный мониторинг и анализ за состоянием здоровья отдельных групп населения
----	---	---	---

5.2. Подпрограмма по снижению вредного употребления алкоголя, табакокурения и формированию приверженности населения к здоровому образу жизни

В данном разделе представлены мероприятия, направленные на снижение вредного употребления алкоголя, табакокурения и здорового образа жизни у населения Республики Татарстан.

Снижение масштабов вредного употребления алкогольной продукцией, табакокурении, формирование здорового образа жизни, активизация профилактики заболеваний для обеспечения здоровья населения, увеличение продолжительности и качества жизни требуют разработки научно-обоснованных мероприятий.

Разработанные нами мероприятия состоят из двух разделов:

1. Мероприятия, направленные на снижение вредного употребления алкоголя и снижение табакокурения;
2. Мероприятия, направленные на увеличение физической активности и занятие спортом.

Таблица 5.2. Мероприятия, направленные на формирование здорового образа жизни, в том числе снижение табакокурения, вредного употребления алкоголя и повышения занятия физической культурой и спортом

№ п/п	Мероприятия	Наименование основных мероприятий	Основные результаты мероприятий
1.	Снижение общего уровня потребления алкогольной продукции и табакокурения	<p>1.1. За период 2009 - 2019 гг. в РТ организованы и проведены 5200 комплексные проверки объектов торговли и общественного питания различных форм собственности, направленных на выявление и пресечение нарушений Федерального закона от 23.02.2013 №15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака».</p> <p>В 2019 г. Проводилась активная кампания по борьбе со снюсами, реализация которых в РТ запрещена. В отношении юрлиц, реализующих снюсы, уже проведено 175 проверок, в результате которых им вынесено 27 протоколов на сумму более 570 тысяч рублей. Кроме того, на объектах торговли и общественного питания, осуществляющих розничную продажу табачных изделий, проведено 156 проверок и осмотрено более 4 млн пачек сигарет. В отношении должностных и юридических лиц составлено 32 протокола об административных правонарушениях – им вынесены постановления о наложении штрафов на сумму более 100 тысяч рублей.</p> <p>С целью изучения уровня никотиновой и алкогольной зависимости и отношения к проблеме алкоголизации и табакокурения в 2019 г.г. Проведено 2346 анкетирование молодежи, работающего населения.</p>	<p>1.1. К 2019 году количество курильщиков в РТ уменьшилось до 33% общего населения. За период с 2009 по 2019 г.г. число курильщиков в РТ уменьшилось с 41 % до 33 %. Смертность от болезней органов дыхания на 21,3 %, от злокачественных образований на – 3,8 %. Как показывает проведенное анкетирование среди опрошенных респондентов курят 22,21%, регулярно употребляют алкоголь 0,2%.</p> <p>1.2. С 2008 г. в РТ снижается среднедушевое потребление алкоголя. В 2008 году данный показатель составил 16,2 литра, в 2015 году – 12,7 литра в год, в 2019 году 9,3 литров на душу населения.</p> <p>За период 2009 - 2019 гг. снизились количество отравления на 29,5%.</p> <p>В 2019 году в РТ зафиксировано 563 случаев отравления алкогольной</p>

	<p>За период с 2009 по 2019 г.г. проведено 3982 консультаций по вопросам отказа от табакокурения в кабинетах учреждений здравоохранения</p> <p>Обеспечены общедоступных библиотек информационными и методическими пособиями по проблеме ограничения курения в молодежной среде.</p> <p>1.2. За период с 2009 по 2019 г.г. Госалкогольинспекцией Республики Татарстан проведено 20690 мероприятий по контролю в сфере оборота алкогольной и спиртосодержащей продукции.</p> <p>Нарушения действующего законодательства выявлены у 9845 хозяйствующих субъектов. Всего выявлено 12335 нарушений.</p> <p>За период с 2009 по 2019 г.г. наложено штрафов на сумму 370 млн 198 тыс. рублей.</p> <p>За период с 2009 по 2019 г.г. изготовлены и распространены 1200 информационных материалов о вредных последствиях злоупотребления алкогольной продукцией.</p> <p>Опубликованы 10200 пропагандистских материалов социальной направленности о вреде пьянства и алкоголизма</p> <p>За период с 2009 по 2019 г.г. проведены 4600 просветительских мероприятий профилактики пьянства и алкоголизма («круглых столов», пресс- конференций, дней здоровья и т.п.).</p> <p>За период с 2009 по 2019 г.г. в результате в сфере противодействия незаконному обороту алкоголя выявлено 1180</p>	<p>продукцией, в том числе со смертельным исходом — 167.</p> <p>В 2018 г. зарегистрировано 371 случай, в том числе со смертельным исходом — 116.</p> <p>В 2016 году -776 случаев отравления алкоголем.</p> <p>В 2015 году - 1050 случаев отравления алкоголем.</p> <p>В 2009 году зарегистрировано 1912 случаев отравления алкоголем и его суррогатами.</p>
--	---	---

	<p>преступлений. Из них:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 90 – по ст. 238 УК РФ (реализация продукции, не отвечающей требованиям безопасности); - 1 по ст. 180 УК РФ (незаконное использование товарного знака); - 2 – по ст. 291 УК РФ (дача взятки должностному лицу); - 1 – по ст. 292 УК РФ (служебный подлог); - 1 по ст. 199 УК РФ (уклонение от уплаты налогов); - 16 – по ст.151.1 УК РФ (реализация алкогольной продукции несовершеннолетним). <p>В учреждениях, организующих летний отдых детей и подростков проведены 1350 антиалкогольных профилактических мероприятий.</p> <p>Проведено 21640 педагогических советов по вопросам воспитания обучающихся «группы риска».</p> <p>В общеобразовательных школ и школ-интернатов (127 филиалов, 51 школа и школы-интернаты для детей с ограниченными возможностями здоровья, 24 вечерних школы, 3 санаторных школах) ежемесячно проводится комплексная работа с неблагополучными семьями.</p> <p>За период с 2009 по 2019 г.г. проведены 42800 информационно-разъяснительных работ по профилактике алкоголизма, розданы памятки и буклеты в ходе подомовых обходов одиноких и одиноко проживающих граждан пожилого возраста от 70 лет и старше, инвалидов I и II групп, многодетных семей и семей, находящихся в социально- опасном положении.</p> <p>За период 2009 - 2019 гг. В РТ организованы 5520 акций: «День</p>	
--	---	--

		отказа от алкоголя», «Хочу быть здоровым сильным», «Трезвая семья - здоровые дети» и др.	
2.	Формирование здорового образа жизни	<p>2009 год в РТ был объявлен «Годом спорта и здорового образа жизни».</p> <p>2.1. За период 2009 - 2019 гг. Разработаны и выпущены 1200 информационных материалов (информационные буклеты, листовки и др.).</p> <p>Разработаны 120 методических рекомендаций для общеобразовательных организаций по особенностям первичной профилактики вредных привычек и формировании здорового образа жизни.</p> <p>В муниципальных образованиях РТ проведены 132480 лекций среди детей, молодежи и их родителей по профилактике вредных привычек и формировании здорового образа жизни у детей и подростков с привлечением врачей педиатров, психиатров, наркологов, сотрудников полиции.</p> <p>За период 2009 - 2019 гг. опубликованы 132480 в средствах массовой информации статей, направленных на пропаганду здорового образа жизни, развитие института семьи и др.</p> <p>За период 2009 -2019 гг. организованы и проведены 120 конкурсы по формированию приверженности населения к ЗОЖ (например, конкурс детских рисунков «Я не ем фасфуд», «Будем здоровы» и др.).</p>	<p>В 2009 году доля граждан РТ, приверженных к здоровому образу жизни составляла 21 %</p> <p>К 2019 году доля граждан, приверженных к здоровому образу жизни в РТ увеличилась до 45 %.</p> <p>В 2019 году РТ заняла 27-е место из 85 в рейтинге за по приверженности населения здоровому образу жизни и набрал 70,1 балла.</p> <p>В 2019 году обращаемость в медицинские организации по вопросам здорового образа жизни увеличилось до 1860 тыс. чел.</p>

		<p>Проведены 1840 спортивно-массовые, физкультурные мероприятия с охватом широких слоев населения, направленных на пропаганду здорового образа жизни в РТ.</p> <p>С целью профилактики асоциального поведения и формирования ЗОЖ на базе библиотек организованы 23460 книжных выставок.</p> <p>Регулярная пропаганда здорового образа жизни, активизация работы по профилактике бытовых отравлений среди «групп риска» через средства массовой информации, кабинеты по воспитанию здорового ребенка и кабинеты медико- социальной помощи детских лечебно- профилактических учреждений</p>	
3.	Мероприятия по развитию спорта и массовой физической культуры в РТ	<p>3.1. Созданы условия для занятий физической культурой и спортом</p> <p>За период 2009 - 2019 гг. построены 992 спортивные площадки (в том числе 40 хоккейных коробок, а также 35 блочных модульных лыжных баз во всех муниципальных образованиях РТ).</p> <p>В 2019 году на территории РТ функционирует 11 065 спортивных сооружений открытого и закрытого типа (45 крытых ледовых дворца с искусственным льдом с 48 ледовыми аренами (ледовые дворцы спорта «Татнефть Арена» (г. Казань) и «Дворец спорта» (г. Казань) и «Нефтяник» (г. Альметьевск) имеют дополнительные тренировочные арены)</p> <p>К 2019 году в РТ в полном объеме функционируют 235 открытых и закрытых бассейнов.</p> <p>Увеличилось число людей занимающихся физической культурой и спортом за счет социально-ориентированных некоммерческих организаций (например, «TIMERMAN» и «Зеленый фитнес»), в которых в 2019 г. Приняло участие более 50 тысяч человек.</p>	<p>За период 2009-2019 гг. количество занимающихся физической культурой и спортом в РТ возросло до 49,5 процента (1 787 390 человек), тогда как в РФ этот показатель равнялся 42,3 %.</p> <p>За 2009 - 2019 гг. число систематически занимающихся физической культурой и спортом граждан муниципальных образований РТ увеличилось на 702 тыс. человек и в настоящее время составляет 1484 тыс. человек.</p> <p>За период 2009 - 2019 гг. построено 992 спортивные площадки, в том числе 40 хоккейных коробок, а также 35 блочных модульных лыжных баз во всех</p>

	<p>Более 1200000 чел. Приняли участие в всероссийских массовых соревнованиях («Лыжня России», «Золотая шайба», «Кожаный мяч», «Кросс Нации»).</p> <p>3.2. Разработаны и внедрены программы по работе с инвалидами и лицами с ограниченными возможностями. В 2015 года в РТ открыто ГОУ «Республиканская спортивно-адаптивная школа» (филиалы в г. Альметьевск, г. Набережные Челны и муниципальных районах РТ: Богатые Сабы, Мамадышский и Лаишевский).</p> <p>3.3. Ежегодно проводится спартакиада «Здоровье». 82199 человек из 289 трудовых коллективов приняли участие в физкультурно-оздоровительных и спортивно-массовых мероприятиях за период 2010-2019 гг.</p> <p>3.4. Ежегодно для сельских жителей физкультурно-спортивным обществом «Уныш» проводится сельская Спартакиада «Сәламәтлек». К 2019 г. доли людей из сельских территорий занимающихся физической культурой и спортом составила 32,7 %.</p> <p>3.5. В РТ активно развивается спорт среди студентов. Более 120 спортивных мероприятий провели молодежное физкультурно-спортивное общество «Буревестник» РТ среди обучающихся образовательных организаций высшего и профессионального образования за период 2010-2019 гг. Проведено 120 Спартакиад ВУЗ РТ и 98 соревнований студенческих спортивных лиг по 7 видам спорта – футбол, хоккей, волейбол, баскетбол, гандбол, регби-7, пейнтбол.</p> <p>3.6. За период 2009-2019 гг. Проведено 200 спортивных и оздоровительных мероприятий среди людей старшего поколения, в которых приняли участие 41 тысяча людей старшего возраста. За период 2010-2019 гг. на 82,8 % увеличилось число лиц</p>	<p>муниципальных образованиях РТ</p> <p>3.2. За период 2009-2019 гг. на 28,1 % выросло число людей с инвалидностью систематически занимающихся физической культурой и спортом (57,5 тыс. чел.). В состав сборной команды РТ входят 254 спортсмена с ограниченными возможностями здоровья и 54 спортсмена региона числятся в составе сборных команд РФ по паралимпийским и сурдлимпийским видам спорта.</p> <p>3.3. За период 2009-2019 гг. на 6 % выросло число трудоспособного населения систематически занимающимися физической культурой и спортом (42 %).</p> <p>3.4. За период 2009-2019 гг. на 7 % выросла доля людей сельских территорий систематически занимающихся физической культурой и спортом и составила 32,7 %.</p> <p>3.5. За период 2009 -2019 гг. число студентов, регулярно занимающихся спортом, увеличилось в 2,2 раза (с 35,77% до 78,54% -115 897 студентов).</p> <p>3.6. на 82,8 % увеличилось число лиц «Третьего возраста» привлечены к занятиям физической культурой (14 500 лиц старшего поколения).</p> <p>3.7. За период с 2014 по 2019 гг. выросло динамика показателей ГТО выросла с 22 до 40 %.</p> <p>3.8. На 33 % выросло количество</p>
--	--	--

		<p>«Третьего возраста» привлечены к занятиям физической культурой.</p> <p>3.7. 1 сентября 2014 года в РТ (как и в других 11 регионах РФ) был запущен пилотный проект внедрения ГТО)</p> <p>За период 2014-2019 гг. ежегодно проводится более 700 мероприятий, охват участников составляет более 130 000 чел.</p> <p>3.8. Ведется активная работа, направленная на выявление спортивно одаренных детей и подготовку спортсменов способных войти в состав сборных команд РТ и РФ.</p> <p>В 2015 г. спортивных школ было 169, к 2019 г. выросло до 170, количество занимающихся увеличилось на 2 899 человек.</p> <p>За период 2009-2019 гг. увеличилось количество действующих Мастеров спорта России с 258 до 345 чел., Мастеров спорта международного класса с 37 до 43 чел., Заслуженных мастеров спорта с 5 до 11 чел.</p> <p>3.9. В 2019 г. 3 009 тренеров (2 342 человек (78 %) —штатные сотрудники, 667 человек (22 %) —совместители).</p> <p>2 087 чел. имеют высшее профессиональное образование; 252 чел. имеют среднее профессиональное образование; 27 чел. имеют звание «Заслуженный тренер России».</p>	<p>действующих Мастеров спорта России (с 258 до 345 чел.); на 16 % выросло количество мастеров спорта международного класса (с 37 до 43 чел.) и на 120 % выросло количество Заслуженных мастеров спорта (с 5 до 11 чел.).</p>
--	--	---	---

5.3. Подпрограммы, направленная на улучшение состояния окружающей среды

В данном разделе представлены мероприятия, направленные на обеспечению экологической безопасности и улучшение состояния окружающей среды РТ (таблица 5.3).

Таблица 5.3. Мероприятия, направленные на улучшение состояния окружающей среды обеспечению и экологической безопасности и РТ

№	Наименование мероприятий	Результаты запланированных мероприятий	Контроль и последующая коррекция запланированных мероприятий
1.	Утилизации твердых отходов	В 45 муниципальных районах созданы 96 экоклассов - центров экологического образования. В период 1997 - 2019 гг. Разработаны и внедрены система полигонного захоронения отходов. К 2019 г. число полигонов ТБО в РТ составила 54.	Постоянный контроль за реализацией. По необходимости строительство новых карт.
2.	2.1. Утилизация биологических отходов	Установлено 86 установок утилизации биологических отходов, построены 324 биотермических ям и обустроены 777 сибирязвенных скотомогильников - в 19 районах РТ внедрен проект поэтапной консервации биотермических ям; -1050 сибирязвенных скотомогильников; - в РТ 72 навозохранилища общей вместимостью лишь 935,74 тыс. тонн/год.	Регулярный контроль функционирования инфраструктуры утилизации биологических отходов
	2.2. Утилизации строительных отходов	Ежегодно утилизируется 220 тысяч тонн строительных отходов	Регулярный контроль функционирования инфраструктуры утилизации строительных отходов В РТ разработана и внедрена

			межотраслевая республиканская программа, основной целью которой является вовлечение отходов производства в производство строительных материалов и их компонентов
	2.3. Утилизация ядохимикатов	Ежегодно вывозятся более 180 тонн ядохимикатов загрязнителей. К 2019 г. одиннадцать организаций осуществляют сбор отходов, содержащих ртуть и ее соединения. Переработку осуществляет ООО "Экология" (г. Нижнекамск).	Регулярный контроль за утилизацией просроченных и запрещенных к применению ядохимикатов
	2.4. Сбор и переработка вторичных ресурсов	К 2019 г. разработаны и внедрены 200 специализированных предприятий, имеющие лицензию на право деятельности по обращению с опасными отходами; 2. Переработкой нефтешлаков, резины, отработанных масел, пластмасс и др. занимаются семнадцать предприятий РТ; 3. Сбор макулатуры в РТ осуществляют 22 организации (лицензиата), которыми в год собирается около 365 тыс. тонн данного вида отходов. 3. В РТ организованы тринадцать предприятий, которые осуществляют сбор и переработку изношенной авторезины и других отходов резинотехнических изделий; Переработку отработанных резинотехнических изделий на территории республики осуществляют две организации: ООО	В 2012 г. создана «Ассоциация переработчиков отходов в РТ»

		<p>"КамЭкоТех" (г. Нижнекамск) и ОАО "Нижнекамскшина" (г. Нижнекамск).</p> <p>4. К 2019 г. в РТ 27 организаций осуществляют сбор отходов полимерных материалов, из которых одиннадцать организаций имеют оборудование для переработки полимерных отходов.</p> <p>ОАО "Нижнекамск шина" повторно использует собственные отходы (отходы обрезиненного корда, резиновых смесей, вулканизированные выпрессовки)</p> <p>ООО "Завод Эластик" производит пластмассовые изделия из отходов полиэтилена и полипропилена.</p>	
3.	Мероприятия, направленные по обеспечению экологической безопасности.	В РТ создана межведомственная комиссия по обеспечению экологической безопасности, природопользованию и санитарно-эпидемиологическому благополучию	<p>Регулярный контроль специализированных служб по обеспечению экологической безопасности.</p> <p>Регулярно проводится народный контроль качественного ремонта и содержания автомобильных дорог, а также увеличения зеленых насаждений.</p>

4.	Мероприятия, направленные на очистку сточных вод на биологических очистных сооружениях	За изучаемый период на 92,7 % (на 17 млн.) снижен объем сброса недостаточно очищенных сточных вод.	Внедрен комплексный контроль по обеспечивай нормативной очистки сточных вод.
	4.1. Мероприятия, направленные на развитие сети водоотведения	Развитие сети водоотведения выросла от 72% до 93%.	Внедрен комплексный контроль по обеспеченности населенных пунктов сетями водоотведения
5.	Мероприятия, направленные на охрану атмосферного воздуха	На 3,7 % снизилось держание валовых выбросов загрязняющих веществ в атмосферный воздух за период 1997 - 2019 гг. (с 270 до 280 тыс. в г.); На 15,9 % снизилась количество валовых выбросов загрязняющих веществ в атмосферный воздух снизилось (с 321 до 270 тыс. в г.); На 39,6 % снизилось количество дней с неблагоприятными метеоусловиями для рассеивания вредных примесей в атмосферном воздухе (от 58 до 35 дней).	В РТ внедрены прогрессивные экологические технологии по охране атмосферного воздуха. Регулярный контроль за повышением обеспеченности качества атмосферного воздуха.
6.	Мероприятия, направленные на снижение выбросов от автотранспорта	С 2011 г. на азомоторное топливо переведено более 2 тысяч единиц транспорта, 482 АЗС оснащены системами улавливания и рекуперации паров бензина4. С 2019 г. в РТ реализуется национальный проект «Экология»	Регулярный контроль за количеством снижения выбросов автотранспорта.

5.4. Подпрограммы, влияющие на условия труда на производстве.

В данном разделе представлены комплекс мероприятий, которые направлены на улучшение условий и охраны труда в РТ. Данные мероприятия разработаны и внедрены в соответствии с требованиями программы улучшения условий и охраны труда в субъекте Российской Федерации. За основу взята типовая программа улучшения условий и охраны труда в субъекте РФ от 13 сентября 2013 г. № 15-3-2597, постановление Кабинета Министров Республики Татарстан от 31.12.2012 № 1199 «Об утверждении Порядка разработки, реализации и оценки эффективности Государственных программ Республики Татарстан, которая прошла согласование в Минтруде России (письмо за подписью директора департамента условий и охраны труда от 19.09.2017 №15-3/В-2516). Основными показателями результативности разработанных и внедренных мероприятий является снижение несчастных случаев на производстве (в том числе и со смертельным исходом); снижение количества пострадавших в результате несчастных случаев на производстве с утратой трудоспособности на один рабочий день и более; снижение количества дней временной нетрудоспособности в связи с несчастным случаем на производстве. Результаты представлены в таблицах 5.4, 5.5, 5.6.

В таблице 5.4 представлена динамика количества людей пострадавших в результате несчастных случаев на производстве со смертельным исходом за период 2009 - 2019 гг.

Таблица 5.4. Динамика пострадавших в результате несчастных случаев на производстве со смертельным исходом, за период 2009 - 2019 гг.

Территория	Годы										
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
РТ	86	108	114	111	103	90	60	58	56	54	51

*по данным Государственной инспекции труда в РТ

Как видно из таблицы 5.4 число пострадавших от несчастных случаев на производстве со смертельным исходом в 2019 в сравнении с 2009 годом сократилось на 41%.

В таблице 5.5, представлены динамика пострадавших в результате несчастных случаев на производстве с утратой трудоспособности на 1 рабочий день и более за период 2009 - 2013 гг.

Таблица 5.5. Динамика пострадавших в результате несчастных случаев на производстве с утратой трудоспособности на 1 рабочий день и более за период 2009 – 2019 гг.

Территория	Годы										
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
РТ	1226	1350	1276	1247	1115	1050	1014	1000	975	905	850

*по данным территориальных органов ФСС РФ.

Как видно из таблицы 5.5 численность пострадавших в результате несчастных случаев на производстве с утратой трудоспособности на 1 рабочий

день и более за период 2009 – 2013 гг. (по данным территориальных органов ФСС РФ) сократилась с 1226 до 850, т.е. на 30,7 %, соответственно.

Следует отметить, что положительную динамику рассматриваемых показателей производственного травматизма удалось достичь благодаря разработанным мероприятиям.

Основными формами реализации комплексных мероприятий включали ежеквартальные заседания республиканской межведомственной комиссии по охране труда и Координационного совета при республиканской межведомственной комиссии по охране труда; проведение районных семинаров-совещаний по актуальным вопросам, а также разработку методических рекомендаций, проведение информационной и разъяснительной деятельности.

Проведенные мероприятия позволяли сократить количество случаев дней временной нетрудоспособности, которые были связаны с несчастным случаем на производстве (таблица 5.6).

Таблица 5.6. Динамика количества дней временной нетрудоспособности в связи с несчастным случаем на производстве, на одного пострадавшего

Территория	Годы										
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
РТ	86,8	79,6	78,9	87,6	87,9	60,3	59,5	58,5	57,7	56,5	55,5

*по данным территориальных органов ФСС РФ

В таблице 5.7, представлены мероприятия по улучшению условий и охраны труда в РТ за период 2009- 2019 гг.

Таблица 5.7. Мероприятия по улучшению условий и охраны труда в РТ

№	Мероприятия	Наименование основных мероприятий	Основные результаты мероприятий
1.	Мероприятия, направленные на снижение уровня производственного травматизма	<p>1.1. Проведение 120 заседаний Республиканской межведомственной комиссии по охране труда на уровне Кабинета Министров РТ</p> <p>1.2. Проведение 5400 заседаний Координационных советов по охране и условиям труда, которые были созданы при исполнительных комитетах муниципальных образований РТ</p> <p>1.4. Организовали и приняли участие в 11400 во международных и всероссийских мероприятиях по условиям и охране труда (съезды, конференции, совещания, семинары, выставки и др.</p> <p>Организовали и провели 5200 семинаров, выставок, совещаний, смотров-конкурсов с привлечением ведомств, министерств, органов местного самоуправления, профсоюзов и организаций.</p> <p>1.5. Провели 475 контрольных замеров факторов производственной среды на рабочих местах.</p> <p>1.6. Провели статистический анализ 1320 документов.</p> <p>Форма № 1 - "Сведения об охране труда на</p>	<p>1.1. В РТ в 2019 году численность пострадавших на производстве, по сравнению с 2018 года, уменьшилась на 3,2%, со 125 до 121 человека;</p> <p>1.2. За период 2009 - 2019 гг. на 30,7 % (с 1226 до 850 случаев (чел.)) снизилось количество пострадавших в результате несчастных случаев на производстве с утратой трудоспособности на один рабочий день и более;</p> <p>1.3. За период 2009 -2019 гг. на 36 % (с 86,8 до 55,5 дней) снизилось количество дней временной нетрудоспособности в связи с несчастным случаем на производстве;</p> <p>1.4. За период 2009 -2019 гг. численность работников с установленными в год профессиональными заболеваниями снизилось с 150 до 177 человек.</p>

		производстве"	
2.	Мероприятия, направленные на оценку труда	<p>2.1. Разработали и внедрили 400 программных обеспечений для самостоятельной оценки знания по охране труда - для бесплатной раздачи организациям РТ;</p> <p>2.2. Провели обучения и проверки знания требований охраны труда 7725 работодателей и работников субъектов малого и среднего бизнеса, учреждений труда, здравоохранения, социальной защиты, образования, социального обслуживания и культуры РТ</p> <p>2.3. Обучили 950 специалистов органов государственной власти по вопросам охраны труда</p> <p>2.4. Провели обучение 3840 руководителей и специалистов организаций республики, учреждений труда и занятости, социальной защиты, образования, здравоохранения, социального обслуживания, культуры по программе "Специальная оценка условий труда"</p> <p>2.5. За период 2009 - 2019 гг. проведено 1890 консультативной помощи работодателям по проведению специальной оценки условий труда.</p>	<p>2.1. Количество аттестованных рабочих мест по условиям труда с 2010 по 2019 г.г. увеличилось почти в четыре раза (с 115000 до 471000).</p> <p>2.2. За период с 2010 по 2019 г.г. Удельный вес рабочих мест с вредными и опасными условиями труда, на которых проведена специальная оценка условий труда, в общем количестве рабочих мест с вредными и опасными условиями труда, (%) вырос с 26,6 % до 100 %</p> <p>2.3. За период с 2010 по 2019 г.г. на 10 % увеличилось количество рабочих мест, на которых улучшены условия труда по результатам специальной оценке условий труда (с 3000 до 33000 мест).</p>

3.	Мероприятия, направленные на создание условий труда	<p>3.1. Опубликовано 2300 оперативных нормативных документов по охране труда и т.д.</p> <p>3.2. Разработаны и размещены 1300 социальной рекламы на тему охраны труда.</p> <p>3.3. Изданы 1800 справочно-методических и тематических материалов по охране труда.</p>	<p>3.1. За период 2010 - 2019 гг. общая численность Работников увеличилась с 1484807 до 1650000 чел.</p> <p>3.2. За период 2010 -2019 гг. на 2,8 % снизилась численность работников, занятых во вредных и (или) опасных условиях труда (с 323688 до 315000 чел.).</p> <p>3.3. За период 2009 - 2019 гг. на 28,2 % снизился удельный вес работников, занятых во вредных и (или) опасных условиях труда, от общей численности работников (с 26,6 до 19,1 %.)</p>
----	---	---	--

ГЛАВА 6. РЕАЛИЗАЦИИ, СОДЕРЖАНИЕ И РЕЗУЛЬТАТЫ РЕАЛИЗАЦИИ МЕЖВЕДОМСТВЕННОЙ ПОДПРОГРАММЫ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ПРИВЕРЖЕННОСТИ У НАСЕЛЕНИЯ К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ НА УРОВНЕ МУНИЦИПАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

В данном разделе представлен порядок реализации, содержание и результаты реализации Межведомственной подпрограммы по формированию приверженности у населения к здоровому образу жизни на примере Рыбно-Слободского района (всего она реализовывалась в 7 Муниципальных образованиях: Тукаевский, Альметьевский, Нижнекамский, Рыбно-Слободский, Пестречинский, Дрожжановский и Буинский районы). Структура управления Межведомственной программой по формированию у населения здорового образа жизни представлена на рисунке 5.1.

6.1. Реализация межведомственной программы по формированию приверженности населения к здоровому образу жизни

Этапы реализации Межведомственной подпрограммы по формированию приверженности у населения к здоровому образу жизни: 1) формирование комитета, 2) оценка начального состояния здоровья населения (2014 г.), 3) разработка и реализация подпрограммы, 4) оценка полученных результатов (2019 г.).

В 2014 г. в муниципальном образовании при Главах 7 Муниципальных образованиях (Тукаевский, Альметьевский, Нижнекамский, Рыбно-Слободский, Пестречинский, Дрожжановский и Буинский) районах были созданы «Межведомственный комитет по формированию здорового образа жизни у населения», а также «Проектный офис»; в состав комитета вошли все структурные подразделения (администрация района, представители систем образования и здравоохранения, отделов социальной защиты, культуры, спорта и молодежи; а также эксперты из КГМУ и Высшей школы организации и управления здравоохранением. Для работы были разработаны методические

рекомендации и другие документы, которые были переданы исполнителям для обеспечения координации между компонентами программы. Заседания комитета проводились 1 раз в квартал.

2) Оценка образа жизни населения Далее, в рамках нашего исследования в 7 районах РТ (Тукаевский, Альметьевский, Нижнекамский, Рыбно-Слободский, Пестречинский, Дрожжановский, Буинский) по разработанной анкете «Изучение состояния здорового образа жизни среди различных групп населения в РТ», было опрошено 2346 человек. Возраст опрошенных составил от 21 года до 74 лет (средний возраст составил 48 лет). Мужчин - 665 чел. (28,3%), женщин – 1681 чел. (71,7 %). Все планы, необходимые отчеты, методические рекомендации и другие значимые документы разработаны, согласованы и переданы заинтересованным сторонам для обеспечения максимальной синергии и координации между компонентами программы.

Структура Межведомственного координационного комитета представлена на рисунке 6.1



Рисунок 6.1. Структура управления Межведомственного комитета по формированию ЗОЖ

Целью внедрения Межведомственного комитета является формирование здорового образа жизни и повышение здоровье населения в

муниципальных образованиях. В таблице 5.7, представлены задачи, основные направления, структура управления и организация работы межведомственного сотрудничества.

Таблица 6.1. Межведомственная программа по формированию здорового образа жизни и повышению здоровья населения

Наименование мероприятий и форма проведения	Организаторы, ответственные исполнители,	Рекомендуемые мероприятия
Организационная и методическая работа		
1.1. Подготовка, принятие муниципальных правовых актов по обеспечению мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни и повышению здоровья населения	Администрация района, Межведомственный комитет по охране здоровья населения	Утвердить состав межведомственного комитета; Утвердить комплексный межведомственный план мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни среди населения Рыбно-Слободского района РТ
1.2. Проведение анкетирования населения	Бюджетные учреждения Рыбно-Слободского района (по согласованию)	1. Анкетирование населения района (ЗОЖ). Анкета разработана совместно с КГМУ
1.3. Подготовка отчета о ходе реализации Межведомственной программы по формированию у населения Рыбно-Слободского района ЗОЖ «Здоровый район» в 2019 году	Заместитель руководителя исполкома по соц. вопросам Рыбно-Слободского района РТ	По итогам реализации программы информация размещается на официальном интернет-портале Администрации Рыбно-Слободского района.

1.4. Проведение заседаний Межведомственного комитета ЗОЖ по регулированию отдельных вопросов в сфере охраны здоровья населения и формирования здорового образа жизни населения	Администрация района, Межведомственный комитет ЗОЖ	Заседание Межведомственного комитета ЗОЖ с частотой 1 раз в квартал
«Районный день здоровья»	Администрация района, Межведомственный комитет ЗОЖ	Утвердить, подготовить и провести - «Районный день здоровья» с привлечением «Амбасадоров» спорта и повышения физической активности
2. Формирование у населения мотивации для занятий физической культурой и спортом		
2.1. Повышение информированности населения по вопросам формирования приоритетов физической активности	-Администрация района, - администрации сельских поселений; -отдел образования района, - культуры; - отдел физической культуры и спорта; - ГАУЗ «Рыбно-Слободская ЦРБ»; - отдел по работе территориальной комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав;	1.Размещение информации в средствах массовой информации (далее – СМИ) официальном интернет-сайтах, социальных сетях и др.: - размещение в газете " Сельские горизонты", на официальном сайте администрации Рыбно-Слободского района и ГАУЗ «Рыбно-Слободская ЦРБ» публикаций об общественных инициативах и социально значимых мероприятиях, направленных на укрепление здоровья, привлечение населения к занятиям физической культурой, спортом, пропаганду здорового образа жизни; - Мотивация населения к ведению здорового образа жизни путем публикаций тематических материалов в социальных сетях «Рыбно-Слободского района https://vk.com , @instagram 2. Публикация в СМИ («Сельские горизонты», «Авыл офыклары») статьи на тему «Занятия физкультурой – основа детского здоровья», «Физическая культура и здоровье», «Время быть здоровым», и так далее, частота 1 раз в месяц 3. Проведение лекций, бесед, методических занятий, круглых столов, конкурсов и другое

	<p>- отдел молодежной политики района; -соцзащита; - Редакция газеты «Сельские горизонты», «Авыл офыклар»; - волонтерское движение</p>	<p>- организовать специалистами медицинских организаций чтении лекций, бесед с охватом населения не менее 80% - проведение в школах классных часов «Утро начинается с зарядки» в 6-11 классах - проведение методических занятий с медицинскими работниками. Ответственный -кабинет медицинской профилактики ГАУЗ «Рыбно-Слободская ЦРБ» -1 раз в месяц, дальнейшая работа медицинских работников с населением по группам здоровья; - По разработанному и утвержденному графику ГАУЗ «Рыбно-Слободская ЦРБ» (главный врач, заместитель главного врача, врач-нарколог, ВОП, фельдшера) проведены встречи с трудовыми коллективами района, в ходе которых проведение тематических презентаций, помогающие разобраться в «мифе и антимифе об табакокурении»; - Организация проведения лекций, бесед, выставок, дискуссий по ФАПам по вопросам формирования ЗОЖ у населения по тематике: здоровое питание; физическая активность; отказ от вредных привычек и т.п.; ответственный- кабинет профилактики ЦРБ; - Проведение выставки детского рисунка «Моя здоровая семья». Ответственные-отдел образование Администрации района. 4. Оформление наглядной агитации, распространение печатной продукции; - оформлены и размещение в холле ЦРБ наглядных информационных материалов (настенные и настольные сан бюллетени, плакаты и пр.) на уголках здоровья, стендах, информационных столиках, стойках т.д.), постоянное распространение печатной продукция (памятки, буклеты, листовки); 5. Библиотека. Оформлена в читальном зале книжная выставка «За здоровый образ жизни» для учащихся и педагогов. (Паспорт книжной выставки). 6 Составление картотеки журнальных статей «Физическая культура и здоровье», «Здоровый образ жизни», «Скандинавская ходьба» на основе фонда библиотеки и дальнейшее распространение данной информации среди населения; 7 Пополнение дидактическими материалами (сценариями, разработками) тематической папки «Здоровый образ жизни» для классных руководителей.</p>
--	--	---

		<p>8 Демонстрация кино- и видеоматериалов: - в холлах ЦРБ организовать показ слайдов на мониторах, кино-видео демонстраций по здоровому образу жизни и физической активности. 9 Проведение профилактических акций, совместно с волонтерами; 10. Организация и проведение мероприятий (согласно графику), установленных Всемирной организацией здравоохранения (далее – ВОЗ) – (Всемирный день здоровья, День защиты детей, Неделя «Мы за спорт» и пр.).</p>
2.2. Мероприятия среди молодежи, подростков и детей		
2.2.1. Спортивно массовые мероприятия	<ul style="list-style-type: none"> -Администрация района, - администрации сельских поселений; -отдел образования района, - культуры; - отдел физической культуры и спорта; - ГАУЗ «Рыбно-Слободская ЦРБ»; - отдел по работе территориальной комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав; - отдел молодежной политики района; -социальной защиты; - волонтерское движение 	<p>Отделом физической культуры Рыбно-Слободского района провести спортивные мероприятия (товарищеские матчи, открытые первенства района по боксу, по футболу, баскетболу; Дни спорта по дзюдо; командные соревнования, легкоатлетический кросс открытое первенство города по баскетболу, городская спартакиада среди детей и подростков по месту жительства: веселые старты «Спорт-это жизнь!», посвященные Всероссийскому Дню физкультурника, день туризма, «Папа, Мама, Я спортивная семья» и пр.). Отделом молодежной политики Рыбно-Слободского района организовать и провести мероприятия по повышению физической активности: - например, «Районный Фитнес Уикенд», -День открытых дверей СК « Дельфин» и т.д.</p>
2.2.2. Проведение мониторинга физической	-Отдел образования района,	Мониторинг физической подготовленности детей 2 раза в год

подготовленности детей дошкольного возраста	- отдел физической культуры и спорта; - ГАУЗ «Рыбно-Слободская ЦРБ»	
2.2.3. «Успешный школьник =здоровый школьник»	-Отдел образования района, - отдел физической культуры и спорта; - ГАУЗ «Рыбно-Слободская ЦРБ»	С целью повышения мотивации школьников к физической активности разработка и реализация акции «Успешный школьник = здоровый школьник»
2.2.4. Реализация ВФСК ГТО в образовательных организациях	-Отдел образования района, - отдел физической культуры и спорта; - ГАУЗ «Рыбно-Слободская ЦРБ»	Продолжить внедрение ВФСК ГТО, который осуществляется на уровне начального, среднего и общего образования. В соответствии с дорожной картой утверждены опорные (методические) площадки внедрения ВФСК ГТО.
Мероприятия по здоровому образу жизни в образовательных организациях в рамках Всемирного дня здоровья «Здоровый район»	-Отдел образования района, - отдел физической культуры и спорта; - ГАУЗ «Рыбно-Слободская ЦРБ»	В рамках Всемирного дня здоровья в общеобразовательных организациях для обучающихся и родителей провести классные часы, спортивные мероприятия, эстафеты, игровые программы, дни здоровья. В общеобразовательных учреждениях для учащихся прочитать лекции и провести беседы по пропаганде ЗОЖ с охватом не менее 80 % населения. Оформление наглядных средств агитации (уголки здоровья) Конкурс стенной печати по теме Всемирного Дня здоровья «Здоровый район»; Конкурсы детских творческих работ по теме «За здоровый образ жизни»
2.2.6. Медицинское сопровождение спортивных мероприятий для детей и подростков, обучающихся в	Отдел образования района, - отдел физической культуры и спорта;	Медицинское сопровождение спортивных мероприятий для детей и подростков, обучающихся в образовательных организациях.

