

Г.Э. Улумбекова

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ РОССИИ

ЧТО НАДО ДЕЛАТЬ

Состояние и предложения
2019–2024 гг.

3-е издание



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	11
Список сокращений.....	14
Введение.....	17

ЧАСТЬ I. АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РФ И ФАКТОРОВ, ЕГО ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ

Глава 1. Демографические показатели и показатели здоровья населения РФ в динамике с 1980 по 2018 г.	20
1.1. Демографические показатели	20
1.2. Показатели здоровья населения.....	33
1.3. Смертность и заболеваемость инфекционными болезнями	36
1.4. Смертность и заболеваемость детей и подростков	55
Глава 2. Ключевые факторы, влияющие на здоровье населения РФ в динамике с 2012 по 2018 г.	69
2.1. Факторы, определяющие здоровье населения	69
2.2. Количественная оценка влияния факторов, определяющих здоровье населения (<i>соавторы Нигматулин Б.И., Гинойн А.Б.</i>)	71
2.3. Показатели социально-экономического развития	73
2.4. Образ жизни населения	75
Глава 3. Ресурсы и деятельность системы здравоохранения РФ в динамике с 2012 по 2018 г.	79
3.1. Финансирование здравоохранения	79
3.2. Обеспеченность медицинскими кадрами и их оплата труда	89
3.3. Число медицинских организаций и коечный фонд стационаров	96
3.4. Объемы медицинской помощи	100
3.5. Лекарственное обеспечение населения	103

ЧАСТЬ II. ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО РАЗВИТИЮ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ: 2019–2024 гг.

Глава 4. Стратегические документы по развитию здравоохранения РФ.....	108
4.1. Нормативная база по стратегическому планированию	108
4.2. Национальный проект «Здравоохранение».....	111
4.3. Национальный проект «Демография»	116
4.4. Стратегия развития здравоохранения РФ на период до 2025 г.	117
4.5. Государственная программа «Развитие здравоохранения»	120
4.6. Прогнозы динамики экономических и демографических показателей в РФ до 2024 г.	134

Глава 5. Предложения по развитию здравоохранения РФ на период 2019–2024 гг.	137
5.1. Сценарные условия достижения ОПЖ 78 лет и необходимые объемы финансирования здравоохранения.	137
5.2. Декомпозиция целевых показателей ОПЖ до 2024 г. (соавтор <i>Гинойн А.Б.</i>)	140
5.3. Программно-целевое управление достижением в РФ ОПЖ 78 лет к 2024 г.: главные приоритеты.	145
5.4. Обеспечение доступности и качества первичной медико-санитарной помощи	154
5.5. Увеличение доступности ЛС для населения РФ	174
5.6. Оптимизация системы обязательного медицинского страхования ...	209
5.7. Формирование у населения РФ приверженности к здоровому образу жизни (соавтор <i>Прохоренко Н.Ф.</i>)	225
5.8. Развитие федерального проекта «Старшее поколение»	232
5.9. Развитие федерального проекта «Национальные центры»	257
5.10. Устранение противоречий в нормативной базе здравоохранения РФ, включая вопросы обеспечения качества медицинской помощи.	268
5.11. Показатели для оценки качества медицинской помощи на основе международного опыта.	292
5.12. Развитие системы непрерывного медицинского образования и федерального проекта «Обеспечение системы здравоохранения квалифицированными кадрами»	315
5.13. Рейтинги эффективности регионов РФ: управление здравоохранением и системой охраны здоровья (соавторы <i>Прохоренко Н.Ф., Гинойн А.Б.</i>)	326
5.14. Развитие здравоохранения регионов Арктической зоны РФ (соавтор <i>Калашникова А.В.</i>)	344
5.15. Развитие здравоохранения Дальневосточного федерального округа РФ	376
5.16. Анкеты по оценке доступности первичной медико-санитарной помощи и приверженности населения к здоровому образу жизни.	392
5.17. Распределение финансовых ресурсов по приоритетным направлениям развития здравоохранения на 2019–2024 гг.	400
Список литературы	406

ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ И ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РФ В ДИНАМИКЕ С 1980 ПО 2018 г.

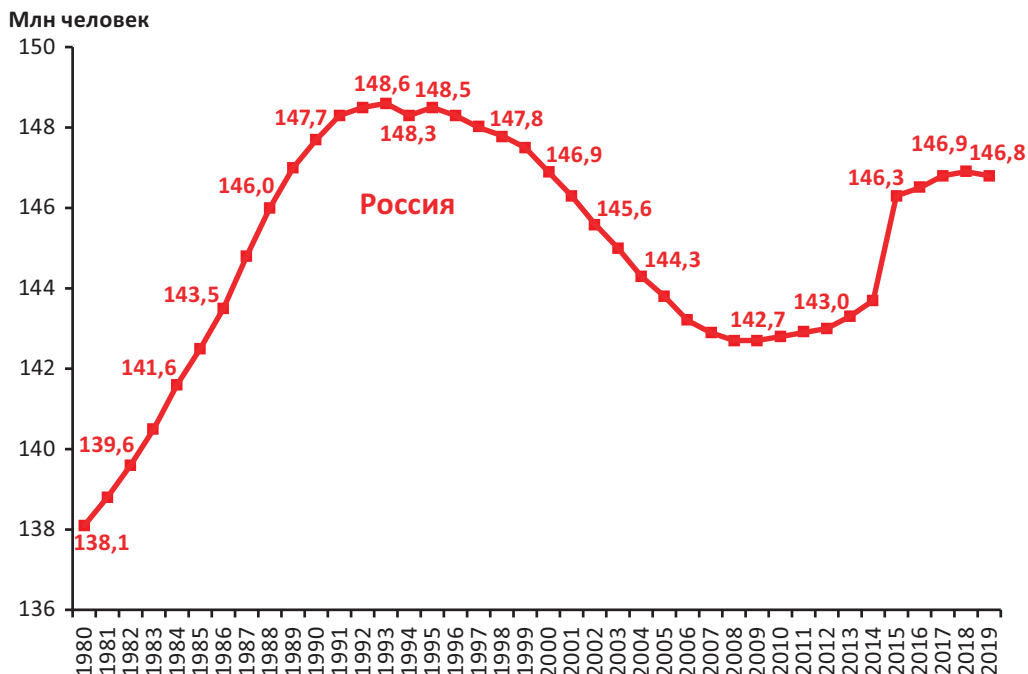
1.1. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

По состоянию на 1 января 2019 г. численность населения РФ составила **146,8 млн человек** (рис. 2). С 1980 по 2019 г. (почти за 40 лет) численность населения страны возросла только **на 6%** (8,7 млн человек), а за последние **6 лет** (здесь и далее — с 2012 по 2018 г., если не указано иначе) — **на 3%** (3,8 млн человек с учетом присоединения Республики Крым и г. Севастополя). Сегодня численность населения РФ даже **на 1,8 млн человек меньше**, чем была в 1992 г. (**148,6 млн человек**).

По возрастной структуре население разделено следующим образом (на 1 января 2018 г.): трудоспособное население — **56%**, дети от 0 до 15 лет — **19%**, лица старше трудоспособного возраста (мужчины старше 60 лет и женщины старше 55 лет) — **25%**. По сравнению с 1980 г. население РФ существенно **постарело**, тогда доля детей составляла **23%**, а доля лиц старше трудоспособного возраста — **16%**.

Демографическая ситуация в РФ характеризуется **сокращением рождаемости**. На рис. 3 продемонстрирована динамика коэффициента рождаемости (число родившихся живыми на 1000 населения в год) в РФ и странах ЕС. Видно, что в РФ с 1988 по 1999 г. (за 11 лет) этот показатель **снизился почти в 2 раза**, с 1999 по 2011 г. (за 12 лет) он **вырос на 52%**. В период с 2011 по 2014 г. рождаемость оставалась на прежнем уровне, а затем, с 2014 по 2018 г., началось ее резкое снижение — **почти на 20% за 4 года**. В 2018 г. в РФ всего родилось **1,6 млн человек**, коэффициент рождаемости составил **10,9** живорожденных на 1000 населения, что практически **на уровне «новых-8» стран ЕС** (10,5 случая), и **на 11% выше**, чем в «старых» странах ЕС (9,8 случая).

На рис. 4 показано изменение суммарного коэффициента рождаемости, или фертильности (среднее количество детей, рожденных одной женщиной в детородном возрасте — 15–50 лет), в РФ и странах ЕС. В РФ данный показатель с 1980 по 2018 г. **сократился на 16%**, а за последние 6 лет — **на 6%**. В 2018 г. он составил **1,58** ребенка на одну женщину, что **на уровне «старых» стран ЕС** (1,58), и **на 4% выше**, чем в «новых-8» странах ЕС (1,52).



Источник: Росстат.

Рис. 2. Динамика численности населения РФ (на 1 января)



«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.
 Источники: Росстат; база данных ВОЗ «Здоровье для всех»; база данных ОЭСР «OECD.Stat».

