

DOI: 10.26794/2220-6469-2019-13-4-126-134  
УДК 33.338.001.36(045)  
JEL N3

## Общественное здоровье и реформа здравоохранения в России

**Т.О. Тагаева**

Институт экономики и организации промышленного производства СО РАН, Новосибирск, Россия;  
Новосибирский государственный университет, Новосибирск, Россия  
<https://orcid.org/0000-0002-9467-6436>

**Л.К. Казанцева**

Институт экономики и организации промышленного производства СО РАН, Новосибирск, Россия  
<https://orcid.org/0000-0002-9984-7687>

### АННОТАЦИЯ

В статье анализируется состояние общественного здоровья в современной России, рассматривается динамика демографических показателей, продолжительности здоровой жизни, первичной и общей заболеваемости, инвалидности, смертности в младенчестве и в трудоспособном возрасте. Приводятся международные сравнения с использованием данных статистики Мирового банка, Всемирной организации здравоохранения и Организации экономического сотрудничества и развития. Дается характеристика факторов, влияющих на общественное здоровье в России. Приводятся результаты российских исследователей общественного здоровья и их зарубежных коллег о том, что большая часть смертей и заболеваний россиян является следствием неправильного образа жизни: наибольший вклад в смертность и ухудшение здоровья дают повышенное артериальное давление (которое само является следствием нездорового образа жизни), злоупотребление алкоголем, курение и лишний вес. В статье обращается внимание на недофинансирование отрасли здравоохранения и на негативные последствия процесса ее реформирования.

**Ключевые слова:** общественное здоровье; убыль населения; низкая продолжительность здоровой жизни; недофинансирование системы здравоохранения; негативные последствия процесса реформирования; государственная политика в области здоровья

**Для цитирования:** Тагаева Т.О., Казанцева Л.К. Общественное здоровье и реформа здравоохранения в России. *Мир новой экономики*. 2019;13(3):126-134. DOI: 10.26794/2220-6469-2019-13-4-126-134

## Public Health and Healthcare Reform in Russia

**T.O. Tagaeva**

Institute of Economics and Industrial Engineering SB RAS, Novosibirsk, Russia;  
Novosibirsk State University, Novosibirsk, Russia  
<https://orcid.org/0000-0002-9467-6436>

**L.K. Kazantseva**

Institute of Economics and Industrial Engineering SB RAS, Novosibirsk, Russia  
<https://orcid.org/0000-0002-9984-7687>

### ABSTRACT

The article analyses the state of public health in modern Russia, the dynamics of demographic indicators, healthy life expectancy, primary and general morbidity, disability, mortality in infancy and working age. We also present comparisons using international statistics from the World Bank, the World Health Organization and the OECD. Further, we give the characteristic of the factors influencing public health in Russia. The article presents the results of Russian researchers of public health and their foreign colleagues, showing that most of the deaths and diseases of Russians are the result of an incorrect lifestyle. The most significant contribution to mortality and health deterioration has such phenomena as high blood pressure (which itself is a consequence of an unhealthy lifestyle), alcohol abuse, smoking and overweight.

The most detailed attention we paid to the underfunding of the health care industry and the negative consequences of the process of its reform.

**Keywords:** public health; population decline; low life expectancy; under-funding of the health system; the adverse effects of the reform process; the state health policy

**For citation:** Tagaeva T.O., Kazantseva L.K. Public health and healthcare reform in Russia. *Mir novoj ekonomiki = World of the New Economy*. 2019;13(4):126-134. DOI: 10.26794/2220-6469-2019-13-4-126-134

## ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ

В настоящее время общественное здоровье населения России оценивается как неблагоприятное. Медленный рост продолжительности жизни, низкие коэффициенты рождаемости, высокая смертность (особенно у мужчин трудоспособного возраста), высокая младенческая смертность, убыль населения, рост общей и детской заболеваемости, низкая продолжительность здоровой жизни, рост инвалидности населения, в том числе детской, — все эти факторы придали общественному здоровью статус угрозы национальной безопасности.

Мировая статистика здравоохранения говорит о существенном росте продолжительности жизни в странах мира, но, к сожалению, не в России. По данным статистического доклада Всемирной организации здравоохранения<sup>1</sup>, ожидаемая продолжительность жизни в России за 1990–2011 гг. выросла на 0,6 года — это самый низкий показатель среди развитых стран, где за этот же период он составил более 5 лет. В последние годы наблюдаются позитивные изменения этого показателя. В 2017 г. ожидаемая продолжительность жизни всего населения составила 72,7 года (она выросла на 3,5 года по сравнению с 1990 г. и на 8,7 лет по сравнению с 1994 г., когда было самое сильное падение этого показателя). Международные сравнения показывают, что ожидаемая продолжительность жизни мужчин в России (в 2016 г. — 67,5) на 4–5 лет короче, чем в некоторых странах СНГ, и на 9–14 лет в среднем короче, чем в странах Евросоюза и других развитых странах. Ожидаемая продолжительность жизни женщин в России — 77,6 лет, она в среднем примерно такая же, как в странах СНГ, но значительно короче, чем в странах ЕС и других развитых странах. Также увеличение продолжительности жизни за последние годы в России не дает повода для оптимизма и из-за низких показателей продолжительности здоровой жизни и границы старости. Демографы У. Сандерсон