образовательных организациях	- ГАУЗ «Рыбно-Слободская ЦРБ»	
Мероприятия для медицинских работников, тренеров спортивных объектов города, преподавателей физической культуры		
2.3.1. Семинары для медицинских работников, тренеров спортивных объектов, преподавателей физической культуры общеобразовательных и детских дошкольных учреждений района.	Отдел образования района, - отдел физической культуры и спорта; - ГАУЗ «Рыбно-Слободская ЦРБ»	<p>Провести семинары.</p> <p>1. Для медицинских работников и тренеров спортивных объектов Рыбно-Слободского района:</p> <ul style="list-style-type: none"> - «Неотложные состояния в спортивной медицине. Синдром внезапной смерти в спорте»; - «Особенности тренировок спортсменов-инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата и детским церебральным параличом»; - «Формирование у детей культуры здоровья, повышение мотивации к его сохранению. Отличительные особенности занятия физкультурой от спорта»; - «Перетренированность и ее влияние на организм спортсмена. Переутомление спортсмена»; - «Женщина и спорт. Нарушение репродуктивного здоровья. Девочки-подростки в спортивных секциях». <p>2. Для руководителей центров образовательных программ здоровьесбережения муниципальных образовательных организаций:</p> <ul style="list-style-type: none"> - «Формирование у детей культуры здоровья, повышение мотивации к его сохранению. Отличительные особенности занятий физической культурой от спорта»; - «Принципы физического воспитания в детских дошкольных учреждениях. Основные способы закаливания детей» - «Профилактика заболеваний опорно-двигательного аппарата у детей. Плоскостопие, нарушение осанки»
3. Профилактика табакокурения в Рыбно-Слободском районе РТ		
<p>3.1. Мероприятия для населения Рыбно-Слободского района</p> <p>Формирование положительного имиджа некурящего человека и привлечение внимания жителей города к проблеме табакокурения</p>		

3.1.1. Повышение знаний населения о пагубном воздействии табакокурении на организм	ГАУЗ «Рыбно-Слободская ЦРБ»	<p>Организация и проведение различных мероприятий, которые установлены Всемирной организацией здравоохранения: Международный день отказа от курения, Всемирный день без табака и др.;</p> <p>Совместно с волонтерами регулярное проведение различных акций, направленных на профилактику табакокурения;</p> <p>Организация и проведение различных лекций, круглых столов, методических занятий, конкурсов и т.д.;</p> <p>Регулярное размещение информации в средствах массовой информации: официальном интернет-сайте учреждения, социальных сетях и др.;</p> <p>Демонстрации кино- и видеоматериалов</p>
3.1.2. Деятельность кабинета профилактики ГАУЗ «Рыбно-Слободская ЦРБ»	ГАУЗ «Рыбно-Слободская ЦРБ»;	<p>Регулярные индивидуальные консультации населения по вопросам отказа от курения;</p> <p>Групповые занятия по отказу от курения;</p> <p>Тестирование на уровень никотиновой зависимости и определение мотивации к отказу от курения</p>
3.2.2. Районные профилактические акции	<p>-Администрация района,</p> <p>- администрации сельских поселений;</p> <p>-отдел образования района, - культуры;</p> <p>- отдел физической культуры и спорта;</p> <p>- ГАУЗ «Рыбно-Слободская ЦРБ»;</p> <p>- отдел по работе территориальной комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав;</p>	<p>Публикация в СМИ («Сельские горизонты», «Авыл офыклары») статьи на тему «Курение и его последствия», «За облаком табачного дыма» и др. с частотой 1 раз в месяц</p> <p>Организовано специалистами медицинских организаций чтении лекций, бесед с охватом населения, не меняя 80%</p> <p>Организация проведения лекций, бесед, выставок, дискуссий по ФАПам по вопросам отказ от вредных привычек и т.п.; ответственный- кабинет профилактики ЦРБ;</p> <p>Акция для взрослых «Покажите пример детям! Не кури!»</p> <p>Проведение общешкольного родительского собрания по теме «Влияние табачного дыма на организм человека. Вред пассивного курения для детей»</p> <p>Фотоконкурс «Здоровая Россия!»</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - отдел молодежной политики района; -социальной защиты; - волонтерское движение 	
3.3. Мероприятия для обучающихся образовательных организаций		
3.3.3. Проведение мероприятий, направленных на запрещение табакокурения, употребления алкогольных и слабоалкогольных напитков, наркотических средств и психотропных веществ	Отдел образования, муниципальные бюджетные общеобразовательные организации	<p>Во всех муниципальных бюджетных общеобразовательных организациях провести мероприятия в рамках Всемирного дня отказа от курения; в рамках празднования Международного Дня детского телефона доверия проведен городской конкурс волонтерских программ, проектов и мультимедийных материалов.</p> <p>На официальном интернет-портале Администрации района разместить информация о возможных бесплатных формах организации досуга несовершеннолетних.</p> <p>Территориальной комиссией по делам несовершеннолетних, защите их прав при Администрации района провести совещание по вопросу поиска форм, направленных на выявление и пресечение фактов реализации алкогольной и спиртосодержащей продукции несовершеннолетним на территории Рыбно-Слободского района</p> <p>В ходе информационной кампании организовать распространение методических материалов в том числе Методические рекомендации: по вопросам совершенствования индивидуальной профилактической работы с обучающимися с девиантным поведением; по педагогическому, психологическому и родительскому попечению и сопровождению групп риска вовлечения обучающихся в потребление табакокурения, наркотических средств и психотропных веществ</p>
Мероприятия для волонтеров		
3.4.1. Проведение обучающей программы		Разработка и внедрение обучающей программы для молодежи «Основы профилактики табакокурения»

«Комплексная программа первичной позитивной профилактики табакокурения среди подростков и молодежи»		
3.4.2. Организация и проведение акций, флэш-мобов, дворовых спортивных мероприятий	Волонтерские организации Рыбно-Слободского района,	Организовать и провести мастер-классы по современным фитнес-технологиям с привлечением специалистов из СК «Дельфин»
3.4.3. Организация профилактических мероприятий табакокурения среди детей и молодежи	Администрация школы, классные руководители, социальные педагоги, педагог-психолог	<p>Проведены классные часы в школах, в рамках которых было знакомство с постановлением Правительства РФ по вопросам, связанным с пресечением оборота курительных смесей на территории Российской Федерации;</p> <p>Диагностика употребления ПАВ и курительных смесей путем проведения опросов, анкетирования, наблюдения среди учащихся 5-11 классов;</p> <p>Ежегодно проведение школьных акции «Молодежь за ЗОЖ» (по плану) 1-11 кл. Один раз в квартал проведение неделя психологии: (психологические тренинги 10-11 кл.)</p> <p>Ежегодно проведение декады профилактики правонарушений (по плану) 1-11 кл.</p> <p>Ежегодно для учащихся 1-11 классов по графику проводили месячник «Молодежь за ЗОЖ»</p>

6.2. Оценка итоговых результатов подпрограммы:

- на 35,5% возросло число людей, систематически занимающихся физической культурой и спортом,
- на 18,2 % снизилась распространенность табакокурения среди взрослого населения;
- на 36,5% снизилась среднедушевое потребление алкоголя;
- на 27,3 % снизились количество отравления алкогольной продукцией.

Как следствие достигнутых результатов по 7 муниципальным образованиям ОКС снизился в среднем на 5,2% (рисунок 6.2.).

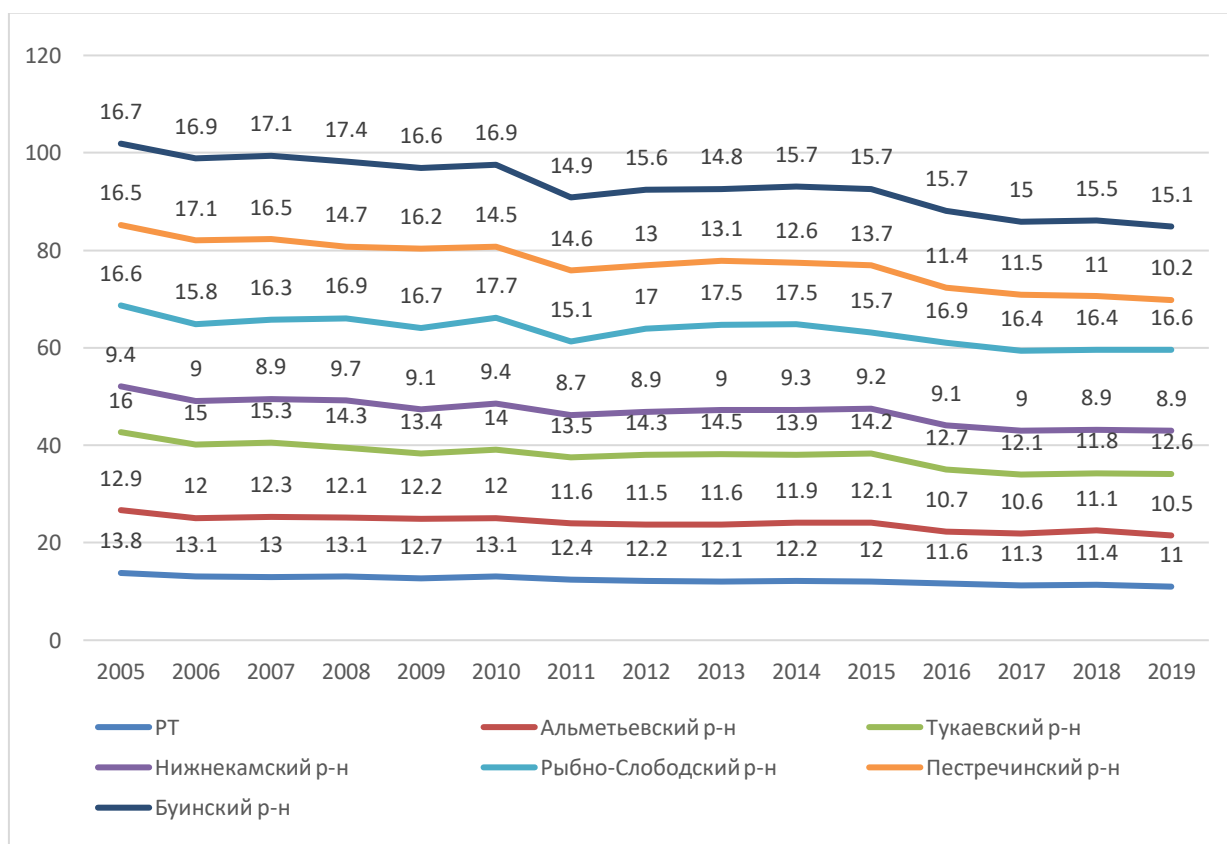


Рисунок 6.2 Динамика коэффициента общей смертности населения в семи исследуемых районах за 2005—2019 гг., на 1000 населения

6.3. Заключение по главе

Разработанная и внедренная межведомственная программа по формированию здорового образа жизни и повышения здоровья населения, включала в себя три направления: снижение табакокурения и вредного употребления алкоголя, повышение физической активности населения РТ. Данная программа дала следующие результаты: за период 2014 - 2019 гг.

доля граждан, приверженных здоровому образу жизни увеличилась с 21 % до 45%; количество людей занимающихся физической культурой и спортом в РТ возросло до 49,5; число людей трудоспособного возраста систематически занимается физической культурой и спортом выросло до 42 %; количество людей с инвалидностью систематически занимающихся физической культурой и спортом выросло до 28,1 %.

Следует отметить, что за период с 2014 по 2019 гг. в 2,2 раза выросло число студентов приверженных к физически активному образу жизни (с 35,77% до 78,54% -115 897 студентов).

Количество людей «Третьего возраста», которые систематически занимаются физической культурой и спортом выросло до 14 %, в спортивных мероприятиях приняло участие более 14 500 лиц старшего поколения.

Табакокурение среди взрослого населения снизилось на 19,5 % (с 41 % до 33% общего населения). Вредное употребление алкоголя снизилось на 27 % (в 2008 году данный показатель составил 16,2 литра, в 2015 году – 12,7 литра в год, в 2019 году 11,8 литров на душу населения). Следует отметить, что за период 2014 - 2019 гг. Снизились количество отравления на 29,5%.

За период внедрения межведомственной программы по формированию приверженности населения к здоровому образу жизни за период 2009 - 2019 гг., численность пострадавших в результате несчастных случаев на производстве с утратой трудоспособности на один рабочий день и более снизилась с 1226 до 850 случаев (чел.); количество дней временной нетрудоспособности, связанные с несчастным случаем на производстве в расчете на одного пострадавшего (дни) снизилось на 36 % (с 86,8 до 55,5); численность работников с установленными в год профессиональными заболеваниями снизилось на 14 % (с 150 до 177 человек).

Таким образом, в результате внедрения Комплексной межведомственной программы в РТ, достигнуты существенные результаты по улучшению: образа жизни населения, социально-экономического положения, условий труда на производстве, состояния окружающей среды, а также в системе здравоохранения. Все это привело к улучшению показателей здоровья населения: на 2,86 лет увеличилась ОПЖ (с 72,17 по до 75,03 лет.) и на 11 % снизился ОКС (12,2 по 11,0 на 1 тыс. населения).

ГЛАВА 7. ОЦЕНКА МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ КОМПЛЕКСНОЙ МЕЖВЕДОМСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ

В предыдущих главах были проанализированы медико-демографические показатели здоровья, изучены влияния поведенческих факторов, образа жизни, социально-экономических, состояние окружающей среды и деятельности системы здравоохранения на здоровье населения. В рамках данного исследования была дана оценка состоянию здоровья и образа жизни среди различных групп населения РТ. Дано научное обоснование, разработана и внедрена комплексная межведомственная программа по формированию приверженности населения к ЗОЖ у населения в РТ. В данной Главе проведем оценку медико-экономической эффективности программы формирования приверженности населения к здоровому образу жизни.

7.1. Оценка ожидаемой продолжительности здоровой жизни

Нами было проведено исследование с репрезентативной оценкой 987 специально разработанных карт «Изучение ожидаемой продолжительности здоровой жизни населения Республики Татарстан». Исследование проведено в 2014 и 2019 г.г. (480 карт - в 2014 году и 507 карт – повторно в 2019 году). Для изучения здоровья этих лиц, по данным опроса, была составлена специальная

карта по изучению ОПЗЖ у лиц в возрасте от 20 до 91 и более лет (приложение 5).

Изучение состояния ожидаемой продолжительности здоровой жизни населения Республики Татарстан проводилось группой специалистов, в которую вошли главные врачи, заместители главного врача по организационно-методической работе, врачи-ВОП, медицинские сестра и фельдшера ФАП под руководством диссертанта Китаевой Э.А.

Проведенное исследование показывает следующее распределение по возрастам: 20-30 лет - 7,3 %; 31-40 лет - 18,1 %; 41-50 лет - 24,8 %; 51-60 лет - 24,6 %; 61-70 лет - 11,9 %; 71-80 лет - 10,0 % и в возрасте 81-90 лет 3,3 % соответственно.

В таблице 7.1, представлены распределение респондентов в 2014 году по семейному положению.

Таблица 7.1 Показатели распределения респондентов лиц в зависимости от семейного положения в 2014 г.г.

Возраст, г.г.	Общее число респондентов , чел.	В том числе			
		Женат / замужем, абс.	%	Холост / не замужем, абс	%
20-30	35	24	68,6	11	31,4
31-40	87	79	90,8	8	9,2
41-50	119	98	82,4	21	17,6
51-60	118	87	73,7	31	26,3
61-70	57	31	54,4	26	45,6
71-80	48	28	58,3	20	41,7
81-90	16	4	25	12	75
Общий итог	480	351	73,1	129	26,9

Как видно из таблицы 7.1, среди респондентов 73,1 % составили лица женат/замужем и 26,9% не женат/не замужем. В возрастной группе от 20 до 30 были охвачены обследованием 68,6 % женат/замужем и 31,4 % не женат/не замужем; в возрастной группе от 31 до 40 лет этот показатель составил 90,8 % женат/замужем и 9,2 % не женат/не замужем соответственно; в возрастной группе от 41 до 50 лет этот показатель составил 82,4 % женат/замужем и 17,6 % не женат/не замужем соответственно; в возрастной группе от 51 до 60 лет этот показатель составил 73,7 % женат/замужем и 26,3 % не женат/не замужем соответственно; в возрастной группе от 61 до 70 лет этот показатель составил 54,4 % женат/замужем и 45,6 % женат/замужем соответственно; в возрастной группе от 71 до 80 лет составил 58,3% женат/замужем и 41,7% женат/замужем соответственно; в возрастной группе от 81 до 90 лет составил 25 % женат/замужем и 75 % женат/замужем соответственно.

В таблице 7.2, представлена показатели респондентов лиц в зависимости от уровня образования.

Таблица 7.2. Показатели распределения респондентов лиц в зависимости от уровня образования в РТ за 2014 г.

Возраст	Общее число респондентов, абс.	В том числе в зависимости от образования															
		Мужчин (n=144) 172								Женщин (n= 366) 308							
		Высшее образование, абс.	%	Среднее специальное, абс.	%	Среднее, абс.	%	8 класс и ниже, абс.	%	Высшее образование, абс.	%	Среднее специальное, абс.	%	Среднее, абс.	%	8 класс и ниже, абс.	%
20-30	35	10	28,6	1	2,9	0	0	0	0	12	34,3	12	34,3	0	0	0	0
31-40	87	15	17,4	9	10,3	3	3,4	0	0	29	33,3	25	28,7	6	6,9	0	0
41-50	119	11	9,2	20	16,8	4	3,4	0	0	30	25,2	50	42	4	3,4	0	0
51-60	118	13	11	18	15,3	2	1,7	0	0	29	24,6	37	31,4	19	16,1	0	0
61-70	57	6	10,5	9	15,8	4	7	0	0	3	5,3	25	43,9	8	14	2	3,5
71-80	48	3	6,3	4	8,3	2	4,2	4	8,3	4	8,3	12	25	7	14,6	12	25
81-90	16	0	0	0	0	3	18,8	3	18,8	0	0	3	18,8	0	0	7	43,8
Общий итог	480	58	12,1	61	12,7	18	3,8	7	1,5	107	22,3	164	34,2	44	9,2	21	4,4

Как видно из таблицы 7.2, среди респондентов 144 (30 %) мужчин и 336 (30 %) женщин. Мужчин с высшим образованием 57 человек (11,2 % от общего числа респондентов), женщин с высшим образованием 104 человек (42 % от общего числа респондентов). В возрастной группе от 20 до 30 лет мужчин с высшим образованием 10 человек (28,6 %) и 12 женщин (34,3 %), лиц со средне-специальным образованием среди мужчин один человек (2,9%) среди женщин 12 человек (34,3 %), лиц со средним образованием и образованием «8 классов и ниже» не зарегистрировано. В возрастной группе от 31 до 40 лет количество респондентов мужчин с высшим образованием 15 (17,4 %) и женщин 29 человек (33,3 %); лиц со средне-специальным образованием среди мужчин 9 человек (10,3%) и среди женщин 25 человек (28,7 %), лиц со средним образованием 3 человека (3,4%) среди мужчин и 6 человек (6,9%) среди женщин; среди респондентов мужчин и женщин с образованием «8 классов и ниже» не зарегистрировано. В возрастной группе от 41 до 50 общее количество респондентов составляет 119 человек, среди которых мужчин с высшим образованием 11 человек (9,2 %) и 30 женского пола (25,2 %); лиц со средне-специальным образованием 20 человек (16,8%) мужского пола и 50 человек (42 %), лиц со средним образованием в данной возрастной группе 4 человека (3,4 %) среди мужчин и 4 человек (3,4 %) среди респондентов женщин; среди респондентов мужчин и женщин с образованием «8 классов и ниже» не зарегистрировано.

В возрастной группе от 51 до 60 общее количество респондентов лиц составило 118 человек, из которых мужчин с высшим образованием 13 человек (11 % от общего числа респондентов в данной возрастной группе), женщин с высшим образованием 29 человек (24,6 %); мужчин со средне-специальным образованием 18 (15,3 %), женщин 37 респондентов (31,4 %).

В возрастной группе от 61 до 70 общее количество респондентов лиц составило 57 человек. Мужчин с высшим образованием 6 человек (10,5 % от общего числа респондентов в данной возрастной группе), женщин с высшим

образованием 9 человека (15,8 %); лиц со средне-специальным образованием среди мужчин 3 человека (5,8 %) и среди женщин 25 человек (43,9 %), лиц со средним образованием 4 человека (7%) среди мужчин и 18 человек (14 %) среди респондентов женщин; среди респондентов мужчин с образованием «8 классов и ниже» не зарегистрировано, среди респондентов женщин 2 человек (3,5 %) имели образование «8 классов и ниже».

В возрастной группе от 71 до 80 общее количество респондентов лиц составила 48 человек. В данной возрастной группе мужчин с высшим образованием 3 человека (6,3 %), женщин с высшим образованием 4 человека (8,3 %); лиц со средне-специальным образованием среди мужчин 4 человека (8,3 %) и среди женщин 12 человек (25 %), лиц со средним образованием 2 человека (4,2%) среди мужчин и 7 человек (14,6 %) среди респондентов женщин; среди респондентов мужчин с образованием «8 классов и ниже» 4 человека (8,3 % от общего числа респондентов в данной возрастной группе), среди респондентов женщин 12 человек (25 %) имели образование «8 классов и ниже».

В возрастной группе от 81 до 90 количество респондентов составила 16 человек. Мужчин и женщин с высшим образованием зарегистрировано не было. Следует отметить, что среди мужчин со средне-специальным образованием также зарегистрировано не было; среди респондентов мужчин со средним образованием составило 3 человека (18,8 %) и женщин со средним образованием 18,8 % (три человек) и с образованием «8 классов и ниже» зарегистрировано 43,8 % женщин от общего числа респондентов в данной возрастной группе.

В 2019 году проведено повторное исследование с репрезентативной оценкой 507 специально разработанных карт «Изучение ожидаемой продолжительности здоровой жизни населения Республики Татарстан».

Результаты проведенного исследования в 2019 году показывают следующее распределение по возрастам: 20-30 лет составили 6,5%; 31-40 лет - 18,9 %; 41-50 лет - 25,2 %; 51-60 лет - 27,6 %; 61-70 лет - 8,9 %; 71-80 лет - 9,9 %; 81-90 лет - 2,4 % и в возрасте 91 и более лет 0,6 % соответственно. Следует отметить, что среди респондентов 28,9 % (147) мужчин и 71,1 % (360) женщин.

В таблице 6.3, представлены показатели распределения респондентов лиц в зависимости от семейного положения

Таблица 7.3 Показатели распределения респондентов лиц в зависимости от семейного положения в 2019 г.г.

Возраст , г.г.	Общее число респондентов , чел.	В том числе			
		Женат / замужем, абс.	%	Холост / не замужем, абс	%
20-30	33	24	72,7	9	27,3
31-40	96	79	82,3	18	17,7
41-50	128	101	78,9	27	21,1
51-60	140	107	76,4	33	23,6
61-70	45	32	71,1	13	28,9
71-80	50	28	56	22	44
81-90	12	7	58,3	5	41,7
91-100	3	1	33,3	2	66,7
Общий итог	507	379	74,8	128	25,2

Как видно из таблицы 7.3, среди респондентов 74,8 % составили лица женат/замужем и 25,2 % не женат/не замужем. В возрастной группе от 20 до 30 были охвачены обследованием 72,7 % женат/замужем и 27,3 % не женат/не замужем; в возрастной группе от 31 до 40 лет этот показатель составил 82,3 %

женат/замужем и 17,7 % не женат/не замужем соответственно; в возрастной группе от 41 до 50 лет этот показатель составил 78,9 % женат/замужем и 21,1 % не женат/не замужем соответственно; в возрастной группе от 51 до 60 лет этот показатель составил 76,4 % женат/замужем и 23,6 % не женат/не замужем соответственно; в возрастной группе от 61 до 70 лет этот показатель составил 71,1 % женат/замужем и 28,9 % не женат/не замужем соответственно; в возрастной группе от 71 до 80 лет составил 56 % женат/замужем и 44 % не женат/не замужем соответственно; в возрастной группе от 81 до 90 лет составил 58,3 % женат/замужем и 41,7 % не женат/не замужем соответственно; в возрастной группе от 91 до 100 лет составил 33,3 % женат/замужем и 66,7 % не женат/не замужем соответственно.

В таблице 7.4, представлена показатели респондентов лиц в зависимости от уровня образования.

Как видно из таблицы 7.4, среди респондентов 28,9 % (28147 чел.) Мужчин и 71,1 % (360 чел.) женщин, среди которых 11,2 % мужчин с высшим образованием и 42 % женщин с высшим образованием.

Таблица 7.4. Показатели распределения респондентов лиц в зависимости от уровня образования в РТ за 2019 г.

Возраст	Общее число респондентов, абс.	В том числе в зависимости от образования															
		Мужчин (n=147)								Женщин (n= 360)							
		Высшее образование, абс.	%	Среднее специальное, абс.	%	Среднее, абс.	%	8 классов и ниже, абс.	%	Высшее образование, абс.	%	Среднее специальное, абс.	%	Среднее, абс.	%	8 классов и ниже, абс.	%
20-30	33	11	33,3	1	3	0	0	0	0	14	42,4	7	21,2	0	0	0	0
31-40	96	12	12,5	8	8,3	1	1	0	0	34	35,4	35	36,5	6	6,3	0	0
41-50	128	10	7,8	22	17,2	2	1,6	0	0	32	25	54	42,2	8	7	0	0
51-60	140	18	12,9	31	22,1	4	2,9	0	0	19	13,6	58	41,4	10	7,1	0	0
61-70	45	3	6,7	3	6,7	3	6,7	0	0	1	2,2	22	48,9	12	26,7	1	2,1
71-80	50	3	6	3	6	3	6	4	8	4	8	15	30	6	12	12	24
81-90	12	0	0	0	0	2	16,7	2	16,7	0	0	1	8,3	0	0	7	58,3
91-100	3	0	0	0	0	0	0	1	33,3	0	0	0	0	0	0	2	66,7
Общий итог	507	57	11,2	68	13,4	15	3,0	7	1,4	104	20,5	192	37,9	42	8,3	22	4,3

Как видно из таблицы 7.4, в возрасте от 20 до 30 лет мужчин с высшим образованием 11 человек (33,3 %) и 14 женщин (42,4 %), лиц со средне-специальным образованием среди мужчин один человек (3%) среди женщин 7 человек (21,2 %), лиц со средним образованием и образованием «8 классов и ниже» не зарегистрировано. В возрасте от 31 до 40 лет количество респондентов мужчин с высшим образованием 12 (12,5 %) и женщин 34 человек (35,4 %); лиц со средне-специальным образованием среди мужчин 8 человек (8,3%) и среди женщин 35 человек (36,5 %), лиц со средним образованием один человек (1%) среди мужчин и 6 человек (6,3%) среди женщин; среди респондентов мужчин и женщин с образованием «8 классов и ниже» не зарегистрировано. В возрасте от 41 до 50 общее количество респондентов составляет 128 человек, среди которых мужчин с высшим образованием 10 человек (7,8 %) и 32 женского пола (25 %); лиц со средне-специальным образованием 22 человек (17,2%) мужского пола и 54 человек (42,2 %), лиц со средним образованием в данной возрастной группе 2 человека (1,6 %) среди мужчин и 8 человек (7 %) среди респондентов женщин; среди респондентов мужчин и женщин с образованием «8 классов и ниже» не зарегистрировано. В возрасте от 51 до 60 общее количество респондентов лиц составило 140 человек, из которых мужчин с высшим образованием 18 человек (12,9 % от общего числа респондентов в данной возрастной группе), женщин с высшим образованием 19 человек (13,6 %); мужчин со средне-специальным образованием 31 (22,1 %), женщин 58 респондентов (44,1 %); со средним образованием среди мужчин в данной возрастной группе 4 человек (2,9 %), женщин со средним образованием 10 человек (7,1 % от общего числа респондентов в данной возрастной группе); среди респондентов мужчин и женщин с образованием «8 классов и ниже» не зарегистрировано.

В возрастной группе от 61 до 70 общее количество респондентов лиц составило 45 человек. Мужчин с высшим образованием 3 человек (6,7 % от общего числа респондентов в данной возрастной группе), женщин с высшим

образованием один человек (2,2 %); лиц со средне-специальным образованием среди мужчин 3 человека (6,7 %) и среди женщин 22 человек (48,9 %), лиц со средним образованием 3 человека (6,7%) среди мужчин и 12 человек (26,7 %) среди респондентов женщин; среди респондентов мужчин с образованием «8 классов и ниже» не зарегистрировано, среди респондентов женщин 2,1 имели образование «8 классов и ниже».

В возрастной группе от 71 до 80 общее количество респондентов лиц составила 50 человек. В данной возрастной группе мужчин с высшим образованием три человека (6 %), женин с высшим образованием 4 человека (8%); лиц со средне-специальным образованием среди мужчин 3 человека (6 %) и среди женщин 15 человек (30 %), лиц со средним образованием 3 человека (6 %) среди мужчин и 6 человек (12 %) среди респондентов женщин; среди респондентов мужчин с образованием «8 классов и ниже» 4 человека (8% от обего числа респондентов в данной возрастной группе), среди респондентов женщин 12 человек (24 %) имели образование «8 классов и ниже».

В возрастной группе от 81 до 90 количество респондентов составила 12 человек. Мужчин и женщин с высшим образованием зарегистрировано не было. Следует отметить, что среди мужчин со средне-специальным образованием также зарегистрировано не было; среди респондентов мужчин со средним образованием составило 2 человека (16,7 %) и женщин со средним образованием 8,3 % (один человек) от общего числа респондентов в данной возрастной группе.

В возрастной группе от 91 до 100 количество респондентов равнялось три человека. Следует отметить, что в данной возрастной группе мужчин с высшим образованием, со средне-специальным образованием и средним образованием зарегистрировано не было, один обследованный (33,3%) имел

образование «8 классов и ниже». Если же говорить об респондентов женщинах также в данной возрастной группе с высшим образованием, со средне-специальным образованием и средним образованием зарегистрировано не было, два респондентов (66,7%) имели образование «8 классов и ниже».

На следующем этапе определили долю лиц с плохим здоровьем от общего числа обследованных с хорошим здоровьем ($x+5$). Затем рассчитывали показатели ОПЗЖ среди населения РТ в возрасте от 20 до 85 и более лет с интервалом на 5 лет.

Проведенное изучение состояния здоровья населения РТ по методу Салливана Д.Ф. (1971) в 2014 году показало, что количество и процент людей с плохим здоровьем по каждой возрастной группе (процент от числа опрошенных в каждой возрастной группе). В возрастных группах от 20 до 24, от 25 до 29 лет людей со плохим здоровьем не зарегистрировано.

В возрастной группе от 30 до 34 лет 2,0% людей с плохим здоровьем; в возрастной группе от 35 до 39 лет доля лиц с плохим здоровьем 2,0%; в возрастной группе от 40 до 44 лет 11,7 % людей с плохим здоровьем; от 45 до 49 лет 15,7 % лиц с плохим здоровьем; от 50 до 54 лет 19,2 % лиц с плохим здоровьем; от 55 до 59 лет 31,5 % лиц с плохим здоровьем; от 60 до 64 лет 54,3 % лиц с плохим здоровьем; от 65 до 69 лет 72,9 % лиц с плохим здоровьем; от 70 до 74 лет 84,2 % лиц с плохим здоровьем; от 75 до 79 лет 89,1 % лиц с плохим здоровьем; от 80 лет и старше лиц с плохим здоровьем составила 100% (см. рисунок 7.1.)

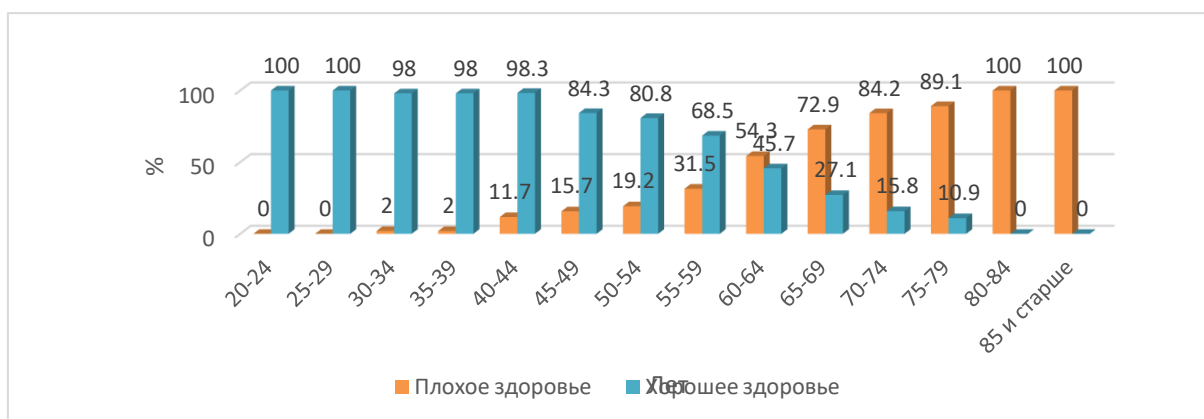


Рис. 7.1. Показатели оценки здоровья населения РТ по Салливану в 2014 г.

В целях определения ОПЖ проводили изучение вероятности умереть в возрастных группах от 20 до 85 и более лет в 2014 г. с интервалом на 5 лет. С той целью вначале рассчитали количество доживших и умерших в этих возрастных группах, человека лет и показателей ОПЖ в 2014 году. Если в возрасте 20 лет ОПЖ составил $53,14 \pm 1,333$ года; в возрасте 25 лет ОПЖ составил $48,44 \pm 1,338$ года; в возрасте 30 лет ОПЖ составил $43,79$ лет; в возрасте 35 лет составила $38,42 \pm 1,344$ года; в возрасте 40 лет ОПЖ составил $35,26 \pm 1,344$ года; в возрасте 45 лет ОПЖ составил $31,13 \pm 1,049$ года; в возрасте 50 лет ОПЖ составил $27,10 \pm 1,059$ года; в возрасте 55 лет ОПЖ составил $23,28 \pm 1,09$ года; в возрасте 60 лет ОПЖ составил $19,67 \pm 1,333$ года; 65 лет – $16,33 \pm 1,344$ года, 70 лет – $13,13 \pm 0,443$ года; 75 лет – $10,29 \pm 1,296$ года; 80 лет – $7,76 \pm 1,046$ года; а в возрасте 85 и более лет ОПЖ составил лишь $5,9 \pm 0,692$ года (см. рис. 6.2).

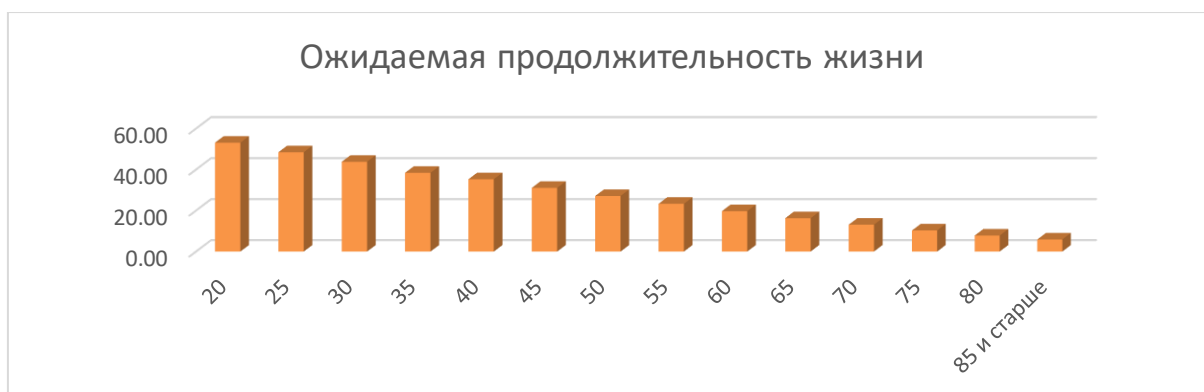


Рис. 7.2. Показатели ожидаемой продолжительности жизни среди населения Республики Татарстан в 2014 г.

Проведенное изучение состояния здоровья населения Республики Татарстан по методу Салливана Д.Ф. (1971) в 2019 году показало, что количество и процент людей с плохим здоровьем по каждой возрастной группе (процент от числа опрошенных в каждой возрастной группе). В возрастных группах от 20 до 24, от 25 до 29, от 30 до 34 и от 35 до 39 лет людей со плохим здоровьем не зарегистрировано. В возрасте от 40 до 44 лет 4,8 % людей с плохим здоровьем; в возрастной группе от 45 до 49 лет 6,4 % людей с плохим здоровьем; в возрастной группе от 50 до 54 лет людей с плохим здоровьем составило 10,9 %; в возрастной группе от 55 до 59 лет 21,1 %; в возрастной группе от 60 до 64 лет людей с плохим здоровьем 45,2 %; в возрастной группе от 65 до 69 лет людей с плохим здоровьем составили 59,1 %; в возрастной группе от 70 до 74 лет людей с плохим здоровьем составили 71,4 %; в возрастной группе от 75 до 79 лет людей с плохим здоровьем составили 78,3 % и в возрастной группе от 80 и старше людей с плохим здоровьем составили 100%. Как представлено на рисунке 7.3, доля лиц с плохим здоровьем начиная с 60 летнего возраста имела тенденцию к существенному росту: с 45,2% в 60 лет до 59,1% в возрасте 65 лет; 71,4% в 70 лет, 78,3% в 75 лет, а в возрасте 80 лет и 85 и более лет, имеющих плохое здоровье, составило 100,0%. В то же время уровень лиц, имеющих хорошее здоровье в зависимости от возраста достоверно снизилась, а в возрасте 80 и более лет живущих хорошим здоровьем не было выявлено (см рис. 7.3).

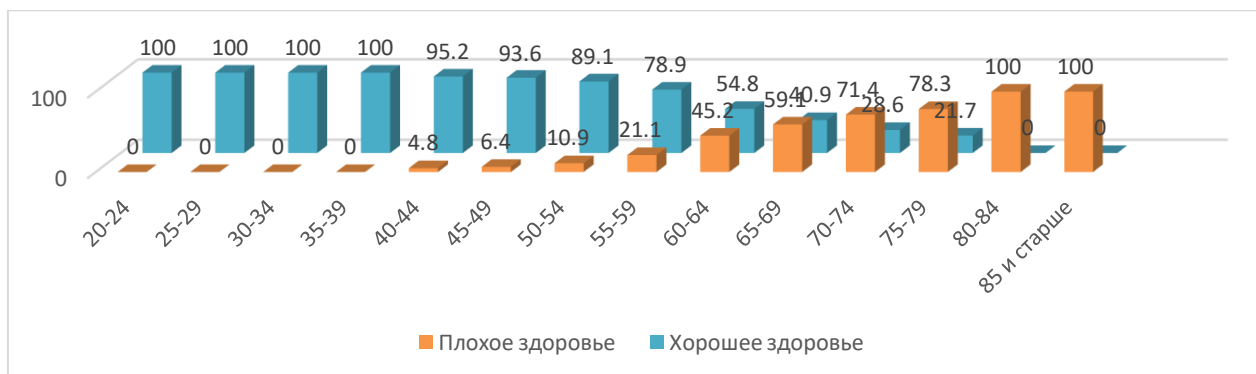


Рис. 7.3. Показатели оценки здоровья населения РТ по Салливану в 2019 г.