Рис. 3. Динамика общего коэффициента рождаемости в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС

Среднее число детей, которых может родить одна женщина репродуктивного возраста (15–50 лет)



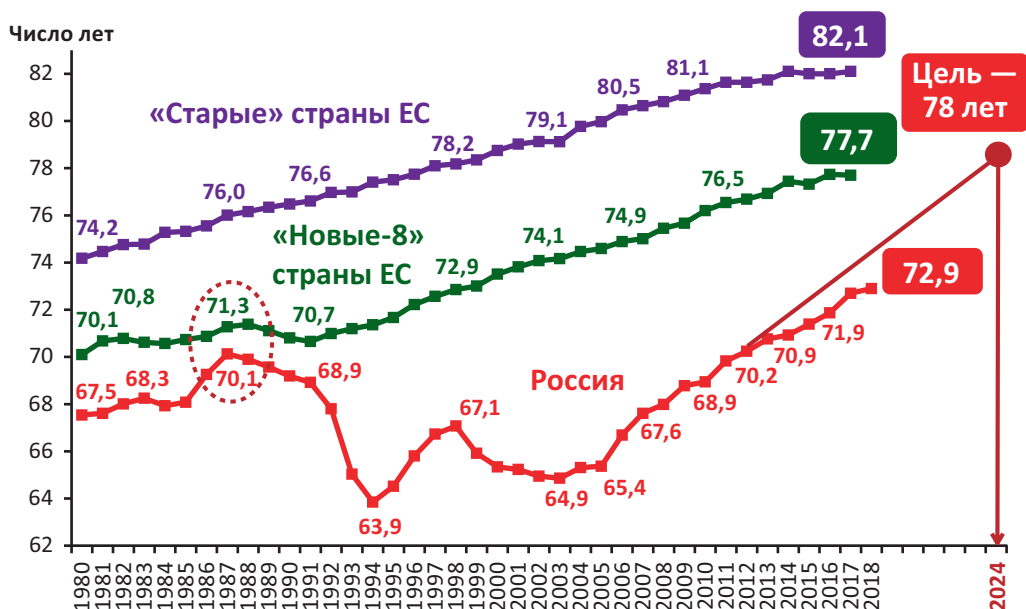
«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению. Источники: Росстат; база данных ВОЗ «Здоровье для всех»; база данных ОЭСР «OECD.Stat».

Рис. 4. Динамика суммарного коэффициента рождаемости (фертильности) в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (ОПЖ) — это главный показатель оценки состояния здоровья населения, который рассчитывается на основании повозрастных коэффициентов смертности. ОПЖ — это количество лет, которое в среднем предстоит прожить человеку, рожденному сегодня, если на протяжении его жизни повозрастные коэффициенты смертности останутся такими же, как в год, когда вычисляется показатель. С 1990 по 2018 г. (28 лет) ОПЖ в РФ возросла всего **на 4 года** из-за существенного ее падения в период с 1988 вплоть до 2004 г. За последние 6 лет ОПЖ выросла **на 2,7 года**. Несмотря на это, в 2018 г. в РФ ОПЖ была **на 4,8 года ниже**, чем в «новых-8» странах ЕС, и **на 9,2 года ниже**, чем в «старых» странах ЕС (соответственно 72,9; 77,7 и 82,1 года). При этом в 1987 г. разница с «новыми-8» странами ЕС составляла меньше **1 года** (рис. 5).

Наиболее выражена разница с развитыми странами по ОПЖ у российских мужчин. В 2018 г. ОПЖ мужчин в РФ была **на 6,1 года меньше**, чем в «новых-8» странах ЕС, и **на 11,9 года меньше**, чем в «старых» странах ЕС (соответственно 67,8; 73,9 и 79,7 года). В 1987 г. по сравнению с «новыми-8» странами ЕС эта разница была **только 2,5 года** (рис. 6).

Следует также отметить, что российские мужчины живут **на 10 лет меньше**, чем российские женщины (соответственно 67,8 и 77,8 года). В 1986 г. эта разница была меньше и составляла **8,6 года** (рис. 7). Наблюдается также высокая разница между ОПЖ городского и сельского населения, которая в 2018 г. составила **1,6 года** (соответственно 73,3 и 71,7 года). Самая низкая разница в ОПЖ между городским и сельским населением — **0,7 года** была в 1995 г. (рис. 8).



«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.
 Источники: Росстат, база данных ВОЗ «Здоровье для всех», база данных ОЭСР «OECD.Stat».

Рис. 5. Динамика ожидаемой продолжительности жизни при рождении в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС



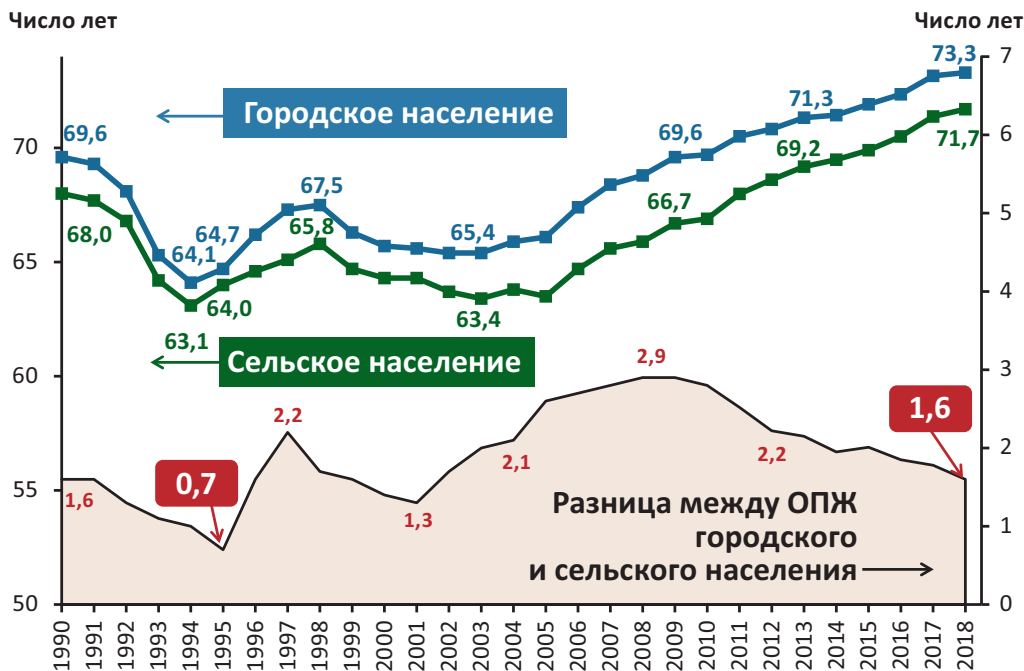
«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.
 Источники: Росстат; база данных ВОЗ «Здоровье для всех», база данных ОЭСР «OECD.Stat».

Рис. 6. Динамика ожидаемой продолжительности жизни при рождении мужчин в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС



Источник: Росстат.

Рис. 7. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении мужчин и женщин в РФ



Источник: Росстат.

Рис. 8. Ожидаемая продолжительность жизни городского и сельского населения РФ

Общий коэффициент смертности (ОКС) (число умерших на 1000 населения). Всего в РФ в 2018 г. умерло **1,8 млн человек**. С 1986 по 2018 г. (за 32 года) ОКС увеличился **на 19%**. Несмотря на то, что за последние 6 лет ОКС в РФ снизился **на 7%**, этот показатель сегодня в РФ **на 15% выше**, чем в «новых-8» странах ЕС, и **на 29% выше**, чем в «старых» странах ЕС (соответственно 12,4; 10,8 и 9,6 случая на 1000 населения). При этом в 1980–1990 гг. ОКС в РФ был на уровне «новых-8» стран ЕС (рис. 9).

Число умерших на 1000 населения



«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению. Источники: Росстат; база данных ВОЗ «Здоровье для всех».

Рис. 9. Динамика общего коэффициента смертности в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС

Стандартизованный коэффициент смертности (СКС) показывает, сколько бы человек умерло, если бы возрастной состав населения был таким же, как и в стандарте ВОЗ (здесь и далее расчеты СКС сделаны по европейскому стандарту населения). СКС рассчитывается на 100 тыс. населения и является более адекватным показателем, чем ОКС. Он используется для сравнения разных стран и регионов между собой, а также для одной страны в динамике при изменении структуры населения. В РФ СКС от всех причин смерти с 1980 по 2018 г., в отличие от ОКС, снизился **на 30%**, а с 1986 г. — **на 22%**. За последние 5 лет (с 2012 по 2017 г.) снижение СКС составило **12%**. Несмотря на это снижение, в 2017 г. в РФ разница по СКС с развитыми странами была значительно выше, чем разница по ОКС: **в 1,3 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС, и **в 1,9 раза выше**, чем в «старых» странах ЕС (соответственно 959, 722 и 507 случаев на 100 тыс. населения). При этом в 1986 г. разница по этому показателю с «новыми-8» странами ЕС была **незначительной** (рис. 10).

Число умерших на 100 тыс. населения
соответствующего пола и возраста (европейский стандарт)



«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению. Источники: Росстат (Демографический ежегодник России), ЦНИИОИЗ Минздрава России; база данных ВОЗ «Здоровье для всех».