(США) и С. Щербов (Россия) предложили определять границы старости возрастом, по достижении которого людям остается прожить в среднем 15 лет и менее [1]. По этому критерию, как показывают исследования Института демографии ВШЭ, в России старость у мужчин наступает в 62 года, на 8–9 лет раньше, чем в развитых странах и даже в странах Восточной Европы, у женщин — в 69 лет, отставание немного меньше — от 3 до 7 лет. При этом в РФ картина различается еще и по регионам: в Москве порог старости у женщин — более 71 года, а у мужчин приближается к 70, а, например, на Чукотке — 63 и 58 лет соответственно [2]. Демографы также утверждают, что прироста продолжительности жизни в возрасте 60–65 лет, куда теперь смещен наш пенсионный возраст, за последние полвека в России почти не было. И если в других странах рост этого показателя дает возможность повышать возраст выхода на пенсию, то граждане России будут жить на так называемом заслуженном отдыхе меньше, чем жили 15–20 лет назад.

Рост ожидаемой продолжительности жизни зависит от снижения смертности населения. По данным Росстата, коэффициент смертности в РФ с 2005 по 2017 г. уменьшился: с 16,1 умершего на тыс. чел. населения до 12,4, что привело к увеличению ожидаемой продолжительности жизни в эти годы с 65,3 до 72,7 лет. Однако во многих регионах динамика смертности в 2017 г. оставалась неблагоприятной. Выше, чем в среднем по России, коэффициенты смертности наблюдались в регионах, например в Южном ФО — 13,6 (в Республике Крым — 15,3), в Северо-Западном ФО — 13,4 (в Новгородской области — 17,5, в Псковской — 18,2), в Центральном ФО — 13,5 (в Тульской области — 17,1, в Тверской — 17,7), в Приволжском ФО — 13,9 (в Кировской области — 15,1, в Нижегородской — 15,5), в Курганской области — 16,1, в Еврейской АО — 15,4.

В 2017 г. коэффициент смертности в РФ для всего населения опять снизился до 12,4, однако и эта цифра говорит о нестабильности показателя, он все еще существенно выше уровня смертности, достигнутого сегодня в странах ЕС (в 1,4 раза) и прошлых уровней смертности в самой России (8,3 в начале 1960-х гг. и 10,4 в 1986 г.). Данные статистики фиксируют в России

<sup>1</sup> World health statistics (2013). URL: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/81965/7/9789244564585\\_rus.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/81965/7/9789244564585_rus.pdf?ua=1) (дата обращения: 05.08.2018).

высокую смертность населения в трудоспособном возрасте, особенно мужчин. Например, коэффициент смертности для мужчин возраста 40–44 лет в 1990 г. был равен 7,7 умерших на 1 тыс. чел. этого возраста, в 2014 г. он уже составил 8,7 человек (для женщин соответствующие коэффициенты равны 2,4 и 2,9). За 2016 г. показатель немного снизился — до 8,3 для этого возраста, но вероятность умереть в возрасте 15–60 лет в России почти в 2 раза выше, чем в среднем по Европе: 255 против 146 на тыс. чел. населения (данные на 2009 г.) [3]. Современный 20-летний россиянин с вероятностью примерно 67% доживет до 60 лет. В Польше смертность мужчин, которая тоже росла в 1970–1980-х гг., сокращается уже лет двадцать, и сейчас шансы у мужчин дожить до 60 лет больше 80%. В США они выше 83% уже четверть века [4].

О состоянии общественного здоровья можно судить по динамике показателей первичной заболеваемости в РФ (число впервые выявленных случаев заболеваний с 1990 по 2017 г. увеличилось с 96,3 до 114,4 млн и общей заболеваемости (рост со 107 до 237,5 млн заболеваний за этот же период). Обращает на себя внимание тот факт, что темп прироста общей заболеваемости превышает темп прироста первичной заболеваемости, что свидетельствует об устойчивой тенденции перехода болезней в хроническую форму. Средняя продолжительность жизни лиц, страдающих тяжелыми хроническими заболеваниями, в России очень мала и составляет 12 лет (в странах ЕС — 18–20 лет [5]).

Как следует из данных отчета Института изучения и оценки здоровья США, подготовленного по статистике ВОЗ, большая часть смертей и заболеваний россиян является следствием неправильного образа жизни. Наибольший вклад в смертность и ухудшение здоровья дают повышенное артериальное давление (которое само является следствием нездорового образа жизни), злоупотребление алкоголем, курение и лишний вес. Выводы американского института совпадают с выводами российских исследователей [6]. В Докладе о человеческом развитии в РФ за 2013 г. [7] называются факторы, вызывающие рост заболеваемости: табакокурение и злоупотребление алкоголем, артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, недостаточное потребление фруктов и овощей, ожирение, недостаточная физическая активность и неблагоприятные экологические факторы. По оценкам демографов, в последние десятилетия до 30% мужских смертей и 15% женских составляли «алкогольные потери». Это не только смерти от алкогольных отравлений, но и связанные с алкоголем состояния: у мужчин в первую очередь смертность от внешних причин (суициды,

убийства, ДТП), у женщин — от ишемической болезни сердца, при этом примерно 42% роста продолжительности жизни мужчин и 34% у женщин в 2003–2012 гг. связаны со снижением смертности, ассоциированной с алкоголем [4].