В целях определения ОПЖ проводили изучение вероятности умереть в возрастных группах с интервалом на 5 лет от 20 до 85 и более лет. Для этого рассчитали показатели числа доживших и умерших в этих возрастных группах, человека лет и показателей ОПЖ в 2019 году. Если в возрасте 20 лет ОПЖ составил $55,7 \pm 1,333$ года; в возрасте 25 лет ОПЖ составил $50,9 \pm 1,338$ года; в возрасте 30 лет ОПЖ составил 46,1 лет; в возрасте 35 лет составила $41,5 \pm 1,344$ года; в возрасте 40 лет ОПЖ составил $37,1 \pm 1,344$ года; в возрасте 45 лет ОПЖ составил $32,9 \pm 1,049$ года; в возрасте 50 лет ОПЖ составил $28,8 \pm 1,059$ года; в возрасте 55 лет ОПЖ составил $24,8 \pm 1,09$ года; в возрасте 60 лет ОПЖ составил $21,0 \pm 1,333$ года; 65 лет – $17,5 \pm 1,344$ года, 70 лет – $14,3 \pm 0,443$ года, 75 лет – $11,2 \pm 1,296$ года; 80 лет – $8,7 \pm 1,046$ года; а в возрасте 85 и более лет ОПЖ составил лишь $5,9 \pm 0,692$ года. В результате существенного снижения число доживших и увеличение умерших в возрасте от 20 до 85 и более лет показатели ожидаемой продолжительности жизни сократились с 55,7 до 5,9 лет, т.е. на 49,8 лет (см. рис. 7.4).

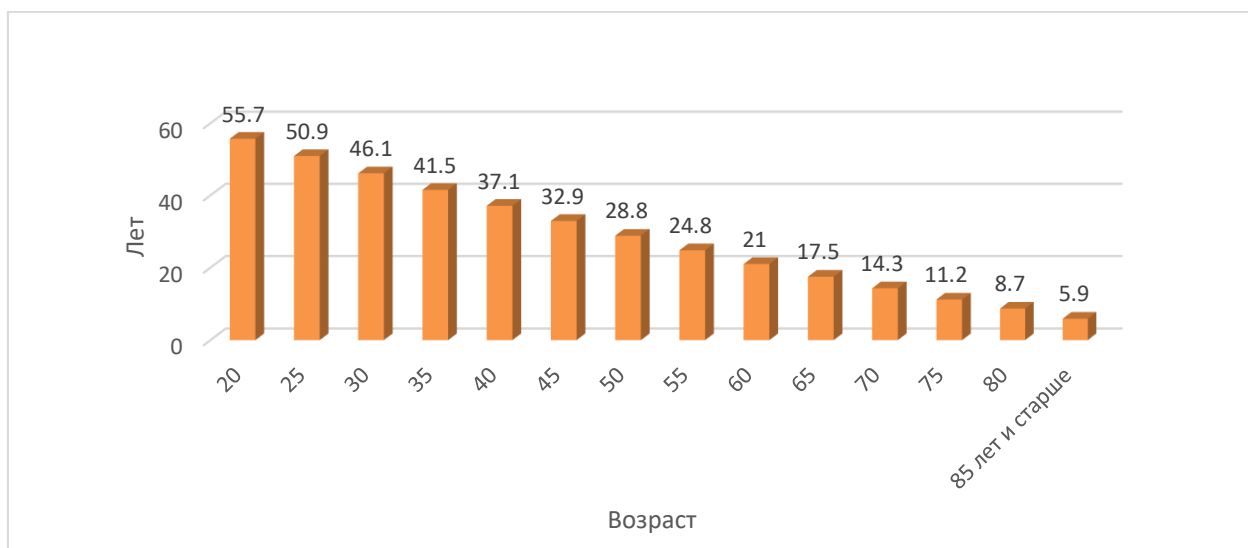


Рис. 7.4. Показатели ожидаемой продолжительности жизни среди населения Республики Татарстан в 2019 г.

Таблица 7.5. Показатели ожидаемой продолжительности и ожидаемой продолжительности здоровой жизни у населения Республики Татарстан за 2014 г.

Возраст	Вероятность умереть во возрасте X		Число доживших до возраста X	Число умеривших во возрасте X	Число живущих в интервале от возраста X до (X+5)	Число чел.-лет(количество лет жизни)	ОПЖ, лет	доля людей с плохим здоровьем от числа опрошенных	число живущих в интервале от возраста x до (x+5) с хорошим здоровьем	число человеко-лет здоровых	ОПЗЖ, лет	ОПЗЖ в процентах от ОПЖ
	qx	ax	lx	dx	Lx	Tx	ex	π(x), %	LHx	THx	eH(x)	eH(x),%
1	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
20	0,29		283053,00	92626,00	1581302,50	#####	53,1	0	1581302,50	#####	38,4	72
25	0,15		349468,00	50600,00	1602187,50	#####	48,4	0	1602187,50	9282921,08	26,6	55
30	0,09		291407,00	31099,00	1398412,50	#####	43,8	2	1370444,25	7680733,58	26,4	60
35	0,09		267958,00	22822,00	1278485,00	9361755,00	38,4	2	1252915,30	6310289,33	23,6	61
40	0,01		243436,00	34233,00	1241915,00	8083270,00	35,3	11,7	1096610,95	5057374,03	20,8	59
45	0,23		253330,00	56628,00	1410715,00	6841355,00	31,1	15,7	1189232,75	3960763,09	15,6	50
50	0,06		310956,00	18904,00	1489075,00	5430640,00	27,1	19,2	1203172,60	2771530,34	8,9	33
55	0,21		284674,00	57911,00	1273630,00	3941565,00	23,3	31,5	872436,55	1568357,74	5,5	24
60	0,39		224778,00	77094,00	875507,50	2667935,00	19,7	54,3	400106,93	695921,19	3,1	16
65	0,21		125425,00	55998,00	621215,00	1792427,50	16,3	72,9	168349,27	295814,26	2,4	14
70	0,10		123061,00	28000,00	600815,00	1171212,50	13,1	84,2	94928,77	127465,00	1,0	8
75	0,41		117265,00	50155,00	298497,50	570397,50	10,3	89,1	32536,23	32536,23	0,3	3
80	0,28		2134,00	19772,00	138617,50	271900,00	7,8	100	0,00	0,00	0,00	0
85 и старше			53313,00		133282,50	133282,50	5,9	100	0,00	0,00	0,00	0
					$Lx = ((lx + l(x+5))/2) * 5$ на основании столбца 5	$Tx = \sum Lx$ снизу нарастающим итогом	$ex = Tx/lx$ столбец 8/столбец 5	из исследований (пока взяла условно цифры из примера)	$LHx = L(x) * (1 - \pi(x)/100)$ столбец 7*(1-столбец10/100)	$THx = \sum LHx$ снизу нарастающим итогом	$eH(x) = THx/lx$ столбец12/столбец5	$eH(x) * 100/ex$ процент от столбца 9

Данные динамика ОПЗЖ с 2014 года представлены в таблице № 7.5. В возрасте 20 лет показатели ОПЗЖ составили 38,38 лет; то в возрасте 25 лет этот показатель снизился до 25,56 лет; в 30 лет ОПЗЖ равнялся 26,26; в 35 лет снизился до 23,55 лет; в возрасте 40 снизился до 20,77 года; в возрасте 45 лет достоверно снизился до 15,63 лет; в возрасте 50 лет достоверно снизился до 8,91 года; в возрасте 55 лет- до 5,51 лет; в возрасте 60 лет достоверно снизился до 3,1 лет; в возрасте 65 лет до 2,36 лет; в возрасте 70 лет достоверно снизился до 1 года. В возрасте 80 и более лет лица трудоспособного возраста не имели ОПЗЖ.

Оценка медико-экономической эффективности программы формирования приверженности населения к здоровому образу жизни показала, что количество и процент людей с плохим здоровьем по каждой возрастной группе в 2014 году на 12 % выше, чем в 2019 году. Следует отметить, что и в 2014 и в 2019 г.г. в возрастных группах от 20 до 24, от 25 до 29 лет людей со плохим здоровьем не зарегистрировано. В 2014 году в возрастной группе от 30 до 34 лет 2,0% людей с плохим здоровьем; в возрастной группе от 35 до 39 лет доля лиц с плохим здоровьем 2,0%; тогда как в 2019 году в возрастных группах от 20 до 24, от 25 до 29, от 30 до 34 и от 35 до 39 лет людей со плохим здоровьем не зарегистрировано. В 2014 году в возрастной группе от 40 до 44 лет 11,7 % людей с плохим здоровьем, тогда как в 2019 году в данной возрастной группе 4,8 % людей с плохим здоровьем. В возрастной группе от 45 до 49 лет 15,7 % лиц с плохим здоровьем, в 2019 году в данной возрастной группе 6,4 % людей с плохим здоровьем. В возрастной группе от 50 до 54 лет в 2014 году 19,2 % лиц с плохим здоровьем, тогда как в 2019 году в данной возрастной группе 10,9 % людей с плохим здоровьем. В возрастной группе от 55 до 59 лет 31,5 % лиц с плохим здоровьем, тогда как в 2019 году в данной возрастной группе 21,1 % людей с плохим здоровьем. В возрастной группе от 60 до 64 лет в 2014 году людей с плохим здоровьем 54,3 %, тогда как в 2019 году 45,2 % людей с плохим здоровьем. В 2014 году в

возрастной группе от 65 до 69 лет 72,9 % лиц с плохим здоровьем, тогда как в 2019 году 59,1 % людей с плохим здоровьем. В возрастной группе от 70 до 74 лет в 2014 году людей с плохим здоровьем 84,2 %, тогда как в 2019 году 71,4 %. В 2014 году в возрастной группе от 75 до 79 лет 89,1 % лиц с плохим здоровьем, тогда как в 2019 году 78,3 %. Следует отметить, что в возрастной группе от 80 лет и старше лиц и в 2014 году и в 2019 году лиц с плохим здоровьем составила 100%.

Таблица 7.6. Показатели ожидаемой продолжительности и ожидаемой продолжительности здоровой жизни у населения Республики Татарстан за 2019 г.

Возраст	Вероятность умереть в возрасте X		Число доживших до возраста X	Число умеревших во возрасте X	Число живущих в интервале от возраста X до (X+5)	Число чел.-лет(количество лет жизни)	ОПЖ, лет	доля людей с плохим здоровьем от числа опрошенных	Число живущих в интервале от возраста x до (x+5) с хорошим здоровьем	Число человеко-лет здоровых	ОПЗЖ, лет	ОПЗЖ в процентах от ОПЖ
	qx	ax	lx	dx	Lx	Tx	ex	π(x), %	LHx	THx	eH(x)	eH(x),%
1	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
20-24	0,71		193221,00	98631,00	1217757,50	#####	55,7	0,00	1217757,50	#####	60,4	100
25-29	0,21		293882,00	50014,00	1608435,00	#####	50,9	0,00	1608435,00	#####	35,6	70
30-34	0,17		349492,00	49155,00	1594795,00	#####	46,1	0,00	1594795,00	8838368,74	25,3	55
35-39	0,13		288426,00	30640,00	1380067,50	#####	41,5	0,00	1380067,50	7243573,74	25,1	61
40-44	0,15		263601,00	30784,00	1253577,50	8675397,50	37,1	4,84	1192920,52	5863506,24	22,2	60
45-49	0,01		237830,00	1332,00	1208905,00	7421820,00	32,9	6,35	1132149,13	4670585,71	19,6	60
50-54	0,26		245732,00	45035,00	1359102,50	6212915,00	28,8	10,94	1210450,66	3538436,59	14,4	50
55-59	0,08		297909,00	18341,00	1412055,00	4853812,50	24,8	21,13	1113733,52	2327985,92	7,8	32
60-64	0,23		266913,00	46075,00	1177290,00	3441757,50	21,0	45,16	645610,65	1214252,40	4,6	22
65-69	0,47		204003,00	72817,00	783712,50	2264467,50	17,5	59,09	320609,66	568641,76	2,8	16
70-74	0,21		109482,00	17112,00	521405,00	1480755,00	14,3	71,43	148972,86	248032,10	2,3	16
75-79	0,17		99080,00	11178,00	455672,50	959350,00	январь.00	78,26	99059,24	99059,24	1,00	9
80-84	0,33		83189,00	18087,00	355825,00	503677,50	8,7	100,00	0,00	0,00	0,00	0
85 и старше			59141,00		147852,50	147852,50	5,9	100,00	0,00	0,00	0,00	0
					$Lx = ((lx + l(x+5))/2) * 5$ на основании столбца 5	$Tx = \sum Lx$ снизу нарастающим итогом	$ex = Tx/lx$ столбец/столбец5	из исследования Лист Анкеты 2019 оба пола	$LHx = L(x) * (1 - \pi(x)/100)$ столбец 7*(1-столбец10/100)	$THx = \sum LHx$ снизу нарастающим итогом	$eHx = THx/lx$ столбец12/столбец5	$eHx * 100/ex$ процент от столбца9

Из таблицы 7.6, видно, что показатели ОПЗЖ у населения РТ в 2019 году начиная с 20 летнего возраста достоверно снижаются: в возрасте 25 лет показатели ОПЗЖ составили 35,6 лет; то в возрасте 30 лет этот показатель снизился до 25,3 лет; 35 лет до 25,1 лет; в возрасте 40 снизился до 22,2 года; в возрасте 45 лет достоверно снизился до 19,6 лет; в возрасте 50 лет достоверно снизился до 14,4 года; в возрасте 55 лет- до 7,8 лет; в возрасте 60 лет достоверно снизился до 2,8 лет; в возрасте 70 лет достоверно снизился до 2,3 лет. В возрасте 80 и более лет лица трудоспособного возраста не имели ожидаемой здоровой жизни.

Следует отметить, что за период внедрения Комплексной межведомственной программы по формированию приверженности населения к здоровому образу жизни за период с 2014 по 2019 г.г. достоверно увеличилось ОПЖ и ОПЗЖ. Проведенное нами исследования ОПЗЖ у населения РТ показали, что использованные методологические подходы позволяют достоверно получить информацию о ОПЖ и ОПЗЖ в зависимости от возраста и использовать в планировании и составлении программ по охране здоровья населения.

7.2. Оценка экономической эффективности реализации программы

Оценка экономической эффективности реализации программы. Это сделано в 3 этапа: 1) оценка предотвращенного ущерба в сохраненных жизнях, 2) оценка стоимости сохраненных жизней, 3) оценка вклада системы здравоохранения в экономический эффект.

- 1) Предотвращенный ущерб здоровью населения РТ в результате реализации Комплексной межведомственной программы в период 2015-2019 гг. был посчитан следующим образом. За «базу» для сравнения было взято среднее количество смертей в год за период с 2009 по 2014 гг., т.е. до начала реализации программы. Далее, было посчитано, сколько жизней было сохранено в РТ за с 2015 по 2019 г., как разница между фактическим значением и «базой». Получено 13,3 тыс. сохраненных жизней, таблица 7.7.

Таблица 7.7. Расчет результативности реализации комплексных мер по снижению смертности в РТ

	2015	2016	2017	2018	2019	Итого 5 лет
"Базовое значение" – среднее количество смертей в год за период с 2010 по 2014 г. (ЕМИСС)	47251,0	47251,0	47251,0	47251,0	47251,0	
Фактическое количество смертей (ЕМИСС)	46478,0	44949,0	44058,0	44608,0	42848,0	
Сохранённые жизни (разница между «базой» и фактическим значением)	773,0	2302,0	3193,0	2643,0	4403,0	13314,00
ВРП на душу населения, тыс. руб. (ЕМИСС)	483,5	530,9	582,2	673,1	716,7	
Экономический эффект в текущих ценах, млрд руб.	0,4	1,2	1,9	1,8	3,2	8,39
Экономический эффект в текущих ценах с учетом веса здравоохранения, млрд руб. *0,23%	0,1	0,3	0,4	0,4	0,7	1,93
"База" государственных расходов на здравоохранение в 2014 г., всего в год, млрд руб. (Казначейство РФ)	56,0	56,0	56,0	56,0	56,0	
Государственные расходы на здравоохранение по годам в текущих ценах, всего в год, млрд руб.	63,2	67,0	54,1	65,5	70,3	
Рост/падение государственных расходов на здравоохранение, млрд руб.	7,2	10,9	-1,9	9,4	14,2	39,82
Общий экономический эффект с учетом косвенного (прямой эффект x 4)	0,3	1,1	1,7	1,6	2,9	7,72

- 2) Стоимость сохраненных жизней оценена через их вклад в ВРП в рублях за период с 2015 по 2019 г. Все расчеты сделаны в текущих ценах. Этот дополнительный вклад в ВРП мы назвали экономическим эффектом от

сохраненных жизней. Экономический эффект за этот период составил 8,39 млрд руб. Как правило, косвенный эффект от сохраненных жизней составляет не менее 300% от прямого. Этот дополнительно предотвращенный ущерб складывается из предотвращения: расходов на оказание медицинской помощи, выплат социальных пособий, потерь, которые несут работодатели, в том числе снижения производительности труда и др.² Соответственно общий эффект составит 33,6 млрд руб. (8,39 млрд руб.*4).

- 3) Оценка вклада системы здравоохранения. Доля системы здравоохранения для РТ была оценена в 0,23% (см. раздел 5). Соответственно, «чистый» прямой вклад системы здравоохранения в экономический эффект составил 1,93 млрд руб., а учетом косвенного эффекта – 7,7 млрд руб. Это эффект был достигнут благодаря дополнительным вложениям в систему здравоохранения в размере около 40 млрд руб.

Комплексная оценка улучшения демографических показателей и здоровья населения внедрения межведомственной программы формирования приверженности населения к здоровому образу жизни и повышения здоровья населения Республики Татарстан

В этой главе представлены данные результативности внедрения межведомственной программы по формированию здорового образа жизни и повышению здоровья населения Республики Татарстан.

В целях оценки результативности внедрения межведомственной программы по формированию приверженности населения к здоровому образу жизни и повышению здоровья населения на первом этапе нами была разработана методика комплексной оценки результативности

² Soliman A.M. et al. The effect of endometriosis symptoms on absenteeism and presenteeism in the workplace and at home // doi: 10.18553/jmcp.2017.23.7.745. J. Manag. Care Spec. Pharm. Academy of Managed Care Pharmacy (AMCP), 2017. Vol. 23, № 7. P. 745–754.

2) Методика оценки размера ущерба, вызванного авариями на опасных производственных объектах ОАО «РЖД», несчастными случаями на производстве, профессиональными заболеваниями, происходящими с работниками структурных подразделений ОАО «РЖД» от 26.11.2007 №ВП-14188. – 20 с. URL: <https://docs.cntd.ru/document/902106818> (дата доступа 22.04.2022)

межведомственной программы на основе показателей здоровья населения Республики Татарстан. В основу расчета демографических процессов здоровья населения были заложены методические подходы описанные И.Г.Ниязовым (2006), А.О.Смирновым (2007), А.В.Шулаевым (2014), А.Н.Галиуллиным (2015). Комплексная оценка межведомственной программы включала в себя данные базового значения здоровья населения, а также заключительные значения показателей здоровья населения. В связи с этим нами были рассчитаны алгебраические значения показателей здоровья заключительного периода наблюдения. Базовые значения показателя включали здоровье населения Республики Татарстан за три временного периода наблюдения (1997-2006 г.г.-первый период, 2007-2013 г.г.-второй период, 2014-2019 г.г.- третий период). Первые два периода позволили вести мониторинг за состоянием здоровья населения с учетом здорового образа жизни населения. Начиная со второго этапа третий этап включал комплекс мероприятий проводимых в рамках межведомственной программы по охране здоровья населения.

Комплексный показатель здоровья населения был рассчитан по формуле:

$$\text{КПР} = \left(\frac{\text{РБК}_1}{\text{РЗК}_1} - 1 + \right) : 2 \times 100\% \text{ где,}$$

РЗК_1 –результаты второго временного периода;

РБК_1 –результаты базового показателя (первого временного периода);

СЗП_1 –показатель временного период с 1997 по 2006 гг. среднее значение

$\text{СЗП}_{м2}$ –показатель временного периода с 2007 по 2013 гг., среднее значение

Расчет комплексного показателя результативности за период с 2007 – 2013 гг. (второго периода):

$$\text{КПР}_2 = \left(\frac{\text{РБК}_2}{\text{РЗК}_2} - 1 + \frac{\text{СЗП}_2}{\text{СЗП}_{м2}} \right) : 2 \times 100\%$$

Расчет комплексного показателя результативности третьего периода (2014-2019 г.г.):

$$\text{КПР}_3 = \left(\frac{\text{РБК}}{\text{РЗК}} - 1 + \frac{\text{СЗП}_1 + \text{СЗП}_2 + \text{СЗП}_3}{\text{СЗП}_{\text{м1}} + \text{СЗП}_{\text{м2}} + \text{СЗП}_{\text{м3}}} \right) : 2 \times 100\% \text{ где,}$$

РЗК - результаты заключительного показателя;

РБК –результат базового показателя;

СЗП₁ –показатель за период с 1997 по 2006 гг. (среднее значение первого временного периода)

СЗП₂ - показатель за период с 2007 по 2013 гг. (среднее значение второго временного периода);

СЗП₃ - показатель за период с 2014 по 2019 гг. (среднее значение третьего временного периода);

СЗП_{м1}, СЗП_{м2}, СЗП_{м3} – максимальное возможное значение за три временных периода.

Расчет комплексного показателя результативности проведенных мероприятий:

$$\frac{P_i - P_i}{P_i} \times q_i, \text{ где}$$

P_i –реальный показатель;

P_i –базовый показатель;

(P_i - P_i) - уровня отклонения между реальным и базовыми показателями;

q_i – коэффициент относительного вклада показателя в комплексный показатель;

η - число анализируемых показателей, знаком (-) - при ухудшении.

Также нами проводилась алгебраическая оценка отклонения: знаком (+) обозначается улучшение показателя по сравнению с базовым, знаком (-) ухудшение.

На третьем этапе рассчитывался интегральный показатель результативности (КПР_{инт}):

$$КПР_{инт} = \frac{КПР_1 + КПР_2 + КПР_3}{3}, \text{ где}$$

КПР₁ – комплексный показатель результативности за период 1997-2006 гг.;

КПР₂ - комплексный показатель результативности за период 2007-2013 гг.;

КПР₃ - комплексный показатель результативности за период 2014 -2019 гг.

Результаты расчета комплексного показателя результативности мероприятий.

Для оценки эффективности межведомственной программы по охране здоровья населения в РТ была составлена таблица с данными состояния здоровья населения РТ с указанием за три периода наблюдения (таблица 7.8).

Таблица 7.8. Показатели состояния здоровья населения РТ, среднегодовое за указанные периоды

Средний показатель за период	Первый этап (1997-2006 гг.)	Второй этап (2007-2013 гг.)	Третий этап (2014-2019 гг.)
Численность населения, чел., среднегодовое население за период	3777859	3787842	3873360
Рождаемость, на 1000 нас.	9,9	11,9	12,9
Смертность, на 1000 нас.	13,2	11,9	11,5
Естественное движение населения, на 1000 нас.	-3,3	-0,9	1,4
Ожидаемая продолжительность при рождении, лет	67,9	70,8	73,6
Первичная заболеваемость в РТ			
Злокачественные новообразования, на 100 тыс. нас.	293,3	348,6	336,5

Доброкачественные новообразования, на 100 тыс. нас.	2329,8	1821,5	2197,4
Болезни системы кровообращения, на 1000 нас.	41,6(высокие показатели отмечались в 2006 году – 46,3)	30,6	39,6 (в 2019 году - 49,3; в 2017 г.- 40,4)
Болезни органов дыхания, на 1000 нас.	285,2	282,4	396,54
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, на 1000 нас.	9,7	9,4	11,8 (высокие показатели отмечались в 2016 и 2017 г.г. – 13,3 и 13,0).
Временная нетрудоспособность работающего населения Республики Татарстан			
Новообразования, на 100 работающего населения	0,7	0,7	0,8
Психические расстройства, на 100 работающего населения	0,5	0,4	0,2
Болезни системы кровообращения, на 100 работающего населения	4,9	5,1	3,1
Болезни органов дыхания, на 100 работающего населения	15,5	19	13,8
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, на 100 работающего населения	0,3	0,3	0,2

С целью оценки результативности внедрения межведомственной программы по улучшению состояния здоровья населения на начальном этапе данного исследования был произведен расчет рождаемости населения за три периода: первый период с 1997 по 2006 г.г., второй период с 2007 по 2013 г.г., третий период с 2014 по 2019 г.г.

Расчет комплексного показателя за период 1997-2006 г.г (первый период наблюдения):

$$\text{КПР} = \left(\frac{37268}{37303} - 1 + \frac{37196}{56458} \right) : 2 \times 100\% = 32,9 \%$$

Расчет комплексного показателя за период 2007-2013 гг. (второй период наблюдения):

$$\text{КПР}_2 = \left(\frac{40892}{56458} - 1 + \frac{45144}{56458} \right) : 2 \times 100\% = 26,5 \%$$

Расчет комплексного показателя за период 2014 -2019 гг. (третий период наблюдения):

$$\text{КПР}_3 = \left(\frac{37268}{42668} - 1 + \frac{37196+45144+49874}{38661+56458+56598} \right) : 2 \times 100\% = 38,6 \%$$

Расчет интегрального показателя результативности внедрения межведомственной программы:

$$\text{КПР}_{\text{инт}} = \frac{32,9+26,5+38,6}{3} = 32,7 \%$$

Внедрение межведомственной программы в РТ за три наблюдаемых периода (первый период с 1997 по 2006 г.г., второй период с 2007 по 2013 г.г., третий период с 2014 по 2019 г.г.) привело к существенному увеличению рождаемости. Проведенные расчеты комплексной оценки результативности первого периода составила 32,9 %, второго периода 26,5 %, а в период внедрения межведомственной программы по улучшению состояния здоровья населения с учетом приверженности к здоровому образу жизни составила 38,6 %. Результативность за изученный период составила 12,1 %.

На следующем этапе данного исследования был произведен расчет общей смертности населения за три периода: первый период с 1997 по 2006 г.г., второй период с 2007 по 2013 г.г., третий период с 2014 по 2019 г.г.

Расчет комплексного показателя за период 1997-2006 гг. (первый временной период):

$$\text{КПР} = \left(\frac{35378}{49218} - 1 + \frac{49843}{48962} \right) : 2 \times 100\% = 36,9 \%$$

Таким образом, результативность первого периода составила 36,9 %.

Расчет комплексного показателя результативности периода 2007-2013 гг. (второй временной период):

$$\text{КПР}_2 = \left(\frac{49218}{46192} - 1 + \frac{48879}{49713} \right) : 2 \times 100\% = 52,4 \%$$

Таким образом, результативность второго периода составила 52,4 %

Расчет комплексного показателя результативности за период 2014 -2019 гг. (третьего временного периода):

$$\text{КПР}_3 = \left(\frac{35378}{42848} - 1 + \frac{49843+48879+44588}{51841+49713+46478} \right) : 2 \times 100\% = 56,9\%$$

Таким образом, результативность третьего периода (периода внедрения межведомственной программы) составила 56,9 %.

Следует отметить, что интегральный показатель результативности на общую смертность населения Республики Татарстан составила 48,6 %.

$$\text{КПР}_{\text{инт}} = \frac{36,9+52,2+56,9}{3} = 48,6\%$$

Внедрения межведомственной программы за три наблюдаемых периода (первый период с 1997 по 2006 г.г., второй период с 2007 по 2013 г.г., третий период с 2014 по 2019 г.г.) привело к снижению общей смертности в РТ. Проведенные расчеты комплексной оценки результативности первого периода составила 36,9%, второго периода 52,4 %, а в период внедрения межведомственной программы по улучшению состояния здоровья населения с учетом приверженности к здоровому образу жизни составила 56,9 %. Результативность за изученный период составила 4,5 %.

На следующем этапе данного исследования был произведен расчет ожидаемой продолжительности жизни при рождении за три периода: первый период с 1997 по 2006 г.г., второй период с 2007 по 2013 г.г., третий период с 2014 по 2019 г.г.

Результаты анализа за первый период (1997-2006 г.г.)

$$\text{КПР} = \left(\frac{68,3}{69,3} - 1 + \frac{67,9}{72,1} \right) : 2 \times 100\% = 46,6 \%$$

Результативность внедрения межведомственной программы в данном периоде составила 46,6 %.

Комплексный показатель результативности для второго периода (2007-2013 г.г.).

$$\text{КПР}_2 = \left(\frac{69,4}{72,1} - 1 + \frac{70,8}{72,1} \right) : 2 \times 100\% = 47,2 \%$$

Результативность внедрения межведомственной программы в данном периоде составила 47,2 %.

Расчет комплексного показателя результативности третьего периода (2014-2019 г.г.).

$$\text{КПР}_3 = \left(\frac{69,44}{73,6} - 1 + \frac{69,4+72,8+73,6}{67,9+72,1+74,8} \right) : 2 \times 100\% = 47,8 \%$$

Результативность внедрения межведомственной программы в данном периоде составила 47,8 %.

Следует отметить, что интегральный показатель результативности на ожидаемую продолжительность жизни при рождении составила 47,2 %.

$$\text{КПР}_{\text{инт}} = \frac{46,6+47,2+47,8}{3} = 47,2\%$$

Внедрения межведомственной программы за три наблюдаемых периода (первый период с 1997 по 2006 г.г., второй период с 2007 по 2013 г.г., третий период с 2014 по 2019 г.г.) привело к увеличению ожидаемой продолжительности жизни при рождении. Проведенные расчеты комплексной оценки результативности первого периода составила 46,6 %, второго периода 47,2%, а в период внедрения межведомственной программы по улучшению состояния здоровья населения с учетом приверженности к здоровому образу жизни составила 47,8 %. Результативность за изученный период составила 47,2 %.

Результаты расчета комплексного показателя результативности мероприятий по снижению первичной заболеваемости населения Республики Татарстан

На следующем этапе данного исследования нами был произведен расчет первичной заболеваемости населения за три периода: первый период с 1997 по 2006 г.г., второй период с 2007 по 2013 г.г., третий период с 2014 по 2019 г.г. В рамках данного исследования были взяты следующие социально-значимые заболевания: болезни системы кровообращения, болезни органов дыхания, болезни эндокринной системы, психические расстройства, новообразования.

Результаты расчета комплексного показателя результативности мероприятий по снижению первичной заболеваемости болезнями системы кровообращения среди населения Республики Татарстан

Далее в рамках данного исследования нами был произведен расчет первичной заболеваемости населения болезнями системы кровообращения за три периода: первый период с 1997 по 2006 г.г., второй период с 2007 по 2013 г.г., третий период с 2014 по 2019 г.г.

Расчет комплексного показателя первого временного периода (1997-2006 г.г.)

$$\text{КПР} = \left(\frac{37,0}{46,3} - 1 + \frac{32,7}{41,6} \right) : 2 \times 100\% = 29,3\%$$

Результативность внедрения межведомственной программы в данном периоде составила 29,3 %

Расчет комплексного показателя результативности для второго периода (2007-2013 г.г.).

$$\text{КПР}_2 = \left(\frac{32,7}{38,4} - 1 + \frac{30,6}{32,9} \right) : 2 \times 100\% = 39,5 \%$$

Результативность внедрения межведомственной программы в данном периоде составила 39,5 %

Расчет комплексного показателя результативности третьего периода (2014-2019 г.г.).

$$\text{КПР}_3 = \left(\frac{37,0}{49,3} - 1 + \frac{41,6+30,6+39,6}{36,3+37,2+41,3} \right) : 2 \times 100\% = 29,6 \%$$

Результативность внедрения межведомственной программы в данном периоде составила 29,6 %

Следует отметить, что в средний показатель болезни системы кровообращения, на 1000 среднегодового постоянного населения соответствующего возраста в 2019 году 49,3; в 2017 г.- 40,4.

$$\text{КПР}_{\text{инт}} = \frac{29,3\% + 39,5\% + 29,6\%}{3} = 32,8\%$$

Внедрения межведомственной программы за три наблюдаемых периода (первый период с 1997 по 2006 г.г., второй период с 2007 по 2013 г.г., третий период с 2014 по 2019 г.г.) привело к снижению болезней системы кровообращения. Проведенные расчеты комплексной оценки результативности первого периода составила 29,3 %, второго периода 39,5 %, а в период внедрения межведомственной программы по улучшению состояния здоровья населения с учетом приверженности к здоровому образу жизни составила 29,6 %. Результативность за изученный период составила 32,8 %.

Следует отметить, что первичная заболеваемость ишемическими болезнями сердца за период внедрения межведомственной программы снизилась на 26,2 %; острыми инфарктами миокарда снизилась на 23,9%; болезни, характеризующийся повышенным кровяным давлением снизилась на 20,2 %; цереброваскулярные болезни снизились на 33,1 %; инфаркт мозга снизился на 15,1 %.

Таблица 7.12 Первичная заболеваемость, распространенность болезней системы кровообращения в РТ, на 100 тыс. среднегодового постоянного населения соответствующего возраста

Средний показатель за период	Первый этап (1997-2006 г.г.)	Второй этап (2007-2013 г.г.)	Третий этап (2014-2019 г.г.)
Ишемическая болезнь сердца	6199,3	5382,8	3970,3
Острый инфаркт миокарда	151,1	145,7	110,8
Болезни, характеризующийся	9210,2	8036	7347,4

повышенным кровяным давлением			
Цереброваскулярные болезни	6505,6	5058,1	4351,0
Инфаркт мозга	265,8	231,6	225,6

Результаты расчета комплексного показателя результативности мероприятий по снижению первичной заболеваемости болезнями органов дыхания среди населения Республики Татарстан

Далее в рамках данного исследования нами был произведен расчет первичной заболеваемости населения болезнями органов дыхания за три периода: первый период с 1997 по 2006 г.г., второй период с 2007 по 2013 г.г., третий период с 2014 по 2019 г.г.

Далее в рамках данного исследования нами был произведен расчет первичной заболеваемости населения болезнями органов дыхания за три периода: первый период с 1997 по 2006 г.г., второй период с 2007 по 2013 г.г., третий период с 2014 по 2019 г.г.

Расчет комплексного показателя первого временного периода (1997-2006 г.г.):

$$\text{КПР} = \left(\frac{285,8}{284,6} - 1 + \frac{389,9}{406,4} \right) : 2 \times 100\% = 47,9 \%$$

Результативность внедрения межведомственной программы в данном периоде составила 47,9 %

Расчет комплексного показателя результативности для периода 2007-2013 гг. (второго временного периода):

$$\text{КПР}_2 = \left(\frac{293,4}{338,0} - 1 + \frac{282,4}{338,0} \right) : 2 \times 100\% = 35,3 \%$$

Таким образом, результативность внедрения межведомственной программы в данном периоде составила 35,3 %

Расчет комплексного показателя результативности периода 2014-2019 гг. (третьего временного периода) осуществляли по разработанной формуле:

$$\text{КПР}_3 = \left(\frac{285,8}{406,4} - 1 + \frac{285,2+282,4+396,54}{285,8+344,8+410,5} \right) : 2 \times 100\% = 31,5 \%$$

Результативность внедрения межведомственной программы в данном периоде составила 31,5 %

$$\text{КПР}_{\text{инт}} = \frac{47,9\% + 35,3\% + 31,5\%}{3} = 38,2\%$$

Внедрения межведомственной программы за три наблюдаемых периода (первый период с 1997 по 2006 г.г., второй период с 2007 по 2013 г.г., третий период с 2014 по 2019 г.г.) привело к снижению болезней органов дыхания.

Проведенные расчеты комплексной оценки результативности первого периода составила 47,9 %, второго периода 35,3 %, а в период внедрения межведомственной программы по улучшению состояния здоровья населения с учетом приверженности к здоровому образу жизни составила 31,5 %. Результативность за изученный период составила 38,2 %.

Следует отметить, что первичная заболеваемость ОРВИ за период внедрения межведомственной программы снизилась на 67,4 %; Грипп снизилась на 73,7%; пневмония на 14,3 %.

Таблица 7.13 Первичная заболеваемость, распространенность болезней органов дыхания в РТ, на 100 тыс. среднегодового постоянного населения соответствующего возраста

Средний показатель за период	Первый этап (1997-2006 г.г.)	Второй этап (2007-2013 г.г.)	Третий этап (2014-2019 г.г.)
ОРВИ	н.с.	94017,9	30613,2
Грипп	27,9	20,15	5,3
Пневмония	480,3	494,3	423,7
Астма, астматический статус	847,1	804,1	967,3

Первичная заболеваемость всеми формами туберкулезом снизилась на 54,9%; туберкулез органов дыхания снизился на 45 % (таблица 7.14).

Таблица 7.14 Заболеваемость активным туберкулезом в РТ на 100 тыс. среднегодового постоянного населения соответствующего возраста

Средний показатель за период	Первый этап (1997-2006 г.г.)	Второй этап (2007-2013 г.г.)	Третий этап (2014-2019 г.г.)
Все формы туберкулеза	61,2	50,3	33,6
Туберкулез органов дыхания	57,6	45,8	31,7

Результаты расчета комплексного показателя результативности мероприятий по снижению новообразований среди населения Республики Татарстан

Комплексный показатель результативности первого временного периода (1997-2006 г.г.)

$$\text{КПР} = \left(\frac{9075}{11035} - 1 + \frac{10183}{14183} \right) : 2 \times 100\% = 27,4 \%$$

Результативность внедрения межведомственной программы в данном периоде составила 27,4 %

Комплексный показатель результативности для второго периода (2007-2013 гг.):

$$\text{КПР}_2 = \left(\frac{10183}{14185} - 1 + \frac{12340}{14185} \right) : 2 \times 100\% = 29,5 \%$$

Таким образом, результативность внедрения межведомственной программы в данном периоде составила 29,5 %

Комплексный показатель результативности третьего периода (2014-2019 гг.).

$$\text{КПР}_3 = \left(\frac{9075}{14185} - 1 + \frac{10183+12340+17790}{11035+14185+16044} \right) : 2 \times 100\% = 31,6 \%$$

Результативность внедрения межведомственной программы в данном периоде составила 31,6 %

Интегральный показатель результативности (КПР_{инт}) составил 29,5 %.

$$\text{КПР}_{\text{инт}} = \frac{27,4\% + 29,5\% + 31,6\%}{3} = 29,5\%$$

Внедрения межведомственной программы за три наблюдаемых периода (первый период с 1997 по 2006 г.г., второй период с 2007 по 2013 г.г., третий период с 2014 по 2019 г.г.) привело к снижению новообразований. Проведенные расчеты комплексной оценки результативности первого периода составила 27,4 %, второго периода 29,5%, а в период внедрения межведомственной программы по улучшению состояния здоровья населения с учетом приверженности к здоровому образу жизни составила 31,6 %. Результативность за изученный период составила 4,2 %.

Следует отметить, что первичная заболеваемость злокачественными новообразованиями за период внедрения межведомственной программы снизилась на 3,5 %. Из них злокачественные новообразования пищевода снизились на 16,6 %; злокачественные новообразования желудка на 21,6 %; злокачественные новообразования трахеи, бронхов, легких увеличились на 12 %; злокачественные новообразования женских молочных желез снизилась на 4,2 % (см. таблицу № 7.15).

Таблица 7.15 Первичная заболеваемость, распространенность новообразований в РТ, на 100 тыс. среднегодового постоянного населения соответствующего возраста

Средний показатель за период	Первый этап (1997-2006 г.г.)	Второй этап (2007-2013 г.г.)	Третий этап (2014-2019 г.г.)
Злокачественные новообразования	293,3	348,6	336,5

Доброкачественные новообразования	2329,8	1821,5	2197,4
Заболеваемость злокачественными новообразованиями в РТ (из числа лиц, состоящих на учете)			
Пищевод	7,0	7,2	6,0
Желудок	29,6	28,2	22,1
Трахеи, бронхи, легкие	34,3	35,9	38,6
Женская молочная железа	72	76,3	73,1

Результаты расчета комплексного показателя результативности мероприятий по снижению первичной заболеваемости психическими расстройствами среди населения Республики Татарстан.