Рис. 10. Динамика стандартизованного коэффициента смертности в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС

Коэффициент младенческой смертности (число умерших в возрасте до 1 года на 1000 родившихся живыми). В РФ этот показатель значительно снижается: с 1980 по 2018 г. — **в 4,3 раза**, за последние 6 лет — **в 1,7 раза** (для справки: подъем показателя в 2012 г. связан с переходом на новые критерии живорождения¹). Однако в 2018 г. в РФ коэффициент младенческой смертности был **в 1,4 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС, и **в 1,5 раза выше**, чем в «старых» странах ЕС (соответственно 5,1; 3,7 и 3,3 случая на 1000 родившихся живыми) (рис. 11). Всего умерло в возрасте до 1 года — 8,2 тыс. детей.

Смертность детей в возрасте от 0 до 14 лет (число случаев на 100 тыс. населения соответствующего возраста). В РФ этот показатель постоянно снижается: с 1990 по 2017 г. — **в 2,7 раза**, за последние 5 лет — **в 1,7 раза**. Однако в 2017 г. в РФ смертность детей от 0 до 14 лет была **в 1,6 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС, и **в 2 раза выше**, чем в «старых» странах ЕС (соответственно 61,4; 37,6 и 31,4 случая на 100 тыс. населения соответствующего возраста) (рис. 12).

Самая большая проблема в РФ — это высокая смертность граждан **трудоспособного возраста**; в 2017 г. в этом возрасте умерло **394 тыс. человек**, в расчете на 100 тыс. населения — это 473,4 случая. По расчетам академика Российской академии наук А.Г. Аганбегяна, этот показатель в РФ **в 3,4 раза выше**, чем в странах ЕС². Научные данные свидетельствуют, что в половине случаев

¹ Приказ Минздравсоцразвития России от 27.12.2011 № 1687н «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке его выдачи».

² Аганбегян А.Г. Демографическая драма на пути перспективного развития России // Народонаселение. — М.: Институт социально-экономических проблем народонаселения РАН, 2017. — № 3. — С. 4–23.

Число умерших в возрасте до 1 года на 1000 родившихся живыми



«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению. Источники: Росстат; база данных ОЭСР «OECD.Stat».

Рис. 11. Динамика коэффициента младенческой смертности в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС

Число умерших в возрасте 0–14 лет на 100 тыс. населения соответствующего возраста

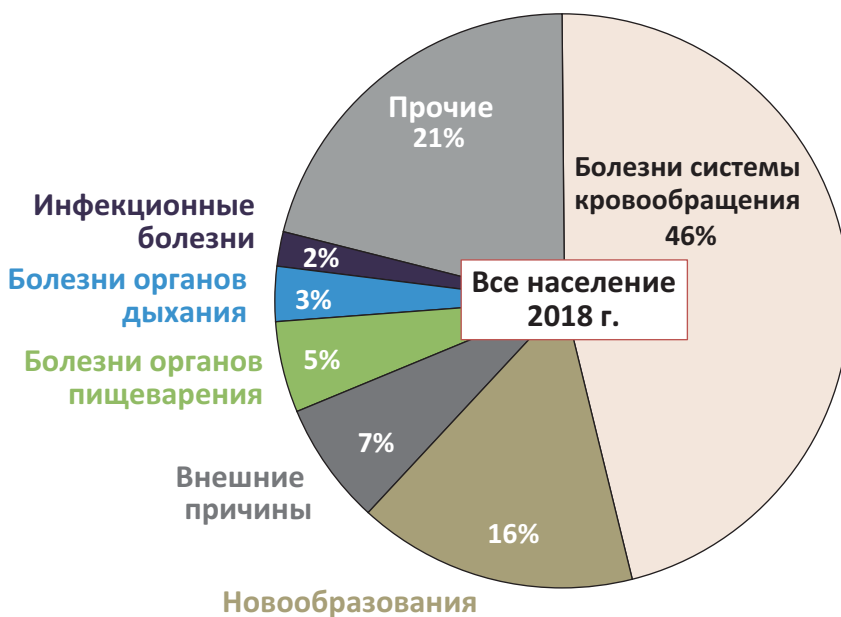


«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению. Источники: Росстат; база данных ОЭСР «OECD.Stat».

Рис. 12. Динамика смертности детей в возрасте 0–14 лет в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС

это напрямую или косвенно связано с избыточным потреблением алкоголя и табакокурением¹.

Структура смертности по основным причинам. На рис. 13 представлена структура смертности всего населения в РФ в 2018 г. Видно, что основными причинами смертности являются неинфекционные заболевания: болезни системы кровообращения (БСК) — **46%**, новообразования — **16%**, внешние причины — **7%**, болезни органов пищеварения — **5%**, болезни органов дыхания — **3%**, инфекционные болезни — **2%**.



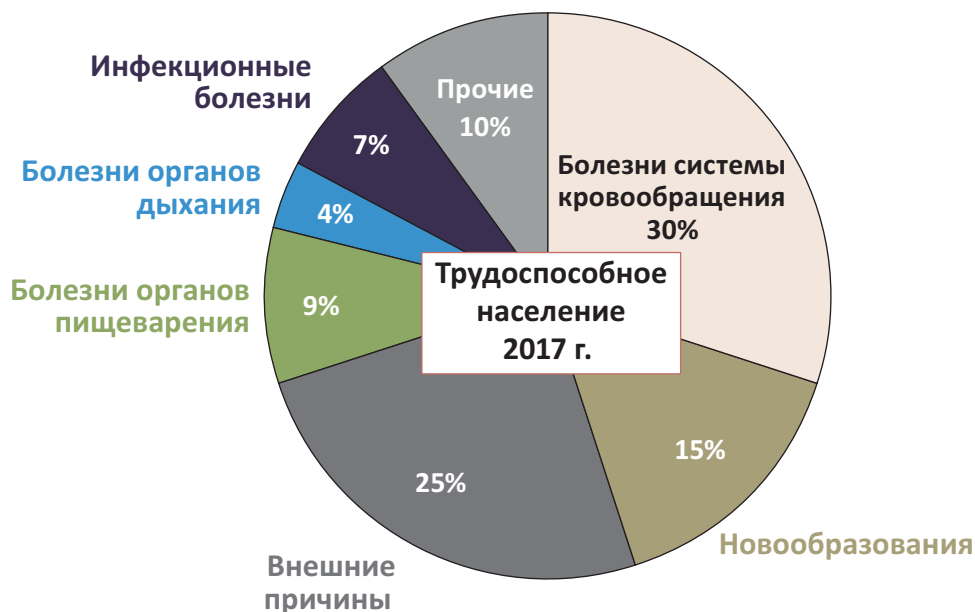
Источник: Росстат.

Рис. 13. Структура смертности всего населения в РФ в 2018 г.

На рис. 14 представлена структура смертности трудоспособного населения в РФ. Видно, что от внешних причин умирают почти столько же граждан трудоспособного возраста — **25%**, сколько и от БСК — **30%**.

В РФ смертность от БСК, несмотря на снижение (с 1980 по 2017 г. — **на 43%**, за последние 5 лет — **на 26%**), является одной из самых высоких в мире. Так, в 2017 г. СКС от БСК в РФ был в **1,4 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС, и в **3 раза выше**, чем в «старых» странах ЕС (соответственно 435, 312 и 146 случаев на 100 тыс. населения соответствующего пола и возраста) (рис. 15).

¹ http://xn----7sbbahcmgafaski&a2afibqaixke4dxd.xn--p1ai/publ/obshhestvennoe_zdorove/vlijanie_potreblenija_alkogolja_na_smernost_trudospobnogo_naselenija_v_rossii/18-1-0-560



Источник: Росстат.

Рис. 14. Структура смертности трудоспособного населения в РФ в 2017 г.

Число умерших на 100 тыс. населения соответствующего пола и возраста (европейский стандарт)



«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.
 Источники: Росстат (Демографический ежегодник России), ЦНИИОИЗ Минздрава России; база данных ВОЗ «Здоровье для всех».

Рис. 15. Динамика стандартизованного коэффициента смертности от болезней системы кровообращения в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС

СКС от злокачественных новообразований в РФ с 1980 по 2017 г. снизился на 23%, за последние 5 лет — на 7%. В 2017 г. этот показатель в РФ был на 18% ниже, чем в «новых-8» странах ЕС, но на 4% выше, чем в «старых» странах ЕС (соответственно 158, 193 и 152 случая на 100 тыс. населения соответствующего пола и возраста) (рис. 16).

Число умерших на 100 тыс. населения соответствующего пола и возраста (европейский стандарт)



«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению. Источники: Росстат (Демографический ежегодник России), ЦНИИОИЗ Минздрава России; база данных ВОЗ «Здоровье для всех».