Данные за 2016 г. говорят о том, что в России наметилась положительная тенденция к здоровому образу жизни, что число постоянно курящих старше 15 лет и потребление алкоголя на душу населения лицами старше 15 лет значительно уменьшились: курящих — с 33,8% населения в 2012 г. до 23,1% в 2016 г., потребление алкоголя — с 18,0 литров в 2012 г. до 10,1 литра в год в 2015 г. Однако данные социологического опроса показывают, что 60% мужского населения и 13% женского постоянно курят, хотя это наиболее низкие показатели за последние несколько лет. За 2016 г. отмечено более 300 тысяч смертей из-за табакокурения, это 17% от всей смертности страны за год (<http://statistika.ru/zdr/skolko-v-rossii-kurilshchikov.html>). Данные Росстата указывают также на снижение потребления наркотических веществ и заболеваемости венерическими болезнями. Однако остается высокой степень ожирения населения РФ: 17% взрослого населения имеет избыточный вес, что приводит ко многим неблагоприятным последствиям (гипертонии, сердечно-сосудистым заболеваниям и болезням суставов, высокому уровню холестерина, повышению сахара в крови), хотя степень ожирения россиян меньше среднего уровня ожирения населения развитых стран (в странах ОЭСР — 23,8%).

Как индикатор уровня общественного здоровья часто используется показатель младенческой смертности. В России он остается высоким (рис. 1), хотя устойчиво сокращается: в 2012 г. — 8,6 умерших в возрасте до 1 года на 1 тыс. родившихся, в 2016 г. — 6,05 (в мировом рейтинге из 225 стран Россия по данному показателю в 2016 г. была на 161-м месте, между Кувейтом — 7,1 и Чили — 6,7 (<http://total-rating.ru/1890-mladencheskaya-smertnost-v-stranah-za-2016-god.html>), в 2017 г. еще снизился до 5,6. Но это средние цифры по России, в субъектах РФ статистика Минздрава в 2017 г. фиксирует куда более печальную картину: в 39 субъектах младенческая смертность была куда более высокой.

Данные Росстата за 2017 г. зафиксировали самое глубокое падение рождаемости за последние три года (с 13,3 родившихся на 1 тыс. чел. населения в 2015 г. до 12,9 в 2016 г. и 11,5 в 2017 г.). Показатель рождаемости вернулся к уровню 2007 г. Именно поэтому, несмотря на снижение смертности в стране, по итогам 2017 г. зафиксирована естественная убыль населения.

Особое беспокойство вызывает здоровье детей. Среди детей в возрасте до 15 лет около 70% составля-

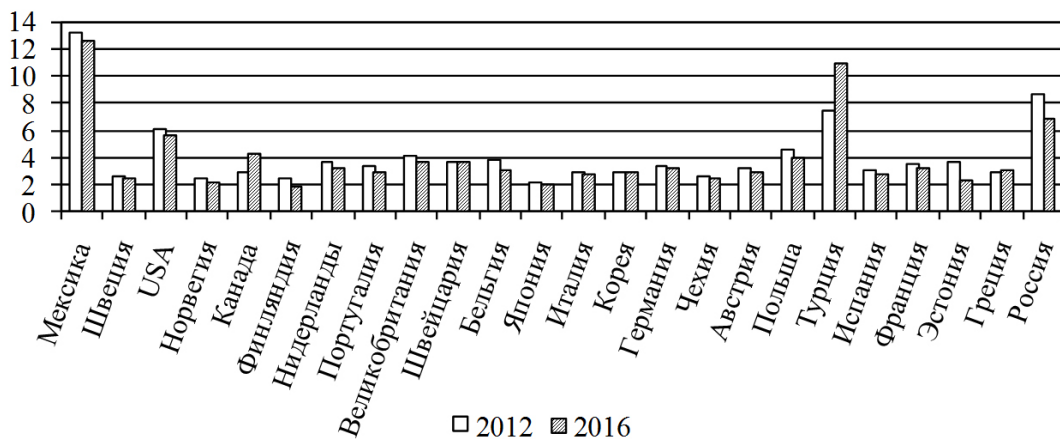


Рис. 1 / Fig. 1. **Младенческая смертность (количество случаев в возрасте до 1 года на 1000 новорожденных) / Infant mortality (number of cases under 1 year of life per 1,000 newborns)**

Источник / Source: статистика ВОЗ, Мирового Банка, Росстата / statistics data of WHO, the World Bank, Rosstat.

ет заболеваемость органов дыхания, пищеварения, нервной системы и органов чувств, инфекционные и паразитарные болезни. Значительное место занимают травмы, ожоги, утопления, отравления, попытки самоубийства. Большой урон здоровью подростков наносит раннее начало половой жизни, которое ведет к росту числа матерей моложе 15-летнего возраста и количества ранних аборт (более 3 тысяч в год), а также к росту венерических заболеваний. В возрасте 14–15 лет начинают курить более 20% всех курящих России, в последнее время курильщиками становятся дети от 8 лет, среди подростков 14–18 лет более 40% молодых людей и около 7% девушек курят (<http://statistika.ru/zdr/skolko-v-rossii-kurilshchikov.html>).