Далее в рамках данного исследования нами был произведен расчет первичной заболеваемости населения психическими расстройствами за три периода: первый период с 1997 по 2006 г.г., второй период с 2007 по 2013 г.г., третий период с 2014 по 2019 г.г.

Расчет комплексного показателя первого временного периода (1997-2006 г.г.)

$$\text{КПР} = \left(\frac{1716}{1814} - 1 + \frac{1845}{1923} \right) : 2 \times 100\% = 45,5 \%$$

Результативность внедрения межведомственной программы в данном периоде составила 45,5 %

Комплексный показатель результативности для второго периода (2007-2013 г.г.):

$$\text{КПР}_2 = \left(\frac{1814}{1187} - 1 + \frac{1451}{1760} \right) : 2 \times 100\% = 67,2 \%$$

Результативность внедрения межведомственной программы в данном периоде составила 67,2 %.

Комплексный показатель результативности третьего периода (2014-2019 г.г.).

$$\text{КПР}_3 = \left(\frac{1716}{1286} - 1 + \frac{1845+1451+1154}{1814+1220+1286} \right) : 2 \times 100\% = 68,0 \%$$

Результативность внедрения межведомственной программы в данном периоде составила 68 %.

Следует отметить, что интегральный показатель результативности составил 60,2 %.

$$\text{КПП}_{\text{инт}} = \frac{45,5\% + 67,2\% + 68,0\%}{3} = 60,2\%$$

Внедрения межведомственной программы за три наблюдаемых периода (первый период с 1997 по 2006 г.г., второй период с 2007 по 2013 г.г., третий период с 2014 по 2019 г.г.) привело к снижению психических заболеваний. Проведенные расчеты комплексной оценки результативности первого периода составила 45,5 %, второго периода 67,2%, а в период внедрения межведомственной программы по улучшению состояния здоровья населения с учетом приверженности к здоровому образу жизни составила 68 %. Результативность за изученный период составила 22,5 %. Следует отметить, что первичная, распространенность психическими расстройствами снизилась на 40 %. Из них психозы снизились на 7,1 %; шизофрения снизилась на 41%; расстройства не психотического характера на 6,7 %; хронический алкоголизм снизился на 38% (таблица 7.16).

Таблица 7.16. Первичная заболеваемость, распространенность психическими и наркологическими расстройствами в РТ, на 100 тыс. населения

Средний показатель за период	Первый этап (1997-2006 г.г.)	Второй этап (2007-2013 г.г.)	Третий этап (2014-2019 г.г.)
Психозы	62,0	60,1	57,6
Шизофрения	14,5	13,0	8,6
Расстройства не психотического характера	148,8	140,9	138,8
Хронический алкоголизм	73,1	44,9	45,2

Результаты расчета комплексного показателя результативности мероприятий по снижению первичной заболеваемости болезнями

эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ среди населения Республики Татарстан.

Далее в рамках данного исследования нами был произведен расчет первичной заболеваемости населения болезнями эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ за три периода: первый период с 1997 по 2006 г.г., второй период с 2007 по 2013 г.г., третий период с 2014 по 2019 г.г.

Расчет комплексного показателя первого временного периода (1997-2006 г.г.)

$$\text{КПР} = \left(\frac{8,1}{11,2} - 1 + \frac{9,65}{10,4} \right) : 2 \times 100\% = 32,9 \%$$

Результативность внедрения межведомственной программы в данном периоде составила 32,9 %

Комплексный показатель результативности для второго периода (2007-2013 г.г.)

$$\text{КПР}_2 = \left(\frac{10,4}{8,6} - 1 + \frac{9,4}{9,8} \right) : 2 \times 100\% = 21,5\%$$

Результативность внедрения межведомственной программы в данном периоде составила 21,5 %

Комплексный показатель результативности третьего периода (2014-2019 г.г.)

$$\text{КПР}_3 = \left(\frac{8,1}{13,4} - 1 + \frac{9,7+9,4+11,8}{11,2+9,6+13,4} \right) : 2 \times 100\% = 25,2 \%$$

Результативность внедрения межведомственной программы в данном периоде составила 25,2 %.

$$\text{КПР}_{\text{инт}} = \frac{32,9\% + 21,45\% + 25,2\%}{3} = 26,5 \%$$

Внедрения межведомственной программы за три наблюдаемых периода (первый период с 1997 по 2006 г.г., второй период с 2007 по 2013 г.г., третий период с 2014 по 2019 г.г.) привело к снижению болезнями эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена. Проведенные расчеты комплексной оценки результативности первого периода составила 32,9 %,

второго периода 21,5 %, а в период внедрения межведомственной программы по улучшению состояния здоровья населения с учетом приверженности к здоровому образу жизни составила 25,2 %. Результативность за изученный период составила 26,5 %. Следует отметить, что первичная, распространенность болезнями эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена увеличилась на 21,6 %. Высокие показатели отмечались в 2016 и 2017 г.г. – 13,3 и 13,0 на 100 тыс. населения. Первичная заболеваемость ожирением увеличилось на 88 %. Первичная заболеваемость сахарным диабетом снизилась на 8,4 %. Первичная заболеваемость болезнями щитовидной железы уменьшилась на 3,9 % (таблица 7.17).

Таблица 7.17. Первичная заболеваемость, распространенность болезнями эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ в РТ, на 100 тыс. населения

Средний показатель за период	Первый этап (1997-2006 г.г.)	Второй этап (2007-2013 г.г.)	Третий этап (2014-2019 г.г.)
Сахарный диабет	265,8	224,8	243,6
Ожирение	73,4	95,9	180,7
Болезни щитовидной железы	241,5	180,5	232,1

Таблица 7.18 Коэффициент относительного вклада каждого показателя в результативность межведомственной программы по формированию приверженности к здоровому образу жизни и повышению здоровья населения

Наименование показателей	Базовые значения показателей (P _i - 2014 г.)	Заключительное значение показателя (P _{i-1} - 2019 г.)	Алгебраические значения показателей 2019 г.		Коэффициент соотношения базового и заключительного показателей $\frac{P_i - P_i,}{P_i}$	Экстенсивный показатель базового и заключительного значения $\frac{(P_i - P_i,)}{P_i * (100)}$	Комплексный показатель результативности проведенных мероприятий $\frac{P_i - P_i,}{P_i} * Q_i$	Процент показателей алгебраического значения коэффициента относительного вклада в результативность программы, %
			Уменьшение от базового значения	Увеличение от базового значения				
Рождаемость, чел., на 1000 населения	14,7	10,9	3,8	-	-0,4			-25,8
Смертность, чел. (на 1000 нас.)	12,2	11,0	0,2	-	0,02	0,02	0,004	9,8
Естественное движение населения (на 1000 нас.)	2,5	-0,1	-2,4	-	24	9,8	3,8	-96
Ожидаемая продолжительность при рождении, лет	70,93	75	-	4,09	0,06	0,2	0,012	3,8
Первичная заболеваемость в РТ								
Злокачественные новообразования (на 1000 нас.)	3,86	4,23	-	0,38	0,09	0,0008	0,00072	-9,8
Пищевод	0,08	0,07	0,01	-	0,12	0,13	0,02	12,5

Желудок	0,27	0,27	-	-	-	-	-	-
Трахеи, бронхи, легкие	0,36	0,41	-	0,05	0,14	0,14	0,02	-13,9
Женская молочная железа	1,3	1,2	0,1	-	0,1	0,06	0,006	7,7
Доброкачественные новообразования (на 1000 нас.)	6,74	5,51	1,23	-	0,18	0,2	0,04	5,7
Болезни системы кровообращения (на 1000 нас.)	49,8	49,3	0,5	-	0,01	0,0004	0,00004	1,1
Ишемическая болезнь сердца	6,75	8,33	-	1,58	-0,23	1,7	0,38	-23,4
Острый инфаркт миокарда	1,15	1,19	-	0,04	-0,03	0,03	0,0008	-3,5
Болезни, характеризующийся повышенным кровяным давлением	24,6	18,9	5,7	-	0,02	0,003	0,00006	23,2
Цереброваскулярные болезни	10,6	10,5	0,1	-	0,01	0,001	0,0001	0,9
Инфаркт мозга	3,1	2,86	0,24	-	0,08	0,03	0,002	7,7
Болезни органов дыхания (на 100 тыс. нас.)	360,1 7	361,74	-	1,57	0,004	0,00005	0,00000002	0,4
ОРВИ	356,7	315,12	41,58	-				11,6
Грипп	0,07	0,06	0,01	-				14,3
Пневмония	0,5	0,4	0,1	-				20
Астма, астматический статус	0,7	0,7	-	-	-	-	-	-
Все формы туберкулеза	0,42	0,29	0,13	-	0,31	0,76	0,2	30,1
Туберкулез органов дыхания	0,40	0,27	0,13	-	0,33	0,8	0,3	32,3
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (на 1000 нас.)	11,3	12,7	-	1,4	-0,1	-0,01	-0,002	-13
Сахарный диабет	3,37	2,70	0,67	-	0,2	0,06	0,01	19,8
Ожирение	1,29	1,55	-	0,26	0,2	0,16	0,03	-20
Болезни щитовидной железы	8,94	10,1	-	1,16	0,13	0,02	0,002	-12,9

Психические заболевания (зарегистрированные впервые), на 1000 населения	2,2	2,2	-	-	-	-	-	-
Психозы	0,64	0,68	-	0,04	-0,1	0,16	0,012	-6
Шизофрения	0,08	0,09	-	0,01	-0,1	1,2	0,12	-12
Расстройства непсихотического характера	1,4	1,4	-	-	-	-	-	-
Хронический алкоголизм	8,0	7,8	0,2	-	0,03	0,01	0,0003	2,5
Употребление алкоголя с вредным воздействием	0,9	0,7	0,2	-	0,02	0,02	0,04	22,2

7.3. Заключение по главе

Внедрение межведомственной программы по формированию у населения приверженности к здоровому образу жизни и повышению их здоровья показала, что за исследуемый период наблюдения получен существенный социальный и медицинский эффект. Доказательством этого явились расчеты коэффициентов относительного вклада каждого показателя результативности межведомственной программы по формированию у населения приверженности к здоровому образу жизни и повышению их здоровья.

Так, если вначале введения комплексной межведомственной программы за 2014 -2019 гг. показатели смертности уменьшился с 12,2 до 11,0 (на 1000 нас.) (9,8 %). Снижение смертности населения РТ связано с тем, что высокая их доля приходится на лица старше трудоспособного возраста. В тоже время внедрение межведомственной программы привело к снижению интенсивности смертности населения по отдельным нозологиям болезни: снижение смертности от БСК на 17,1 % (с 6,32 до 5,24 на 1000 нас.); болезней органов дыхания на 6,4 % (с 0,47 до 0,44 на 1000 нас.); смертность от новообразований снизилась на 4,1 % (с 1,97 до 1,89 на 1000 нас.).

Ожидаемая продолжительность жизни за этот период выросла увеличилась на 3,8 % (с 70,93 в 2014 г. до 75 лет в 2019 г.).

Следует отметить, что рождаемость снизилась с 14,7 до 10,9 на 1000 нас. (на 25,8 %).

Первичная заболеваемость злокачественными новообразованиями за изучаемый период увеличилась на 9,8 % (с 3,86 до 4,23 на 1000 нас.). Однако, интенсивность роста ЗНО за изучаемый период по сравнению за 2009-2014 г.г. снизилась на 17 %. Следует отметить, что по отдельным нозологиям отмечается снижение. Так, например первичная заболеваемость злокачественных новообразований пищевода снизилась на 12,5 % с 0,08 (2014 г.) до 0,07 (2019 г.) на 1000 населения; первичная заболеваемость женских молочных желез снизилась на 7,7 % (с 1,3 до 1,2 на 1000 населения).

Первичная заболеваемость болезнями системы кровообращения за изучаемый период снизилась на 1,1 % (с 49,8 до 49,3 на 1000 нас.). Первичная заболеваемость ЦВБ за исследуемый период снизилась на 0,9 % (с 10,6 до 10,5 на 1000 нас.). Первичная заболеваемость болезни, характеризующийся повышенным кровяным давлением снизилась на 23,2 % (с 24,6 до 18,9 на 1000 нас.). Первичная заболеваемость инфарктом мозга снизилась на 7,7 % (с 3,1 до 2,86 на 1000 нас.).

Если же говорить о первичной заболеваемости болезней органов дыхания за изучаемый период наблюдается увеличение с 360,17 до 361,74 на 1000 нас. (на 0,4 %). Но интенсивность роста первичной заболеваемости органов дыхания по сравнению с периодом 2009-2014 г.г. снизилась на 12 %. Следует отметить, что наблюдается снижение первичной заболеваемости по отдельным нозологиям. Например, снижение первичной заболеваемости пневмонией с 0,5 до 0,4 на 1000 нас. (20 %). Перечная заболеваемость Гриппом снизилась с 0,007 до 0,006 на 1000 нас. (на 14,3 %), перечная заболеваемость ОРВИ снизилась с 356,7 до 315,1 на 1000 нас. (на 11,6 %), заболеваемость бронхиальной астмой осталась без изменений 0,7 на 1000 населения.

Первичная заболеваемость всеми формами туберкулеза снизилась на 30,1 (с 0,42 до 0,29 на 1000 нас.), а туберкулезом органов дыхания снизилась на 32,3 % (с 0,4 до 0,27 на 1000 нас.).

Первичная заболеваемость органов эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ за изучаемый период увеличились на 13 %. Но интенсивность роста по сравнению за период 2009-2014 г.г. снизилась на 12%. Следует отметить, что первичная заболеваемость болезнями органов эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ по отдельным нозологиям имеет тенденции снижения. СД снизился на 19,8 % (с 3,37 до 2,7 на 1000 населения). Ожирение увеличилось на 20 % (с 1,29 до 1,55 на 1000 населения). Однако, следует отметить, что интенсивность роста

ожирения за изучаемый период по сравнению с 2009-2014 г.г. снизилась на 17 %.

Первичная заболеваемость психическими расстройствами по отдельным нозологиям имеют тенденции снижение. Так например, расстройства непсихического характера у мужчин снизилась с 1,74 до 1,6 (на 8 %). Следует отметить, что впервые зарегистрированные психические заболевания у мужчин за указанный период снизилась с 2,5 до 2,4 на 1000 населения (на 4 %).

Хронический алкоголизм за указанный период снизился на 2,5 %. Тогда как употребление алкоголя с вредными воздействиями снизилось на 22,2 % (с 0,9 до 0,7 на 1000 нас.).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Увеличение ожидаемой продолжительности жизни и качества жизни населения, снижение заболеваемости, смертности и инвалидизации населения, является важнейшей социальной политикой государства и главными функциями деятельности современной системы здравоохранения. Как показывают ранее проведенные исследования улучшение здоровья населения требуют комплексных научно-обоснованных системных процессных подходов по разработке программ по предупреждению социально-значимых заболеваний.

Установлено, что по данным ВОЗ (2018) и Г.Э.Улумбековой (2021), О.М.Драпкина (2021) состояние здоровья населения зависит в 50-55 % от здорового образа жизни, 18-20 % от генетических факторов 18-22 % от окружающей среды и 10-15 % деятельности здравоохранения.

Ранее проведенные исследования подтвердили, что образ жизни существенно влияет на формирование различных наиболее распространенных социально-значимых заболеваний. Таковыми являются сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, онкологические заболевания, заболевания желудочно-кишечного тракта, психические заболевания, травматизм и другие заболевания (Концевая А.В., Драпкина О.М., 2019; Heller O. et al., 2019).

Несмотря на большое количество работ посвященные формированию здорового образа жизни, до настоящего времени отсутствуют научно-обоснованные программы, которые дали бы возможность формировать у населения здорового образа жизни, тем самым повысить их здоровье, снизить смертность, заболеваемость и инвалидизацию. Имеющиеся программы касаются лишь освещения нарушения факторов отдельных компонентов здорового образа жизни населения. Все это существенно сдерживает выполнение Указа Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204 «О

национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года».

Следует отметить, фундаментом разработки комплексной программы по формированию здорового образа жизни и повышению здоровья населения явились мониторинга медико - демографических процессов и заболеваемости населения; анализ состояния окружающей среды, социально-экономической ситуации и деятельности системы здравоохранения РФ. Следует отметить, что для последующей разработки программ по улучшению демографической ситуации, снижению необходимо комплексное выявление возможностей по снижению смертности, заболеваемости и инвалидизации населения, а также стимулированию рождаемости.

В целях проведения социально-гигиенического мониторинга межведомственных программ по формированию приверженности населения к здоровому образу жизни в 1997—2019 гг., оценивали влияние состояния окружающей среды, социальных и экономических факторов, функционирования систем жизнеобеспечения и охраны здоровья на демографические процессы и здоровье населения, основной целью которого являлась разработка концептуальной модели межведомственной программы по формированию здорового образа жизни и повышения здоровья населения.

Следует отметить, что в основу данного исследования были заложены ранее разработанные технологии изучения демографических процессов, возникновения социально-значимых заболеваний; а также влиянии социальных и экономических факторов, состоянии окружающей среды и деятельности системы здравоохранения (Шулаев А.В.(2019), Улумбекова Г.Э.(2020), Хабриев Р.У.(2021), Стародубов В.И.(2021), Бойцов С.А. (2021) и др.).

Исследование выполнено на кафедре общей гигиены ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России

(заведующий кафедрой - доктор медицинских наук, профессор А.В. Шулаев), Высшая Школа Организации и управление здравоохранением (ректор- доктор медицинских наук Г.Э. Улумбекова), на базе лечебно-профилактических учреждений, органов санитарной службы, экологии и промышленных предприятий. В качестве объекта исследования было взято население Республики Татарстан.

Изучение и последующий анализ демографических показателей и показателей заболеваемости и инвалидности населения проводилось по официальным статистическим данным МЗ РФ, МЗ РТ, Министерства труда, занятости и социальной защиты населения РТ, территориального органа государственной статистики по РТ.

Состояние окружающей среды в РТ изучались по данным измерения объема выброса вредных веществ в атмосферу; проб воды, водозабора, которые не соответствовали гигиеническим нормативам; проб почвы в селитебных зонах РТ.

Социальные и экономические условия жизни населения изучались по официальным данным Территориального органа государственной статистики по РТ.

Анализ деятельности системы здравоохранения проводился по официальным статистическим данным МЗ РФ и МЗ РТ.

На основании полученных данных разрабатывалась межведомственная программа по формированию здорового образа жизни и повышении здоровья населения.

На первом этапе была разработана программа, были определены и обоснованы цель и задачи данного исследования. Проведено исследование литературных источников и нормативно-распорядительных документов по вопросам межведомственного подхода профилактики неинфекционных

заболеваний и формировании приверженности населения к здоровому образу жизни.

На втором этапе описаны дизайн исследования, этапы, использованные материалы и методы.

В третьей главе представлены результаты анализа демографических показателей и показателей здоровья населения РТ. Для изучения использован статистический материал по нескольким показателям: численность и структура населения, ожидаемая продолжительность жизни при рождении, рождаемость, общая смертность населения, а также естественное движение населения РТ. Проанализированы такие показатели здоровья населения РТ как заболеваемость населения, инвалидность населения, производственные травматизм и профессиональные заболевания). Был произведен расчет средних, абсолютных и относительных величин; оценка значимости трендов, построение математических моделей. Исходя из полученных данных (из отчетной и первичной документации), расчета основных показателей оценивались демографическая ситуация и параметры деятельности медицинских организаций РТ и выявлялись основные тенденции развития в формировании приверженности населения к здоровому образу жизни. В ходе исследования анализировались данные по численности и структуре населения; ожидаемой продолжительности жизни при рождении; проведен анализ смертности населения по классам причин; рождаемость, старение населения и естественное движение населения. А также в ходе данного исследования проведен анализ факторов, влияющих на здоровье населения РТ (социально-экономические факторы; воздействие окружающей среды; образ жизни населения; а также ресурсы и деятельность системы здравоохранения). Рассмотрены Государственные межведомственные программы по охране здоровья населения и формировании приверженности населения к здоровому образу жизни.

На четвертом этапе был проведен анализ факторов, влияющих на здоровье населения Республики Татарстан. На данном этапе были проанализированы социально-экономические факторы; состояние окружающей среды; ресурсы и деятельность системы здравоохранения, в том числе в части профилактики заболеваний, своевременного выявления и лечение неинфекционных заболеваний. В рамках статистической обработки данных были поставлены и решены следующие задачи: анализ тенденций основных статистических показателей за период 1997 -2019 г.г.; анализ взаимосвязей количественных показателей; определение наиболее тесно связанных с показателями здоровья факторов на основе регрессионного анализа.

На пятом этапе была проведена оценка отношения населения к вопросам здорового образа жизни. Данный этап включал в себя социологическое исследование (анкетирование) населения РТ, целью которого явилось определение приверженности населения к здоровому образу жизни, а также наличие взаимосвязи ЗОЖ и возникновения неинфекционных заболеваний. Проведено анкетирование 2346 взрослого населения в возрасте от 21 до 74 лет, 71,7 % женщина и 28,3 % мужчин.

Шестой этап включал в себя разработку, научное обоснование и внедрение межведомственной программы формирования здорового образа жизни и повышения здоровья и качества жизни населения.

На седьмом заключительном этапе исследования приведена оценка медико-демографических результатов реализации Комплексной межведомственной программы в РТ за 2014 и 2019 гг. и дана оценка ее эффективности. Медико-демографические результаты оценивались с помощью анкетирования (оценка ПЗЖ – продолжительности здоровой жизни) и анализа объективных показателей (расчеты ОПЖ в 5-летних возрастных группах, показали

смертности и заболеваемости населения РТ). Оценка экономической эффективности реализации программы. Это сделано в 3 этапа: 1) оценка предотвращенного ущерба в сохраненных жизнях, 2) оценка стоимости сохраненных жизней, 3) оценка вклада системы здравоохранения в экономический эффект. Комплексная оценка межведомственной программы включала в себя данные базового значения здоровья населения, а также заключительные значения показателей здоровья населения. В связи с этим нами были рассчитаны алгебраические значения показателей здоровья заключительного периода наблюдения. Базовые значения показателя включали здоровье населения РТ за три временного периода наблюдения (1997-2006 г.г.- первый период, 2007-2013 г.г.-второй период, 2014-2019 г.г.- третий период). Первые два периода позволили вести мониторинг за состоянием здоровья населения с учетом здорового образа жизни населения. Начиная со второго этапа третий этап включал комплекс мероприятий проводимых в рамках межведомственной программы по охране здоровья населения.

Проведенный социально-гигиенический мониторинг показал, что численность городских жителей выросла с 73,4 % до 76,9 %; количество сельских жителей снизилось с 26,6 % до 23,1 %. В брачно-семейных отношениях за изучаемый период 1997—2019 гг. в РТ выявлена благоприятное течение в форме снижение соотношений между количеством браков и разводов с 1,9 до 1,8 раза, тогда как в Российской Федерации увеличение составляет с 1,7 до 1,6 раза, соответственно.

Численность населения РТ за изучаемый период увеличилась на 3,2 %. Коэффициент рождаемости за период 1998-2016 гг. увеличился с 9,3 до 14,8 случаев. За период с 2017 по 2019 гг.снизились на 13,9 %. Следует отметить, что наблюдаемая отрицательная динамика

согласуется с долгосрочным прогнозом рождаемости в РФ, которая предполагает ее значительное сокращение в результате достижения возраста деторождения населения, родившегося в 1990-х годах, характеризовавшихся низкой во плодородностью населения. В РТ за 1998-2003 гг. произошел существенный рост смертности населения с 11,9 до 13,8 случаев на 1000 населения, а за период с 2006 по 2019 гг. общая смертность снизилась на 8,2.

Исследование структуры смертности населения за период 1997-2019 г.г. показал, что в структуре смертности населения РТ произошло снижение от болезней системы кровообращения на 4,8%; в 2 раза снизилась смертность от травм, отравлений и некоторых внешних воздействий; смертность от болезней органов дыхания снизилась на 23,2 %; от болезней пищеварения снизилась на 4,6 %.

Изучение первичной заболеваемости населения РТ за период с 1997 по 2019 г.г. показал, что по всем нозологиям имела тенденцию к снижению (на 12,4%). Первичная заболеваемость болезнями системы кровообращения за этот период снизилась на 4,8 %; заболеваемость болезнями органов дыхания снизилась на 7,1 %; заболеваемость всеми формами туберкулеза снизилась на 30,1 %; туберкулезом органов дыхания на 32,3 %.

За наблюдаемый период СД снизился на 19,8 %. В тоже время интенсивность роста ожирения за изучаемый период по сравнению с 2009-2014 г.г. снизилась на 17 %.

На 22,7 % снизилось заболеваемость психическими расстройствами, на 2,5 %; на 22,2 % снизилось употребление алкоголя с вредными воздействиями.

Исследование окружающей среды показало, что в городах и сельских населенных пунктах РТ сохраняются неблагоприятная

экологическая и санитарно-гигиеническая обстановка: уровень загрязнения атмосферного воздуха увеличился на 42,4 %; в 2,2 раза увеличились выбросы вредных веществ автотранспорта. Установлена, что индекс опасности здоровья, обусловленного загрязнением атмосферного воздуха, составляет 11,9 (оценивается как чрезвычайно высокий).

Исследование атмосферного воздуха показало, что загрязненного атмосферного воздуха на 1 единицу увеличивает показатель «общей смертности населения» на $7,9 \cdot 10^{-6}$ единиц соответственно. Загрязнение атмосферного воздуха достоверно увеличивает риск возникновения онкологических заболеваний на $45 \pm 0,029$ %; болезни органов дыхания на $68 \pm 0,028$ %.

Исследование качества питьевой воды показало снижение качества питьевой воды на $33,3 \pm 0,018$ % (с 1,80 в 2002 г. и 1,20 в 2014 г. . Начиная с 2015 г. наблюдает улучшение качества питьевой воды на $45,4 \pm 0,017$ % (к 2019 г. достигает до 2,20). Следует отметить, что первичная заболеваемость населения болезнями органов пищеварения коррелирует с содержанием в питьевой воде сульфатов ($p=0,78$); болезни системы кровообращения с содержанием хлорида ($p=0,52$) и сульфата ($p=0,72$); болезни органов дыхания с содержанием железа ($p=0,59$); новообразования коррелируют с содержанием кальция ($p=0,64$) и сухого остатка ($p=0,60$).

Исследование качества почвы показало, что увеличение «Загрязнения почвы» на 1 единицу достоверно увеличивает «Общую заболеваемость» на 0,02 единиц ($p<0,05$). Наибольшее загрязнение почвы отмечалось в 2015 г. и составило 6,0. К 2017 году наблюдается значительное улучшение качества почвы и уровень загрязнения составил 0,3. Однако к 2019 г. данный показатель равнялся 1,5.

Анализ состояния окружающей среды в РТ за период 1997- 2019 гг. показал, что в РТ состояние окружающей среды (загрязнением атмосферного воздуха, почвы, качеством питьевой воды) достоверно влияют на возникновение заболеваемости, смертности и инвалидизации населения. Следует отметить, что за последние десятилетие состояние атмосферного воздуха значительно ухудшилось. Продолжает ухудшаться качество воды поверхностных водных ресурсов, расположенных в РТ. Из того следуют, что необходимы внедрить новые методы водоподготовки, и самое главное более эффективное функционирование системы производственного контроля. На сегодняшний день недостаточно эффективно работает система санитарной очистки в городе, о чем свидетельствуют высокий удельный вес проб почвы, не соответствующие гигиеническим нормативам по микробиологическим показателями.

В рамках данного исследования нами проведен дисперсионный анализ, позволяющий установить неодинаковое влияние социально-экономические факторы на медико-демографические показатели здоровья населения Республики Татарстан за три временных периода (1997—2006; 2007—2013; 2014—2019 гг.). При этом развития экономической ситуации в РТ в период внедрения межведомственной программы достоверно повлияла на коэффициент общей смертности на $9,8 \pm 0,073$ % ($P < 0,1$); первичной заболеваемости БСК на 1,1 % ($P < 0,05$); первичной заболеваемости сахарным диабетом снизилась на 19,8 % ($P < 0,05$); первичной заболеваемости всеми формами туберкулеза на 30,1 % ($P < 0,05$); туберкулеза органов дыхания на 32,3 % ($P < 0,05$); первичной заболеваемости алкоголизм на 2,5 % ($P < 0,05$); увеличению ожидаемой продолжительности жизни на 3,8 % ($P < 0,05$).

Как показывают ранее проведенные исследования непосредственно социально-экономические факторы достоверно

вливают на общую численность и структуру населения (численностью работающих горожан в различных отраслях - строительстве, физической культуре, образовании, здравоохранении, науке и т.д.), а также ВРП на душу населения. На сегодняшний день население трудоспособного (экономически активного) возраста обеспечивает социальную защиту населения по многим направлениям, в особенности здоровья населения. Что дало основание на изучение работающего населения РТ.

Проведенное исследование показало, что за период с 2002 по 2019 гг. в РТ в 2,5 раза снизилась численность зарегистрированных безработных; в 1,6 раз объем введенного в действие жилья; в 6,6 раз увеличилась среднемесячная заработная плата; в 5 раз увеличился объем отгруженной промышленной продукции. В брачно-семейных отношениях за изучаемый период в РТ выявлена благоприятное течение - снижение соотношений между количеством браков и разводов с 1,9 до 1,8 раза.

За период с 2002 по 2019 г.г. валовой региональный продукт в РТ на душу населения увеличились с 250,596 до 2440,3 млрд. рублей. За анализируемый период времени существенно увеличилась среднемесячная заработная плата с 5490,7 до 36357,0 рублей.

Проведенный нами анализ ввод в действие жилья показал, что за изучаемый период объема ввода жилья в РТ увеличился на 56,1 % (с 1543,4 тыс. кв. м. до 2409,9 млн. кв. метров жилья). Динамика индекса потребительских цен, декабрь в % к декабрю предыдущего года в 2002 году составила - 116,4; а в 2019 году - 102,5.

Таким образом, проведенный изучение социальных и экономических факторов показал, что наблюдается рост валового территориального продукта; увеличение объемов промышленной продукции и основных фондов в экономике; увеличение ввода в

действие жилых домов; увеличение среднедушевого денежного дохода и среднемесячной номинальной начисленной заработной платой работающих. Исследование деятельности системы здравоохранения показали, что система здравоохранения и медицинские организации оказывают существенное влияние на здоровье населения. Общее число среднегодовых коек за изучаемый период снизились на 15,4 % (с 98,9 до 83,5 %); среднегодовая занятость койки не имела существенных снижений и практически осталась на прежнем уровне; среднее число дней пребывания больного на койке снизилось на 13,2 % (с 99,1 до 85,9 %); оборот койки увеличился с 100,3 до 113,8 %. Уровень госпитализации населения снизилась с 99,5 до 90,0 %, что, несомненно, влечет за собой интенсификацию лечебно-диагностического процесса. Следует также отметить, что наблюдается уменьшение числа вызовов скорой медицинской помощи - показатель наглядности с 98,8 до 90,9 %.

Нами проведенное исследование показывает, что показатели удовлетворенности населения доступностью и качеством медицинской помощи за изучаемый период выросли с 71,8% до 76,6 %: в организациях республиканского значения выросли с 77,9 % до 86,0%; среди опрошенных сельских жителей выросла с 77,9 до 82,3 %; удовлетворенность доступностью и качеством оказания медицинской помощью в медицинских организациях г. Казани выросла с 73,7 % до 86,0 % ($p < 0,05$). Показатели удовлетворенности населения доступностью и качеством медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара в организациях республиканского значения выросли с 79,8 до 85,9%; среди сельских жителей выросла с 79,6 % до 84,14 %; в медицинских организациях г. Казани с 78,2% до 86,0% ($p < 0,05$). Показатели удовлетворенности населения качеством медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях в

медицинских организациях республиканского уровня за изучаемый период выросли с 72,06 % до 77,7%; в центральных районных больницах с 63,4 % до 66,40 %; в медицинских организациях города Казань с 55,3 % до 71,25 % ($p < 0,05$). Показатели удовлетворенности населения доступностью и качеством скорой медицинской помощи, получаемой вне медицинской организации за изучаемый период достоверно выросла с 75,5 % до 80,5 % ($p < 0,05$).

Результаты социологического исследования (анкетирования населения) позволяют утверждать, что в организациях оказания медицинской помощи населению произошли значительные изменения. Следует отметить, что результаты проведенного исследования подтверждают, что рост удовлетворенности качеством медицинских услуг обусловлен снижением очередности на прием к врачу и отношением медицинского персонала, укреплением материально-технической базы учреждений.

Проведенное исследование показало, что в период внедрения межведомственной программы по формированию здорового образа жизни число людей занимающихся физической культурой и спортом в РТ возросло до 49,5 процента; на 20 % увеличилось количество людей с инвалидностью систематически занимающихся физической культурой и спортом составил 28,1 процента или более 57,5 тыс. человек; на 42 % увеличилась количество трудоспособного населения систематически занимается физической культурой и спортом; в 2,2 раза увеличилось количество студентов приверженных к физически активному образу жизни, занятиям физической культурой и спортом (с 35,77% до 78,54% -115 897 студентов); на 14 % увеличилось количество людей «Третьего возраста» привлечены к занятиям физической культурой., в спортивных соревнованиях приняло участие более 14 500 лиц старшего поколения. Распространенность

потребления табака среди взрослого населения снизилась с 41 % до 33%; снизилось среднедушевое потребление алкоголя (в 2008 году данный показатель составил 16,2 литра, в 2015 году – 12,7 литра в год, в 2019 году 11,8 литров на душу населения); на 29,5 % снизились количество отравления. На 30,6 % снизилась численность пострадавших в результате несчастных случаев на производстве с утратой трудоспособности на один рабочий день и более (с 1226 до 850 случаев (чел.)); на 35,9 % снизилось количество дней временной нетрудоспособности в связи с несчастным случаем на производстве в расчете на пострадавшего (дни) (с 86,8 до 55,5).

Для оценки результативности внедрения межведомственной программы по формированию приверженности населения к здоровому образу жизни и повышению здоровья населения на первом этапе нами была разработана методика комплексной оценки результативности межведомственной программы на основе показателей здоровья населения Республики Татарстан. В основу расчета демографических процессов здоровья населения были заложены методические подходы описанные И.Г.Ниязовым (2006), А.О.Смирновым (2007), А.В.Шулаевым (2014), А.Н.Галиуллиным (2015). Комплексная оценка межведомственной программы включала в себя данные базового значения здоровья населения, а также заключительные значения показателей здоровья населения. В связи с этим нами были рассчитаны алгебраические значения показателей здоровья заключительного периода наблюдения. Базовые значения показателя включали здоровье населения Республики Татарстан за три временного периода наблюдения (1997-2006 г.г.-первый период, 2007-2013 г.г.-второй период, 2014-2019 г.г.- третий период). Первые два периода позволили вести мониторинг за состоянием здоровья населения с учетом здорового образа жизни населения. Начиная со второго этапа третий

этап включал комплекс мероприятий проводимых в рамках межведомственной программы по охране здоровья населения.

Оценка результативности показала, что количество и процент людей с плохим здоровьем по каждой возрастной группе в 2014 г. на 12 % выше, чем в 2019 г. Следует отметить, что в возрастной группе от 35 до 39 лет доля лиц с плохим здоровьем 2,0%; тогда как в 2019 г. в возрастных группах от 20 до 24, от 25 до 29, от 30 до 34 и от 35 до 39 лет людей со плохим здоровьем не зарегистрировано. В 2014 г. в возрастной группе от 40 до 44 лет - 11,7 % людей с плохим здоровьем, в 2019 г. - 4,8 % людей с плохим здоровьем. В возрастной группе от 45 до 49 лет 15,7 % лиц с плохим здоровьем, в 2019 году - 6,4 %. В возрастной группе от 50 до 54 лет в 2014 году 19,2 % лиц с плохим здоровьем, в 2019 - 10,9 %. В возрастной группе от 55 до 59 лет 31,5 % лиц с плохим здоровьем, в 2019 г. - 21,1 %. В возрастной группе от 60 до 64 лет в 2014 году людей с плохим здоровьем 54,3 %, в 2019 году - 45,2 %. В 2014 г. в возрастной группе от 65 до 69 лет 72,9 % лиц с плохим здоровьем, в 2019 г. - 59,1 %. В возрастной группе от 70 до 74 лет в 2014 году людей с плохим здоровьем 84,2 %, в 2019 г. - 71,4 %. В 2014 г. в возрастной группе от 75 до 79 лет - 89,1 % лиц с плохим здоровьем, - в 2019 г. 78,3 %.

Главный вывод автора из проведенного исследования – для достижения целевых значений демографических показателей и показателей здоровья населения РТ к 2025 и далее к 2030 г. необходим комплексный межведомственный подход, направленный на все факторы, определяющие здоровье населения, в том числе увеличение государственного финансирования здравоохранения (на 10 % в год в постоянных ценах), рост ВРП и доходов населения (на 3% в год в реальных ценах), снижение потребления алкоголя (на 45% к 2030 г.).

ВЫВОДЫ

1. Выявлено, что в 2019 г. значения демографических показателей и показателей здоровья населения в РТ были лучше, чем в РФ в среднем:

- КР был на 2,3% выше; СКР - на 2,6% выше;
- ОКС - на 12% ниже, КС от БСК - на 16% ниже; КС от новообразований - на 21,3% ниже;
- ОПЖ - на 1,7 лет выше
- инвалидность - на 14,3% ниже.

Период отрицательной динамики демографических показателей в РТ с 1997 по 2005 г. отчетливо связан с ухудшением социально-экономической обстановки в стране, а с 2006 по 2019 г. – с ее стабилизацией и началом реализации целевых проектов в здравоохранении и по поддержке рождаемости. Однако, средний темп (роста/убыли) демографических показателей в период их улучшения не позволит достичь их целевых значений к 2025 г. по РТ, тем более, что все они значительно ухудшились в период пандемии COVID-19. Для достижения целей РТ в сфере демографии и улучшения здоровья населения потребуются дополнительные меры.

2. Показано, что в РТ ключевыми факторами, влияющими на ОПЖ являются: уровень ВРП на душу населения с весом 49 %, образ жизни населения (потребление алкоголя) с весом 28%, и государственное финансирование здравоохранения с весом 23%. Из этого следует, что лучшие значения медико-демографических показателей в РТ по сравнению с РФ связаны с лучшим социально-экономическим положением населения в РТ (ВРП на 11% выше, чем в РФ), а также на 11% меньшим потреблением алкоголя, чем в РФ (соответственно 9,3 л. и 10,5 л. на душу населения). Это позволило компенсировать отрицательное влияние на здоровье населения меньшего, чем в среднем в РФ государственного финансирования здравоохранения (в 2019 г. на 28 % ниже, чем в РФ).

3. Для улучшения демографических показателей и здоровья населения РТ, потребуется комплексный подход: увеличение доходов населения,

увеличение государственного финансирования здравоохранения, а также продолжение реализации программ по улучшению состояния окружающей среды и формирования у населения здорового образа жизни. Обосновано, что для достижения целевых значения ОПЖ 79 лет к 2025 г. (П/П РТ от 1 июля 2013 года № 461) и далее сохранение его к 2030 г. необходимо увеличение государственного финансирования здравоохранения на 10% ежегодно в постоянных ценах с приоритетным финансированием первичной медико-санитарной помощи. Такое финансирование необходимо при соблюдении следующих базовых условий: обеспечение роста реальных доходов населения (на 3% в год и снижение потребления крепких алкогольных напитков на 45%).