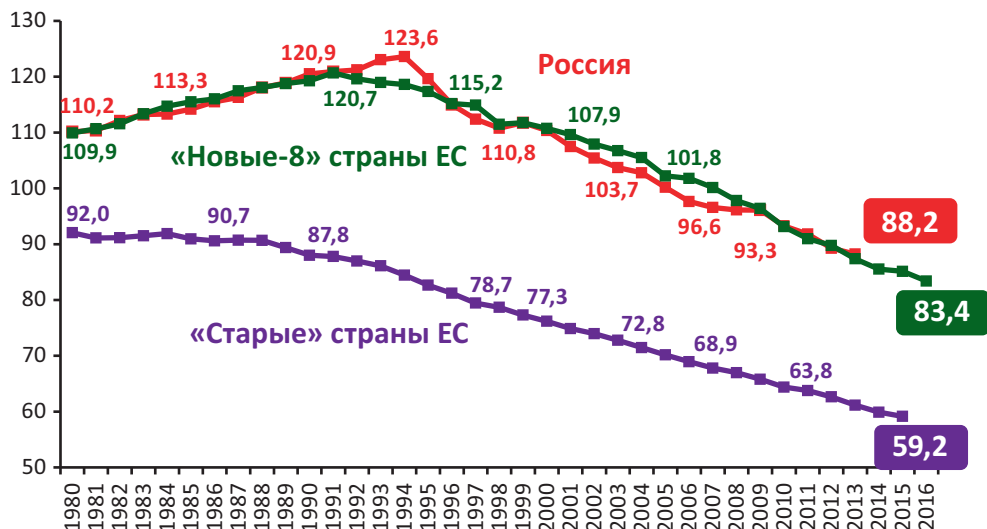
Рис. 16. Динамика стандартизованного коэффициента смертности от злокачественных новообразований в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС

При сравнении СКС от злокачественных новообразований среди населения в возрасте 0–64 года разница со «старыми» странами ЕС более выражена. На рис. 17 видно, что в 2013 г. в РФ этот показатель был на уровне «новых-8» стран ЕС и в 1,5 раза выше, чем в «старых» странах ЕС (соответственно 88,2; 83,4 и 59,2 случая на 100 тыс. населения соответствующего пола и возраста). К сожалению, в базе данных ВОЗ не представлены данные за последние годы, вероятнее всего, сегодня СКС от злокачественных новообразований в возрасте до 64 лет в РФ по-прежнему значительно выше, чем в «старых» странах ЕС.

СКС от внешних причин смерти в РФ с 1980 по 2017 г. снизился в 1,8 раза, за последние 5 лет — на 22%. Несмотря на снижение, в 2017 г. СКС от внешних причин в РФ был в 2 раза выше, чем в «новых-8» странах ЕС, и в 3,3 раза выше, чем в «старых» странах ЕС (соответственно 95, 47 и 29 случаев на 100 тыс. населения соответствующего пола и возраста) (рис. 18).

СКС от некоторых инфекционных и паразитарных болезней в РФ с 1980 по 2017 г. снизился всего на 8%, а с 1990 по 2017 г. показатель вырос в 1,7 раза, за последние 5 лет — на 10%. При этом в 2017 г. СКС от инфекционных болезней в РФ был в 3,5 раза выше, чем в «новых-8» странах ЕС, и в 2,3 раза выше, чем в «старых» странах ЕС (соответственно 22,0; 6,2, и 9,6 случая на 100 тыс. населения соответствующего пола и возраста) (рис. 19).

Число умерших на 100 тыс. населения соответствующего пола и возраста (0–64 года)



«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению. Источник: база данных ВОЗ «Здоровье для всех»; РФ — данные ВОЗ.

Рис. 17. Динамика стандартизованного коэффициента смертности от злокачественных новообразований среди населения в возрасте 0–64 года в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС

Число умерших на 100 тыс. населения соответствующего пола и возраста (европейский стандарт)



«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению. Источники: Росстат (Демографический ежегодник России), ЦНИИОИЗ Минздрава России; база данных ВОЗ «Здоровье для всех».

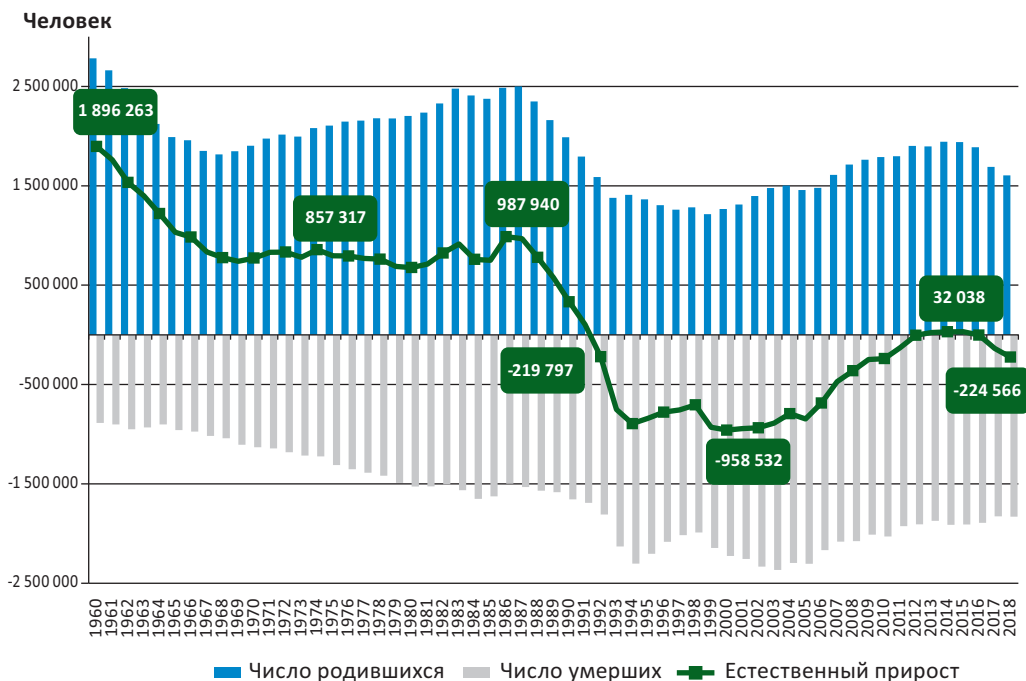
Рис. 18. Динамика стандартизованного коэффициента смертности от внешних причин в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС

Число умерших на 100 тыс. населения соответствующего пола и возраста (европейский стандарт)



«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению. Источники: Росстат (Демографический ежегодник России), ЦНИИОИЗ Минздрава России; база данных ВОЗ «Здоровье для всех».

Рис. 19. Динамика стандартизованного коэффициента смертности от инфекционных болезней в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС



Источник: Росстат.

Рис. 20. Динамика естественного движения населения в РФ

Кроме того, в РФ наблюдается **существенная разница** между показателями смертности у мужчин и женщин. Так, СКС от БСК среди мужчин **в 1,9 раза выше**, чем среди женщин, от злокачественных новообразований — **в 2 раза выше**, от внешних причин — **в 4,1 раза выше**, от инфекционных болезней — **в 2,5 раза выше**.

Естественное движение населения РФ — это обобщенное название совокупности рождений и смертей, изменяющих численность населения так называемым естественным путем. На **рис. 20** показана динамика естественного движения населения РФ. Видно, что с 1960 по 1991 г. наблюдался положительный прирост населения (зеленая кривая), а с 1992 г. — число умерших **превышало** число родившихся. Тенденция лишь немного сменилась на положительную в период 2013–2015 гг. С 2016 г. в РФ число умерших вновь начало превышать число родившихся, в 2018 г. эта разница составила 224,6 тыс. человек.

1.2. ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Последние 30 лет **общая заболеваемость** населения (совокупность всех имеющихся среди населения заболеваний, впервые выявленных в данном году и зарегистрированных в предыдущие годы, по поводу которых больные вновь обратились в данном году, на 100 тыс. населения) в РФ постоянно **растет**. Это объясняется, с одной стороны, ростом доли пожилого населения и более эффективной выявляемостью заболеваний с помощью новых методов диагностики, с другой — ухудшением здоровья населения и неэффективностью системы профилактики и лечения заболеваний.

С 1990 по 2017 г. общая заболеваемость увеличилась **на 51%** (в расчете на 100 тыс. населения). За последние 5 лет ее рост составил **7,8 млн случаев** (с учетом Крыма). В 2017 г. общее число зарегистрированных заболеваний было 237,5 млн случаев. На **рис. 21** видно, что с 1990 по 2017 г. возросло число случаев заболеваний, приводящих к смерти, например, количество заболеваний системы кровообращения увеличилось **в 2,4 раза**, онкологических — **в 2,2 раза**. Частота приводящей к инвалидности патологии костно-мышечной системы и соединительной ткани выросла **в 2,3 раза**, осложнения беременности, родов и послеродового периода — **в 2,1 раза**.

Следует отметить, что реальная заболеваемость, требующая врачебного вмешательства, может быть **еще выше**, чем регистрируемая. Связано это с тем, что часть населения из-за низкой доступности медицинской помощи, особенно первичной медико-санитарной, просто не обращается в медицинские учреждения.

Среди причин общей заболеваемости преобладали патология органов дыхания (**25%**), болезни системы кровообращения (**15%**), болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (**8%**) (**рис. 22**).