По данным эпидемиологических исследований здоровья школьников, до 20% детей в шестилетнем возрасте не готовы к школьному обучению и до 50% — функционально незрелы, они чаще болеют и имеют нервно-психические отклонения. У 12–15% первоклассников нарушена речь, у 7–9-летних детей отмечается задержка психического развития и умственная отсталость (в 5–6% случаев в городах и вдвое чаще в сельской местности). Доля здоровых детей среди школьников не превышает 20%, 40–45% имеют хронические заболевания. По оценкам матерей, здоровы не более 85% детей из обеспеченных семей и не более 25% из малообеспеченных ([https://static1.rosminzdrav.ru/system/attachments/attaches/000/034/410/original/D0%В4%D0%BE%D0%BA%D0%BB%D0%B0%D0%B4\\_2016.pdf?1493043486](https://static1.rosminzdrav.ru/system/attachments/attaches/000/034/410/original/D0%В4%D0%BE%D0%BA%D0%BB%D0%B0%D0%B4_2016.pdf?1493043486)). С каждым годом все большее значение приобретает детская инвалидность, по данным Министерства здравоохранения РФ, в 2017 г. детей-инвалидов в возрасте от 0 до 17 лет включительно было 568,5 тыс.

## НЕДОФИНАНСИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

По оценкам медицинских экспертов, для достижения удовлетворительных показателей общественного здоровья объем государственного финансирования здравоохранения должен быть не менее 6,6% ВВП, что составит 75–80% от общих расходов (государственных и частных) на медицинские цели. В настоящее время расходы государства на медицину составляют 3,7% ВВП, таким образом, в относительных показателях (доле ВВП) государственные расходы на здравоохранение в РФ более чем в 2 раза меньше, чем в развитых европейских странах.

В структуре социальных расходов здравоохранение в России на протяжении многих десятилетий (еще со времен СССР) имеет тенденцию к понижению финансирования. По данным Минздравмедпрома РФ, максимальными доли государственных затрат на здравоохранение в ВВП были в СССР (в 1960 г. — 6,6%, в 1970–6,1%; в 1980–5,0%), в России 1990-х — намного скромнее: в 1991–2,6%; в 1994–2,4%. Снижение в 1990-х гг. связано с кризисом переходного периода, но начало прошлого десятилетия сопровождалось экономическим ростом в стране, однако в 2004 г. государственные расходы на здравоохранение составили 2,2% ВВП и в сопоставимых ценах снизилось до 75%-ного уровня 1991 г. Только с середины 2000-х гг., с реализацией приоритетного национального проекта «Здоровье», государственные расходы на здравоохранение начинают существенно увеличиваться как в относительном (4,2% ВВП в 2007 г.), так и в стоимостном выражении, однако после 2009 г. снова сокращаются из-за кризисной ситуации в российской экономике, повлекшей за собой дефицит государственного бюджета.



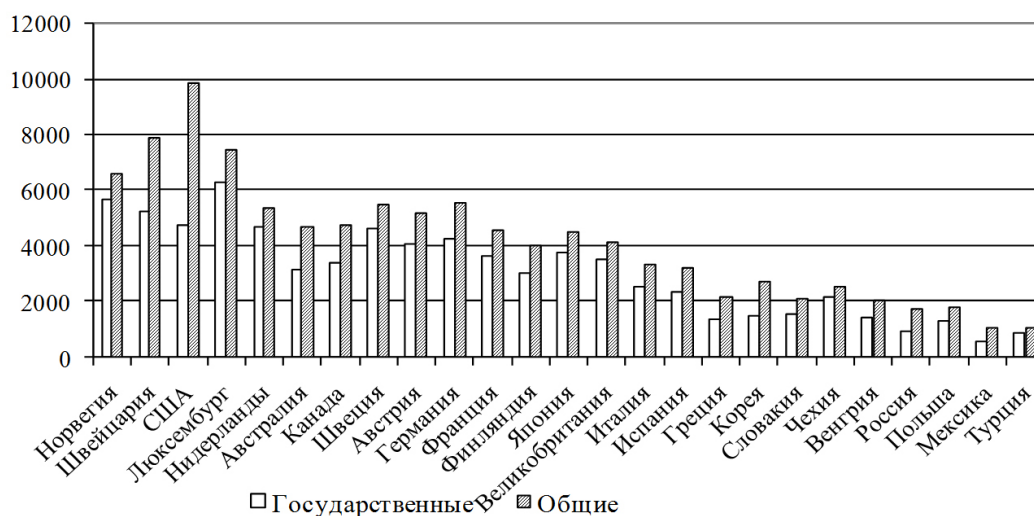


Рис. 2 / Fig. 2. Подушевые расходы на здравоохранение в 2016 г. (доллары США по ППС) / Per capita health expenditure in 2016 (US dollars by PPP)

Источник / Source: статистика ВОЗ, Мирового банка / statistics data of WHO, the World Bank.

На рис. 2 представлены объемы государственных расходов на здравоохранение на душу населения в долларах США (по ППС), где видно, что в 2016 г. в России на одного человека из государственных источников тратилось 917,2 долл., что в 5–6 раз меньше, чем в среднем в развитых странах, и в 2–3 раза меньше, чем в «новых» странах ЕС (бывшие социалистические страны и страны СНГ). Отметим, что в Советском Союзе в 1960–1970 гг. государственные расходы на здравоохранение на душу населения были примерно на уровне США и развитых стран Европы в те годы.

О необходимости роста государственных расходов на здравоохранение в целях улучшения состояния общественного здоровья говорят результаты корреляционного анализа. Существуют прямо пропорциональные зависимости значений ожидаемой продолжительности жизни и общего коэффициента смертности от подушевого государственного финансирования здравоохранения (рис. 3, 4).

Обратная зависимость коэффициента смертности от подушевого государственного финансирования здравоохранения была обнаружена и на примере российских регионов (рис. 5).