4. На основе выявленных на предшествующих этапах результатов была сформирована Комплексная межведомственная программа, включавшая следующие направлениям:

- Подпрограмма, направленная на улучшение социально-экономического положение населения и повышения рождаемости;
- Подпрограмма по формированию приверженности населения к здоровому образу жизни;
- Подпрограмма, направленная на улучшение состояния окружающей среды;
- Подпрограмма, направленная на улучшение условий труда на производстве;
- Подпрограмма, направленная на повышение доступности и качества медицинской помощи в рамках региональных и федеральных программ, реализованных Минздравом РТ.

Реализация отдельных направлений Комплексной межведомственной программы в РТ привела к достижению следующих результатов - **ОКС снизился на 11 %; ОПЖ возросла на 2,86 лет;** на 19,4% снизилась распространенность табакокурения

среди взрослого населения; на 7,1 % снизилась среднедушевое потребление алкоголя; на 22 % увеличилась доля лиц приверженных к физической культуре и спорту.

5. Реализация с 2014 по 2019 г. в 7 муниципальных образований РТ **подпрограммы по формированию здорового образа жизни** с учетом индивидуальных характеристик населения (которые были определены с помощью специально разработанных анкет) показала высокую эффективность: на 5,2% снизился ОКС; на 35,5% возросло число людей, систематически занимающихся физической культурой и спортом; на 18,2 % снизилась распространенность табакокурения среди взрослого населения; на 36,5% снизилась среднедушевое потребление алкоголя; на 27,3 % снизились количество отравления алкогольной продукцией.

6. Рассчитано, что реализация отдельных направлений Комплексной межведомственной программы по улучшению потенциала здоровья населения РТ в период с 2014 по 2019 г., хоть и не привело к достижению целевых показателей, но существенно повлияло на их улучшение: **на 9,8% снизился ОКС; на 12% в среднем снизилось количество людей с плохим здоровьем; на 1,6 лет повысилось ОПЖ в РТ целом, а в возрасте 35-39 лет на 8,1 % в среднем.** За период с 2014 по 2019 гг. благодаря реализации данной программы удалось сохранить 13.3 тыс. жизней, прямой экономический эффект от этих спасенных жизней составил **8,39 млрд руб.**, с учетом косвенных издержек – **33,5 млрд руб.**, из них за счет увеличения финансирования здравоохранения – **7,7 млрд руб.**

ПРАКТИЧЕСКИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ И РЕКОМЕНДАЦИИ.

1. Главам регионов РФ, органам управления в сфере экономики и планирования, органам управления здравоохранением, санитарным службам, комитетам по охране окружающей среды и экологии необходимо проводить анализ медико-демографических показателей (путем построения длинных динамических рядов) и оценивать влияние факторов, определяющих эти показатели: социально-экономическое положение региона, состояние окружающей среды, мощности и финансирование системы здравоохранения. Это позволит **выявлять существенные связи** между медико-демографическими показателями и этими факторами, соответственно - выделить приоритетные направления и определить условия, необходимые для достижения целевых значений, установленных в нормативных документах.

2. Для повышения рождаемости финансово-экономическому блоку РТ необходимо особое внимание уделить мерам по увеличению занятости населения, росту реальных доходов населения и реализации дополнительных мер по стимулированию рождаемости и материальной поддержке семей с детьми.

3. При реализации межведомственных программ по формированию у населения здорового образа жизни необходимо организовать и регламентировать взаимодействие всех структурных подразделений (администрация, представители систем здравоохранения и образования, отделов социальной защиты, спорта, культуры, молодежи и др.) и предварительно проводить оценку представлений населения о здоровом образе жизни методом анкетирования.

4. В связи с ростом первичной заболеваемостью злокачественными новообразованиями (с 2014 по 2019 г. увеличилось на 9,8%) территориальному управлению «Роспотребнадзора» по РТ, МЗ РТ и лечебно-профилактическим учреждениям РТ необходимо принять меры по выявлению и установлению причин возникновения ЗНО, в том числе связанных с неблагоприятным воздействием факторов окружающей среды; а также

совершенствовать меры по ранней профилактике, диспансеризации и своевременной диагностике, реабилитации населения со ЗНО.

5. Разработанную и апробированную организационно-методологическую модель Комплексной межведомственной программы и подпрограммы по формированию у населения здорового образа жизни следует использовать в работе всех ведомств РТ, информационно-аналитических центров и территориальных фондов обязательного медицинского страхования для обоснования и принятия управленческих решений.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ В ДИССЕРТАЦИИ

- ВВП - валовый внутренний продукт
ВОЗ - всемирная организация здравоохранения
ЕПС-единая профилактическая среда
ЗОЖ - здоровый образ жизни
МО — МО
ЛС — лекарственные средства
НИЗ- неинфекционные заболевания
НФА - низкая физическая активность
ОПЖ - ожидаемая продолжительность жизни
РТ - Республики Татарстан
ССЗ - сердечно-сосудистые заболевания
СД- сахарный диабет
СЖО - система жизнеобеспечения
ФЗ - Федеральный закон
ФР - фактор риска
ХНИЗ - хронические неинфекционные заболевания
ЦРБ- центральная районная больница

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Авдеева, М.В. Состояние, проблемы и перспективы развития организационно-функциональной системы первичной профилактики социально значимых неинфекционных заболеваний Санкт-Петербурга / М.В. Авдеева, Ю.В. Лобзин, В.С. Лучкевич // Социальные аспекты здоровья населения.—2013.—№ 5.—С.4.
2. Агранович, Н.В. Необходимость развития и значение «школы пациента» в комплексной терапии гипертонической болезни / Н.В. Агранович, С.А. Кнышова, А.С. Анопченко [и др.] // Современные проблемы науки и образования.—2018.—№ 1.—С.75.
3. Акимова, Н.Е. Основные законы и проекты, направленные на формирование здорового образа жизни российской молодежи / Н.Е. Акимова // Вестник спортивной медицины.—2018.—№ 1.—С.10—17.
4. Аксенов, В.А. Комментарий к статье О.Ю. Ребровой и соавторов «Скрининги I этапа диспансерзации: систематический обзор долгосрочной эффективности» / В.А. Аксенов // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология.—2018.—№ 2.—С.77—80.
5. Аксенова, Е. В Москве полным ходом идет комплексный проект по профилактике неинфекционных заболеваний / Е.В. Аксенова // Московская медицина.—2017.—№ 4.—С.31—37.
6. Алленов, А.М. Многофакторный анализ и математическое моделирование в управлении общественным здоровьем / А.М. Алленов, С.А. Никифоров, А.В. Белостоцкий [и др.] // Общественное здоровье и здравоохранение.—2015.—№ 4.—С.53—56.
7. Андреева, О.В. Информированность о школах здоровья и эмоциональное благополучие пациентов поликлиники / О.В. Андреева, В.В. Одинцова, А.Д. Фесюн [и др.] // Системный анализ и управление в биомедицинских системах.—2015.—№ 2.—С.342—349.

8. Антипова, Л.Н. Информационно-образовательная акция для населения «День борьбы с инсультом» / Л.Н. Антипова, Н.П. Федорова, Н.Н. Чирва [и др.] // Научный вестник здравоохранения Кубани.—2014.—№ 2.—С.94—103.

9. Аухадеев, Э.И. Концептуальные предложения к содержанию долгосрочной республиканской целевой программы формирования здорового образа жизни населения Республики Татарстан / Э.И. Аухадеев, Р.В. Тазиев, Р.А. Якупов // Педагогико-психологические и медико-биологические проблемы физической культуры и спорта.—2009.—№ 3.—С.15—19.

10. Ахмадиева, А.И. Экологические проблемы и изыскание способов их решения в РТ / А.И. Ахмадиева, А.Р. Ахметшина, Л.Р. Хакимова [и др.] // Бюллетень науки и практики.—2017.—№ 1.—С.69—84.

11. Богданова, Т.Г. Нормативно-правовое обеспечение региональной демографической политики (на примере Чувашской Республики) / Т.Г. Богданова // Здоровье населения – основа процветания России: материалы X Всерос. науч.-практ. конф.—2016.—С.35—37.

12. Бакутов, С.В. Роль центров здоровья в профилактике неинфекционных заболеваний / С.В. Бакутов // Бюллетень медицинских интернет-технологий.—№ 5.—С.504.

13. Баланова, Ю.А. Основные индикаторы здоровья населения России в перипенсионном возрасте, включенные в глобальный план действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними / Ю.А. Баланова, А.Э. Имаева, А.В. Концевая [и др.] // Профилактическая медицина.—2017.—№ 5.—С.14—24.

14. Баланова, Ю.А. Эпидемиологические исследования: трудности и успехи. Регионы-участники делятся опытом / Ю.А. Баланова, А.Э. Имаева, С.С. Якушин [и др.] // Профилактическая медицина.—2017.—№ 5.—С.65—73.

15. Бекутов, С.В. Роль центров здоровья в профилактике неинфекционных заболеваний / С.В. Бекутов, Н.Ю. Волкова, Ю.С.

Менлажиева // Бюллетень медицинских интернет-конференций.—2014.—№ 5.—С.504.

16. Белостоцкий, А.В. Информационное обеспечение работы по профилактике неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни / А.В. Белостоцкий, Н.В. Погосова, В.Г. Винокуров, А.М. Алленов // Профилактика 2015: сб. тр. науч.-практ. конф.—2015.—С.8b—9a.

17. Берсенева, Е. Как провести диспансеризацию по новым правилам Минздрава. Все изменения для клиник / Е. Берсенева, В. Шипова // Заместитель главного врача.—2019.—№ 8.—С.30—43.

18. Бобрик, Ю.В. Роль пропаганды здорового образа жизни в профилактике хронических неинфекционных заболеваний и повышение качества жизни населения / Ю.В. Бобрик, Л.А. Османов // Труды НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента.—М., 2018.—С.15—16.

19. Богачева, Е.А. Региональная стажировочная площадка по распространению моделей здорового и безопасного образа жизни как эффективная форма повышения квалификации / Е.А. Богачева // Вестник Белгородского института развития образования.—2014.—№ 1.—С.53—62.

20. Богачева, Т.Ю. Здоровый образ жизни как приоритетная задача социальной политики зарубежных государств / Т.Ю. Богачева // Живая психология.—2016.—№ 3.—С.153—158.

21. Богданова, Т.Г. Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни / Т.Г. Богданова // Общественное здоровье и здравоохранение.—2015.—№ 4.—С.57—62.

22. Богданова, Т.Г. Эффективность организации мероприятий, направленных на снижение смертности населения Чувашской Республики от болезней системы кровообращения / Т.Г. Богданова // Медицинский альманах.—2015.—№ 4.—С.20—23.

23. Бойцов, С.А. Актуальные направления и новые данные в эпидемиологии и профилактике неинфекционных заболеваний / С.А. Бойцов // Терапевтический архив.—2016.—№ 1.—С.4—10.

24. Бойцов, С.А. Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения: методические рекомендации / С.А. Бойцов, П.В. Ипатов, А.М. Калинина [и др.].—4-е изд., перераб. и доп.—М., 2017.

25. Бойцов, С.А. Смертность и факторы риска неинфекционных заболеваний в России: особенности, динамика, прогноз / С.А. Бойцов, А.Д. Деев, С.А. Шальнова // Терапевтический архив.—2017.—№ 1.—С.5—13.

26. Бойцов, С.А. Совершенствование профилактики хронических неинфекционных заболеваний в учреждениях здравоохранения / С.А. Бойцов, С.В. Вылегжанин, Ф.А. Гилева [и др.] // Профилактическая медицина. – 2013. –№ 2. – С. 3—12.

27. Бородина, К.М. Диспансеризация населения как механизм повышения уровня жизни и основной скрининг – метод определения контингентов больных в рамках Национального проекта «Здоровье» / К.М. Бородина // Региональный вестник.—2019.—№ 13.—С.10—11.

28. Бубнова, М.Г. Изучение информированности о факторах риска и отношения к здоровью больных ишемической болезнью сердца. Новая технология «реабилитационное консультирование» - первый опыт применения / М.Г. Бубнова, Д.М. Аронов, Н.К. Новикова [и др.] // Профилактическая медицина.—2019.—№ 4.—С.114—123.

29. Будник, Я.И. Поведенческие факторы риска неинфекционных заболеваний в городской среде / Я.И. Будник, Т.М. Шаршакова, И.А. Чешик // Вопросы организации и информатизации здравоохранения.—2014.—№ 3.—С.50—56.

30. Бунова, А.С. Отношение медицинских работников первичного звена здравоохранения к профилактике проблемного потребления алкоголя /

А.С. Бунова, Б.Э. Горный, И.И. Дубовой [и др.] // Профилактическая медицина.—2017.—№ 5.—С.37—41.

31. Василенко, Л.А. Фрактальный подход к управлению общественным здоровьем в контексте культуры безопасности / Л.А. Василенко, В.И. Василенко // Norwegian Journal of Development of the International Science.—2017.—№ 3—2.—С.129—135.

32. Васильева, Н.А. Формирование здоровьесберегающей среды образовательной организации при реализации проекта «В здоровом теле – здоровый дух» / Н.А. Васильева // Педагогика безопасности: сб. материалов междунар. науч. конф.—2017.—С.18—21.

33. Введенский, А.И. Система мер по профилактике неинфекционных заболеваний у работников бюджетной сферы / А.И. Введенский // Российский медико-биологический вестник им. И.П. Павлова.—2015.—№ 3.—С.71—75.

34. Вершинин, Е.Г. Результаты изучения распространенности факторов риска развития неинфекционных заболеваний среди взрослого населения Волгоградской области / Е.Г. Вершинин, Н.П. Пустовитова, О.А. Гуро // Лечебная физкультура и спортивная медицина.—2015.—№ 5.—С.26—31.

35. Власенко, А.В. Профилактика неинфекционных заболеваний: приоритетность здорового образа жизни, как составляющей культуры общества в целом / А.В. Власенко, А.П. Гриневич, Е.А. Чернова, И.В. Богдан // Вопросы формирования здорового образа жизни: сб. науч. тр.—М., 2018.—С.38—41.

36. Вялков, А.И. Персонализированная профилактика в первичном звене здравоохранения: обоснование, организационно-функциональная модель, инновационные технологии / А.И. Вялков, И.А. Гундаров, В.А. Полесский // Главврач.—2017.—№ 3.—С.17—34.

37. Габибов, А.Б. Молодежные программы здоровья как средство здоровьесбережения / А.Б. Габибов, С.В. Майбородин, А.А. Молоканов, И.А.

Колесников // Современные тенденции развития науки и технологий.— 2015.—№ 7-5.—С.118—121.

38. Галиуллин А.Н. Системный анализ развития медико-демографических процессов в мегаполисе в период социально-экономических реформ / А.Н. Галиуллин, Н.Н. Шамсияров, А.И. Глушаков, А.Ю. Вафин, Л.А. Юсупова, Д.А. Галиуллин, М.И. Тимерзянов // Монография, Казань: «Медицина», 2013. – 120с.

39. Гамбарян, М.Г. Алгоритмы оказания помощи курящим в системе здравоохранения. Позвольте спросить: «Вы курите?» / М.Г. Гамбарян, О.М. Драпкина // Профилактическая медицина.—2019.—№ 3.—С.57—68.

40. Гамбарян, М.Г. Потребность в медицинской помощи по отказу от курения и ее реализация: результаты российского опроса взрослого населения по оценке государственной политики противодействия потреблению табака ЭПОХА-РФ / М.Г. Гамбарян, А.М. Калинина, М.В. Попович [и др.] // Профилактическая медицина.—2019.—№ 4.—С.26—36.

41. Гамбарян, М.Г. Распространенность потребления табака в России: динамика и тенденции. Анализ результатов глобальных и национальных вопросов / М.Г. Гамбарян, О.М. Драпкина // Профилактическая медицина.— 2018.—№ 5.—С.45—49.

42. Герасимова, Л.И. Основные особенности показателей здоровья населения Чувашской Республики / Л.И. Герасимова, Т.Г. Богданова // Международный журнал экспериментального образования.—2014.—№ 11-1.—С.82—83.

43. Голубева, Е.А. Национальный проект «Здоровье»: теория и практика, проблемы реализации, деятельность центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан РФ (на примере Тюменской области) // Молодой исследователь: вызовы и перспективы: сб. ст.—Тюмень, 1917.—С.73—77.

44. Горный, Б.Э. Организационно-функциональная технология скрининга и профилактического консультирования пациентов с пагубным

потреблением алкоголя и результаты ее апробации в первичном звене здравоохранения / Б.Э. Горный, А.М. Калинина, С.В. Долгова [и др.] // Профилактическая медицина.—2019.—№ 3.—С.14—18.

45. Грузева, Т.С. Harmful alcohol consumption: prevalence, trends, health burden, reduction strategy / Т.С. Грузева, В.А. Дуфинец, В.Б. Замкевич // Wiad. Lek.—2016.—Vol.69, 2 Pt 2.—183—189.

46. Губачев, Н.Н. Здравоохранение в инновационной сфере / Н.Н. Губачев // Гуманитарные основания социального прогресса: Россия и современность: сб. статей.—М.,2016.—С.252—258.

47. Гусев, А.В. Перспективы использования методов машинного обучения для предсказания сердечно-сосудистых заболеваний / А.В. Гусев, Д.В. Гаврилов, И.Н. Корсаков [и др.] // Врач и информационные технологии.—2019.—№ 3.—С.41—47.

48. Данилевич, Е. В Доме надежды / Е.В. Данилевич // Аргументы и факты.—2010.—№ 49.

49. Данилова, Е.С. Процесс реализации региональных программ профилактики неинфекционных заболеваний: двухлетние итоги / Е.С. Данилова, Р.А. Потемкина, М.В. Попович [и др.] // Профилактическая медицина.—2015.—№ 4.—С.17—22.

50. Данилова, Е.С. Разработка системы оценки региональных программ профилактики неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни в Российской Федерации / Е.С. Данилова, М.В. Попович, И.С. Глазунов [и др.] // Профилактическая медицина.—2016.—№ 5.—С.27—31.

51. Дартау, Л.А. Эффективность управления общественным здоровьем: объект, субъекты, обязанности и ответственность / Л.А. Дартау // Социально-экономическая эффективность управления общественным здоровьем: философско-методологические основания: сб. второй ежегод. науч.-практ. конф.—2018.—С.70—74.

52. Денисов, Л.А. Насущные проблемы профилактики неинфекционных заболеваний и формирования компетенций здорового образа жизни в образовательном пространстве / Л.А. Денисов, Е.В. Нехорошева, В.Г. Авраменко // Санитарный врач.—2017.—№ 10.—С.20—30.

53. Долгалев, И.В. Динамика поведенческих факторов риска (курение, потребление алкоголя) в зависимости от уровня образования по результатам 17-летнего когортного исследования / И.В. Долгалев, Ю.С. Беляева, А.Ю. Иванова, В.В. Образцов // Профилактическая медицина.—2019.—№ 4.—С.58—63.

54. Дордина, С.Г. Периодические медицинские осмотры как эффективный этап всеобщей диспансеризации населения / С.Г. Дордина, Ю.П. Евлашко, М.А. Марсагишвили, А.А. Машинский // Медицина труда и промышленная экология.—2017.—№ 8.—С.55—59.

55. Дорофеев, А.А. Анализ проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения как фактора раннего выявления сердечно-сосудистых заболеваний и снижения смертности / А.А. Дорофеев // Вестник Росздравнадзора.—2016.—№ 1.—С.52—55.

56. Дорофеев, С.Б. Национальные стратегии формирования здорового образа жизни населения / С.Б. Дорофеев, А.И. Бабенко // Здравоохранение Российской Федерации.—2015.—№ 6.—С.44—47.

57. Дорофеев, С.Б. Общие методологические подходы к определению стратегических позиций в формировании здорового образа жизни населения / С.Б. Дорофеев, А.И. Бабенко // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.—2017.—№ 1.—С.7—12.

58. Драпкина, О.М. Методология изучения рациона питания и поведенческих привычек населения для оценки приверженности здоровому образу жизни / О.М. Драпкина, С.С. Неустроев, Е.Б. Фролова [и др.] // Профилактическая медицина.—2019.—№ 4.—С.43—49.

59. Драпкина, О.М. Сравнение смертности от болезней системы кровообращения, нервных и психических расстройств в России в 2013 и 2017

гг. / О.М. Драпкина, И.В. Самородская, М.А. Старинская [и др.] // Профилактическая медицина.—2019.—№ 4.—С.7—13.

60. Драпкина, О.М. Чего лишились Европейские рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике 2016 г.? / О.М. Драпкина, О.Е. Широбоких // Профилактическая медицина.—2017.—№ 3.—С.7—10.

61. Дубик, Е.А. Формирование человеческого капитала: здоровый образ жизни как составляющий фактор / Е.А. Дубик // Креативная экономика.—2014.—№ 2.—С.53—63.

62. Евдаков, В.А. Актуальные проблемы оценки результативности деятельности центров здоровья / В.А. Евдаков, Н.Е. Найденова, Н.Я. Несветайло // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики.—2017.—№ 3.—С.39—51.

63. Евдаков, В.А. Кадровые ресурсы отделений и кабинетов медицинской профилактики в Российской Федерации и пилотных субъектах / В.А. Евдаков, Е.М. Манюшкина, М.Н. Бантьева, В.П. Кузнецова // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики.—2017.—№ 4.—С.77—93.

64. Евдаков, В.А. Обучение в школах здоровья, как элемент профилактической работы в центрах здоровья / В.А. Евдаков, О.В. Ципириг, В.П. Кузнецова // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики.—2017.—№ 4.—С.202—204.

65. Еганян, Р.А. Первичная и повторная диспансеризация определенных групп взрослого населения: динамика алиментарно-зависимых факторов риска хронических неинфекционных заболеваний / Р.А. Еганян, А.М. Калинина, О.В. Измайлова [и др.] // Профилактическая медицина.—2019.—№ 4.—С.14—21.

66. Еганян, Р.А. Региональные особенности питания и физической активности в субъектах Российской Федерации с различными уровнями сердечно-сосудистой смертности (по данным диспансеризации определенных

групп взрослого населения) / Р.А. Еганян, А.М. Калинина, Д.В. Кушунина // Профилактическая медицина.—2019.—№ 1.—С.66—73.

67. Егоров, В.А. Опыт применения методов Lean-технологий для организации процесса диспансеризации определенных групп взрослого населения / В.А. Егоров, Л.Ю. Дроздова, А.М. Калинина // Профилактическая медицина.—2018.—№ 3.—С.16—19.

68. Егоров, Е.В. Использование механизма государственно-частного партнерства в сфере формирования здорового образа жизни населения / Е.В. Егоров, С.С. Себелев // Экономический форум «Экономика в меняющемся мире»: сборник.—Казань, 2017.—С.64—65.

69. Егоров, Е.В. Формирование здорового образа жизни населения регионов на основе комплексного межсекторального подхода / Е.В. Егоров, С.С. Себелев // Экономика и предпринимательство.—2017.—№ 3-2.—С.309—313.

70. Елисеев, А.Л. Формирование стратегии здорового образа жизни населения: проблемы и перспективы / А.Л. Елисеев, О.В. Заслонкина, В.В. Зима // European Social Science Journal.—2017.—№ 12-1.—С.352—358.

71. Ермолаева, П.О. Основные тенденции здорового образа жизни россиян / П.О. Ермолаева, Е.П. Носкова // Социологические исследования.—2015.— № 4.—С.120—129.

72. Жадаева, Л.И. Разработка и реализация профилактических проектов как профилактика неинфекционных заболеваний и формирование приверженности здоровому образу жизни / Л.И. Жадаева, С.Н. Милашина, П.С. Смирнов // Современные аспекты здравоохранения: достижения и перспективы: материалы 52-й межрегион. науч.-практ. медицинской конф.—2017.—С.346—349.

73. Жигаев, Д.С. Социальные факторы риска здоровью в структуре образа жизни / Д.С. Жигаев, П.Ф. Кику, Н.С. Шитер // // Здоровье. Медицинская экология. Наука. – 2015. – № 4. – С. 33—38.

74. Жиленко, Е.Л. Детерминанты как информационная основа для создания профиля здоровья населения / Е.Л. Жиленко, Н.И. Гомерова, И.В. Шарапов, О.И. Иванинский // Бюллетень Национального НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко.—2014.—№ 1.—С.105—108.

75. Жукова, Т.В. Оптимизация профилактических программ с целью оценки уровня здоровья населения / Т.В. Жукова, Н.А. Горбачева, О.А. Свинтуховский [и др.] // Здоровье населения и среда обитания.—2014.—№ 6.—С.6—10.

76. Журавлева, Ю.С. Организация популяционной профилактики социально-значимых неинфекционных заболеваний на муниципальном уровне / Ю.С. Журавлева, Н.А. Капитоненко, Т.М. Скорик // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России.—2016.—№ 2.—С.1—5.

77. Забина, Е.Ю. Оценка уровня физической активности населения крупного индустриального центра России / Е.Ю. Забина, В.П. Зиновьева, М.В. Попович [и др.] // Профилактическая медицина.—2016.—№ 6.—С.27—31.

78. Заводова, Е.И. Отношение горожан к составляющим здорового образа жизни (на примере г. Саранск Республики Мордовия) / Е.И. Заводова // Медицина труда и экология человека.—2016.—№ 4.—С.81—85.

79. Заворотный, О.О. Школа здоровья как реальная возможность укрепления здоровья населения и профилактики хронических заболеваний / О.О. Заворотный, Е.Н. Алексеенкова, А.Р. Ахметгареева // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения.—2015.—№ 1.—С.288—292.

80. Задворная, О.Л. Модифицируемые факторы риска здоровья руководителей медицинских организаций / О.Л. Задворная, К.Н. Борисов, А.А. Ершов // МИР.—2017.—№ 2.—С.322—329.

81. Задворная, О.Л. Формирование единой профилактической среды как стратегической основы действий по сохранению и улучшению здоровья

населения / О.Л. Задворная // Современная медицина и перспективы развития: сб. научных трудов.—М., 2017.—С.26—28.

82. Зайцева, А.Т. Воспитание здорового образа жизни и формирование основ первичной профилактики широко распространенных неинфекционных заболеваний / А.Т. Зайцева, С.А. Корхмазова // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований.—2016.—№ 4-1.—С.150—152.

83. Захарова, Н.Н. Совершенствование организации системы профилактики неинфекционных заболеваний в субъектах РФ / Н.Н. Захарова // Social and economic problems of modern society: materials of the VIII international scientific conference.—2018.—С.49—52.

84. Зеляева, Н.В. Организация профилактических осмотров в системе медицинского обеспечения промышленных предприятий / Н.В. Зеляева, И.А. Камаев, Н.И. Гурвич // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.—2017.—№ 1.—С.33—37.

85. Зиганшина, З.Р. Инновационная модель управления общественным здоровьем / З.Р. Зиганшина // Инновационная экономика и менеджмент: Методы и технологии: сб. материалов.—2018.—С.522—525.

86. Иванова, А.Ю. Формирование риска смертности в зависимости от поведенческих факторов (курение, потребление алкоголя) по результатам 27-летнего проспективного исследования / А.Ю. Иванова, И.В. Долгалев // Кардиоваскулярная терапия и профилактика.—2017.—№ 5.—С.40—45.

87. Иванова, Е.С. Результаты анализа выявления факторов риска хронических неинфекционных заболеваний у лиц, обратившихся в центры здоровья для взрослого населения / Е.С. Иванова, Ю.Д. Шалягин., М.И. Овчаренко // Кардиоваскулярная терапия и профилактика.—2019.—№ S1.—С.77—78.

88. Иванова, Е.С. Результаты проведенного исследования по изучению удовлетворенности граждан, прошедших обследование в центрах здоровья для взрослого населения Московской области / Е.С. Иванова, Ю.Д.

Шалягин, Г.Ф. Петрунина [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика.—2017.—№ 5.—С.12b—13a.

89. Ибрагимова, Г.М. Кластерная активизация как фактор повышения конкурентоспособности системы здравоохранения Республики Татарстан / Г.М. Ибрагимова, Э.А. Туганова // Экономика в меняющемся мире: материалы Экономического форума с междунар.участием: сб. науч. ст. 2017.—С. 67—69.

90. Иванова, Е.С. Основные направления популяционной профилактики хронических неинфекционных заболеваний в деятельности службы медицинской профилактики Московской области в 2014 году / Е.С. Иванова, Е.А. Афанасьева, Ю.Д. Шалягин, Е.И. Дмитриев // Профилактика 2015. Сер. «Кардиоваскулярная терапия и профилактика».—2015.—С.11a.

91. Игнатьева, О.О. Результаты диспансеризации определенных групп взрослого населения Чувашской Республики за 6 месяцев 2018 года / О.О. Игнатьева, А.Э. Иванов, Е.С. Диомидова // Вопросы медицинской реабилитации: сб. науч. тр.—2018.—С.130—133.

92. Измайлова, О.В. Межрегиональные различия частоты впервые выявленной артериальной гипертензии, избыточной массы тела и ожирения при диспансеризации взрослого населения / О.В. Измайлова, А.М. Калинина, Р.А. Еганян [и др.] // Профилактическая медицина.—2019.—№ 4.—С.51—57.

93. Икон, Т.В. Центр здоровья — инновация в профилактике / Т.В. Икон, А.В. Макарова, И.В. Киселева // Символ науки. – 2015. – № 6. – С. 307–310.

94. Ипатов, П.В. Вопросы здорового образа жизни и профилактики неинфекционных заболеваний в федеральном законе Российской Федерации № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Аналитический обзор и предложения по внесению изменений и дополнений / П.В. Ипатов, Е.А. Поддубная, С.А. Бойцов // Профилактическая медицина.—2016.—№ 5.—С.10—15.

95. Калачикова, О.Н. Об оценке эффективности управления общественным здоровьем / О.Н. Калачикова, А.В. Короленко // ЭКО.—2015.—№ 5.—С.141—151.

96. Калинина, А.М. Повышение качества диспансеризации взрослого населения как важный инструмент профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в первичном звене здравоохранения / А.М. Калинина, Д.В. Кушунина, Б.Э. Горный // Профилактическая медицина.—2018.—№ 5.—С.22—27.

97. Калинина, А.М. Потенциал профилактики сердечно-сосудистых заболеваний по результатам диспансеризации взрослого населения / А.М. Калинина, Д.В. Кушунина, Б.Э. Горный [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика.—2019.—№ 4.—С.69—76.

98. Калинина, А.М. Профилактическая активность врачей-терапевтов амбулаторно-поликлинических учреждений как важный фактор эффективности диспансеризации и диспансерного наблюдения (региональный опыт) / А.М. Калинина, Т.А. Гомова, Д.В. Кушунина [и др.] // Профилактическая медицина.—2016.—№ 4.—С.15—22.

99. Калинин, М.Н. Практическая реализация научно-исследовательской работы по профилактическому консультированию жителей Тверской области с использованием технологий мобильного здравоохранения / М.Н. Калинин, И.А. Жмакин, Н.П. Кириленко, В.Л. Красненков // Верхневолжский медицинский журнал.—2017.—№ 3.—С.7—12.

100. Камалов, И.Я. Социальные и экономические детерминанты здоровья (обзор литературы) / И.Я. Камалов, А.Н. Абдразакова, М.С. Абшайык // Вестник КазНМУ.—2019.—№ 1.—С.641—643.

101. Каприн, А.Д. Формирование в России концепции здорового образа жизни как основа профилактики неинфекционных заболеваний / А.Д. Каприн, Л.М. Александрова, В.В. Старинский // Исследования и практика в медицине.—2017.—№ 52.—С.54.

102. Касимов, Р.А. Проектирование регионального здоровьесберегающего образовательного пространства / Р.А. Касимов // Ярославский педагогический вестник.—2016.—№ 6.—С.58—61.

103. Киньябулатов, А.У. Программа «Формирование здорового образа жизни у населения Республики Башкортостан» / А.У. Киньябулатов, Н.Х. Шарафутдинова, М.Ю. Павлова [и др.] // РАМН. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья.—2013.—№ 1.—С.203—205.

104. Кириленко, Н.П. Мобильное здравоохранение в Тверской области: от идеи до реализации и продвижения / Н.П. Кириленко, О.М. Королева, В.Л. Красненков [и др.] // Профилактическая медицина.—2019.—№ 3.—С.44—50.

105. Клименко, Т.В. Глобальное профилактическое пространство как эффективная модель первичной профилактики неинфекционных заболеваний, в том числе развившихся вследствие потребления психоактивных веществ / Т.В. Клименко // Вопросы наркологии.—2018.—№ 4.—С.34—46.

106. Клименко, Т.В. Опыт российских регионов в выявлении проблем алкогольного спектра в первичном звене здравоохранения и взаимодействие с психиатрами-наркологами / Т.В. Клименко, А.А. Козлов, Г.А. Корчагина [и др.] // Профилактическая медицина.—2019.—№ 4.—С.85—89.

107. Климович, Е.В. Социально-культурный проект как инструмент формирования здорового образа жизни москвича / Е.В. Климович // Вестник Университета Правительства Москвы.—2018.—№ 2.—С.12—15.

108. Кобякова, О.С. Хронические неинфекционные заболевания: эффекты сочетанного влияния факторов риска / О.С. Кобякова, И.А. Деев, Е.С. Куликов [и др.] // Профилактическая медицина.—2019.—№ 2.—С.45—50.

109. Кобякова, О.С. Хронические неинфекционные заболевания: эффекты сочетанного влияния факторов риска / О.С. Кобякова, И.А. Деев, О.С. Кобякова, И.А. Деев, Е.С. Куликов [и др.] // Профилактическая медицина.—2019.—№ 2.—С.45—50.

110. Козлов, В.А. Состояние подготовленности врачей по вопросам профилактики важнейших неинфекционных заболеваний / В.А. Козлов, Б.А. Поляков, Д.Л. Мушников [и др.] // Здоровье и образование в XXI веке.— 2017.—№ 2.—С.31—35.

111. Комков, Д.С. Роль наблюдения пациентов в отделениях (кабинетах) медицинской профилактики в достижении целевых уровней артериального давления и других факторов риска хронических неинфекционных заболеваний / Д.С. Комков, О.Б. Швабская, Р.М. Линчак // Артериальная гипертензия: от теории к практике: сб. тезисов XI Всероссийского конгресса.—2015.—С.74.

112. Концевая, А.В. Экономика профилактики неинфекционных заболеваний / А.В. Концевая, О.М. Драпкина // Профилактическая медицина.—2018.—№ 2.—С.4—10.

113. Коршевер, Н.Г. Межсекторальное взаимодействие по вопросам охраны здоровья населения: исследование, оценка, оптимизация / Н.Г. Коршевер, С.А. Сидельников. – Саратов: Изд-во СГМУ, 2013. – 181 с.

114. Коршунов, В.А. Анализ системы первичной профилактики наркомании в Российской Федерации и предложения по ее оптимизации / В.А. Коршунов, А.Я. Миндлина, Ю.Е. Вязовиченко // Сеченовский вестник.— 2016.—№ 1.—С.31—39.

115. Коршунов, В.А. Оценка потенциальной эффективности первичной профилактики наркомании методом математического моделирования / В.А. Коршунов, А.Н. Герасимов, А.Я. Миндлина, Ю.Е. Вязовиченко // Профилактическая медицина.—2018.—№ 2.—С.21—27.

116. Коссова, Т.В. Влияние потребления алкоголя на смертность и ожидаемую продолжительность жизни в регионах России / Т.В. Коссова, М.А. Шелунцова // Экономическая политика.—2017.—№ 1.—С.58—83.

117. Кравцова, Т.Ю. Современные аспекты преподавания вопросов профилактической медицины / Т.Ю. Кравцова, М.Ф. Заривчацкий, В.Г. Желобов [и др.] // Профилактическая медицина.—2019.—№ 4.—С.22—26.

118. Кремлев, С.Л. Создание единой профилактической среды на территории Челябинской области / С.Л. Кремлев, В.В. Сахарова, О.В. Яворская [и др.] // Непрерывное медицинское образование и наука.—2016.— № 3.—С.4—9.

119. Крутько, В.Н. Здоровьесбережение как важный раздел профилактической медицины / В.Н. Крутько, В.И. Донцов // ГлавВрач. – 2016. – № 5. – С. 48—58.

120. Кураева, Г.А. Значение пропаганды профилактики заболеваний и оздоровления населения с использованием современных средств массовой информации / Г.А. Кураева // Вектор науки Тольяттинского государственного университета.—2014.—№ 4.—С.149—152.

121. Ладыгин, Е.В. Готовы ли пациенты расстаться с табакокурением? / Е.В. ладыгин, Н.В. Мартынова, Л.В. Смитюхова [и др.] // Профилактическая медицина.—2017.—№ 4.—С.63—67.

122. Лебедев, С.М. Направления профилактики неинфекционных заболеваний / С.М. Лебедев // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения.—2014.—№ 2.—С.523—524.

123. Лебедева–Несевря, Н.А. Методические подходы и практика оценки риска, связанного с воздействием социально–экономических факторов на популяционное здоровье в регионах России / Н.А. Лебедева–Несевря, М.Ю. Цинкер // Анализ риска здоровью. – 2015. – №3(11). – С. 19-26.

124. Лопатина, М.В. Грамотность в вопросах здоровья выходит на передовые позиции повестки дня в профилактике и контроле неинфекционных заболеваний / М.В. Лопатина, О.М. Драпкина // Профилактическая медицина.—2018.—№ 3.—С.31—37.

125. Максимова, Т.М. Перспектива использования баз данных центров здоровья сердечно-сосудистых заболеваний на примере Иркутской области / Т.М. Максимова, А.Н. Калягин // Кардиоваскулярная терапия и профилактика.—2018.—№ 1.—С.70—75.

126. Максимова, Ж.В. Скрининг: современный взгляд на раннюю диагностику и профилактику хронических неинфекционных заболеваний / Ж.В. Максимова, Д.М. Максимов // Архивъ внутренней медицины.—2014.—№ 6.—С.52—56.

127. Маклаева, Н.Н. Школа коррекции питания как одна из форм профилактической работы с населением / Н.Н. Маклаева, М.Е. Осыченко, Н.Н. Мамынина // Медицинская сестра.—2016.—№ 5.—С. 51—54.

128. Маньшина, А.В. Обзор некоторых существующих практик по профилактике неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни в субъектах Российской Федерации / А.В. Маньшина, М.В. Попович, Е.С. Данилова [и др.] // Профилактическая медицина.—2018.—№ 3.—С.38—43.

129. Марченко, Е.М. Методика оценки эффективности проектов по формированию здорового образа жизни / Е.М. Марченко, В.В. Глазкова // Вестник Владимирского государственного университета. Серия: Экономические науки.—2017.—№ 4.—С.128—135.

130. Марченко, Е.М. Подходы к оценке эффективности инвестиций в формирование здорового образа жизни населения / Е.М. Марченко, В.В. Глазкова // Наука Красноярья.—2017.—№ 4-2.—С.134—16.

131. Масленникова, Г.Я. Выбор оптимальных подходов к профилактике неинфекционных заболеваний в рамках международного сотрудничества / Г.Я. Масленникова, Р.Г. Оганов // Кардиоваскулярная терапия и профилактика.—2018.—№ 1.—С.4—9.

132. Масленникова, Г.Я. Сердечно-сосудистые и другие неинфекционные заболевания в странах, входящих в партнерство Северное измерение в области здравоохранения и социального благополучия: выбор приоритетов и лучших методов их профилактики / Г.Я. Масленникова, Р.Г. Оганов // Кардиоваскулярная терапия и профилактика.—2017.—№ 5.—С.4—10.