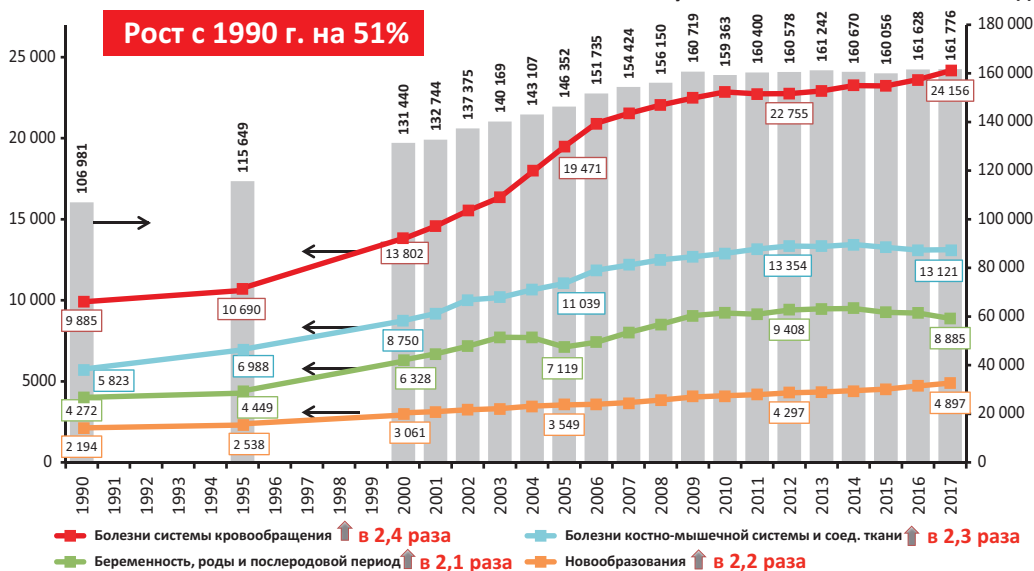
Всего в 2017 г. впервые было зарегистрировано 114,4 млн заболеваний. В структуре **первичной заболеваемости** (регистрируется при установлении в данном году больному диагноза впервые в жизни) населения РФ на первом

месте находятся болезни органов дыхания (45%), на втором — травмы и отравления (11%), на третьем — болезни мочеполовой системы (6%).

Число случаев на 100 тыс. населения в год

Все заболевшие,

число случаев на 100 тыс. населения в год



Данные с 1990 по 2004 г. — сборники Росстата «Здравоохранение России»; с 2005 по 2013 г. — база ЕМИСС Росстата; далее — сборники ЦНИИОИЗ Минздрава России.

Рис. 21. Динамика общей заболеваемости всего населения РФ



Источник: ЦНИИОИЗ Минздрава России.

Рис. 22. Структура общей заболеваемости в РФ в 2017 г.

Первичная инвалидность в нашей стране с 1990 г. значительно выросла к 2005 г. — **в 2,4 раза**. Однако с 2006 г. начала уменьшаться и в 2018 г. составила **641 тыс. человек**. Доля лиц трудоспособного возраста среди всех лиц, впервые признанных инвалидами, стабильно высока — **44%** (рис. 23). Всплеск инвалидности в 2005 г., скорее всего, был связан с введением федеральной программы дополнительного лекарственного обеспечения, когда регионы предпочли увеличить число граждан, имеющих льготы по этой программе. А последующее снижение было связано с административным регулированием этого процесса.



Источник: Росстат.

Рис. 23. Динамика лиц, впервые признанных инвалидами, в РФ

Производственный травматизм и профессиональные заболевания¹. **Общий производственный травматизм** (численность пострадавших при несчастных случаях на производстве) в РФ начиная с 1990 г. постоянно снижался и составил в 2016 г. 1,3 случая на 1000 работающих (всего 26,7 тыс. случаев). При пересчете этого показателя по международной методике на все население число пострадавших на производстве в РФ составит 18,2 случая на 100 тыс. населения, что значительно ниже «новых-8» стран ЕС (206) и «старых» стран ЕС (786). Скорее всего, такие различия связаны с недостаточной регистрируемостью этих случаев в РФ.

Число пострадавших на производстве со смертельным исходом в РФ в 2016 г. составило 0,06 случая на 1000 работающих (всего 1,3 тыс. случаев). При пересчете этого показателя по международной методике (на все население) в РФ он составит 0,9 случая на 100 тыс. населения, что на уровне «новых-8» стран ЕС (0,9 случая) и «старых» стран ЕС (1 случай).

¹ Данные по РФ — сборник Росстата «Здравоохранение РФ», 2017 (для сопоставимости — пересчет ВШОУЗ-КМК). Данные по ЕС — база данных ВОЗ «Здоровье для всех».

Косвенно оценить состояние здоровья работающих можно по количеству дней временной нетрудоспособности — среднему **числу рабочих дней невыхода на работу по причине болезни** или травмы на одного работника в год; отпуск по беременности и родам не учитывается. Число дней невыхода на работу на одного человека в год в 2016 г. в РФ составило **5,8** (по данным ЕМИСС), в «новых» странах ЕС — **11,6 дня**, в «старых» странах ЕС — **12 дней**. В советское время этот показатель был выше и составлял **10 дней**, как и в «новых» странах ЕС сегодня. Такое низкое значение этого показателя в РФ сегодня, вероятнее всего, связано с тем, что российские граждане выходят на работу в состоянии болезни, опасаясь потерять ее, или не всегда оформляют больничные листы.

Численность лиц с впервые установленным **профессиональным заболеванием** (отравлением) резко возросла в 1990–1995 гг., затем наблюдалось ее снижение до уровня 1980 г. В 2016 г. уровень профессиональной заболеваемости составлял **12,4 случая** на 100 тыс. работающих (или **3,8** на 100 тыс. населения). Этот показатель в РФ также ниже, чем в «новых» странах ЕС (9,4) и «старых» странах ЕС (41,7). Но это не является признаком благополучия с профессиональной заболеваемостью в нашей стране, так как большинство случаев этой патологии не выявляется и/или не связывается с профессиональными вредностями (Измеров Н.Ф., 2002). Более того, такие низкие показатели профессиональной заболеваемости не коррелируют с аномально высокой смертностью трудоспособного населения (см. раздел 1.1).

1.3. СМЕРТНОСТЬ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ИНФЕКЦИОННЫМИ БОЛЕЗНЯМИ

Смертность от инфекционных болезней

За последнее столетие взяты под контроль многие инфекционные заболевания, которые ранее были причиной смерти миллионов людей, часть инфекций искоренена или практически искоренена. Однако в последние годы сохраняются серьезные проблемы: большая распространенность и недостаточная динамика снижения заболеваемости и смертности от туберкулеза, вирусного гепатита, болезней, вызванных ВИЧ (вирусом иммунодефицита человека).

Выраженность названных проблем в РФ значительно выше, чем в развитых странах ЕС¹. Стандартизованный по возрасту коэффициент смертности (здесь и далее — европейский стандарт) от инфекционных болезней среди мужчин в 2016 г. в РФ составил 32,8 случая на 100 тыс. населения соответствующего пола и возраста, что в **4,2 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС (7,9 случая), и в **3 раза выше**, чем в «старых» странах ЕС (11 случаев) (рис. 24).

Среди женщин разница в показателе СКС от инфекционных болезней значительно ниже, чем среди мужчин. Так, СКС от инфекционных болезней среди женщин в 2016 г. в РФ составил 12,7 случая на 100 тыс. населения соответствующего пола и возраста, что в **2,6 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС (4,8 случая), и в **1,6 раза выше**, чем в «старых» странах ЕС (8 случаев) (рис. 25).

¹ При анализе СКС в РФ и ЕС учитывались одинаковые классы болезней по МКБ-X (A00–A99, B00–B99).

Число умерших на 100 тыс. населения соответствующего возраста, МУЖЧИНЫ



«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.
 Источники: Росстат (Демографический ежегодник России); база данных ВОЗ «Здоровье для всех».

Рис. 24. Динамика стандартизованного коэффициента смертности от инфекционных болезней среди мужчин в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС

Число умерших на 100 тыс. населения соответствующего возраста, ЖЕНЩИНЫ



«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.
 Источники: Росстат (Демографический ежегодник России); база данных ВОЗ «Здоровье для всех».

Рис. 25. Динамика стандартизованного коэффициента смертности от инфекционных болезней среди женщин в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС

Разница в смертности от инфекционных болезней особенно **значительна среди населения молодого возраста**. Так, СКС от инфекционных болезней среди населения в возрасте 15–29 лет в 2017 г. в РФ составил 9,7 случая, что **в 8,8 раза выше**, чем в «новых» странах ЕС (1,1 случая), и **в 24 раза выше**, чем в «старых» странах ЕС (0,4 случая) (рис. 26).

Еще большая разница в показателях наблюдается среди населения в возрасте 30–44 года: СКС от инфекционных болезней среди населения в этом возрасте в 2017 г. в РФ составил 55,4 случая, что **в 16,3 раза выше**, чем в «новых» странах ЕС (3,4 случая), и почти **в 28 раз выше**, чем в «старых» странах ЕС (2,0 случая) (рис. 27).

В более старших возрастных группах разница значений СКС от инфекционных болезней в РФ и странах ЕС постепенно снижается, хотя остается по-прежнему **высокой**. Среди населения в возрасте 45–59 лет этот показатель в 2017 г. в РФ составил 27,3 случая, что **в 3,2 раза выше**, чем в «новых» странах ЕС (8,5 случая), и **в 4 раза выше**, чем в «старых» странах ЕС (6,8 случая).