Зависимость построена на статистике по 80 регионам России (исключены Республика Дагестан и Республика Ингушетия, в которых низкая смертность объясняется другими факторами, в основном генетическими и климатическими), а также Чеченская республика и Крым, в которых отсутствует достоверная информация. Региональные государственные расходы на здравоохранение на душу населения были

пересчитаны в сопоставимые цены с использованием индексов стоимости жизни, предложенных в работе [8].

В 2014 и 2015 гг. правительством России предпринят комплекс мер, названных «оптимизацией системы здравоохранения», цель которых изначально заключалась в повышении качества и доступности медицинской помощи. Основные направления «оптимизации здравоохранения»: снижение количества врачей за счет роста врачебной нагрузки и медицинских учреждений за счет их укрупнения; рост заработной платы медицинских работников; увеличение оснащенности поликлиник и больниц высокотехнологичным оборудованием. Одним из аргументов в пользу такой политики явилось утверждение, что в России избыток медицинского персонала, хотя во многих развитых странах (Германия, Австрия, Швеция, Швейцария и др.) на 1 тыс. чел. приходится большее количество врачей и медсестер).

В 2015 г. Счетная палата подвела итоги так называемой оптимизации в сфере здравоохранения [9]: произошло значительное сокращение медперсонала, всего за год — на 90 тыс., при сохранении высокого уровня совместительства — около 140%. При этом часто сокращение численности медицинских работников не соответствовало фактической потребности в медицинских услугах в регионах. Коечный фонд и медперсонал, прежде всего, сокращался в сельских больницах, где медицинское обслуживание концентрировалось в межрайонных и областных больницах, в результате значительно снизилась доступность медицинской помощи для сельских жителей.

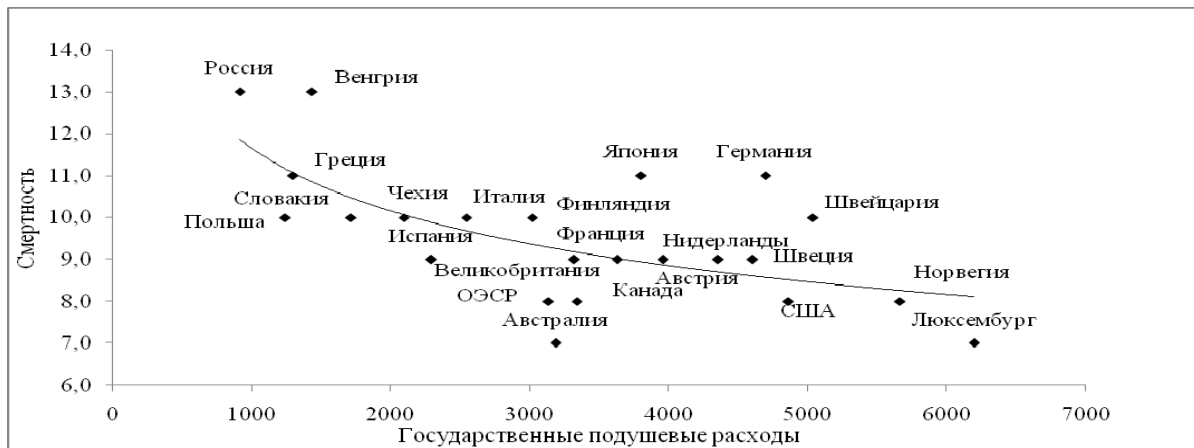


Рис. 3 / Fig. 3. Общие коэффициенты смертности (случаев на 1000 населения) и государственные расходы на здравоохранение (в долл. США по ППС на чел.) в 2016 г. в странах мира / Total mortality rates (cases per 1,000 population) and public health expenditure (in US\$ by PPP per capita) in 2016 in selected countries

Источник / Source: статистика ВОЗ, Всемирного Банка, Росстата / statistic data of WHO, the World Bank, Rosstat.

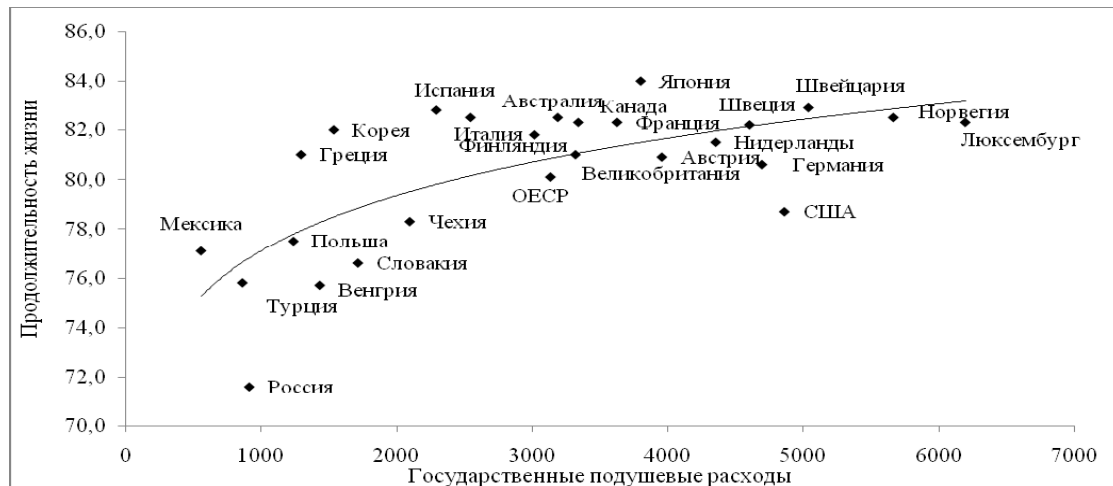


Рис. 4 / Fig. 4. Ожидаемая продолжительность жизни (лет) и государственные подушевые расходы на здравоохранение (в текущих долл. США на чел.) в 2016 г. в странах мира / Life expectancy (years) and government per capita health expenditure (current US\$) in 2016 in selected countries

Источник / Source: статистика ВОЗ, Всемирного Банка, Росстата / statistic data of WHO, the World Bank, Rosstat.