133. Масленникова, Г.Я. Медицинская грамотность населения как основа сохранения здоровья, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний / Г.Я. Масленникова, Р.Г. Оганов // Профилактическая медицина.—2018.—№ 5.—С.5—7.

134. Масленникова, Г.Я. Профилактика неинфекционных заболеваний как возможность увеличения ожидаемой продолжительности жизни и здорового долголетия / Г.Я. Масленникова, Р.Г. Оганов // Кардиоваскулярная терапия и профилактика.—2019.—№ 2.—С.5—12.

135. Медведев, О.С. Новые виды информационных материалов для «Центров здоровья» по профилактике неинфекционных заболеваний // Профилактика 2015: сб. тр. науч.-практ. конф.—2015.—С.12b—13a.

136. Медведева, О.В. Выбор приоритетов в разработке организационной модели профилактики неинфекционных заболеваний в системе первичной медико-санитарной помощи / О.В. Медведева, В.И. Серегин // О некоторых вопросах и проблемах современной медицины: сб. науч. тр.—2015.—С.75—78.

137. Метлицкая, А.А. Реализация проекта «Будьте здоровы!» средствами активных методов обучения по здоровьесбережению / А.А. Метлицкая // Современное образование: актуальные вопросы, достижения и инновации: сб. ст.—2018.—С.105—108.

138. Миклашевич, И.М. Трансформация концепции здорового образа жизни в социальных репрезентациях здорового образа жизни руководителей высшего звена Республики Беларусь / И.М. Миклашевич // Гуманитарные основания социального прогресса: Россия и современность: сб. статей междунар. науч.-практ. конф.—М., 2016.—С.242—246.

139. Михайлис, А.А. О единой системе всеобщего (постоянного) хроноэпидемиологического (хронофеноменологического) мониторинга / А.А. Михайлис // Здоровье и образование в XXI веке.—2013.—№ 1.—С.33—37.

140. Мкртычева, К.Б. Дифференциальный подход к оценке информированности населения о неинфекционных заболеваниях,

приверженности к профилактике и комплаентности (на примере г. Ростова-на-Дону) / К.Б. Мкртычева, А.В. Шахиянов // Государственное и муниципальное управление. Ученые записки.—2018.—№ 2.—С.164—168.

141. Морозов, В.А. Гармоничный образ жизни населения РФ и действия государства / В.А. Морозов // Система ценностей современного общества.—2016.—№ 45.

142. Морозов, В.А. «Формирование регионального солидарного сообщества» и освоение методологии здорового образа жизни / В.А. Морозов // Новое в науке и практике: гипотезы и апробация результатов исследований.—2016.—№ 24-2.—С.99—118.

143. Москвичева, М. Организация профилактики и раннего выявления неинфекционных заболеваний (итоги анкетирования) / М. Москвичева, О. Сопова // Врач.—2016.—№ 8.—С.80—82.

144. Москвичева, М.Г. Организационные технологии профилактики в формировании здорового образа жизни (результаты медико-социологического исследования) / М.Г. Москвичева, О.К. Сопова // Профилактическая медицина.—2017.—№ 6.—С.27—31.

145. Муромцева, Г.А. Отношение к факторам риска и ассоциации с социально-экономическими и демографическими показателями / Г.А. Муромцева, С.А. Шальнова, А.Д. Деев [и др.] // Профилактическая медицина.—2016.—№ 6.—С.13—20.

146. Найденова, Н. Е. Разработка и использование адаптированных методик для повышения эффективности деятельности центра здоровья / Н.Е. Найденова // Заместитель главного врача: лечебная работа и медицинская экспертиза.—2016.—№ 1.—С.14—20.

147. Найденова, Н.Е. Роль и возможности центров здоровья в профилактике социально значимых неинфекционных заболеваний / Н.Е. Найденова, М.А. Лукашов, Е.Н. Лобыкина, О.И. Острикова // Бюллетень Национального НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко.—2015.—№ 1.—С.122—126.

148. Невзорова, В.А. Профилактика основных хронических неинфекционных заболеваний в структуре смертности населения / В.А. Невзорова, Т.А. Бродская, И.М. Мартыненко [и др.].—Владивосток, 2017.—Часть 2.

149. Неволина, В.В. Стратегии развития институтов здоровья в студенческой среде Оренбуржья / В.В. Неволина, И.Д. Белоновская, В.В. Баранов // Вестник Оренбургского государственного университета.—2017.—№ 10.—С.116—119.

150. Нефедовская, Л.В. Инновационные технологии в профилактической деятельности центров здоровья для детей с использованием социальных сетей Интернета / Л.В. Нефедовская, Ю.С. Неволин // Системная интеграция в здравоохранении.—2015.—№ 1.—С.36—42.

151. Носкова, Е.П. Влияние качества жизни и здоровья населения на имидж территории / Е.П. Носкова // Электронный экономический вестник Татарстана.—2015.—Т.1.—С.72—76.

152. О внесении изменений в порядок проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 февраля 2015 г. № 36АН: Приказ МЗ РФ от 09.12.2016 № 946н // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации.—2017.—№ 1.—С.73—74.

153. О Концепции реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения РФ на период до 2020 г. : Распоряжение Правительства РФ от 30 декабря 2009 г. № 2128-р. – URL : www.rdelo.ru

154. О присоединении Российской Федерации к Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака: Федеральный закон от 24.04.08 № 51-ФЗ // Собрание законодательства Российской Федерации.—2008.—№ 17, ст. 1758.

155. О регулировании отдельных вопросов в сфере охраны здоровья граждан в РТ: Закон РТ от 22 декабря 2012 г. № 87-ЗРТ : с изм. на 5 апреля

2019 г. // Гарант: [сайт].—URL: <http://base.garant.ru/34590985/#ixzz5ddfmiYyv> (дата обращения: 28.10.2019).

156. Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака : Приказ Минздравсоцразвития России от 19.08.2009 № 597н (ред. от 30.09.2015) //КонсультантПлюс : [сайт]. — URL: // www.consultant.ru/document/cons_doc_law_92084

157. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 06.03.2019) // СЗ РФ.— 2008.—№ 48.—ст.6724.

158. Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака : Федеральный закон от 23.02.2013 № 15-ФЗ. — URL : <http://data.euro.who.int/tobacco/Sites/Legislation.aspx?legislatureID=174>

159. Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях: Приказ МЗ РФ от 30.09.2015 № 683н.—URL: <http://docs.cntd.ru/document/420310216>

160. Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения: Приказ МЗ РФ от 13.03.2019 г. № 124н // irkgb5.ru : [сайт]. — URL: https://docviewer.yandex.ru/view/231411339/?page=1&*=BUTТрcfnp2qEiG4Pfo4RCtxgGiV7InVybcI6InlhLW1haWw6Ly8xNjkxNjY0NjEwMDMx...

161. Об утверждении стратегии социально-экономического развития Республики Татарстан до 2030 года: Закон РТ от 17. 06.2015 №40-ЗРТ // Ведомости Государственного Совета Татарстана.—2015.—№ 6.

162. Орехова, Л.И. Профилактика неинфекционных заболеваний: пример и опыт Республики Беларусь и зарубежных стран / Л.И. Орехова // Достижения фундаментальной, клинической медицины и фармации: материалы 73-й научной сессии ВГМУ.—Витебск, 2018.—С.696—699.

163. Осипов, А.В. Профилактика неинфекционных заболеваний в амбулаторно-поликлинической практике / А.В. Осипов, А.В. Соколов, Е.Б. Рыкалина // Бюллетень медицинских Интернет-технологий.—2017.—№ 6.—С.829.

164. Оташехов, З.И. Совершенствование программы по пропаганде здорового образа жизни среди населения / З.И. Оташехов, С.К. Алимджанов, К.Г. Жалилова // Современные тенденции развития науки и технологий.—2015.—№ 9-2.—С.49—52.

165. Отставнова, Е.А. Конституционно-правовое обеспечение здорового образа жизни в России / Е.А. Отставнова // Вестник Саратовской государственной юридической академии.—2018.—№ 1.—С.234—242.

166. Паначева, Л.А. Структура факторов риска хронических неинфекционных заболеваний среди лиц трудоспособного возраста по данным центра здоровья / Л.А. Паначева, Э.Ш. Лазарева, С.М. Ерихова [и др.] // Трудовое долголетие: инновационная кристаллизация проблем ранней диагностики, лечения и реабилитации сердечно-сосудистых, респираторных и онкологических заболеваний: материалы Всероссийской науч.-практ. конф.—Новосибирск, 2019.—С.191—196.

167. Патяшина, М.А. Новые подходы в проведении профилактических кампаний в современных условиях на примере Татарстана / М.А. Патяшина, М.В. Трофимова, Л.Г. Авдоница [и др.] // Здоровье населения и среда обитания.—2017.—№ 6.—С.10—12.

168. Пепеляева, А.В. Структурно-функциональная модель региональной системы здравоохранения / А.В. Пепеляева, Е.А. Третьякова // Вестник Омского университета. Серия: Экономика.—2018.—№ 2.—С.164—176.

169. Петричков, Т.А. Приоритетная роль профилактики в снижении смертности от сердечно-сосудистых заболеваний / Т.А. Петричков, И.А. Шапиро // Здравоохранение Дальнего Востока.—2014.—№ 4.—С.26—29.

170. Пилюшенко, А.В. Вопросы теоретического осмысления категорий «образ жизни» и «здоровый образ жизни» / А.В. Пилюшенко // Вестник Томского государственного университета.—2015.—№ 398.—С.50—54.

171. Погосова, Н.В. Актуальные результаты работы центров здоровья России / Н.В. Погосова, Э.К. Вергазова, А.К. Аушева [и др.] // Профилактическая медицина.—2016.—№ 6.—С.50—58.

172. Подушкина, И.В. Формирование единой профилактической среды – актуальная проблема современности / И.В. Подушкина, А.Н. Куртин, А.В. Щедриный, И.Ю. Макшенков // Актуальные проблемы управления здоровьем населения: сб. научных трудов.—Нижний Новгород, 2017.—С.123—128.

173. Позднякова, М.А. Базовое правовое обеспечение демографического развития Чувашской Республики в сфере здравоохранения / М.А. Позднякова, Т.Г. Богданова // Современные тенденции развития науки и технологий.—2015.—№ 1-3.—С.43—47.

174. Позднякова, М.А. О распространенности факторов риска хронических неинфекционных заболеваний среди взрослого населения Нижегородской области по итогам 2016 года / М.А. Позднякова, С.О. Семисынов, Н.В. Мамонтова [и др.] // Современные проблемы науки и образования.—2017.—№ 6.—С.111.

175. Польша, Н.С. Профилактические исследования в рамках государственных программ по здравоохранению в Украине / Н.С. Польша, А.В. Коблянская // Гигиена и санитария.—2014.—№ 1.—С.60—64.

176. Пустовитова, Н.П. Анализ деятельности центров здоровья в предупреждении неинфекционных заболеваний и формировании здорового образа жизни населения Волгоградской области / Н.П. Пустовитова, О.А. Гуро // Волгоградский научно-медицинский журнал.—2015.—№ 2.—С.3—6.

177. Пучкова, В.В. Нормативно-правовое регулирование по обеспечению конституционного права граждан на охрану здоровья на примере субъектов РФ / В.В. Пучкова, В.И. Цергер // Право и государство: теория и практика.—2019.—№ 2.—С.54—57.

178. Радченко, О.Р. О подготовке медицинских кадров по программам профилактики неинфекционных заболеваний и формирования основ здорового образа жизни / О.Р. Радченко, А.Р. Уразманов, Н.М. Мусин // *Фундаментальные исследования*.—2014.—№ 10-9.—С.1786—1789.

179. Разумовская, Е.М. Методологические аспекты управления общественным здоровьем / *Социально-экономическая эффективность управления общественным здоровьем: философско-методологические основания: сб. второй ежегод. науч.-практ. конф.*—2018.—С.18—22.

180. Реброва, О.Ю. Скрининги I этапа диспансеризации: систематический обзор долгосрочной эффективности / О.Ю. Реброва, В.К. Федяева, В.В. Омеляновский, М.А. Ильин // *Профилактическая медицина*.—2017.—№ 3.—С.55—59.

181. Рихмайер, Е.В. Формирование здорового образа жизни российских граждан через призму влияния социокультурных факторов / Е.В. Рихмайер // *Мир науки. Социология, филология, культурология*.—2019.—№ 1.—С.20.

182. Рогинко, Н.И. Диспансеризация определенных групп взрослого населения: вопросы организации и контроля / Н.И. Рогинко, А.В. Корочкин, А.А. Стрельченко // *Вестник Росздравнадзора*.—2018.—№ 1.—С.17—20.

183. Савченко, Е.Д. Анализ организационной деятельности центров медицинской профилактики в оказании профилактической помощи населению / Е.Д. Савченко, Н.П. Соболева // *Профилактическая медицина*.—2017.—№ 6.—С.5—13.

184. Сажин, В.Л. Управление общественным здоровьем в контексте реализации профилактических программ здравоохранения / В.Л. Сажин // *Менеджер здравоохранения*.—2019.—№ 8.—С.49—54.

185. Самородская, И.В. Вклад четырех групп неинфекционных заболеваний в смертность населения регионов Российской Федерации в 2015 г. / И.В. Самородская, В.Н. Ларина, С.А. Бойцов // *Профилактическая медицина*.—2018.—№ 1.—С.32—38.

186. Сандаков, Я.П. К вопросу о совершенствовании диспансеризации населения в современных условиях развития российского здравоохранения / Я.П. Сандаков // Евразийское Научное Объединение.—2019.—№ 1-4.—С.221—222.

187. Санина, Н.П. Организационно-методическая работа координационного совета главных внештатных специалистов в реализации регионального проекта по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями в Московской области / Н.П. Санина, А.Н. Приходько, А.Н. Гуров // Менеджер здравоохранения.—2019.—№ 8.—С.35—40.

188. Селедцов, А.А. Диспансеризация как один из важнейших инструментов медицинской профилактики / А.А. Селедцов, Е.Н. Плешевенкова // Актуальные вопросы совершенствования методологии социальной и профилактической медицины: сб. науч. материалов и ст.—Иркутск, 2019.—С.64—69.

189. Семутенко, К.М. Метод профилактики неинфекционных заболеваний и продвижение здоровья с использованием ресурсов электронного здравоохранения / К.М. Семутенко, Т.М. Шаршакова, Б.Б. Павлов [и др.] // Современные подходы к продвижению здоровья: сб.—2016.—С.63—67.

190. Сененко, А.Ш. Гендерные и возрастные различия показателей здоровья населения по результатам обследований в центрах здоровья / А.Ш. Сененко, Е.Д. Савченко, И.М. Сон [и др.] // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики.—2019.—№ 2.—С.364—376.

191. Сененко, А.Ш. Результаты диспансеризации 2013—17 гг.: распределение обследованного населения по группам здоровья / А.Ш. Сененко, Е.Д. Савченко, И.М. Сон [и др.] // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики.—2019.—№ 1.—С.67—90.

192. Серегин, В.И. Определение приоритетов в вопросах медицинской профилактики неинфекционных заболеваний на региональном уровне (по

материалам опроса в системе первичной медико-санитарной помощи) / В.И. Серегин // Социальные аспекты здоровья.—2014.—№ 3.—С.9.

193. Сибурина, Т.А. Кластерный механизм межсекторального сотрудничества в интересах здоровья населения / Т.А. Сибурина, Г.Н. Барскова, Л.К. Лохтина // Социальные аспекты здоровья населения.—2012.—№ 3.—С.1.

194. Сидельников, С.А. Образ жизни и межсекторальное взаимодействие по вопросам охраны здоровья населения / С.А. Сидельников // Вестник медицинского института «РЕАВИЗ».—2019.—№ 1.—С.211—221.

195. Сизова, Л.В. Диспансеризация взрослого населения в условиях поликлиники / Л.В. Сизова, Э.Р. Сагитова // Оренбургский медицинский вестник.—2019.—№ 2.—С.72—75.

196. Синякова, О.К. Паспорт здоровья как результат донозологической диагностики / О.К. Синякова, А.В. Зеленко, Е.А. Семушина, Е.С. Щербинская // Медицинский журнал.—2018.—№ 2.—С.95—99.

197. Синякова, О.К. Пациент-ориентированный подход в профилактике неинфекционных заболеваний у лиц трудоспособного возраста / О.К. Синякова, Сычик Л.М., А.В. Зеленко [и др.] // Сахаровские чтения 2017 года: экологические проблемы XXI века: материалы 17-й междунар. науч. конф.—2017.—С.220—221.

198. Солуянова, И.П. Стратегия профилактики хронических неинфекционных заболеваний / И.П. Солуянова, Л.И. Бугаева, Т.И. Еременко // Вопросы формирования здорового образа жизни: сб. науч. тр.—М., 2018.—С.21—23.

199. Соколов, Г.Е. Диспансеризация и диспансерное наблюдение в реальной практике первичного звена здравоохранения / Г.Е. Соколов // Health and Social Care Journal.—2018.—№ 2.—С.15—17.

200. Станкевич, Р.С. Оценки уровня физической активности: результаты диспансеризации определенных групп взрослого населения / Р.С.

Станкевич, Л.В. Трибунцева, С.А. Кожевникова, В.Т. Бурлачук // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья.—2018.—№ 74.—С.76—83.

201. Стародубов, В.И. Итоги диспансеризации определенных групп взрослого населения Российской Федерации, 2013—2018 / В.И. Стародубов, И.М. Сон, А.Ш. Сененко [и др.].—М., 2019.

202. Стародубов, В.И. Общественное здравоохранение и формирование единого профилактического пространства / В.И. Стародубов, И.М. Сон, А.Ш. Сененко [и др.] // Менеджер здравоохранения. – 2016. – № 4. – С. 6–13.

203. Старостин, В.П. Государственная политика России, направленная на формирование здорового образа жизни: основные тенденции за 10 лет / В.П. Старостин // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований.—2018.—№ 5.—С.130—137.

204. Счастливенко, А.И. Маркеры риска для первичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний / А.И. Счастливенко, М. Могі, Н.Р. Прокошина, Я. Ямори // Достижения фундаментальной, клинической медицины и фармации: материалы 73-й научной сессии ВГМУ.—Витебск, 2018.—С.238—240.

205. Таранцова, А.В. Возраст-ассоциированная распространенность факторов риска хронических неинфекционных заболеваний (по данным Центра здоровья) / А.В. Таранцова // Артериальная гипертензия 2018 на перекрестке мнений: тезисы XVI Всероссийского конгресса.—М., 2018.—С.23—24.

206. Таранцова, А.В. Пути оптимизации донологического скрининга хронических неинфекционных заболеваний (к 10-летию юбилею центров здоровья в России) / А.В. Таранцова // Евразийский кардиологический журнал.—2019.—№ 52.—С.69—70.

207. Таранцова, А.В. Факторы риска развития хронических неинфекционных заболеваний: современный взгляд практического врача / А.В. Таранцова // Валеология.—2014.—№ 1.—С.59—66.

208. Таратухин, Е.О. Иерархия факторов риска / Е.О. Таратухин // Российский кардиологический журнал. — 2017.— № 9.— С.28—33.
209. Тафеева Е.А. Мониторинг загрязнения атмосферного воздуха как фактора риска здоровью населения / Е.А. Тафеева, А.В. Иванов, А.А. Титова, И.Ф. Ахметзянова // Гигиена и санитария.— № 3. — 2015.— С.37—40.
210. Темешова, Н.В. К проблеме совершенствования процесса диспансеризации взрослого населения в Камчатском крае / Н.В. Темешова // Охрана здоровья населения Дальнего Востока: векторы развития: материалы Всероссийской научн. -практ. конф.—Хабаровск, 2019.—С.106—109.
211. Тишук, Е.А. Медико-демографическая ситуация в мире /Е.А. Тишук // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. —2017.— № 2.—С.73—78.
212. Тращенко, Е.Г. Разработка модели профилактики немедицинского потребления психоактивных веществ на основе межведомственного взаимодействия при формировании здоровьесберегающего поведения / Е.Г. Тращенко, Т.С. Худякова // Регион: системы, экономика, управление.— 2017.— № 2.—С.179—183.
213. Токмачев, Е.В. Роль центра здоровья в системе медицинской профилактики. Оценка объема и эффективности его работы / Е.В. Токмачев, Р.Е. Токмачев, З.З. Алимханова [и др.] // Сборник трудов Воронежского государственного медицинского университета.—Воронеж, 2016.—С.47—53.
214. Улумбекова, Г. Э. Актуальность стратегии по формированию у населения РФ приверженности здоровому образу жизни и рекомендации по доработке межведомственной стратегии формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 г. / Г. Улумбекова // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение.— 2018.— № 1.—С.30—35.
215. Улумбекова, Г.Э. Анализ медико-экономической эффективности проведения диспансеризации населения России и ее перспективы / Г.Э.

Улумбекова, В.В. Власов // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение.—2017.— № 4.—С.36—41.

216. Улумбекова, Г.Э Количественный анализ факторов, влияющих на состояние здоровья населения в Российской Федерации / Г.Э. Улумбекова, А.Б. Гинойн, Е.А. Чабан // Медицинское образование и профессиональное развитие.—2016.—№ 2.—С.107–120.

217. Улумбекова, Г.Э. Системный подход к достижению общенациональной цели по увеличению ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет к 2024 году / Г.Э. Улумбекова, Н.Ф. Прохоренко, А.Б. Гинойн, А.В. Калашникова // Экономика. Налоги. Право.—2019.—№ 2.—С.19—30.

218. Усова, Е.В. Опыт проведения пилотного исследования по оценке эффективности деятельности центров медицинской профилактики / Е.В. Усова, М.В. Поповия, А.В. Маньшина [и др.] // Профилактическая медицина.—2017.—№ 6.—С.41—45.

219. Усова, Е.В. Отдельные аспекты оценки эффективности деятельности центров медицинской профилактики / Е.В. Усова, М.В. Попович, А.В. Маньшина [и др.] // Профилактическая медицина.—2016.—№ 5.—С.55—57.

220. Успенская, И.В. Об организации диспансеризации населения / И.В. Успенская, Е.В. Манухина, О.Н. Селянина // Главврач.—2019.—№ 1.—С.60—66.

221. Устинова, О.И. Выявление показателей здоровья, отражающих возможности большей выживаемости, для разработки экспресс-диагностики состояния индивидуального и популяционного здоровья взрослого населения на первом этапе диспансеризации / О.И. Устинова // Лучшая научная статья: сб. ст. победителей VII Междунар. науч.-практ. конкурса.—2017.—С.202—207.

222. Устинова, О.И. Здоровье здоровых. Разработка типовых моделей здоровья и компьютерной программы «Дополнительная диспансеризация. Оценка резервов здоровья населения» на предмет выявления у населения

потенциальных отклонений здоровья / О.И. Устинова // ГлавВрач.—2016.—№ 1, Прилож.—С.4—80.

223. Устинова, О.И. Экспресс-выявление статуса здоровья взрослого населения: организационная технология / О.И. Устинова // OPEN INNOVATION: сб. ст. III Междунар. науч.-практ. конф.—2018.—С.192—202.

224. Фалунин, В.Ф. Обоснование проекта по формированию ценностного отношения к здоровому образу жизни / В.Ф. Фалунин // Труды Братского государственного университета. Серия: Гуманитарные и социальные науки.—2017.—№ 1.—С.273—274.

225. Филиппов, Е.В. Факторы риска, неблагоприятные исходы хронических неинфекционных заболеваний и возможности их профилактики в регионе с высоким уровнем смертности: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Е.В. Филиппов.—Рязань, 2015.—42 с.

226. Фомина, А. Факторы риска и профилактика неинфекционных заболеваний / А. Фомина // Успех – инновации, помноженные на профессионализм: сб. науч. работ науч.-практ. конф.—Самара, 2015.—С.331—333.

227. Хабриев Р.У. Оценка технологии здравоохранения / Р.У.

Хабриев, Р.И. Ягудин, Н.Г. Правдюк // Издательство МИА.— 2013.— 416с.

228. Хабриев, Р.У. Государственные гарантии медицинской помощи / Р.У. Хабриев, В.М. Шипова, В.С. Маличанко – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 171 с.

229. Хазипова, А.Н. Диспансеризация как часть системы профилактики заболеваний (на примере Свердловской области) / А.Н. Хазипова // Аллея науки.—2017.—№ 9.—С.371—374.

230. Хайретдинова, Т.Б. Формирование единой профилактической среды – важный этап в предупреждении сердечно-сосудистых заболеваний / Т.Б. Хайретдинова, И.Е. Николаева, А.Р. Хабибуллина, М.И. Раментьева //

Артериальная гипертония 2017 как междисциплинарная проблема: сб. тезисов XIII Всероссийского конгресса.—М., 2017.—С.92—93.

231. Хакимова, Л.Р. Обучение здоровому образу жизни пациентов с факторами риска развития сердечно-сосудистой патологии в первичном звене здравоохранения / Л.Р. Хакимова, С.Х. Лапасов, М.Э. Марданова [и др.] // Молодежный инновационный вестник.—2018.—№ S1.—С.80—81.

232. Хамитова, Р.Я. Региональные факторы риска смертности взрослого населения от ведущих неинфекционных заболеваний / Р.Я. Хамитова, А.Р. Сабирзянов, В.Б. Зиатдинов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.—2017.—№ 4.—С.203—207.

233. Хандрыга, А.Ю. Роль диспансеризации в выявлении факторов риска хронических неинфекционных заболеваний / А.Ю. Хандрыга, Э.Р. Сагитова // Прикладные информационные аспекты медицины.—2019.—№ 1.—С.10—13.

234. Хоркина, Н.А. Национальные программы по стимулированию здорового образа жизни / Н.А. Хоркина, А.М. Калинин // Национальные интересы: приоритеты и безопасность.—2012.—№ 8.—С.53—59.

235. Цыбусов, А.П. Формирование здорового образа жизни – актуальная и неотложная задача отечественного здравоохранения / А.П. Цыбусов // Медицинский альманах.—2017.—№ 2.—С.10—13.

236. Цыцорина, И.А. Некоторые методологические подходы к разработке целевых программ медико-социальной профилактики / И.А. Цыцорина // Вестник Новосибирского государственного университета. Серия: Биология, клиническая медицина.—2010.—№ 4.—С.5—9.

237. Чолоян, С. «Ромашка», «Карусель» и другие решения для диспансеризации, которые одобрил Минздрав. Опыт клиник + готовые СОПЫ / С. Чолоян, О. Павловская, О. Кутумова, М. Ксензова // Здравоохранение.—2019.—№ 8.—С.12—23.

238. Шулаев, А.В. Научное обоснование организационно-методических основ управления системой здравоохранения в условиях

реализации целевых программ и оценки их эффективности: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Алексей Владимирович Шулаев. — М., 2014.

239. Щепин О.П. О развитии здравоохранения Российской Федерации / О.П. Щепин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранение и истории медицины. — 2013. — № 5. — С.3—7.

240. Эккерт, Н.В. Организация «школ здоровья» как основной фактор повышения эффективности профилактики сердечно-сосудистых заболеваний / Н.В. Эккерт, В.В. Михайловский // Сеченовский вестник.—2016.—№ 2.—С.58—62.

241. Яковлева, Т.В. Формирование единой профилактической среды в Российской Федерации / Т.В. Яковлева, А.А. Иванова, В.Ю. Альбицкий // Российский педиатрический журнал.—2015.—№ 3.—С.28—31.

242. Action for the prevention and control of noncommunicable diseases in the WHO European Region.—Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2016.

243. Afshin, A. CVD prevention through policy: a review of mass media, food/menu labeling, taxation/subsidies, built environment, school procurement, worksite wellness, and marketing standards to improve diet / A. Afshin, J. Penalvo, L. Del Gobbo [et al.] // Curr. Cardiol. Rep.—2015.—Vol. 17.—P.98.

244. Agaku, I.T. Adults' favorability toward prohibiting flavors in all tobacco products in the United States / I.T. Agaku, S. Odani, B.S. Armour, B.A. King // Prev. Med.—2019.—Vol.129.—P.105862.

a. Agardh, E.E. Alcohol-attributed disease burden in four Nordic countries: a comparison using the Global Burden of Disease, Injuries and Risk Factors 2013 study / E.E. Agardh, A.K. Danielsson, M. Ramstedt // Addiction.—2016.—Vol.111—P.1806–1813.

245. Aghamohamadi, S. Population and mortality profile in the Islamic Republic of Iran, 2006-2035 / S. Aghamohamadi, K. Hajinabi, K. Jahangiri [et al.] // East Mediterr. Health J.—2018.—Vol.24, № 5.—P.469—476.

a. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Alcohol Collaborators // *Lancet*.—2018.—Vol.392.—P.1015-1035

246. Alderwick, H, Meanings and misunderstandings: a social determinants of health Lexicon for health care systems / H. Alderwick, LM. Gottlieb // *Milbank Q*.—2019.—Vol. 97, № 2.—P.407–419.

247. Alegre-Díaz, J. Diabetes and Cause-Specific Mortality in Mexico City / J. Alegre-Díaz, W. Herrington, M. López-Cervantes [et al.] // *N. Engl. J. Med*.—2016.—Vol.375, № 20.—P.1961—1971.

248. Ali, F.R.M. Tobacco 21 policies in California and Hawaii and sales of cigarette packs: a difference-in-differences analysis / F.R.M. Ali, K. Rice, X. Fang, X. Xu // *Tob. Control*.—2019.—Pii: tobaccocontrol-2019-055031.—Doi: 10.1136/tobaccocontrol-2019-055031.

249. Anshari, D. Which type of tobacco product warning imagery is more effective and sustainable over time? A longitudinal assessment of smokers in Canada, Australia and Mexico / D. Anshari, H.H. Yong, R. Borland [et al.] // *BMJ Open*.—2018.—Vol.8, № 7.—P.e021983.

250. Avan, A. Socioeconomic status and stroke incidence, prevalence, mortality, and worldwide burden: an ecological analysis from the Global Burden of Disease Study 2017 / A. Avan, H. Digaleh, M. Di Napoli [et al.] // *BMC Med*.—2019.—Vol.17, № 1.—P.191.

251. Balsari, S. A retrospective analysis of hypertension screening at a mass gathering in India: implications for non-communicable disease control strategies / S. Balsari, P. Vemulapalli, M. Gofine [et al.] // *J. Hum. Hypertens*.—2017.—Vol.31, 11.—P.750—753.

252. Bayram, T. Determinants of health behavior inequalities: a cross-sectional study from Israel / T. Bayram, M. Donchin // *Health Promot Int*.—2018.—Doi: 10.1093/heapro/day054.

253. Behbehani, K. Kuwait National Programme for Healthy Living: first 5-year plan (2013-2017) / K. Behbehani // *Med. Princ. Pract.*—2014.—Vol. 23, Suppl 1.—P.32—42.

254. Bennett, J.E. NCD Countdown 2030 collaborators NCD Countdown 2030: worldwide trends in non-communicable disease mortality and progress towards Sustainable Development Goal target 3.4 / J.E. Bennett, G.A. Stevens, C.D. Mathers [et al.] // *Lancet.*—2018.—Vol.392.—P.1072—1088.

255. Berkowitz, S.A. Addressing basic resource needs to improve primary care quality: A community collaboration programme / S.A Berkowitz, A.C. Hulberg. C. Hong [et al.] // *BMJ Qual.Saf.*—2016.—Vol.25, № 3.—P.164—172.

256. Bertram, M.Y. Investing in non-communicable diseases: an estimation of the return on investment for prevention and treatment services / M.Y. Bertram, K. Sweeney, J.A. Lauer [et al.] // *Lancet.*—2018.—Vol.391.—P.2071—2078.

257. Biswas, T. Bangladesh policy on prevention and control of non-communicable diseases: a policy analysis / T. Biswas, S. Pervin, M.I.A. Tanim [et al.] // *BMC Public Health.*—2017.—Vol.17, № 1.—P.582.

258. Bloom, D.E. The economic burden of noncommunicable diseases and mental health conditions: results for Costa Rica, Jamaica, and Peru / D.E. Bloom, S. Chen, M.E. McGovern // *Rev. Panam Salud Publica.*—2018.—Vol.42.—P.e18.

259. Bradley, K.J. The Interprofessional Care Access Network (I-CAN): achieving client health outcomes by addressing social determinants in the community / K.J. Bradley, P. Wros, N. Bookman [et al.] // *J. Interprof. Care.*— 2018.—Vol.1-8.—Doi: 10.1080/13561820.2018.1560246.

260. Braveman, P. The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes / P. Braveman, L. Gottlieb // *Public Health Rep.*—2014.—Vol.129, Suppl 2.—P.19—31.

261. Brown, T. Legislative Capture: A Critical Consideration in the Commercial Determinants of Public Health / T. Brown // *J. Law. Med.*—2019.—Vol.26, № 4/--P.764—785.

262. Budnik, L.T. Diagnosis, monitoring and prevention of exposure-related non-communicable diseases in the living and working environment: DiMoPEx-project is designed to determine the impacts of environmental exposure on human health / L.T. Budnik, B. Adam, M. Albin [et al.] // *J. Occup. Med. Toxicol.*—2018.—Vol.13.—P.6.

263. Byrne, D.W. Modifiable Healthy Lifestyle Behaviors: 10-Year Health Outcomes From a Health Promotion Program / D.W. Byrne, L.A. Rolando, M.H. Aliyu [et al.] // *Am. J. Prev. Med.*—2016.—Vol.51, № 6.—P.1027—1037.

264. Canuto, K. Aboriginal and Torres Strait Islander health promotion programs for the prevention and management of chronic diseases: a scoping review protocol / K. Canuto, E. Aromataris, C. Lockwood [et al.] // *JBIC Database System Rev. Implement. Rep.*—2017.—Vol.15, № 1.—P.10—14.

265. Carreras, G. Deaths from noncommunicable diseases attributable to behavioral risk factors in Italy and Italian regions, 2016/ G. Carreras, F. Battisti, L. Borzoni // *Epidemiol. Prev.*—2019.—Vol.43, № 5-6.—P.338—346.

266. Cao, B. Effect on longevity of one-third reduction in premature mortality from non-communicable diseases by 2030: a global analysis of the Sustainable Development Goal health target / B. Cao, F. Bray, A. Ilbawi, I. Soerjomataram // *Lancet Glob. Health*—2018.—Vol.6, № 12.—P.e1288—e1296.

267. Ceft, M.E. Sustainable Development Goal Integration, Interdependence, and Implementation: the Environment-Economic-Health Nexus and Universal Health Coverage / M.E. Cerf // *Glob. Chall.*—2019.—Vol.3, № 9.—P.1900021.

268. Chen, S. The macroeconomic burden of noncommunicable diseases in the United States: Estimates and projections / S. Chen, M. Kuhn, K. Prettnner, D.E. Bloom // *PLoS One.*—2018.—Vol.13, № 11.—P.e0206702.

269. Chinekes, A. Factors Affecting Social Health from Young Adults' Perspective: A Qualitative Study / A. Chinekes, S.A. Hoseini, F.S. Mohammadi [et al.] // *Int. J. Prev. Med.*—2019.—Vol.10.—P.146.

270. Clarke, B. Understanding Health Promotion Policy Processes: A Study of the Government Adoption of the Achievement Program in Victoria, Australia / B. Clarke, B. Swinburn, G. Sacks // *Int. J. Environ Res. Public Health*.—2018.—Vol.15, № 11.—P. E2393.

271. Colchero, M.A. NgIn Mexico, evidence of sustained consumer response two years after implementing a sugar-sweetened beverage tax / M.A. Colchero, J. Rivera-Dommarco, B.M. Popkin, S.W. Ng // *Health Aff.*.—2017.—Vol.36.—P.564—571.

272. Collins, T. Addressing NCDs: A unifying agenda for sustainable development / T. Collins, B. Mikkelsen, J. Adams [et al.] // *Glob. Public Health*.—2018.—Vol.13, № 9.—P.1152—1157.

273. Crosland, P. The economic cost of preventable disease in Australia: a systematic review of estimates and methods / P. Crosland, J. Ananthapavan, J. Davison [et al.] // *Aust. N Z J Public Health*.—2019.—Vol.43, № 5.—P.484—495.

274. de la Maisonneuve, C. The Role of Policy and Institutions on Health Spending // C. de la Maisonneuve, R. Moreno-Serra, F. Murtin, J. Oliveira Martins // *Health Econ*.—2017.—Vol.27, № 7.—P.834—843.

275. de Leeuw, E. Evaluating WHO Healthy Cities in Europe: issues and perspectives / E. de Leeuw // *J. Urban. Health*.—2013.—Vol.90, Suppl 1—P.14—22.

276. Del Busto, S. Creating a Collaborative Platform for the Development of Community Interventions to Prevent Non-Communicable Diseases / S. Del Busto, I. Galindo, J.J. Hernandez [et al.] // *Int. J. Environ Res. Public Health*.—2019.—Vol.16, № 5.—P.E676.

277. Dieleman, J.L. Development assistance for health: past trends, associations, and the future of international financial flows for health / J.L. Dieleman, M.T. Schneider, A. Haakenstad [et al.].—2016.—Vol.387.—P.2536—2544.

278. Djalalinia, S. Protocol Design for Large-Scale Cross-Sectional Studies of Surveillance of Risk Factors of Non-Communicable Diseases in Iran: STEPs

2016 / S. Djalalinia, M. Modirian, A. Sheidaei [et al.] // Arch. Iran Med.—2017.—Vol.20, № 9.—P.608—616.

279. Domingo, J.B. Strategies to Increase Filipino American Participation in Cardiovascular Health Promotion: A Systematic Review / J.B. Domingo, G. Gavero, K.L. Braun // Prev. Chronic. Dis.—2018.—Vol.15.—P.E59.

280. Dooris, M. International perspectives on healthy settings: critical reflections, innovations and new directions / M. Dooris // Glob. Health Promot.—2016.—Vol.23, Suppl 1.—P.5—7.

281. Đorđić, V. Guidelines-Driven Educational Intervention Promotes Healthy Lifestyle Among Adolescents and Adults: A Serbian National Longitudinal Study / V. Đorđić, P. Božić, I. Milanović [et al.] // Medicina.—2019.—Vol.55, № 2.—P. E39.

282. Echouffo-Tcheugui, J.B. Association of Physical Activity or Fitness With Incident Heart Failure: A Systematic Review and Meta-Analysis / J.B. Echouffo-Tcheugui, J. Butler, C.W. Yancy, G.C. Fonarow // Circ. Heart Fail.—2015.—Vol.8, № 5.—P.853—861.

283. .

284. Etienne, C.F. Advancing the economics of noncommunicable diseases in the Americas / C.F. Etienne // Rev. Panam. Salud. Publica.—2018.—Vol.42.—P.e9410.

285. Falbe, J. Impact of the Berkeley excise tax on sugar-sweetened beverage consumption / J. Falbe, C.M. Thompson, C.M. Becker [et al.] // Am. J. Public Health.—2016.—Vol.106.—P.1865—1871.

286. Farrington, J.L. Evaluation of risk factor reduction in a European City Network / J.L. Farrington, J. Faskunger, K.Mackiewicz // Health Promot. Int.—2015.—Vol.30, Suppl 1.—P.i86-i98.

287. Fikri, M. Scaling up action on the prevention and control of noncommunicable diseases in the WHO Eastern Mediterranean Region / M. Fikri, A. Hammerich // East Mediterr. Health J.—2018.—Vol.24, № 1.—P.3—4.

288. Folta, S.C. Changes in diet and physical activity resulting from the Strong Hearts, Healthy Communities randomized cardiovascular disease risk reduction multilevel intervention trial / S.C. Folta, L. Paul, M.E. Nelson [et al.] // *Int. J. Behav. Nutr. Phys. Act.*—2019.—Vol.16, № 1.—P.91.