В РФ смертность от инфекционных болезней в трудоспособном возрасте в 2017 г. составила 94% всех смертей (29 тыс. из 31 тыс. умерших). Она также **значительно выше** среди мужчин, чем среди женщин — **в 2,4 раза**, в 2002 г. эта разница была **5,5 раза** (рис. 28). Снижение разницы произошло за счет стремительного роста смертности от инфекций среди женщин в трудоспособном возрасте: с 2002 по 2017 г. она выросла **в 2,1 раза**, при этом среди всего населения этот показатель возрос **на 7%**, а среди мужчин снизился **на 9%**.

Число умерших на 100 тыс. населения соответствующего возраста (15–29 лет)



Источники: ЦНИИОИЗ Минздрава России (сборник «Медико-демографические показатели»); база данных ВОЗ «Здоровье для всех».

Рис. 26. Динамика стандартизованного коэффициента смертности от инфекционных болезней среди населения в возрасте 15–29 лет в РФ, «новых» и «старых» странах ЕС

Число умерших на 100 тыс. населения соответствующего возраста (30–44 года)



Источники: ЦНИИОИЗ Минздрава России (сборник «Медико-демографические показатели»); база данных ВОЗ «Здоровье для всех».

Рис. 27. Динамика стандартизованного коэффициента смертности от инфекционных болезней среди населения в возрасте 30–44 года в РФ, «новых» и «старых» странах ЕС



Источник: Демографический ежегодник России (Росстат).

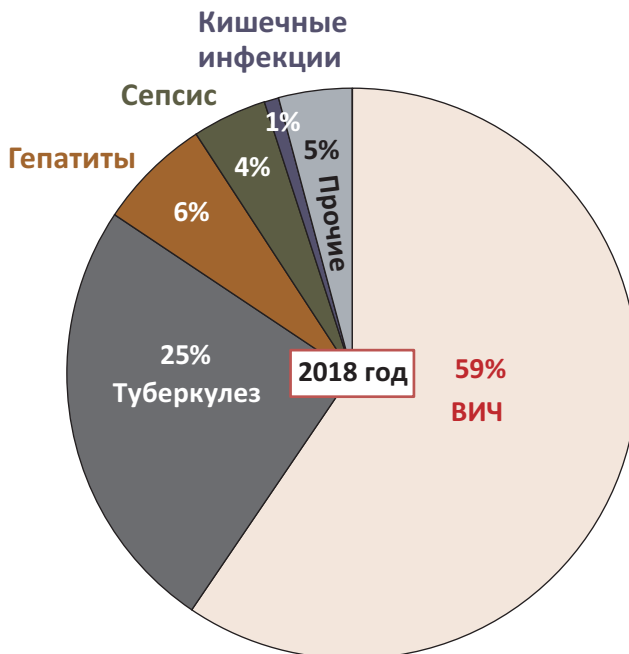
Рис. 28. Динамика коэффициентов смертности от инфекционных болезней среди населения трудоспособного возраста в РФ

На [рис. 29](#) представлена **структура смертности** от инфекционных болезней в РФ в 2018 г. Видно, что почти 90% всех причин смертей вызвано: вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) — **59%**, туберкулезом — **25%** и вирусными гепатитами — **6%**.

На [рис. 30](#) представлена динамика коэффициентов смертности от основных видов инфекционных болезней в РФ. Видно, что смертность от туберкулеза к 2018 г. снизилась до уровня 1990-х гг. Вместе с тем в период с 2003 по 2018 г. существенно возросла смертность от ВИЧ — почти **в 32 раза**, а от вирусных гепатитов — **в 3 раза**.

В РФ с 1990 по 2017 г. на фоне роста смертности (ОКС) от инфекционных болезней **в 1,8 раза** первичная и общая заболеваемость инфекционными болезнями снизились соответственно **на 22 и 15%** ([рис. 31](#)). Это говорит о том, что в РФ большинство инфекционных заболеваний своевременно **не выявляются и не лечатся**.

Смертность и заболеваемость туберкулезом. На [рис. 32](#) представлен СКС от туберкулеза среди всего населения. В РФ данный показатель с 2005 г. значительно снизился, но в 2017 г. составил 5,9 случая на 100 тыс. населения соответствующего пола и возраста, что **в 5,4 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС (1,1 случая), и почти **в 20 раз выше**, чем в «старых» странах ЕС (0,3 случая).



Источник: Росстат.

Рис. 29. Структура смертности от инфекционных болезней в РФ в 2018 г.

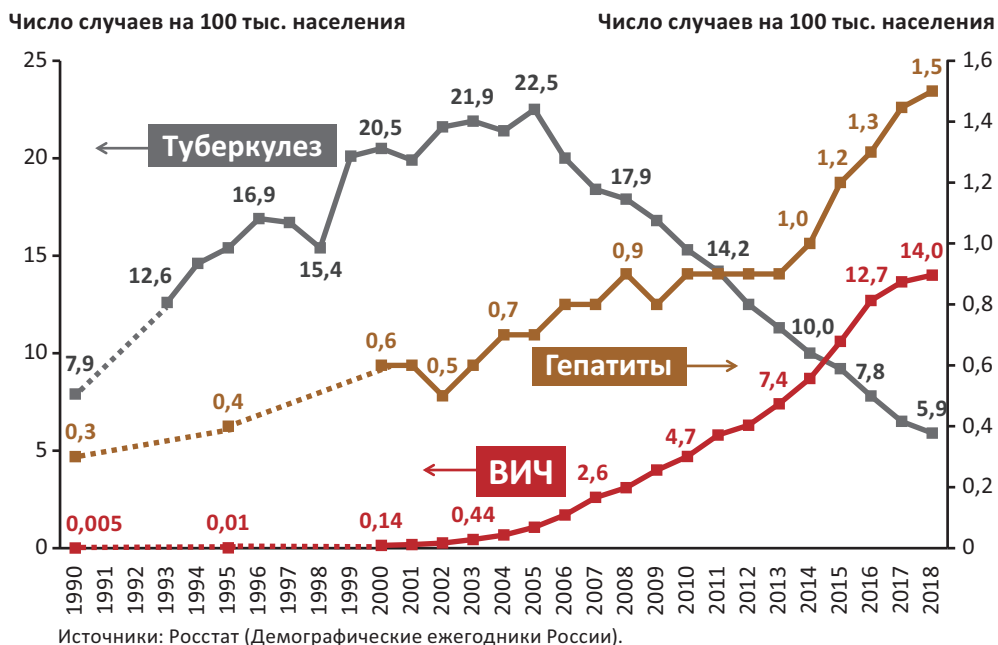


Рис. 30. Динамика коэффициентов смертности от туберкулеза, вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции в РФ



Рис. 31. Динамика первичной и общей заболеваемости по классу «Инфекционные болезни» и общего коэффициента смертности от инфекционных болезней в РФ

Число умерших на 100 тыс. населения
соответствующего пола и возраста (европейский стандарт)



«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.
Источники: по России до 2013 г. — данные ВОЗ, с 2013 г. — ЦНИИОИЗ Минздрава России;
база данных ВОЗ «Здоровье для всех».

Рис. 32. Динамика стандартизованного коэффициента смертности от туберкулеза среди всего населения в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС

Первичная заболеваемость туберкулезом в РФ в 2018 г. составила 44,4 случая на 100 тыс. населения, что **в 3,2 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС (13,8 случая), и **в 5,8 раза выше**, чем в «старых» странах ЕС (7,6 случая) (рис. 33). По оценке ВОЗ, распространенность туберкулеза в РФ хотя и снижается, но в 2014 г. была **в 4,7 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС, и почти **в 10 раз выше**, чем в «старых» странах ЕС (соответственно 109, 23 и 11 случаев на 100 тыс. населения) (рис. 34).

Заболеваемость ВИЧ-инфекцией¹. Первичная заболеваемость ВИЧ-инфекцией с 2003 по 2015 г. в РФ выросла **в 3 раза**. С 2015 по 2018 г. наблюдается снижение первичной заболеваемости (на 15%). Однако сегодня этот показатель в РФ составил 58,5 случая, что **в 15,4 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС (3,8 случая), и **в 9,3 раза выше**, чем в «старых» странах ЕС (6,3 случая) (рис. 35).

¹ Оценка уровня распространенности и заболеваемости ВИЧ-инфекцией осуществляется на основе данных о доле положительных результатов лабораторной диагностики в выборке лиц, принявших участие в исследовании. Если это группы повышенного риска, то применяются соответствующие понижающие коэффициенты при экстраполяции данных на все население.

Число случаев на 100 тыс. населения



«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.
 Источники: Сборник Росстата «Здравоохранение России», ЦНИИОИЗ Минздрава России; база данных ВОЗ «Здоровье для всех».

Рис. 33. Динамика первичной заболеваемости туберкулезом в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС

Число случаев на 100 тыс. населения



«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.
 Источник: база данных ВОЗ «Здоровье для всех».

Рис. 34. Динамика распространенности туберкулеза в РФ (по данным ВОЗ), «новых-8» и «старых» странах ЕС

Число случаев на 100 тыс. населения



«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению. Источники: Росстат, ЦНИИОИЗ Минздрава России; база данных ВОЗ «Здоровье для всех».