Следует сказать, что модернизация действительно вывела материально-техническую базу отечественной медицины на новый уровень. Улучшилось техническое оснащение лечебно-профилактических организаций, многие врачи получили новые возможности, которые прежде ограничивались устаревшим оборудованием, но, вместе с тем, известны случаи простаивания и морального устаревания нового медицинского оборудования из-за отсутствия квалифицированных кадров, не умеющих применять новые технологии обследования и лечения на практике. Также только перед президентскими выборами 2018 г. началось выполнение майских указов, и были повышены зарплаты медицинским работникам, но при этом могли быть сняты, напри-

мер, выплаты за высокую квалификацию. В ноябре 2015 г., в связи с негативным влиянием оптимизации здравоохранения на качество и доступность медицинской помощи, некоторые депутаты внесли в Госдуму законопроект о введении моратория на ликвидацию государственных и муниципальных медучреждений, а также — на увольнение их работников. Однако законопроект был отклонен в первом чтении в результате рассмотрения в Думе 17.01.2018 г. Таким образом, так называемая оптимизация и разрушение системы здравоохранения продолжается. В частности, по состоянию на 01 июля 2017 г. расходы на здравоохранение федерального бюджета были утверждены на 18% меньше, чем в 2016 г. на ту же дату. Расходы консолидированных

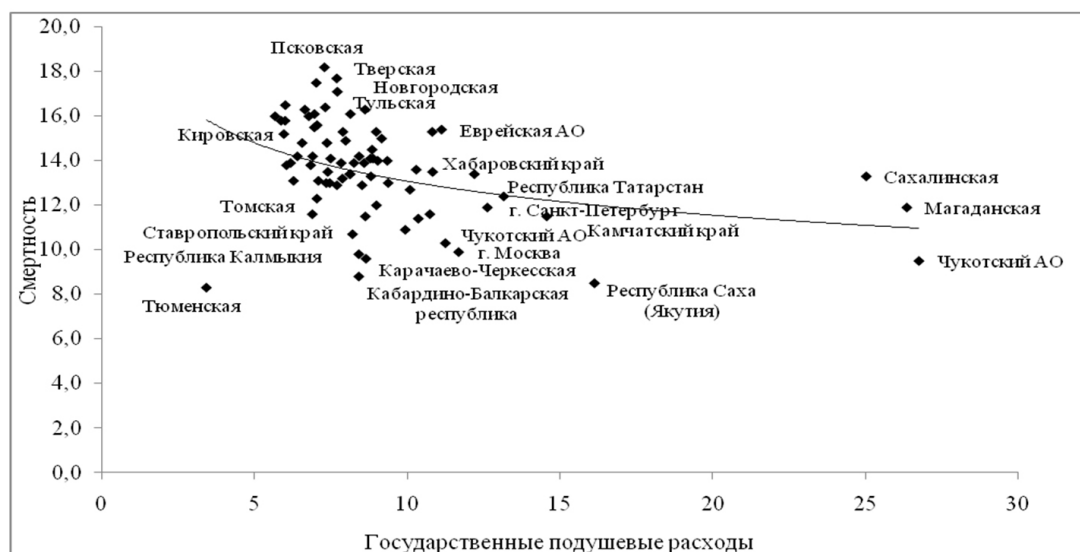


Рис. 5 / Fig. 5. Коэффициенты смертности (случаев на 1000 чел. населения) и государственные подушевые расходы на здравоохранение (тыс. руб. на чел.) в 2016 г. по регионам РФ / Mortality rates (cases per 1,000 population) and state per capita health care costs (thousand rubles) in 2016 by regions of the Russian Federation

Источник / Source: данные Росстата / Rosstat data.

бюджетов субъектов РФ утверждены на 38% меньше предыдущего года, а расходы на здравоохранение из внебюджетных фондов утверждены больше прежнего года лишь на 3% [10].

По существу, программа «оптимизации здравоохранения» является продолжением политики перехода от так называемой «бюджетной» модели финансирования медицины (суть которой — прямое финансирование из бюджета расходов на содержание единой общенациональной сети лечебно-профилактических учреждений) к «страховой» модели, которая начала внедряться еще в начале 1990-х гг. Эта модель предусматривает оплату через страховых посредников [Фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС) и частные страховые компании] каждого обращения за медицинской помощью в лечебно-профилактические учреждения. Теперь около 35% расходов на здравоохранение тратится на содержание региональных отделений ФОМС, еще 10% забирают страховые компании [11], т.е. почти половина бюджета здравоохранения уходит на содержание чиновников, которые имеют весьма отдаленное отношение к практической медицине. Отметим, что многие из развитых стран с высокими показателями качества здоровья (Швеция, Великобритания, Канада и др.) имеют эффективную и развитую медицину и применяют при этом «бюджетную» модель ее финансирования.