289. Fouad, H. Scaling up prevention and control of noncommunicable diseases in the WHO Eastern Mediterranean Region / H. Fouad, N.A. Latif, R.A. Ingram, A. Hammerich // *East Mediterr. Health J.*—2018.—Vol.24, № .—P.52—62.

290. Francisco, P.M.S.B. Prevalence and co-occurrence of modifiable risk factors in adults and older people / P.M.S.B. Francisco, D. Assumpção, F.S.A. Borim [et al.] // *Rev. Saude Publica.*—2019.—Vol.53.—P.86.

291. Funk, M. A multicountry controlled trial of strategies to promote dissemination and implementation of brief alcohol intervention in primary health care: findings of a World Health Organization collaborative study / M. Funk, S. Wutzke, E. Kaner [et al.] // *J. Stud. Alcohol.*—2005.—Vol.66. № 3.—P.379—388.

292. Fuster, V. The Future Role of the United States in Global Health: Emphasis on Cardiovascular Disease / V. Fuster, J. Frazer, M. Snair [et al.] // *J. Am. Coll. Cardiol.*—2017.—Vol.70, № 25.—P.3140—3156.

293. Galaviz, K.I. The Public Health Leadership and Implementation Academy for Noncommunicable Diseases / K.I. Galaviz, K.M.V. Narayan, O.C. Manders [et al.] // *Prev. Chronic. Dis.*—2019.—Vol.16.—P.E49.

294. Gambaryan, M. Effects of tobacco control policy on cardiovascular morbidity and mortality in Russia / M. Gambaryan, A. Reeves, A. Deev [et al.] // *Eur. J. Public Health.*—2018.—Vol.28.—P.14—16.

295. Garg, A. Surveillance and screening for social determinants of health: the medical home and beyond / A. Garg, P.H. Dworkin // *JAMA Pediatr.*—2016.—Vol.170, № 3.—P.189—190.

296. Gaziano, T.A. An assessment of community health workers' ability to screen for cardiovascular disease risk with a simple, non-invasive risk assessment instrument in Bangladesh, Guatemala, Mexico, and South Africa. An observational

study / T.A. Gaziano, S. Abrahams-Gessel, C.A. Denman [et al.] // *Lancet Glob. Health*.—2015.—Vol. 3.—P.e556-e563

297. Gilmer, T. Cost-Effectiveness of a Community-Based Diabetes Prevention Program with Participation Incentives for Medicaid Beneficiaries / T. Gilmer, P.J. O'Connor, J.S. Schiff [et al.] // *Health Serv. Res.*—2018.—Vol.53, № 6.—P.4704—4724.

298. Giuse, N.B. Institute of Medicine Measures of Social and Behavioral Determinants of Health: A Feasibility Study / N.B. Giuse, T.Y. Koonce, S.V. Kusnoor [et al.] // *Am. J. Prev. Med.*—2017.—Vol.52, № 2.—P.199—206.

299. Global Status Report on Alcohol and Health 2018.—World Health Organization. Geneva, 2018.—450c.

300. Golembiewski, E. Combining Nonclinical Determinants of Health and Clinical Data for Research and Evaluation: Rapid Review / E. Golembiewski, K.S. Allen, A.M. Blackmon [et al.] // *JMIR Public Health Surveill.*—2019.—Vol.5, № 4.—P.:e12846.

301. Gottlieb, L. Integrating social and medical data to improve population health: opportunities and barriers / L. Gottlieb, R. Tobey, J. Cantor [et al.] // *Health Aff.*—2016.—Vol.35, № 11.—P.2116—2123.

302. He, H. Data Resource Profile: The China National Health Survey (CNHS) / H. He, L.Pan, Z. Cui [et al.] // *Int. J. Epidemiol.*—2018.—Doi: 10.1093/ije/dyy151.

303. He, J. Effect of a community health worker-led multicomponent intervention on blood pressure control in low-income patients in Argentina: a randomized clinical trial / J. He, V. Irazola, K.T. Mills [et al.] // *JAMA*.—2017.—Vol.318.—P. 1016—1025.

304. Heller, O. The process of prioritization of non-communicable diseases in the global health policy arena / O. Heller, C. Somerville, L.S. Suggs [et al.] // *Health Policy Plan.*—2019.—Vol.34, № 5.—P.370—383.

305. Holland, D.E. Fostering Cross-Sector Partnerships: Lessons Learned From a Community Care Team / D.E. Holland, C.E. Vanderboom, T.M. Harder // *Prof. Case Manag.*—2019.—Vol.24, № 2.—P.66—75.

306. Holmes, M.V. Association between alcohol and cardiovascular disease: Mendelian randomisation analysis based on individual participant data / M.V. Holmes, C.E. Dale, L. Zuccolo [et al.] // *BMJ.*—2014.—Vol.349.—P.g4164.

307. Horton, R. 2018 must be the year for action against NCDs / R. Horton, J. Sargent // *Lancet.*—2018.—Vol.391.—P.1971—1973.

308. Hunter, R.F. National action plans to tackle NCDs: role of stakeholder network analysis / R.F. Hunter, K. Wickramasinghe, T. Ergüder [et al.] // *BMJ.*—2019.—Vol.365.—P.11871.

309. Jakovljevic, M. Comparative financing analysis and political economy of noncommunicable diseases / M. Jakovljevic, M. Jakab, U. Gerdtham [et al.] // *J. Med. Econ.*—2019.—Vol.22, № 8.—P.722—727.

310. Jankovic, J. Association between non-communicable disease multimorbidity and health care utilization in a middle-income country: population-based study / J. Jankovic, M. Mirkovic, A. Jovic-Vranes [et al.] // *Public Health.*—2018.—Vol.155.—P.35—42.

311. Jayanna, K. Designing a comprehensive Non-Communicable Diseases (NCD) programme for hypertension and diabetes at primary health care level: evidence and experience from urban Karnataka, South India / K. Jayanna, N. Swaroop, A. Kar [et al.] // *BMC Public Health.*—2019.—Vol.19, № 1.—P.409.

312. Jennings, C. A multidisciplinary approach to prevention / C. Jennings, F. Astin // *Eur. J. Prev. Cardiol.*—2017.—Vol.24.—P.77—87.

313. Jeet, G. Community health workers for non-communicable diseases prevention and control in developing countries: Evidence and implications / G. Jeet, J.S. Thakur, S. Prinja, M. Singh // *PLoS One.*—2017.—Vol.12, № 7.—P.e0180640.

314. Jiang, Y. Implementing the strategy of 'Healthy China' and strengthening the setting-up of National Demonstration Areas, for Comprehensive Prevention and Control of Non-communicable Diseases/ Y. Jiang, L.Z. Kong, L.M. Li // *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi.*—2018.—Vol.39, № 4.—P.391—393.

315. Joseph-Shehu, E.M. The use of information and communication technologies to promote healthy lifestyle behaviour: a systematic scoping review E.M. Joseph-Shehu, B.P. Ncama, N. Mooi, T.P. Mashamba-Thompson / *BMJ Open.*—2019.—Vol.9, № 10.—P.e029872.

316. Juma, P.A. Non-communicable disease prevention policy process in five African countries authors / P.A. Juma, S.F. Mohamed, B.L. Matanje [et al.] // *BMC Public Health.*—2018.—Vol.18, Suppl 1.—S.961.

317. Kane, J. A systematic review of primary care models for non-communicable disease interventions in sub-Saharan Africa / J. Kane, M. Landes, C. Carroll [et al.] // *BMC Fam. Pract.*—2017.—Vol.18, № 1.—P.46.

318. Kane, J.A. Cardiovascular Risk Reduction Associated with Pharmacological Weight Loss: A Meta-Analysis / J.A. Kane, T. Mehmood, I. Munir [et al.] // *Int. J. Clin. Res. Trials.*—2019.—Vol.4, № 1.—Pii: 131.

319. Karlsson, N.E. Addressing alcohol in routine healthcare in Sweden—population-based surveys in 2010 and 2017 / N.E. Karlsson, A.J. O'Donnell, L. Abidi [et al.] // *Eur. J. Public Health.*—2019.—Vol.29, № 4.—P.748—753.

320. Kasthurirathne, S.N. Assessing the capacity of social determinants of health data to augment predictive models identifying patients in need of wraparound social services / S.N. Kasthurirathne, J.R. Vest, N. Menachemi [et al.] // *J. Am. Med. Inform. Assoc.*—2018.—Vol.25, № 1.—P.47—53.

321. Kivimäki, M. Associations of job strain and lifestyle risk factors with risk of coronary artery disease: a meta-analysis of individual participant data / M. Kivimäki, S.T. Nyberg, E.I. Fransson [et al.] // *CMAJ.*—2013.—Vol.185, № 9.—P.763—769.

322. Knai, C. Systems Thinking as a Framework for Analyzing Commercial Determinants of Health / C. Knai, M. Petticrew, N. Mays [et al.] // *Milbank Q.*—2018.—Vol.96, № 3.—P.472—498.

323. Kneeshaw-Price, S.H. Neighborhood crime-related safety and its relation to children's physical activity / S.H. Kneeshaw-Price, B.E. Saelens, J.F. Sallis [et al.] // *J. Urban. Health.*—2015.—Vol. 92, № 3.—P.472—489.

324. Knox, J. Prevention, screening, and treatment for heavy drinking and alcohol use disorder / J. Knox, D.S. Hasin, F.R.R. Larson, H.R. Kranzler // *Lancet Psychiatry.*—2019.—Pii: S2215-0366(19)30213-5.—Doi: 10.1016/S2215-0366(19)30213-5.

325. Kontis, V. Regional contributions of six preventable risk factors to achieving the 25 × 25 non-communicable disease mortality reduction target: a modelling study / V. Kontis, C.D. Mathers, R. Bonita [et al.] // *Lancet Glob Health.*—2015.—Vol.3, № 12.—P.e746—e757.

326. Kostova, D. Noncommunicable Disease Risk Factors in Developing Countries: Policy Perspectives / D. Kostova, F.J. Chaloupka, T.R. Frieden [et al.] // *Prev. Med.*—2017.—Vol.105S.—P.S1—S3.

327. Krettek, A. Nordic School of Public Health NHV и ее наследие в области глобального здравоохранения / A. Krettek, L.E. Karlsson, T.K. Toan, N.T. Chuc // *Scand. J. Public Health.*—2015.—Vol.43.—P.36—45.

328. Kusnoor, S.V. Collection of social determinants of health in the community clinic setting: a cross-sectional study / S.V. Kusnoor, T.Y. Koonce, S.T. Hurley [et al.] // *BMC Public Health.*—2018.—Vol.18, № 1.—P.550.

329. Laar, A.K. Health system challenges to hypertension and related non-communicable diseases prevention and treatment: perspectives from Ghanaian stakeholders / A.K. Laar, A.J. Adler, A.M. Kotoh [et al.] // *BMC Health Serv. Res.*—2019.—Vol.19, № 1.—P.693.

330. LaForge, K. How 6 Organizations Developed Tools and Processes for Social Determinants of Health Screening in Primary Care: An Overview / K.

LaForge, R. Gold, E. Cottrell [et al.] // *J. Ambul. Care Manage.*—2018.—Vol.41, № 1.—P.2—14.

331. Lancarotte, I. Primordial and primary prevention programs from risk assessment through risk communication to risk reduction. A review of the literature / I. Lancarotte, M.R. Nobre // *Clinics.*—2016.—Vol.71, № 11.—P.667—678.

332. Li, X.H. Enlightenment of the United Nations high-level summit on non-communicable disease prevention and control on the development of public health system in China / X.H. Li, L.X. Ma, J. Wu, X.L. Zhu // *Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi.*—2019.—Vol.53, № 6.—P.545—548.

333. Lima, T.R. Healthy lifestyle moderates the relationship between cardiovascular disease with blood pressure, body composition, carotid intima-media thickness, and glycated hemoglobin among adults / T.R. Lima, D.A. González-Chica, Y.M.F. Moreno, D.A.S. Silva // *Appl. Physiol. Nutr. Metab.*— 2019.—Doi: 10.1139/apnm-2019-0515.

334. Luciani, S. Commentary: setting priorities in NCD prevention and control / S. Luciani, A. Hennis // *Cost. Eff. Resour. Alloc.*— 2018.—Vol.16, Suppl 1.—P.53.

335. Malta, D.C. Fiscal austerity measures hamper noncommunicable disease control goals in Brazil / D.C. Malta, B.B. Duncan, M.B.A. Barros [et al.] // *Cien. Saude Colet.*—2018.—Vol.23, № 10.—P.3115—3122.

336. Malta, D.C. Preventable deaths within Brazil's Public Health System in a population from 5 to 69 years old, 2000—2013 / D.C. Malta, R.M.F. Saltarelli, R.R.D. Prado [et al.] // *Rev. Bras. Epidemiol.*—2018.—Vol.21.—P.e180008.

337. Mandy, M. Developmental Origins of Health and Disease: the relevance to developing nations / M. Mandy, M. Nyirenda // *Int. Health.*—2018.—Vol.10, № 2.—P.66—70.

338. Mansoori, P. Setting research priorities to achieve long-term health targets in Iran / P. Mansoori, R. Majdzadeh, Z. Abdi [et al.] // *J. Glob. Health.*—2018.—Vol.8, № 2.—P.020702.

339. Marmot, M. WHO European review of social determinants of health and the health divide / M. Marmot, J. Allen, R. Bell [et al.] // *Lancet*.—2012.—Vol.380.—P.1011—1029.

340. Mensah, G.A. Translational science matters: forging partnerships between biomedical and behavioral science to advance the public's health / G.A. Mensah, S.M. Czajkowski // *Transl. Behav. Med.*—2018.—Vol.8, № 5.—P.808—814.

341. Mitsakou, C. Environmental public health risks in European metropolitan areas within the EURO-HEALTHYproject / C. Mitsakou, S. Dimitroulopoulou, C. Heaviside [et al.] // *Sci. Total Environ.*—2019.—Vol.658.—P.1630—1639.

342. Moyer, V.A. Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse: U.S. preventive services task force recommendation statement / V.A. Moyer // *Ann. Intern. Med.*—2013.—Vol.159, № 3.—P.210—218.

343. Muka, T. The global impact of non-communicable diseases on healthcare spending and national income: a systematic review / T. Muka, D. Imo, L. Jaspers [et al.] // *Eur. J. Epidemiol.*—2015.—Vol. 30.—P.251—277.

344. Naghavi, M. Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016 / M. Naghavi, A.A. Abajobir, C. Abbafati [et al.].—2017.—Vol.390.—P.1151—1171.

345. NCD Countdown 2030: worldwide trends in non-communicable disease mortality and progress towards Sustainable Development Goal target 3.4 // *Lancet*.—2018.—Vol.392.—P.1072—1088.

346. Nemtsov, A. Alcohol Policy, Alcohol Consumption, and Attributable Mortality: The Authors Respond / A. Nemtsov, M. Neufeld, J. Rehm // *J. Stud. Alcohol Drugs*.—2019.—Vol.80, № 5.—P.505—506.

347. Neufeld, M. Effectiveness of policy changes to reduce harm from unrecorded alcohol in Russia between 2005 and now / M. Neufeld, J. Rehm // *Int. J. Drug. Policy.*—2018.—Vol.51—P.1—9.

348. Ni, W.Q. Clustering of Non-communicable Diseases Risk Factors in Healthy Adults Aged 35 Years and Older in Shenzhen, China / W.Q. Ni, J. Xu, M. Liu [et al.] // *Biomed. Environ. Sci.*—2017.—Vol.30, № 9.—P.661—666.

349. Oğuz, A. The Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE) study: PURE Turkey / A. Oğuz, Ö. Telci Çaklılı, B. Tümerdem Çalık // *Turk. Kardiyol. Dern. Ars.*—2018.—Vol.46, № 7.—P.613—623.

350. Olstad, D.L. Reconceptualising precision public health / D.L. Olstad, L. McIntyre // *BMJ Open.*—2019.—Vol.9, № 9.—P.e030279.

351. Page-Reeves, J. Addressing social determinants of health in a clinic setting: the WellRx pilot in Albuquerque, New Mexico / J. Page-Reeves, W.Kaufman, M. Bleecker [et al.] // *J. Am. Board Fam. Med.*—2016.—Vol.29, № 3.—P.414—418.

352. Palamar, B.I. Criteria of economic effectiveness of preventive measures of chronic non-infectious diseases / B.I. Palamar, T.S. Gruzewa // *Wiad. Lek.*—2018.—Vol.71, № 4.—P.897—906.

353. Pandian, J.D. Prevention of stroke: a global perspective / J.D. Pandian, S.L. Gall, M.P. Kate [et al.] // *Lancet.*—2018.—Vol.392, № 10154.—P.1269—1278.

354. Pang, Y. Physical Activity, Sedentary Leisure Time, Circulating Metabolic Markers, and Risk of Major Vascular Diseases / Y. Pang, C. Kartsonaki, H. Du [et al.] // *Circ. Genom. Precis. Med.*—2019.—Vol.12, № 9.—P.386—396.

355. Park, B.Z. State Public Health Actions to Prevent and Control Diabetes, Heart Disease, Obesity and Associated Risk Factors, and Promote School Health / B.Z. Park, L. Cantrell, H. Hunt [et al.] // *Prev. Chronic. Dis.*—2017.—Vol.14.—P. E127.

356. Patrick, R. Healthy Cities and the Transition movement: converging towards ecological well-being? / R. Patrick, M. Dooris, B. Poland // *Glob. Health Promot.*—2016.—Vol.23, Suppl 1.—P.90—93.

357. Pearson-Stuttard, J. Cost-effectiveness analysis of eliminating industrial and all trans fats in England and Wales: modelling study / J. Pearson-Stuttard, W. Hooton, J. Critchley [et al.] // *J. Public Health.*—2017.—Vol.39, № 3.—P.574—582.

358. Pelzom, D. Alarming prevalence and clustering of modifiable noncommunicable disease risk factors among adults in Bhutan: a nationwide cross-sectional community survey / D. Pelzom, P. Isaakidis, M.M. Oo [et al.] // *BMC Public Health.*—2017.—Vol.17, № 1.—P.975.

359. Peters, D.H. Asking the right question: implementation research to accelerate national non-communicable disease responses / D.H. Peters, M.A. Peters, K. Wickramasinghe [et al] // *BMJ.*—2019.—Vol.365.—P.11868.

360. Pollack Porter, K.M. Transforming City Streets To Promote Physical Activity And Health Equity / K.M. Pollack Porter, T. Prochnow, P. Mahoney [et al.] // *Health Aff.*—2019.—Vol.38, № 9.—P.1475—1483.

361. Poorolajal, J. Challenges of Tobacco Control Program in Iran / J. Poorolajal, Y. Mohammadi, A. Mahmoodi // *Arch. Iran Med.*—2017.—Vol. 20, № 4.—P.229—234.

362. Popelier, L. A. A scoping review on the current and potential use of social network analysis for evaluation purposes / L.A. Popelier // *Evaluation.*—2018.—Vol.24.—P.325—352.

363. Rafique, I. Prevalence of risk factors for noncommunicable diseases in adults: key findings from the Pakistan STEPS survey / I. Rafique, M.A.N. Saqib, M.A. Munir [et al.] // *East Mediterr. Health J.*—2018.—Vol.24, № 1.—P.33—41.

364. Ramaswami, R. Precision medicine from a public health perspective / R. Ramaswami, R. Bayer, S. Galea // *Annu. Rev. Public Health.*—2018.—Vol.39.—P.153–168.

365. Rehm, J. Risk factor policies, morbidity, and mortality in Russia / J. Rehm, C. Ferreira-Borges // *Lancet*.—2018.—Vol.392.—P.1094—1095.

a. Rehm, J. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an update / J. Rehm, G.F. Gmel // *Addiction*.—2017.—Vol.112.—P.968—1001.

366. Rehm, J. Why the relationship between level of alcohol-use and all-cause mortality cannot be addressed with meta-analyses of cohort studies / J. Rehm // *Drug. Alcohol. Rev.*—2019.—Vol.38.—P.3—4.

367. Reis, F. Development of a Healthy Lifestyle Assessment Toolkit for the General Public / F. Reis, B. Sá-Moura, D. Guardado [et al.] // *Front. Med.*—2019.—Vol.6.—P.134.

368. Ryngach, N.O. Burden of premature mortality caused by four main non-communicable diseases in Ukraine / N.O. Ryngach, L.Y. Vlasyk // *Wiad Lek.*—2018.—Vol.71.—P.728—732.

369. Sá, G.B. The Health Academy Program as a strategy to promote health and healthy lifestyles: the national implementation scenario / G.B. Sá, G.C. Dornelles, K.G. Cruz [et al.] // *Cien Saude Colet.*—2016.—Vol.21, № 6.—P.1849—1860.

370. Sagner, M. Creating a pro-active health care system to combat chronic diseases in Sri Lanka: the central role of preventive medicine and healthy lifestyle behaviors / M. Sagner, R. Arena, A. McNeil [et al.] // *Expert. Rev. Cardiovasc. Ther.*—2016.—Vol.14, № 10.—P.1107—1117.

371. Sanchez-Romero, L.M. Projected impact of Mexico's sugar-sweetened beverage tax policy on diabetes and cardiovascular disease: a modeling study / L.M. Sanchez-Romero, J. Penko, P.G. Coxson [et al.] // *PLOS Med.*—2016.—Vol. 13.—P.e1002158.

372. Seppänen, K.K. Institutionalization of brief alcohol intervention in primary health care—the Finnish case / K.K. Seppänen, M. Aalto, K. Seppä // *Alcohol. Clin. Exp. Res.*—2012.—Vol.36, № 8.—P.1456—1461.

373. Schwalm, J.R. Rationale and design of a cluster randomized trial of a multifaceted intervention in people with hypertension: The Heart Outcomes Prevention and Evaluation 4 (HOPE-4) Study / J.P. Schwalm, T. McCready, P. Lamelas [et al.] // *Am. Heart J.*—2018.—Vol.203.—P.57—66.

374. SDG 3: Ensure Healthy Lives and Promote Wellbeing for All at All Ages.—Geneva, 2019.— URL : <https://www.who.int/sdg/targets/en/>

375. Selby, K. Shared decision making in preventive care in Switzerland: From theory to action / K. Selby, R. Auer, J. Cornuz // *Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundheitswes.*—2017.—Vol.123—124.—P.91—94.

376. Serrano, N. Building the capacity - examining the impact of evidence-based public health trainings in Europe: a mixed methods approach / N. Serrano, G. Diem, V. Grabauskas [et al.] // *Glob. Health Promot.*—2019.—Doi: 10.1177/1757975918811102.

377. Sherk, A. Alcohol Consumption and the Physical Availability of Take-Away Alcohol: Systematic Reviews and Meta-Analyses of the Days and Hours of Sale and Outlet Density / A. Sherk, T. Stockwell, T. Chikritzhs [et al.] // *J. Stud. Alcohol Drugs.*—2018.—Vol.79, № 1.—P.58—67.

378. Smith, M.J. Reducing Health Inequities Through Intersectoral Action: Balancing Equity in Health With Equity for Other Social Goods / M.J. Smith, D. Weinstock // *Int. J. Health Policy Manag.*—2019.—Vol.8, № 1.—P.1—3.

379. Smolders, R. Perspectives for environment and health research in Horizon 2020: dark ages or golden era? / R. Smolders, P. De Boever // *Int. J. Hyg. Environ Health.*—2014.—Vol.217, № 8.—P.891—896.

380. Spanakis, E.G. Technology-Based Innovations to Foster Personalized Healthy Lifestyles and Well-Being: A Targeted Review / E.G. Spanakis, S. Santana, M. Tsiknakis [et al.] // *J. Med. Internet. Res.*—2016.—Vol.18, № 6.—P.e128.

381. Stockwell, T. Do ‘moderate’ drinkers have reduced mortality risk? A systematic review and meta-analysis of alcohol consumption and all-cause mortality / T. Stockwell, J. Zhao, S. Panwar [et al.] // *J. Stud. Alcohol Drugs.*—2016.—Vol.77.—P.185—198.

382. Stockwell, T. Assessing the impacts of Saskatchewan's minimum alcohol pricing regulations on alcohol-related crime / T. Stockwell, J. Zhao, A. Sherk [et al.] // *Drug. Alcohol Rev.*—2017.—Vol.36, № 4.—P.492—501.

383. Stockwell, T. The basis for Canada's new low-risk drinking guidelines: a relative risk approach to estimating hazardous levels and patterns of alcohol / T. Stockwell, P. Butt, D. Beirness [et al.] // *Drug Alcohol. Rev.*—2012.—Vol.31, № 2.—P.126—134.

384. Stockwell, T. Underestimation of alcohol consumption in cohort studies and implications for alcohol's contribution to the global burden of disease / T. Stockwell, J. Zhao, A. Sherk [et al.] // *Addiction.*—2018.—Vol.113, № 12.—P.2245—2249.

385. Stockwell, T. Whether Low Volume Alcohol Use Is Cardio-Protective Is Important for Public Health Policy So the Available Evidence Deserves Critical Analysis: The Authors Respond / T. Stockwell, J. Zhao, T. Chikritzhs // *J. Stud. Alcohol Drugs.*—2017.—Vol.78, № 3.—P.392—393.

386. Stuckler, D. Social and economic multipliers: What they are and why they are important for health policy in Europe / D. Stuckler, A. Reeves, M. Mckee // *Scand. J. Public Health.*—2017.—Vol.45.—P.17—21.

387. Tabassum, R. Untapped aspects of mass media campaigns for changing health behaviour towards non-communicable diseases in Bangladesh / R. Tabassum, G. Froeschl, J.P. Cruz [et al.] // *Global Health.*— 2018.—Vol.14, № 1.—P.7.

388. Tan, J. Smoking, Blood Pressure, and Cardiovascular Disease Mortality in a Large Cohort of Chinese Men with 15 Years Follow-up / J. Tan, X. Zhang, W. Wang [et al.] // *Int. J. Environ. Res. Public Health.*—2018.—Vol.15, № 5.—P.e1026.

389. The WHO Framework Convention on Tobacco Control. World Health Organization.—Geneva, 2016.—URL : <http://www.who.int/fctc/en>

390. Thompson, K. Minimum alcohol pricing policies in practice: A critical examination of implementation in Canada / K. Thompson, T. Stockwell, A. Wettlaufer [et al.] // *J. Public Health Policy.*—2017.—Vol.38, № 1.—P.39—57.

391. Thow, A.M. Fiscal policy to improve diets and prevent noncommunicable diseases: from recommendations to action / A.M. Thow, S.M. Downs, C. Mayes [et al.] // *Bull World Health Organ.*—2018.—Vol.96, № 3.—P.201—210.

392. Umstattd Meyer, M.R. Systematic review of how Play Streets impact opportunities for active play, physical activity, neighborhoods, and communities / M.R. Umstattd Meyer, C.N. Bridges, T.L. Schmid [et al.] // *BMC Public Health.*—2019.—Vol.19, № 1.—P.335.

a. United Nations General Assembly. Progress on the prevention and control of non-communicable diseases. Report of the Secretary-General.—2017. – URL:

https://ncdalliance.org/sites/default/files/resource_files/UNSG%20Report%20on%20NCDs%20December%202017%20A.72.662%20SG%20report.pdf

b. United Nations General Assembly. Resolution 73.2 Political declaration of the third high level meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of non-communicable diseases, 2018. – URL : https://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/73/2

393. Vallance, K. "We Have a Right to Know": Exploring Consumer Opinions on Content, Design and Acceptability of Enhanced Alcohol Labels / K. Vallance, I. Romanovska, T. Stockwell [et al.] // *Alcohol. Alcohol.*—2018.—Vol.53, № 1.—P.20—25.

394. Valson, J.S. Gender differences in the relationship between built environment and non-communicable diseases: A systematic review / J. S. Valson, V.R. Kutty // *J. Public Health Res.*—2018.—Vol.7, № 1.—P.1239.

395. Varda, D.M. Core dimensions of connectivity in public health collaboratives / D.M. Varda, A. Chandra, S.A. Stern, N. Lurie // *J. Public Health Manag. Pract.*—2008.—Vol.14.—P.E1—E7.

396. Wang, H. Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease study 2015 /

H. Wang, M. Naghavi, C. Allen [et al.] // *Lancet*.—2016.—Vol. 388.—P.1459—1544.

397. Watkins, D.A. *Intersectoral Policy Priorities for Health* / D.A. Watkins, R. Nugent, H. Saxenian [et al.] // *Disease Control Priorities: Improving Health and Reducing Poverty*.—3rd edition; ed. D.T. Jamison, H. Gelband, S. Horton.—Washington : The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, 2017.—Chapter 2.

398. Wetta, R.E. An evidence-based strategy to achieve equivalency and interoperability for social-behavioral determinants of health assessment, storage, exchange, and use / R.E. Wetta, R.D. Severin, H. Gruhler // *Health Informatics J*.—2019: 1460458219882265.—Doi: 10.1177/1460458219882265.

399. WHO Global status report on alcohol and health 2018. World Health Organization.—Geneva, 2018.

400. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2017 : Monitoring Tobacco Use and Prevention Policies.—World Health Organization, 2017.—URL: https://www.dropbox.com/referrer_cleansing_redirect?

401. Wickramasinghe, K. The development of national multisectoral action plans for the prevention and control of noncommunicable diseases: experiences of national-level stakeholders in four countries / K. Wickramasinghe, E. Wilkins, C. Foster [et al.] // *Glob. Health Action*.—2018.—Vol.11, № 1.—P.1532632.

402. Wilkie, S. Restructuring the built environment to change adult health behaviors: a scoping review integrated with behavior change frameworks / S. Wilkie, T. Townshend, E. Thompson, J. Ling // *Cities Health*.—2019.—Vol.2, № 2.—P.198—211.

403. Williams, M.A. *Healthy Lifestyle Medicine in the Traditional Healthcare Environment-Primary Care and Cardiac Rehabilitation* / M.A. Williams, L.A. Kaminsky // *Prog. Cardiovasc. Dis*.—2017.—Vol.59, № 5.—P.448—454.

404. WHO. Best buys and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases. Updated (2017) appendix 3 of the Global Action Plan for the prevention and control of noncommunicable

- diseases 2013—2020. — WHO, 2017. —
URL: https://www.who.int/ncds/management/WHO_Appendix_BestBuys.pdf
405. WHO. Global status report on alcohol and health.— Geneva: WHO, 2018. — URL : http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/
406. WHO. Noncommunicable Diseases—Key Facts.—Geneva: WHO, 2018a. — URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
407. WHO. Noncommunicable diseases progress 2017.— WHO, 2018. — URL : www.who.int/nmh/publications/ncd-progress-monitor-2017/en/
408. World Health Statistics. Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals. — Geneva, 2018.—URL : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1>
- a. Wu, D. Community participation in a Lancet Healthy Cities in China Commission / D. Wu, L.L. Best, G. Stein [et al.] // Lancet Planet Health.—2018.—Vol.2, № 6.—P.e241—e242.
409. Wu, Y. The 20 Most Important and Most Preventable Health Problems of China: A Delphi Consultation of Chinese Experts / Y. Wu, A. Jin, G. Xie [et al.] // Am. J. Public Health.—2018.—Vol.108, № 12.—P.1592—1598.
410. Yousefi-Nooraie, R. The evolution of social networks through the implementation of evidence-informed decision-making interventions: a longitudinal analysis of three public health units in Canada / R. Yousefi-Nooraie, M. Dobbins, A. Marin [et al.] // Implement. Sci.—2015.—Vol.10.—P.166.
411. Yusuf, S. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study / S. Yusuf, S. Hawken, S. Ounpuu [et al.] // Lancet.—2004.—Vol.364.—P.937—952.
412. Zeng, X.Y. Estimation of the impact of risk factors control on non-communicable diseases mortality, life expectancy and the labor force lost in China

in 2030 / X.Y. Zeng, Y.C. Li, J.M. Liu [et al.] // *Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi.*—2017.—Vol.51, № 12.—P.1079—1085.

413. Zhang, J. Study on the effectiveness of implementation: the National Demonstration Areas for Comprehensive Prevention and Control of Non-communicable Diseases / J. Zhang, R.R. Jin, J.J. Li [et al.] // *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi.*—2018.—Vol.39, № 4.—P.394—400.

414. Zhu, X.L. China's Efforts on Management, Surveillance, and Research of Noncommunicable Diseases: NCD Scorecard Project / X.L. Zhu, J.S. Luo, X.C. Zhang [et al.] // *Ann. Glob. Health.*—2017.—Vol.83, № 3-4.—P.489—500.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение №1

Медико-демографические показатели, показатели заболеваемости населения Российской Федерации и Республики Татарстан за период 1997—2019 гг.

Численность и структура населения Республики Татарстан за период 1997-2019 гг., в сравнении с РТ и РФ (в тыс. человек)

Годы	РТ				РТ	РФ
	в том числе		в том числе		Все население	
	Городская местность	Сельская местность	мужчин	женщин		
1997	2771,5	1006,3	1762,4	2015,4	3 773,8	147 539,4
1998	2777,3	1000,4	1765,8	2011,9	3 780,0	146 890,1
1999	2794	989,9	1768,6	2015,3	3 778,6	146 303,6
2000	2792,6	989,7	1767,5	2014,8	3 772,8	145 649,3
2001	2790,2	986,5	1764,2	2012,6	3 764,2	145 166,7
2002	2791,8	976,3	1758,8	2009,4	3 757,0	144 963,6
2003	2802,4	970,5	1744,3	2028,7	3 772,9	144 168,2
2004	2808,8	959,7	1739,9	2028,5	3 768,5	143 474,2
2005	2805	956	1734,3	2027,1	3 761,5	142 753,5
2006	2806,9	953,1	1732,1	2028,3	3 760,5	142 221,0
2007	2771,5	1006,3	1762,4	2015,4	3 766,8	142 008,8
2008	2811	951,8	1732,6	2030,2	3 773,5	141 904,0
2009	2823	944,7	1735,4	2032,6	3 784,6	141 914,5
2010	2835,1	943,3	1741	2037	3 787,5	142 865,4
2011	2856,4	931	1749	2038	3 803,2	143 056,0
2012	2878,3	924,8	1757,3	2045,9	3 838,2	143 700,0
2013	2900,7	921,3	1766,9	2055,1	3820,4	143 369,8
2014	2920,5	917,7	1775,3	2062,9	3 838,2	143 700,0
2015	2939,7	915,3	1783	2072	3 855,0	146 267,3
2016	2956,1	912,6	1789,6	2079,1	3 868,7	146 544,7
2017	2976,2	909	1798,4	2086,8	3 885,3	146 284,4
2018	2990,6	904	1803,8	2090,4	3 894,2	146 880,4
2019	2998,5	900	1806,6	2091,9	3898,6	146 780,7

Рождаемость в РТ и РФ за 1997—2019 гг, чел.