Рис. 35. Динамика первичной заболеваемости ВИЧ-инфекцией в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС

Число случаев на 100 тыс. населения



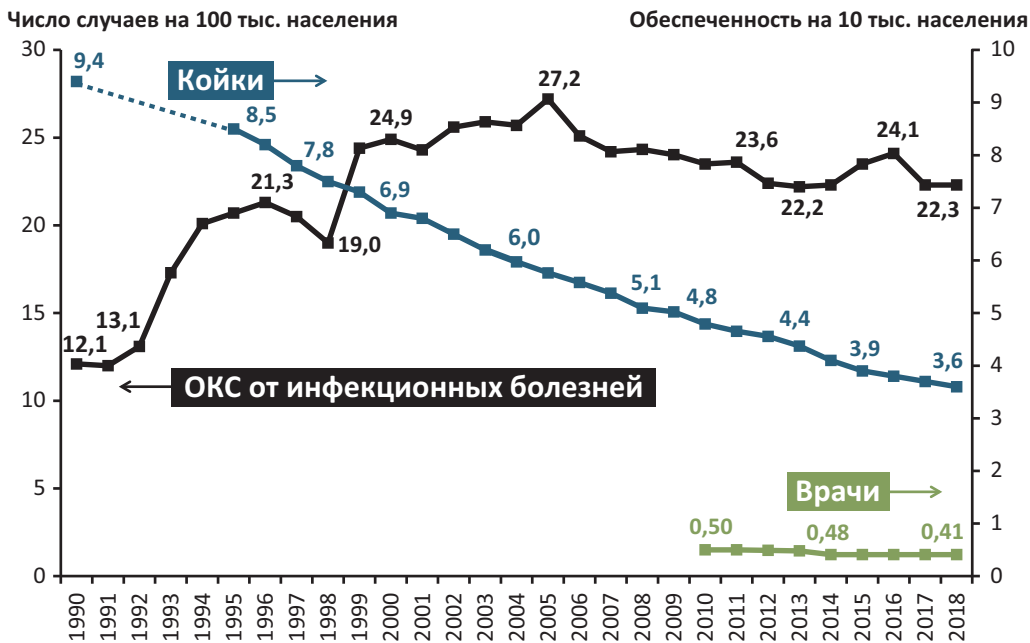
«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению. Источники: ЦНИИОИЗ Минздрава России; база данных ВОЗ «Здоровье для всех».

Рис. 36. Динамика первичной заболеваемости вирусными гепатитами в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС

Заболееваемость вирусными гепатитами. Первичная заболеваемость вирусными гепатитами в 2017 г. в РФ составила 59,3 случая, что в **6,5 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС (9,1 случая в 2003 г.), и в **3 раза выше**, чем в «старых» странах ЕС (20,1 случая в 2003 г.) (рис. 36).

Таким образом, по всем трем основным причинам смертей от инфекционных болезней (туберкулеза, ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов) наблюдается **гораздо более высокая** первичная заболеваемость, чем в странах ЕС. Это говорит о **недостаточных мерах** по профилактике (в том числе на популяционном уровне) и лечению этих заболеваний. Во многом это связано с недостаточными мощностями инфекционной службы.

Ресурсы инфекционной службы. В РФ обеспеченность инфекционными койками с 1990 по 2018 г. сократилась в **2,6 раза**, обеспеченность врачами-инфекционистами с 2010 по 2018 г. сократилась на **18%** (более ранних данных нет). И это произошло на фоне роста коэффициента смертности (ОКС) от инфекционных болезней с 1990 по 2018 г. в **1,8 раза** (рис. 37).



Источники: Росстат, ЦНИИОИЗ Минздрава России.

Рис. 37. Динамика обеспеченности инфекционными койками, врачами-инфекционистами и общего коэффициента смертности от инфекционных болезней в РФ

Смертность от инфекционных болезней по регионам РФ. На рис. 38 представлен СКС от инфекционных болезней по всем регионам РФ. Видно, что более высокие показатели в 2017 г. сложились в Сибирском (СФО) и Уральском федеральных округах (УФО).

СКС от туберкулеза по регионам представлен на рис. 39. Видно, что более высокие показатели в 2017 г. сложились в СФО и Дальневосточном феде-

ральном округе (ДФО). Что касается показателя СКС от вирусных гепатитов, то наиболее высокие показатели в 2017 г. были в СФО, ДФО, а также в Северо-Западном федеральном округе (СЗФО) (рис. 40).

Смертность от ВИЧ-инфекции (ОКС) по регионам представлена на рис. 41. Видно, что самые высокие значения показателя в 2016 г. были в СФО, УФО и что удивительно — в Приволжском федеральном округе (ПФО).

Заболееваемость инфекционными болезнями по регионам РФ. Первичная заболеваемость туберкулезом по субъектам РФ представлена на рис. 42. Видно, что самые высокие показатели сложились в СФО и ДФО.

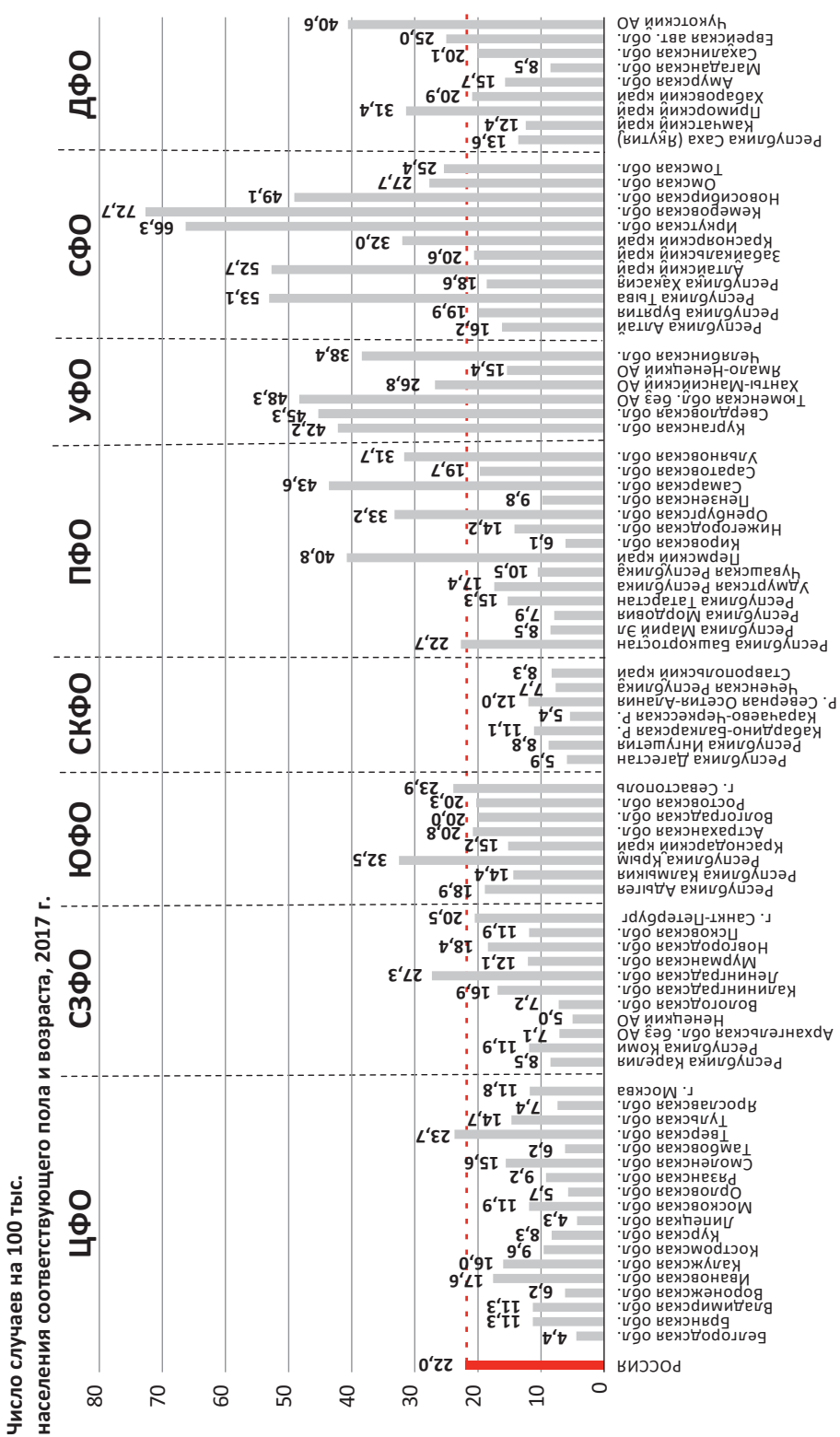
Первичная заболеваемость ВИЧ-инфекцией по субъектам РФ представлена на рис. 43. Высокие показатели в 2017 г. были отмечены в СФО, ДФО (Чукотском АО), УФО, а также ПФО.