Поскольку в результате «оптимизации» в РФ бесплатно получить быструю квалифицированную врачебную помощь стало трудно, то пациенты вынуждены

обращаться к услугам частной медицины. Замещение бесплатной медицинской помощи платной, прежде всего, ударяет по малообеспеченным слоям населения. Проблему обостряет ограничение доступа к недорогим и эффективным лекарствам, а также инфляционные процессы, приводящие к росту цен на лекарства и платные медицинские услуги (по данным статистики, индекс цен на медицинские услуги в 2016 г. по сравнению с предыдущим годом составил 107,8% при общей инфляции 105,4%) и падение реальных доходов населения (в 2013–2016 гг. они сократились на 13%).

Расходы населения на медицинские услуги составляют значительную часть семейных бюджетов — от 10 до 30%, стабильную на протяжении последних лет. Исследователи утверждают, что для большинства россиян дальнейший рост доли затрат на медицинские нужды невозможен, так как в этом случае снижаются затраты на другие жизнеобеспечивающие статьи семейного бюджета (как правило, на качественные продукты питания), что приводит к еще большему ухудшению здоровья.

Таким образом, недостаточное государственное и частное финансирование здравоохранения приводит к низким общим затратам в данной сфере [12]. Доля общих затрат на здравоохранение в России составила 7,1% ВВП, что в 2,4 раза меньше этой доли в США (17,1% ВВП), в 1,6 раза меньше, чем в развитых странах Европы (во Франции — 11,5% ВВП) и в 1,2 раза меньше, чем в странах Восточной Европы и Балтии. Общие затраты на здравоохранение на душу населения в РФ составля-

ют 1760 долл. США по ППС, это в 1,4 раза меньше, чем в Чехии, в 1,2 раза меньше, чем в Словакии и Венгрии. Показатели развитых стран для России просто недосягаемы: в США — 9892,3 долл., в Швейцарии — 7919 долл., в Норвегии — 6647 долл., в Германии — 5550,6 долл., во Франции — 4600,4 долл. (см. рис. 2).

Несмотря на принятие ряда национальных программ, в России система здравоохранения остается слабой, не способной справиться со многими видами сложных заболеваний, отстающей по эффективности от медицины в развитых странах.

## ВЫВОДЫ

Политика государства в области здравоохранения не должна сводиться только к оказанию медицинской помощи и ее финансированию — несомненно, следует учитывать социальные составляющие здоровья. Хотя медицинская помощь может продлить жизнь людей и улучшить прогноз пациентов с рядом тяжелых болезней, очень важными для здоровья населения в целом являются социально-экономические условия, под влиянием которых люди заболевают и начинают нуждаться в медицинской помощи. При этом всеобщая доступность медицинской помощи — это, несомненно, одно из важнейших условий правильной организации охраны здоровья населения.

Для улучшения общественного здоровья необходимо активизировать все направления: повышать реаль-

ные доходы населения, увеличивать финансирование и эффективность здравоохранения, принимать меры по борьбе с алкоголизмом, курением, наркоманией и другими асоциальными привычками населения, а также с преступностью и криминогенной обстановкой, развивать сферу образования, физкультуру и спорт, активные виды отдыха. Все эти меры могут привести к улучшению качества жизни и позволят в ближайшем будущем увеличить продолжительность здоровой жизни и перейти к активному долголетию. Употребление алкоголя, наркотиков и табака в большой мере зависит от каждого индивидуально, но обращение человека к этим веществам во многом зависит от его социального окружения и тесно коррелируют с факторами социального и экономического неблагополучия. Меры по решению проблем употребления алкоголя, табака, а также законных и незаконных наркотических средств не должны ограничиваться только поддержкой и лечением людей с уже сформировавшейся зависимостью. Они также должны быть направлены на устранение тех неблагоприятных социальных условий, в которых эти проблемы коренятся. Необходимо, чтобы на государственном и общественном уровнях, во всех отраслях и ведомствах, в государственных и частных учреждениях улучшение общественного здоровья, а также разделение ответственности за создание здорового общества считалось бы одним из главных приоритетов.

## СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Sanderson W.C., Scherbov S. Faster increases in human life expectancy could lead to slower population aging. *PLoS One*. 15.04.2015. P. 6. URL: <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0121922> (дата обращения: 09.04.2018).
2. Вишневецкий А. Доклад на конференции «Общество для всех возрастов» 2017. URL: <https://www.pencioner.ru/news/ekspertiza/anatolij-vishnevskiy-raskryvaet-tayny-demograficheskikh-piramid> (accessed on 09.04.2018). (In Russ.).
3. Юмагузин В.В. Тенденции смертности от внешних причин смерти в России в 1990–2010 гг. *Russian Journal of Earth Sciences*. 2012;(10):23–43.
4. Петрова Н. Смертность — норма жизни. Почему россияне мало живут. *Коммерсант*. 16.05.2015.
5. Доклад о человеческом развитии в России за 2014 год. Григорьев Л.М., Бобылев С.Н., ред. URL: <http://nauka.xpdf.ru/17energetika/128327-2-doklad-chelovecheskom-razvitii-rossiyskoy-federacii-201-doklad-chelovecheskom-razvitii-rossiyskoy-federacii-doklad-chel.php>.
6. Розмаинский И.В., Татаркин А.С. Неверие в будущее и «негативные инвестиции» в капитал здоровья в современной России. *Вопросы экономики*. 2018;(1):128–150.
7. Доклад о человеческом развитии в Российской Федерации за 2013 г. «Устойчивое развитие: вызовы Рио». Бобылев С.Н., ред. М.: ООО «РА ИЛЬФ». 202 с.
8. Глуценко К.П., Карандашова М.А. Уровни цен в российских регионах. *Регион: экономика и социология*. 2017;(2):76–103.
9. Фадеичев С., Бобылев С., Павлова С., Машатин В. Счетная палата проверила оптимизацию в сфере здравоохранения, культуры, образования и социального обслуживания. URL: [http://www.ach.gov.ru/press\\_center/news/21297](http://www.ach.gov.ru/press_center/news/21297).
10. Башкарова А. Бюджетная поддержка медицины стремительно сокращается. *Независимая газета*. 30.08.2017.