Годы	РТ		Всего в РТ	Всего в РФ
	в городской местности	в сельской местности		
1997	25101	12167	37268	1363806
1998	25909	11273	37182	1320106
1999	24614	11459	35073	1198920
2000	24937	10509	35446	126680
2001	25999	9878	35877	1311604
2002	28267	9911	38178	1396677
2003	28734	9727	38461	1477301
2004	28905	9756	38661	1502477
2005	28011	8956	36967	1457376
2006	28159	9144	37303	1479637
2007	30592	10297	40892	1 610 122
2008	33258	11032	44290	1 713 947
2009	35478	11127	46605	1 761 687
2010	37624	11167	48791	1 788 948
2011	39574	11203	50777	1 796 629
2012	43404	12017	55421	1 902 084
2013	44070	12388	56458	1 895 822
2014	44225	12255	56480	1 942 683
2015	56598	10121	56598	1 940 579
2016	46310	9282	55592	1 888 729
2017	40335	7942	48298	1 690 307
2018	40138	6077	46215	1 604 344
2019	37892	4776	42668	1 481 074

**Динамика численности женщин детородного возраста (15-49 лет),
число родившихся за год, коэффициента рождаемости,
коэффициента фертильности в РТ за 1997—2019 гг.**

Годы	Среднегодовая численность женщин в возрасте 15-49 лет в РТ, чел.	Число родившихся за год в РТ, чел.	Коэффициент рождаемости, на 1 тыс. населения в РТ (КР)	Средний коэффициент рождаемости в РТ	Средний коэффициент рождаемости в РФ
1997	1 007 361	37268	9,9	1,39	1,22
1998	1 008 368	37182	9,8	1,37	1,23
1999	1 013 138	35073	9,3	1,29	1,16
2000	1 015 221	35446	9,4	1,29	1,2
2001	1 021 532	35877	9,5	1,3	1,22
2002	1 027 752	38178	10,1	1,37	1,29
2003	1052902	38461	10,2	1,36	1,32
2004	1059557	38661	10,2	1,35	1,34
2005	1060261	36967	9,8	1,28	1,29
2006	1058377	37303	9,9	1,27	1,3
2007	1053767	40892	10,9	1,38	1,42
2008	1044464	44290	11,8	1,48	1,5
2009	1031785	46605	12,4	1,54	1,54
2010	1019458	48791	12,9	1,6	1,57
2011	1001197	50777	13,4	1,65	1,58
2012	987430	55421	14,5	1,8	1,69
2013	973983	56458	14,7	1,83	1,71
2014	960325	56480	14,7	1,84	1,75
2015	950024	56598	14,7	1,86	1,78
2016	939419	55592	14,3	1,86	1,76
2017	930323	48298	12,4	1,65	1,62
2018	924652	46215	11,9	1,62	1,58
2019	918871	42668	10,9	1,54	1,5

**Коэффициент общей смертности населения в РТ за 1997—2019 гг.
по сравнению с РФ, на 1 тыс. населения**

Годы	РТ	РФ
1997	12,3	13,8
1998	12,0	13,6
1999	12,4	14,7
2000	13,2	15,6
2001	13,3	15,6
2002	13,7	16,3
2003	14,0	16,4
2004	13,6	16,0
2005	13,8	16,1
2006	13,1	15,2
2007	13,0	14,7
2008	13,1	14,7
2009	12,7	14,6
2010	13,1	13,5
2011	12,4	13,5
2012	12,2	13,1
2013	12,1	13,0
2014	12,2	13,0
2015	12,0	12,9
2016	11,6	12,9
2017	11,3	12,4
2018	11,4	12,5
2019	11,0	12,3

Смертность населения Республики Татарстан по классам причин за 1997-2019 гг. (на 100 тыс. населения), мужчины

Годы	МУЖЧИН													
	Всего по РТ	Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	Новообразования	Б-ни крови, кровяных органов и отд. нарушения, вовлекающие иммун. Механизм	Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	Психические расстройства	Болезни нервной системы и органов чувств	Болезни системы кровообращения	Болезни органов дыхания	Болезни органов пищеварения	Болезни кожи и подкожной клетчатки	Болезни костно-мышечной системы	Болезни мочеполовой системы	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин
1997	1442,2	25,2	214,9	1,08	9,5	7,62	17,6	624,2	90,6	62,5	0,28	2,67	16,4	339,5
1998	1380,6	26,4	224,7	0,9	8,9	8,9	15,7	637,8	91,6	61,7	0,27	2,49	15,4	328,1
1999	1470,2	27,2	219,3	0,7	8,7	9,2	10,6	654,2	95,7	54,6	0,25	1,9	12,4	319,5
2000	1470	28	210,3	0,4	7,59	1,02	8,27	710,6	100	53,3	0,23	1,02	10,5	315,9
2001	1520	28,7	210,4	0,68	8,17	2,04	8,35	742	91,9	57,7	0,28	1,08	8	334,7
2002	1596,9	24,5	216,2	0,57	8,83	1,54	9,05	795,1	89,2	65,9	0,46	0,34	9,45	331
2003	1597,9	27,1	217,1	0,4	9,39	0,63	9,11	811,8	91,3	68,3	0,11	0,34	9,34	328,4
2004	1598,2	31,3	216,7	0,63	7,06	0,52	8,04	804,7	91	65,6	0,23	0,29	8,78	334,1
2005	1615,6	28,9	206,4	0,46	8,52	1,09	9,61	852,4	93,6	67,6	1,04	0,17	6,85	315,3
2006	1 509,10	22,6	200,8	0,52	5,65	1,04	8,71	813,8	77,5	60,5	0,52	0,46	7,27	287
2007	1 494,60	23,6	212,1	0,81	6,8	0,52	8,37	800,7	76,1	62,1	0,52	0,29	6,47	272

2008	1482,1	24,3	217,6	0,69	7,2	0,87	7,73	803,1	84,5	60	0,52	0,58	6,46	250,1
2009	1 425,90	24,2	218,0	0,75	5,4	0,69	7,48	775,1	83	57,7	0,92	0,75	6,44	225,6
2010	1 485,60	24,1	207,3	1,15	5,27	0,63	10,2	820,8	81,5	66,1	0,57	0,74	6,93	238,9
2011	1 408,40	23,9	212,8	0,86	4,16	0,29	9,24	739,6	82,4	63,5	1,25	0,34	5,65	217,5
2012	1382,0	21,1	218,1	0,3	5,6	0,4	8,6	672,6	81,7	70,0	0,6	0,6	7,2	201,5
2013	1354,6	21,7	213,2	0,5	5,7	0,5	8,5	652,2	77,4	67,8	1,2	1,0	5,9	198,0
2014	1359,5	23,4	216,0	0,8	6,3	0,6	9,8	645,0	72,8	83,2	0,7	0,7	6,7	188,1
2015	1341,9	23,4	239,6	1,1	27,3	11,5	18,3	614,9	74,0	80,9	0,8	3,0	9,3	169,3
2016	1271,9	23,5	232,3	0,8	29,2	11,4	18,4	607,0	61,9	63,2	0,6	3,8	9,8	153,9
2017	1234,6	23,9	227,8	1,3	27,7	10,1	17,4	589,2	59,4	61,8	1,1	2,2	9,4	141,6
2018	1251,4	20,6	240,4	1,16	30,2	11,0	17,2	597,3	58,3	67,2	0,72	2,71	10,5	135,1
2019	1202,6	17,4	225,5	0,44	35,4	5,7	24,6	548,5	67,0	72,8	0,72	2,55	13,6	126,6

Смертность населения Республики Татарстан по классам причин за 1997-2019 гг. (на 100 тыс. населения), женщины

Годы	ЖЕНЩИН												
	Всего по РТ	Новообразования	Б-ни крови, кровотоковых органов и отд. нарушения, вовлекающие иммун. Механизм	Болезни эндокринной системы, расстройств питания и нарушения обмена веществ	Психические расстройства	Болезни и нервной системы и органов чувств	Болезни и системы кровообращения	Болезни органов дыхания	Болезни органов пищеварения	Болезни и кожи и подкожной клетчатки	Болезни костно-мышечной системы	Болезни мочеполовой системы	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин
1997	1159,7	143,2	1	21	1,4	10,1	788,3	47,1	35,6	1,15	5,44	9,04	72,3
1998	1177,9	147,8	1	19	1	8,9	788,3	46,9	35,6	0,9	4,9	9,04	70,9
1999	1179,8	146,9	1	18,2	0,8	6,8	788,3	42,2	35,6	0,8	3,8	0,04	69,9
2000	1176,7	145,6	0,79	16,83	0,15	4,77	828	36,6	29	0,15	2,48	8,54	69,2
2001	1160	149	0,65	16,4	0,6	4,92	816,1	31,5	31,8	0,15	1,34	8,5	65
2002	1200,7	144,8	0,7	20,22	0,35	5,03	876,3	27,7	33,6	0,1	0,75	8,07	65,2
2003	1200,6	144,6	0,49	17,59	0,05	5,08	871	29,4	33,9	0,05	0,64	6,8	69,2
2004	1157,4	147,3	0,35	14,9	0,05	3,35	830,9	27,5	33,9	0,15	0,49	606	68,7
2005	1172,4	144	0,54	14,05	0,35	4,04	845,3	27,5	35,4	0,59	1,13	5,82	65,5
2006	1 137,30	143,1	0,74	15,8	0,25	3,95	820,3	23,3	34,1	0,69	0,99	5,52	60,7

2007	1 136,80	146,7	0,59	15,9	0	4,44	813,1	22,6	36,8	0,64	0,94	5,32	59,8
2008	1144,5	143,1	0,98	13,2	0,2	4,48	828,4	25,2	37,3	0,44	0,94	6,3	57,9
2009	1 135,30	152,0	0,54	13	0,1	3,68	815,1	27,6	34,8	0,84	1,18	6,24	51,9
2010	1 167,30	149,7	1,08	10,94	0,15	5,99	844	22,7	38	0,83	1,18	6,38	51,7
2011	1 095,90	152,8	1,03	10,53	0,15	3,92	730,7	23,6	37,8	0,49	1,08	5,68	52,9
2012	1073,2	152,9	0,5	8,7	0,4	4,5	637,1	21,3	37,9	0,2	1,4	6,3	47,3
2013	1078,2	144,5	1,1	9,6	0,2	5,3	618,6	23,4	38,4	0,8	1,2	6,8	47,4
2014	1099,5	152,7	1,0	13,8	0,5	6,7	620,8	24,3	42,4	0,7	1,7	7,1	42,8
2015	1084,4	160,9	1,7	51,3	13,8	15,0	616,3	27,6	47,9	0,5	9,1	6,6	38,3
2016	1062,5	166,2	0,9	56,3	16,4	17,2	593,3	22,4	39,5	0,8	9,2	6,9	38,3
2017	1047,2	159,8	1,3	54,9	18,5	18,1	586,8	17,4	42,2	0,3	7,0	7,5	33,3
2018	1052,8	161,3	1,05	54,9	21,7	16,0	597,4	20,6	43,3	0,86	6,46	7,17	29,1
2019	1009,6	156,6	1,15	68,5	9,5	31,3	521,5	23,3	45,9	0,53	8,03	10,47	30,2

**Коэффициент заболеваемости населения от злокачественных
новообразование по РТ и РФ за период 1997—2019 гг., на 100 тыс.
населения**

Годы	Коэффициенты		Запущенные формы ЗНО, в % к выявленным впервые
	Заболеваемость населения		
	РФ	РТ	РТ
1997	293,1	240,4	28,3
1998	300,8	248,3	29,54
1999	304,1	248,1	31,5
2000	309,9	259,3	29,4
2001	313,9	266,1	26,2
2002	316,2	279,9	25,8
2003	317,4	294,4	23,0
2004	328,0	298,3	28,2
2005	330,5	293,3	36,5
2006	333,0	293,4	35,3
2007	341,6	300,4	33,9
2008	341,5	308,1	33,3
2009	355,9	330,6	32,3
2010	363,0	351,4	31,2
2011	365,7	357,6	30,7
2012	369,1	361,2	31,2
2013	373,8	370,4	33,3
2014	379,1	386,6	32,9
2015	402,9	388,7	25,4
2016	408,6	401,0	24,4
2017	420,4	412,5	25,6

Коэффициент заболеваемости наркологическими расстройствами в РТ за период 1997—2019 гг., на 100 тыс. населения

Годы	Всего	в том числе:	
		Алкогольные психозы и алкоголизм	из них: алкогольные психозы
1995	156,2	139,3	31,6
1996	139,6	128,9	26,5
1997	141,8	127,7	27,2
1998	120,0	99,0	20,0
1999	272,9	107,0	18,9
2000	259,6	119,0	28,2
2001	239,9	134,1	39,1
2002	271,2	160,1	41,9
2003	249,6	148,5	39,7
2004	243,5	132,9	42,6
2005	251,7	112,7	37,8
2006	226,1	108,9	37,0
2007	246,1	88,5	27,3
2008	223,1	77,7	24,7
2009	200,9	75,1	24,8
2010	189,0	74,5	25,9
2011	183,2	67,3	24,5
2012	196,1	77,7	24,4
2013	185,2	63,8	21,2
2014	163,2	63,9	24,5
2015	123,1	63,8	21,2
2016	133,9	54,3	16,6
2017	132,9	52,4	12,7
2018	121,7	48,9	14,1
2019	124,9	51,0	13,7

**Заболеваемость психическими заболеваниями за период 1997—2019 гг. в
РТ, на 100 тыс. населения**

Годы	Всего		в том числе		
			Психические расстройства непсихотического характера	Психозы	Умственная отсталость
	РФ	РТ	РТ	РТ	РТ
1995	331,3	323,3	269,4	50,0	40,8
1996	344,2	341,3	250,5	46,5	39,6
1997	348,8	295,5	209,7	48,4	44,5
1998	360,8	290,6	209,5	48,3	44,6
1999	357,9	272,9	197,8	45,5	16,8
2000	373,5	259,6	176,7	45,3	37,6
2001	381,3	239,9	163,3	43,4	33,1
2002	389,3	271,2	188,3	45,3	33,5
2003	378,4	249,6	169,6	44,9	33,7
2004	398,9	243,4	165,0	46,7	31,7
2005	389,4	251,7	156,2	66,3	23,3
2006	376,3	226,1	141,6	57,6	26,9
2007	361,3	246,7	164,2	54,3	28,2
2008	301,8	220,7	145,0	52,1	23,6
2009	303,7	231,7	149,0	56,2	26,5
2010	324,1	205,6	191,0	36,6	12,4
2011	334,0	216,8	158,0	39,0	11,9
2012	274,3	241,0	198,0	54,2	12,4
2013	311,0	234,0	213,1	48,3	12,4
2014	295,9	207,5	199,8	51,7	11,9
2015	257,7	221,7	140,1	63,1	18,5
2016	255,6	223,2	150,5	53,1	19,7
2017	269,7	227,0	147,4	61,2	18,4
2018	258,6	216,4	134,8	64,2	17,5
2019	245,6	225,4	140,2	68,8	16,4

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в РТ и Российской Федерации за 1997—2019 гг., лет

	РТ			РФ		
	Оба пола	Мужчины	Женщины	Оба пола	Мужчины	Женщины
1997	68,3	62,1	74,8	66,8	60,8	72,9
1998	68,8	62,6	74,3	67,1	61,3	72,9
1999	68,4	62,2	74,7	65,2	60,4	72,4
2000	67,5	61,1	74,5	65,27	59,0	72,2
2001	67,6	61,0	74,7	65,29	58,96	72,34
2002	67,6	61,0	74,7	64,82	58,47	72,01
2003	67,8	61,5	74,7	65,07	58,82	71,99
2004	67,7	60,8	74,9	65,3	58,9	72,3
2005	68,0	61,3	75,0	65,3	58,9	72,4
2006	69,0	62,7	75,6	66,6	60,37	72,33
2007	69,4	63,2	75,8	67,5	60,9	73,9
2008	70,1	64,0	76,2	67,9	61,8	74,2
2009	70,8	65,0	76,6	68,7	62,8	74,7
2010	70,5	64,4	76,5	68,9	63,0	74,8
2011	71,3	65,4	77,2	69,8	64,0	75,6
2012	71,8	66,08	77,5	70,2	64,5	75,8
2013	72,19	66,35	76,3	70,8	65,1	76,3
2014	72,17	66,39	76,47	70,93	65,29	76,47
2015	72,81	67,05	76,71	71,39	65,92	76,71
2016	73,64	68,15	77,06	71,87	66,5	77,06
2017	74,2	68,9	77,64	72,7	67,51	77,64
2018	74,35	68,93	77,82	72,91	67,75	77,82
2019	75,07	69,74	79,92	73,3	68,9	78,7

Коэффициент общей смертности населения в семи исследуемых районах за 1997—2019 гг., на 1000 нас.

Годы	РТ	Альметьевский р-н	Тукаевский р-н	Нижнекамский р-н	Рыбно-Слободский р-н	Пестречинский р-н	Буинский р-н	Дрожжановский р-н
2005	13,8	12,9	16,0	9,4	16,6	16,5	16,7	17,6
2006	13,1	12,0	15,0	9,0	15,8	17,1	16,9	16,1
2007	13,0	12,3	15,3	8,9	16,3	16,5	17,1	16,1
2008	13,1	12,1	14,3	9,7	16,9	14,7	17,4	15,5
2009	12,7	12,2	13,4	9,1	16,7	16,2	16,6	17,0
2010	13,1	12,0	14,0	9,4	17,7	14,5	16,9	16,8
2011	12,4	11,6	13,5	8,7	15,1	14,6	14,9	16,4
2012	12,2	11,5	14,3	8,9	17,0	13,0	15,6	16,6
2013	12,1	11,6	14,5	9,0	17,5	13,1	14,8	15,3
2014	12,2	11,9	13,9	9,3	17,5	12,6	15,7	16,9
2015	12,0	12,1	14,2	9,2	15,7	13,7	15,7	16,1
2016	11,6	10,7	12,7	9,1	16,9	11,4	15,7	15,0
2017	11,3	10,6	12,1	9,0	16,4	11,5	15,0	15,2
2018	11,4	11,1	11,8	8,9	16,4	11,0	15,5	17,3
2019	11,0	10,5	12,6	8,9	16,6	10,2	15,1	17,4

Динамика лиц, впервые признанных инвалидами, в РФ и РТ

Годы	РТ			РФ		
	Число лиц, впервые признанные инвалидами, тыс. чел.	Число лиц, впервые признанные инвалидами трудоспособного возраста, тыс. чел.	Доля инвалидов трудоспособного возраста от общей численности впервые признанные инвалидами, %	Число лиц, впервые признанные инвалидами, тыс.чел.	Число лиц, впервые признанные инвалидами трудоспособного возраста, тыс.чел.	Доля инвалидов трудоспособного возраста от общей численности впервые признанные инвалидами, %
1997	21,7	12,7	58,5	1142	552	48,4
1998	23,3	12,9	55,4	1131	581	51,4
1999	22,3	11,6	52,0	1050	564	53,7
2000	24,7	10,9	44,1	1109	553	49,9
2001	24,4	10,6	43,4	1200	567	47,3
2002	24,3	10,8	44,4	1184	550	46,5
2003	22,5	10,6	47,1	1092	537	49,2
2004	34,6	14,7	42,5	1463	529	36,2
2005	66,5	16,5	24,8	1799	566	31,5
2006	40,7	15,3	37,6	1474	545	37,0
2007	28,2	12,2	43,3	1109	454	40,9
2008	25,1	11,7	46,6	966	432	44,7
2009	24,5	11,9	48,6	934	437	46,8
2010	23,8	11,8	49,6	893	441	49,4
2011	20,4	10,8	52,9	842	417	49,5
2012	20,3	10,6	52,2	805	395	49,1
2013	18,7	9,7	51,9	754	364	48,3
2014	18,6	9,5	51,1	729	346	47,5
2015	17,3	8,3	47,9	695	325	46,8
2016	15,4	7,7	50,0	666	313	47,0
2017	16,2	7,8	48,1	662	302	45,6
2018	16,6	7,3	43,9	641	280	43,7
2019	16,7	6,9	41,3	733	281	38,3

	Среди мужчин и женщин, в днях																						
	Итого по всем причинам:	Болезни и травмы:	Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	Новообразования	Болезни крови, кроветворных органов и отдельные Нарушения,	Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения	Психические расстройства	Болезни нервной системы	Болезни глаза и его придатков	Болезни уха и сосцевидного отростка	Болезни системы кровообращения	Болезни органов дыхания	Болезни органов пищеварения	Болезни кожи и подкожной клетчатки	Болезни костно-мышечной системы	Болезни мочеполовой системы	Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	Уход за больными	Отпуск в связи с санаторно-курортным лечением	Освобождение от работы в связи с карантинном	кроме того, отпуск по беременности и родам
1997	1030	917	26	18	5,99	5,51	21,7	63,3	14	12	71	240,2	69,5	28,8	125,7	48	0,5	8,24	151,1	112,5	0,6	0,38	476,1
1998	949	850	22,7	16	5,58	6,07	19,4	56,8	14	12	73	199,9	67,6	27,6	128,2	45	0,6	1,66	152,8	98,6	0,1	0,33	394,3
1999	946	857	22,7	17	5,98	5,86	17,8	48,9	12	11	72	211,9	66,9	27,6	126,8	45	0,6	1,66	152,7	97,8	0,2	0,33	378,8
2000	945	860	22,8	18	6,56	5,86	14,1	36,8	12	11	72	225,1	61,2	25,9	123,0	44	0,46	1,63	152,1	84,6	0,26	0,07	331,2
2001	895	815	21,9	18	6,32	5,89	12,2	35,7	12	9,5	76	184,8	60,1	25,7	127,8	41	0,53	2,5	146,3	78,3	0,19	0,04	333,9
2002	843	769	17,3	18	5,26	5,77	11,3	32,3	10	8,6	77	172,2	53,9	23,3	119,5	39	0,49	2,37	141,8	73,1	0,15	0,03	381,1
2003	838	771	16	18	5,05	6,54	10,9	23,3	11	9,1	87	185	52,8	23,3	114,4	41	0,6	5,03	127,4	65	0,13	0,01	391,5
2004	829	762	16,9	20	4,4	6,12	10,5	19,8	10	9,4	89	164,3	51,8	23,9	117,4	38	0,49	5,8	136,7	64	0,14	0	435,9
2005	635	581	13	16	3,05	4,59	8,55	13,4	7,7	6,6	68	130	37,3	17,5	86,8	30	0,36	4,85	109,7	52,1	0,02	0,001	332,4
2006	787	716	17,8	19	4,38	5,57	9,61	16,1	9,4	8,4	91	147,4	147,4	20,7	113,6	37	0,55	5,77	128,2	69,8	0,14	0,008	481,9
2007	818	741	14,8	19	4,19	5,28	9,42	14,8	9	8,4	90	176,5	46,4	20,2	118,3	36	0,45	4,7	129	74,5	0,14	0,002	515
2008	823	747	17,3	17	3,45	5,71	7,4	13,8	9,9	7,9	92	167,6	44,8	19,1	128,5	35	0,54	3,33	123,9	74,8	0,2	0,002	548,3
2009	842	755	17,7	17	3,35	5,42	8,66	12,8	10	6,9	88	196,8	42,2	17,7	115,9	31	0,45	3,08	122	85,5	0,48	-	591,2
2010	891	802	17	19	3,77	6,14	10	14,8	10	7,9	95	168,7	44,8	18,4	139,8	32	0,46	3,72	148	87,9	0,31	-	629
2011	605	546	12,3	16	2,23	3,37	5,77	10	7,2	5	62	125,7	30,4	11,9	91,6	21	0,29	1,91	110,7	59	0,3	-	479,9
2012	596	532	12,1	20	2,16	3,18	5,48	9,69	6,7	4,4	61	112,6	29,5	11,3	91,1	21	0,34	1,45	107,2	62,2	0,34	0,001	574,8
2013	538	477	10,2	19	1,88	2,91	5,2	8,95	5,6	3,4	5,2	108,9	25	10,2	80 Г	19	0,25	0,95	94,7	59,2	0,3	-	546,7
2014	533	465	11,5	18	1,95	3,05	4,85	8,93	6,6	3,5	52	105	24,6	10,1	80,2	19	0,68	0,29	87	66,8	0,31	0,001	634,9
2015	494	431	11	17	1,91	3,0	4	8,72	5,7	3,2	46	92,6	23,6	9,16	73,2	19	0,21	0,07	88,8	62,3	0,28	0,203	618,4
2016	510	438	11,1	22	1,72	2,53	3,59	8,11	4,6	3	46	107,4	28,2	9,6	82	14	0,18	-	78,2	71,8	0,36	0,001	н.д
2017	510	438	11,1	22	1,72	2,53	3,59	8,11	4,6	3	46	107,4	28,2	9,6	82	14	0,18	-	78,2	71,8	0,36	0,001	н.д
2018	495	420	10,4	18	1,9	2,5	4,0	7,8	4,9	2,8	44,3	104,5	23,2	9,16	73,6	15,1	0,17	-	82,7	73,6	0,49	0,002	Н.д.
2019	599	315	11,8	31	2,3	3,1	4,5	10,3	7,4	3,0	55,9	122,6	30,4	10,5	101,0	19,9	0,24	-	80,6	82,4	0,33	-	Н.д.

Временная нетрудоспособность работающего населения РТ, в днях на 100 среднесписочной численности работающих

Приложение № 2

Показатели социально-экономического развития Республики Татарстан за 2002 — 2019 гг.

Годы	Численность лиц трудоспособного возраста, чел.	Численность лиц старше трудоспособного возраста, чел.	Объем отгруженной промышленной продукции (в млрд. руб.)	Объем валового регионального продукта (в млрд. руб.)	Объем введенного в действие жилья, тыс. кв.м)	Динамика сельского хозяйства (объем сельскохозяйственной продукции в млрд. руб.)	Динамика индекса потребительских цен, декабрь в % к декабрю предыдущего года	Среднемесячная заработная плата, руб.	Величина прожиточного минимума на душу населения (руб.)	Численность зарегистрированных безработных в РТ, тыс. чел.
2002	1763321	490000	235,85	250,596	1543,4	115,7	116,4	5490,7	1893	24,5
2003	1789417	485238	281,8	305,086	1538,3	105,4	112,4	5520,8	2143	27,6
2004	1815171	489081	369,8	391,116	1768	122,1	112,7	5691,6	2451	27,7
2005	1833217	495159	499,8	482,759	1648	105,4	111,6	8990,8	2451	29,4
2006	1841023	503330	596,1	605,911	1778,8	105,4	107,6	11163,9	3437	26,4
2007	1841361	516078	743,2	757,401	2041	112,9	108,8		4005	26,2
2008	1839651	523034	908,2	926,056	2222,4	128,9	108,3	11463,3	4693	26,2
2009	1836703	537075	998,2	884,232	2222,8	138,7	108,8	12466,5	5144	28,0
2010	1822277	555986	1189,2	1275,531	2224,9	149,9	108,3		5902	28,0
2011										
2012	1810291	576778	1345,3	1305,9	2396,1	150,4	105,9	20009,4	6209	28,6
2013	1800200	595590	1468,0	1437,0	2399,5	150,1	106,4	23233,7	6705	23,3
2014	2307210	614617	1549,2	1551,5	2400,4	160,2	106,3	26034,5	7326	17,4

2015	2283202	873283	1678,6	1661,4	2404,8	186,0	109,7	28293,6	8234	16,5
2016	2257905	896130	1934,8	1867,3	2405,6	217,1	110,7	29147,1	9452	15,2
2017	2226628	920725	2009,3	1937,6	2406,5	233,7	103,9	30224,4	9691	14,6
2018	2201986	943085	2254,2	2114,2	2408,1	235,3	102,2	32418,9	9786	11,8
2019	2176685	965927	2818,0	2440,3	2409,9	216,0	102,5	36357, 0	10213	10,7

Браки и разводы в РФ и РТ за период 1997—2019 гг., в тыс.чел.

Годы	РТ		РФ	
	Браки	Разводы	Браки	Разводы
1997	23,4	12,3	928,4	555,2
1998	20,4	11,1	848,7	501,7
1999	21,6	11,4	911,2	532,4
2000	21,5	12,8	897,3	617,7
2001	24,1	15,9	1001,6	763,5
2002	25,1	21,0	1019,8	853,6
2003	26,5	17,9	1091,8	798,8
2004	24,4	12,8	979,7	635,8
2005	26,9	14,3	1066,4	604,9
2006	27,9	15,2	1113,6	640,8
2007	32,8	15,4	1262,5	685,9
2008	29,5	15,7	1179,0	703,4
2009	33,5	15,5	1199,4	582,5
2010	31,4	13,9	1215,1	639,4
2011	36,1	14,7	1316,1	669,4
2012	34,3	15,5	1213,6	642,0
2013	33,5	15,5	1221,5	667,9
2014	32,5	15,9	1225,9	693,7
2015	30,6	13,5	1161,1	611,7
2016	25,8	13,5	985,8	608,3
2017	26,9	13,6	1049,7	611,4
2018	24,9	13,5	893,0	583,9
2019	24,2	13,3	950,2	620,7

Карта деятельности системы здравоохранения РТ, 2019 г.

Наименование медицинской организации здравоохранения	Количество учреждений
Число больничных коек без диспансеров	72
Участковые больницы	16
Число диспансеров, имеющие круглосуточные койки	5
Число диспансеров, оказывающих только амбулаторно- поликлиническую помощь	2
Число самостоятельных амбулаторно-поликлинических организаций без диспансеров	38
Врачебные амбулатории	101
Обеспеченность медицинскими кадрами населения Республики Татарстан на 10 тыс. населения, всего	31,8
Обеспеченность медицинскими кадрами населения Республики Татарстан на 10 тыс. населения, городская местность	38,6
Обеспеченность медицинскими кадрами населения Республики Татарстан на 10 тыс. населения, сельская местность	9,41

Государственные расходы на здравоохранение РФ, ПФО

Субъекты РФ	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2019/2012, %
РФ									
в текущих ценах, млн руб.	2 283348	2 317980	2 532 720	2 860 990	3 124 394	2 820937	3 315 920	3 789688	66%
в постоянных ценах 2012 г., млн руб.	2 283348	2 177 120	2 136 337	2 137 305	2 214 708	1 950 643	2 199 231	2 439295	7%
на душу населения, тыс. руб.	15,9	15,2	14,6	14,6	15,1	13,3	15,0	16,6	4%
ПФО									
в текущих ценах, млн руб.	351895	385 111	429 203	475 932	468 528	378904	454 951	514464	46%
в постоянных ценах 2012 г., млн руб.	351895	362 389	364 151	361 728	340 310	270082	311 246	342608	-3%
на душу населения, тыс. руб.	11,8	12,2	12,2	12,2	11,5	9,1	10,6	11,7	-1%
Р. Башкортостан									
в текущих ценах, млн руб.	49850	56 517	62 612	70 564	71 540	55058	67 909	77613	56%
в постоянных ценах 2012 г., млн руб.	49850	53 333	53 148	54 001	52 171	39523	46 752	51941	4%
на душу населения, тыс. руб.	12,3	13,1	13,1	13,3	12,8	9,7	11,5	12,8	5%
Р. Марий Эл									
в текущих ценах, млн руб.	6218	7 522	8 529	9 494	10 072	7629	8 887	10253	65%
в постоянных ценах 2012 г., млн руб.	6218	7 060	7 176	7 099	7 147	5283	5 841	6572	6%
на душу населения, тыс. руб.	9,0	10,2	10,4	10,3	10,4	7,7	8,6	9,7	7%
Р. Мордовия									

в текущих ценах, млн руб.	10157	10 726	10 621	12 260	12 274	9772	11 526	12932	27%
в постоянных ценах 2012 г., млн руб.	10157	10 093	8 956	9 304	8 974	7065	8 056	8863	-13%
на душу населения, тыс. руб.	12,4	12,4	11,0	11,5	11,1	8,8	10,1	11,2	-10%
Р. Татарстан									
в текущих ценах, млн руб.	42935	47 662	56 048	63 204	66 967	54111	65 496	70287	64%
в постоянных ценах 2012 г., млн руб.	42935	44 820	48 055	48 934	49 888	39446	46 029	48027	12%
на душу населения, тыс. руб.	11,3	11,7	12,5	12,7	12,9	10,1	11,8	12,3	9%
Удмуртская Р.									
в текущих ценах, млн руб.	20234	21 419	22 391	25 108	25 419	19362	23 225	26585	31%
в постоянных ценах 2012 г., млн руб.	20234	20 108	19 182	19 328	18 864	14169	16 382	18307	-10%
на душу населения, тыс. руб.	13,3	13,3	12,6	12,7	12,4	9,4	10,8	12,2	-9%
Чувашская Р.									
в текущих ценах, млн руб.	13447	14 339	16 161	17 799	14 087	15443	18 430	20268	51%
в постоянных ценах 2012 г., млн руб.	13447	13 485	13 700	13 537	10 296	11137	12 693	13685	2%
на душу населения, тыс. руб.	10,8	10,9	11,1	10,9	8,3	9,0	10,3	11,2	4%
Пермский край									
в текущих ценах, млн руб.	33991	42 322	45 575	47 319	46 923	36893	43 208	48175	42%
в постоянных ценах 2012 г., млн руб.	33991	39 739	38 748	35 741	33 630	26068	29 413	31824	-6%

на душу населения, тыс. руб.	12,9	15,1	14,7	13,6	12,8	9,9	11,2	12,2	-5%
Кировская обл.									
в текущих ценах, млн руб.	14758	16 579	17 334	19 574	19 676	15268	18 748	21213	44%
в постоянных ценах 2012 г., млн руб.	14758	15 449	14 553	14 787	14 216	10814	12 731	14030	-5%
на душу населения, тыс. руб.	11,2	11,7	11,1	11,4	11,0	8,4	10,0	11,1	-1%
Нижегородская обл.									
в текущих ценах, млн руб.	43472	41 340	45 544	50 753	49 642	40523	49 065	55683	28%
в постоянных ценах 2012 г., млн руб.	43472	38 672	38 251	38 009	35 285	27934	32 304	35587	-18%
на душу населения, тыс. руб.	13,2	11,8	11,7	11,6	10,8	8,6	10,0	11,1	-16%
Оренбургская обл.									
в текущих ценах, млн руб.	25120	27 831	32 616	35 463	26 094	26366	31 396	36609	46%
в постоянных ценах 2012 г., млн руб.	25120	26 246	27 735	27 310	19 408	19239	21 969	25012	0%
на душу населения, тыс. руб.	12,4	13,0	13,8	13,7	9,7	9,7	11,1	12,8	3%
Пензенская обл.									
в текущих ценах, млн руб.	15021	16 557	19 628	20 201	21 559	16507	20 104	22728	51%
в постоянных ценах 2012 г., млн руб.	15021	15 593	16 672	15 414	15 792	11908	13 924	15362	2%
на душу населения, тыс. руб.	10,9	11,4	12,3	11,4	11,7	8,9	10,5	11,7	7%
Самарская обл.									
в текущих ценах, млн руб.	38293	40 183	42 569	47 167	48 851	39465	47 226	53350	39%

в постоянных ценах 2012 г., млн руб.	38293	38 052	36 063	35 446	34 900	27776	31 821	34894	-9%
на душу населения, тыс. руб.	11,9	11,8	11,2	11,0	10,9	8,7	10,0	11,0	-8%
Саратовская обл.									
в текущих ценах, млн руб.	23700	26 677	33 303	37 060	36 026	26420	32 175	38127	61%
в постоянных ценах 2012 г., млн руб.	23700	25 124	28 274	28 173	26 351	19089	22 301	25774	9%
на душу населения, тыс. руб.	9,5	10,0	11,3	11,3	10,6	7,7	9,1	10,6	12%
Ульяновская обл.									
в текущих ценах, млн руб.	14699	15 439	16 272	19 967	19 399	16087	17 558	20642	40%
в постоянных ценах 2012 г., млн руб.	14699	14 514	13 730	14 807	13 639	11033	11 522	13165	-10%
на душу населения, тыс. руб.	11,5	11,4	10,9	11,8	10,9	8,8	9,3	10,7	-7%

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «КАЗАНСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» КАФЕДРА ОБЩЕЙ
ГИГИЕНЫ

«Карта изучения состояния здорового образа жизни среди различных групп населения в РТ»

Приглашаем Вас принять участие в опросе!

Опрос проводится анонимно и результаты будут представлены только в обобщенном виде

Выделите кружочком один или несколько вариантов ответов, которые Вы считаете наиболее верными.

Дата анкетирования _____

Пол _____

Ваш возраст _____

1. Образование:

Высшее

Среднее

Ниже среднего

2. Общественное положение

Студенты (учащиеся)

Рабочие профессии

Служащий (в том числе врачи, учителя и работники социальной службы)

Пенсионеры

Свой вариант (укажите) _____

3. Место проживания:

Сельская местность

Город

4. Материальное положение:

Выше прожиточного минимума

На уровне прожиточного минимума

Ниже прожиточного минимума

5. «Здоровый образ жизни» - как Вы это понимаете?

Отсутствие вредных привычек (курения, алкоголя, наркотиков)

Занятия спортом, поддержание оптимальной физической формы

Соблюдение режима дня

Правильное питание

Личная гигиена

Владение навыками безопасного поведения

Свой вариант (укажите) _____

6. Как Вы думаете, для чего нужно вести здоровый образ жизни? (выберите не более трех вариантов)

Быть физически сильным, уметь постоять для себя;

Быть успешным в жизни, добиваться успеха;
Иметь хорошее здоровье;
Чтобы быть современным культурным человеком;
Возможность полноценно заниматься любимым делом, работой;
Быть внешне привлекательным, иметь хорошую фигуру;
Возможность жить без лишних проблем и осложнений;
Пользоваться уважением, признанием окружающих.
Общаться с любимым человеком, создать счастливую семью;
Свой вариант (укажите) _____

7. Что мешает придерживаться ЗОЖ?

Отсутствие времени
Материальные трудности
Отсутствие необходимого упорства, воли, настойчивости
Отсутствие условий (уточните каких) _____
Свой вариант (уточните какие) _____

8. Как часто Вы посещаете врача?

Прохожу ежегодный медосмотр
2-3 раза в год
Ежемесячно

9. Как часто Вы принимаете лекарственные препараты?

Постоянно
Довольно часто
Редко

10. Придерживаетесь ли Вы здорового питания?

Нет
Да
Иногда

11. Занимаетесь ли Вы физической культурой и спортом?

Занимаюсь регулярно (2-3 раза в неделю)
Не занимаюсь
Нерегулярно занимаюсь

12. Каким видом спорта и физической активности Вы занимаетесь?

Свой вариант ответа _____

13. Употребляете ли Вы алкогольные напитки и как часто?

Совсем не употребляю
Употребляю, но редко
Часто (2-3 раза в неделю)
Ежедневно

14. Курите ли Вы?

Курил(а), но бросил(а)
Да
Нет

15. Сколько сигарет выкуриваете в день?

Более одной пачки
Менее одной пачки

Одна пачка

16. Пробовали ли Вы когда-нибудь курительные смеси (кальян)?

Нет

Да

17. Пробовали ли Вы когда-нибудь наркотические или токсические вещества?

Да

Нет

Если да, то сколько раз _____

18. Как часто Вы подвержены стрессам?

19. Что, по Вашему мнению, может у Вас вызвать стресс?:

Трудности в семье

Финансовые нестабильность

Проблемы в коллективе

Проблемы с учебой

Отсутствие близких и друзей (одиночество)

Предложите свой вариант _____

20. Хорошо ли вы спите?

Да, я почти никогда не просыпаюсь ночью

Не всегда, бывает, я часто просыпаюсь

Просыпаюсь почти каждую ночь

Свой вариант _____

21. Есть ли у Вас какие-либо из указанных заболеваний?

Предложите свой вариант _____

22. Из каких источников Вы получаете информацию о здоровом образе жизни?

Социальные сети, интернет

Средства массовой информации

В учебном заведении

Предложите свой вариант _____

Благодарим за сотрудничество!

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КАЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ КАФЕДРА ОБЩЕЙ ГИГИЕНЫ

Карта «Изучения удовлетворенности населения доступностью и качеством организации и оказания медицинской помощи»

Карта заполнена: _____

Ф.И.О. _____

Пол муж – 1 жен – 2

Возраст _____

1. Наименование Медицинской организации, в которое Вы обращались для получения медицинской помощи

2. Общественное положение

Студенты (учащиеся)

Рабочие профессии

Служащий (в том числе врачи, учителя и работники социальной службы)

Пенсионеры

Свой вариант (укажите) _____

3. Удовлетворены ли Вы результатами оказания медицинской помощи

Удовлетворен

Не удовлетворен

Больше удовлетворен, чем не удовлетворен

Удовлетворен, не в полном объеме

Затрудняюсь ответить

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КАЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
КАФЕДРА ОБЩЕЙ ГИГИЕНЫ

**Карта «Изучения ожидаемой продолжительности здоровой жизни населения Республики
Татарстан»**

Приглашаем Вас принять участие в опросе!

Ф.И.О. _____

Место проживания: _____

Пол: муж – 1 жен – 2

Возраст: _____

Семейное положение:

- 1 Замужем (женат)
- 2 Не замужем (холост)
- 3 Разведена (разведен)
4. Другое

Оцениваете свое здоровья как:

- 1 Хорошее
- 2 Удовлетворительное
- 3 Неудовлетворительное

Уровень образования:

1. 8 классов и ниже
2. среднее
3. среднее – специальное
4. высшее

Место работы:

1. Здравоохранение
2. Образование
3. Химия и нефтехимия
4. Машиностроение и металлообработка
5. Животноводство
6. Фермерство
7. Транспорт и связь
8. Контактные ядохимикаты
9. Строительство
10. Транспорт и связь
11. Частный бизнес

12 Государственная служба

13 Свой вариант ответа

В течении последних 30 дней, испытывали Вы трудности в продолжительном нахождении в положении сидя?

- нет затруднений
- незначительные затруднения
- умеренные затруднения
- серьезные затруднения
- крайние затруднения

В течении последних 30 дней, испытывали Вы трудности с тем, чтобы пройти 100 метров?

- нет затруднений
- незначительные затруднения
- умеренные затруднения
- серьезные затруднения
- крайние затруднения

В течении последних 30 дней, испытывали Вы трудности с тем, чтобы встать из сидячего положения (например, вставая с кресла после продолжительного сидения)?

- нет затруднений
- незначительные затруднения
- умеренные затруднения
- серьезные затруднения
- крайние затруднения

В течении последних 30 дней, испытывали Вы трудности в продолжительном нахождении в положении стоя (например, 30 минут)?

- нет затруднений
- незначительные затруднения
- умеренные затруднения
- серьезные затруднения
- крайние затруднения

В течении последних 30 дней, испытывали Вы трудности с подъемом по лестнице на один лестничный пролет без отдыха?

- нет затруднений
- незначительные затруднения
- умеренные затруднения
- серьезные затруднения
- крайние затруднения

В течении последних 30 дней, испытывали Вы трудности с тем, чтобы встать на колени или на корточки?

- нет затруднений
- незначительные затруднения
- умеренные затруднения

-серьезные затруднения

-крайние затруднения

В течении последних 30 дней, испытывали Вы трудности с тем, чтобы поднимать вещи пальцами (например, взять монетку со стола)?

-нет затруднений

-незначительные затруднения

-умеренные затруднения

-серьезные затруднения

-крайние затруднения

В течении последних 30 дней, испытывали Вы трудности с тем, чтобы расправить руки на уровне плече?

-нет затруднений

-незначительные затруднения

-умеренные затруднения

-серьезные затруднения

-крайние затруднения

В течении последних 30 дней, испытывали Вы трудности с тем, чтобы сосредоточиться на том, чтобы что-то делать в течении 10 минут?

-нет затруднений

-незначительные затруднения

-умеренные затруднения

-серьезные затруднения

-крайние затруднения

В течении последних 30 дней, испытывали Вы трудности при ходьбе на большие расстояния, например на один километр?

-нет затруднений

-незначительные затруднения

-умеренные затруднения

-серьезные затруднения

-крайние затруднения

В течении последних 30 дней, испытывали Вы трудности с переносом вещей?

-нет затруднений

-незначительные затруднения

-умеренные затруднения

-серьезные затруднения

-крайние затруднения

Благодарим за участие в исследовании!