11. Завьялов Ю. За доступную и бесплатную медицину. Домовой совет. 17.06.2016.
12. Аганбегян А.Г. О целях и мерах реформирования здравоохранения в России. *Вопросы экономики*. 2014;(2):149–157.

## REFERENCES

1. Sanderson W.C., Scherbov S. Faster increases in human life expectancy could lead to slower population aging. PLoS One. 15.04.2015. URL: <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0121922> (accessed on 09.04.2018).
2. Vishnevsky A. Report at the conference “Society for all ages”; 2017. URL: <https://www.pencioner.ru/news/ekspertiza/anatoliy-vishnevskiy-raskryvaet-tayny-demograficheskikh-piramid> (accessed on 09.04.2018). (In Russ.).
3. Yumaguzin V.V. Mortality trends from external causes of death in Russia in 1990–2010. *Russian Journal of Earth Sciences*. 2012;(10):23–43.
4. Petrova N. Mortality is the norm of life. Why Russians live a little. Kommersant. 16.05.2015. URL: <https://www.kommersant.ru/doc/2678981>. (accessed on 04.12.2017). (In Russ.).
5. Human development report in Russia 2014. Grigoriev L.M., Bobylev S.N., ed. Moscow; 2015. URL: <http://nauka.x-pdf.ru/17energetika/128327-2-doklad-chelovecheskom-razvitii-rossiyskoy-federacii-201-doklad-chelovecheskom-razvitii-rossiyskoy-federacii-doklad-chel.php> (accessed on 09.04.2018). (In Russ.).
6. Rozmainy I.V., Tatarkin A.S. Disbelief in the future and “negative investment” in health capital in contemporary Russia. *Voprosy Ekonomiki*. 2018;(1):128–150. (In Russ.).
7. Human development report 2013 in the Russian federation. Sustainable Development: Rio Challenges. Bobylev S.N., ed. Moscow; 2014. 202 p. (In Russ.).
8. Glushchenko K.P., Karandashova M.A. Price levels in Russian regions. *Region: ekonomika i sotsiologiya*. 2017;(2):76–103. (In Russ.).
9. Fadeichev S., Bobylev S., Pavlova S., Mashatin V. The audit chamber checked the optimisation in the field of health, culture, education and social services. URL: [http://www.ach.gov.ru/press\\_center/news/21297](http://www.ach.gov.ru/press_center/news/21297) (accessed on 01.06.2016). (In Russ.).
10. Bashkarova A. Budget support for medicine is rapidly declining. *Nezavisimaya Gazeta*. 30.08.2017. URL: [http://www.ng.ru/economics/2017-08-30/1\\_7063\\_medicina.html](http://www.ng.ru/economics/2017-08-30/1_7063_medicina.html) (accessed on 31.01.2018). (In Russ.).
11. Zavyalov Y. For affordable and free medicine. *Domovoi sovet*. 2016;6. (In Russ.).
12. Aganbegyan A.G. On goals and measures of healthcare reform in Russia. *Voprosy Ekonomiki*. 2014;(2):149–157. (In Russ.).

## ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

**Татьяна Олеговна Тагаева** — доктор экономических наук, доцент, ведущий научный сотрудник, Институт экономики и организации промышленного производства СО РАН, Новосибирск Россия; профессор кафедры экономической теории, Новосибирский государственный университет, Новосибирск, Россия [tagaeva@ieie.nsc.ru](mailto:tagaeva@ieie.nsc.ru)

**Лидия Кузьминична Казанцева** — кандидат исторических наук, старший научный сотрудник, Институт экономики и организации промышленного производства СО РАН, Новосибирск, Россия [klk@ieie.nsc.ru](mailto:klk@ieie.nsc.ru)

## ABOUT THE AUTHORS

**Tatiana O. Tagaeva** — Doctor of Economics, Leading researcher, Institute of Economics and Industrial Engineering SB RAS, Novosibirsk, Russia; Associate professor, Novosibirsk State University, Novosibirsk, Russia [tagaeva@ieie.nsc.ru](mailto:tagaeva@ieie.nsc.ru)

**Lidiya K. Kazantseva** — Candidate of History, Senior researcher, Institute of Economics and Industrial Engineering SB RAS, Novosibirsk, Russia [klk@ieie.nsc.ru](mailto:klk@ieie.nsc.ru)

*Статья поступила 10.07.2019; принята к публикации 15.08.2019.*

*Авторы прочитали и одобрили окончательный вариант рукописи.*

*The article received on 10.07.2019; accepted for publication on 15.08.2019.*

*The authors read and approved the final version of the manuscript.*