Выявляемость антител к ВИЧ-инфекции на 1000 обследованных по субъектам РФ в 2016 г. представлена на рис. 44. Этот показатель введен в связи с необходимостью мониторинга числа обследованных на ВИЧ по «Государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции в РФ на период до 2020 г. и дальнейшую перспективу»¹. При обнаружении антител к ВИЧ проводится исследование на вирусные антигены, подтверждающее наличие ВИЧ. Динамика показателя при неизменном качестве исследований позволяет судить о тяжести эпидемиологической обстановки в стране (регионе). Увеличение выявляемости также может свидетельствовать об улучшении качества обследования. Самые высокие показатели по выявляемости антител к ВИЧ-инфекции сложились в ПФО (Пермском крае и Ульяновской области) и в СФО (Новосибирской и Кемеровской областях).

Показатели состоящих на учете с ВИЧ-инфекцией по субъектам РФ в 2016 г. представлены на рис. 45. Самые высокие показатели сложились в ПФО, УФО и СФО.

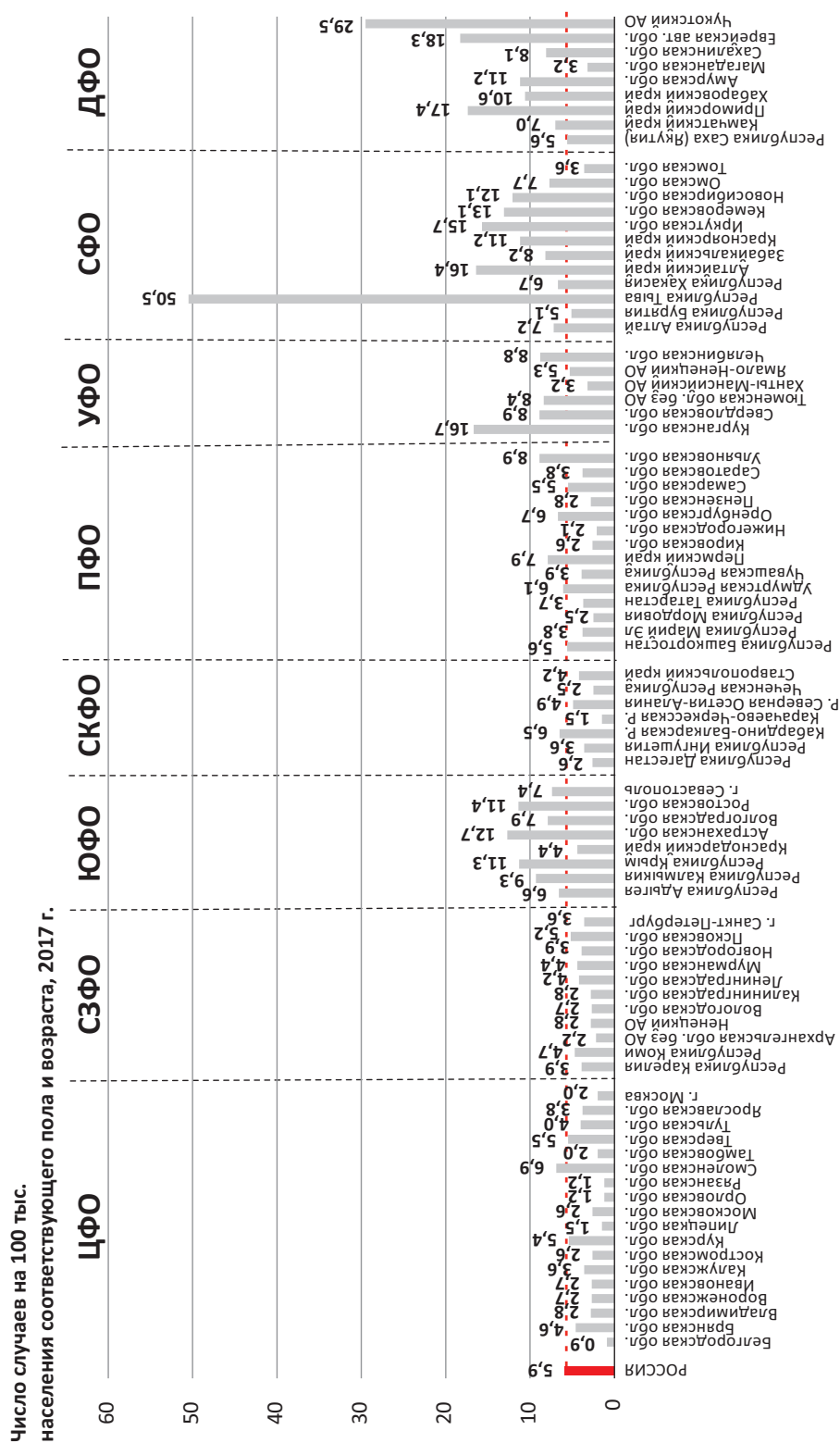
Существенное неблагополучие по заболеваемости и смертности от инфекционных заболеваний в РФ по сравнению со странами ЕС требует немедленной разработки и реализации целевой государственной программы, направленной на решение этой проблемы. А выраженные различия в смертности и заболеваемости от инфекций среди регионов РФ диктуют необходимость применения дифференцированных подходов к формированию этой государственной программы. Целью программы должно стать снижение смертности от инфекционных болезней в РФ к 2024 г. как минимум в **2 раза** (с 22 до 11 случаев на 100 тыс. населения).

¹ Утверждена Распоряжением Правительства РФ от 20.10.2016 № 2203-р.



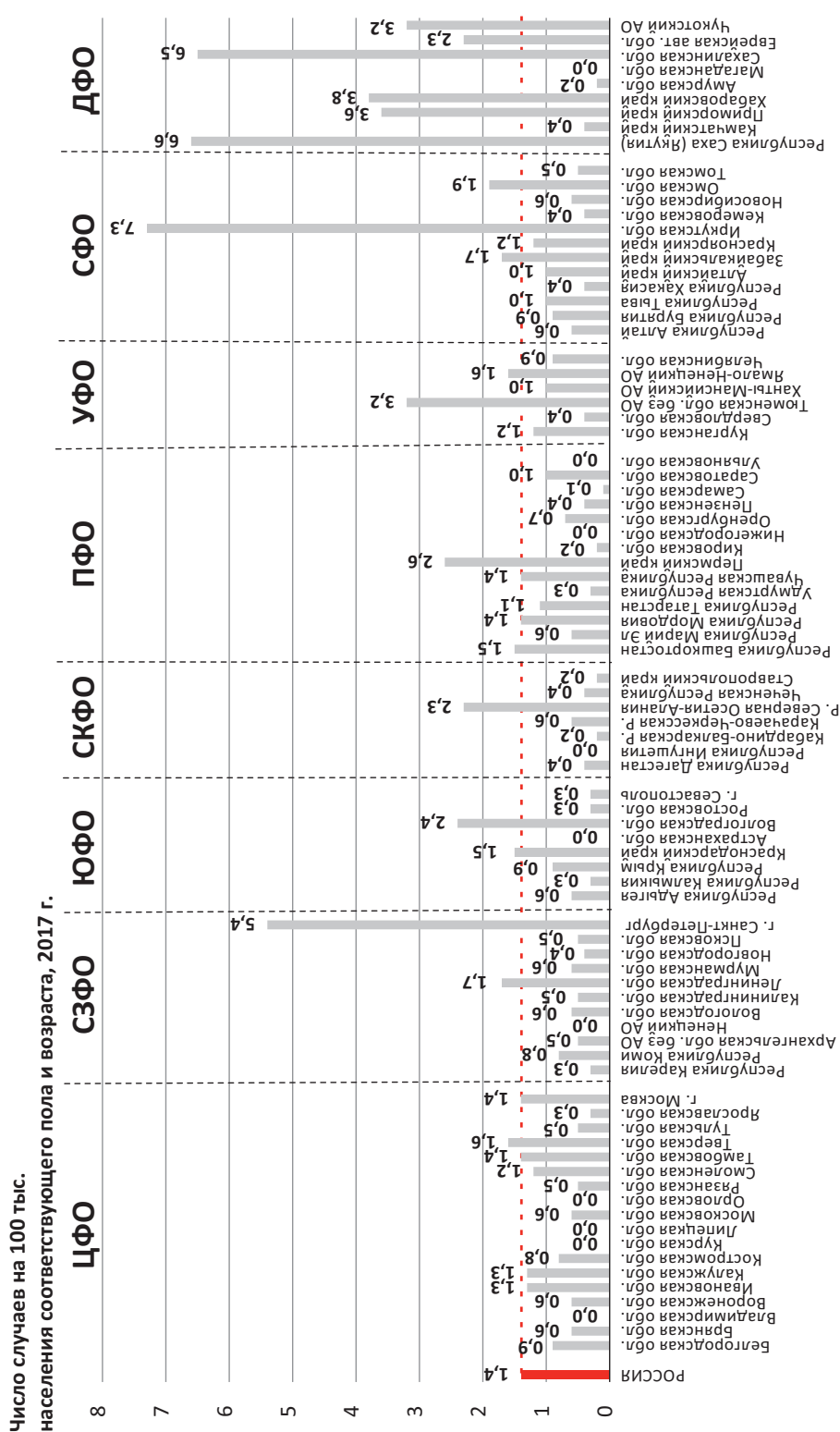
Источник: ЦНИИОИЗ Минздрава России.

Рис. 38. Стандартизованный коэффициент смертности от инфекционных болезней по субъектам РФ в 2017 г.



Источник: ЦНИИОИЗ Минздрава России.

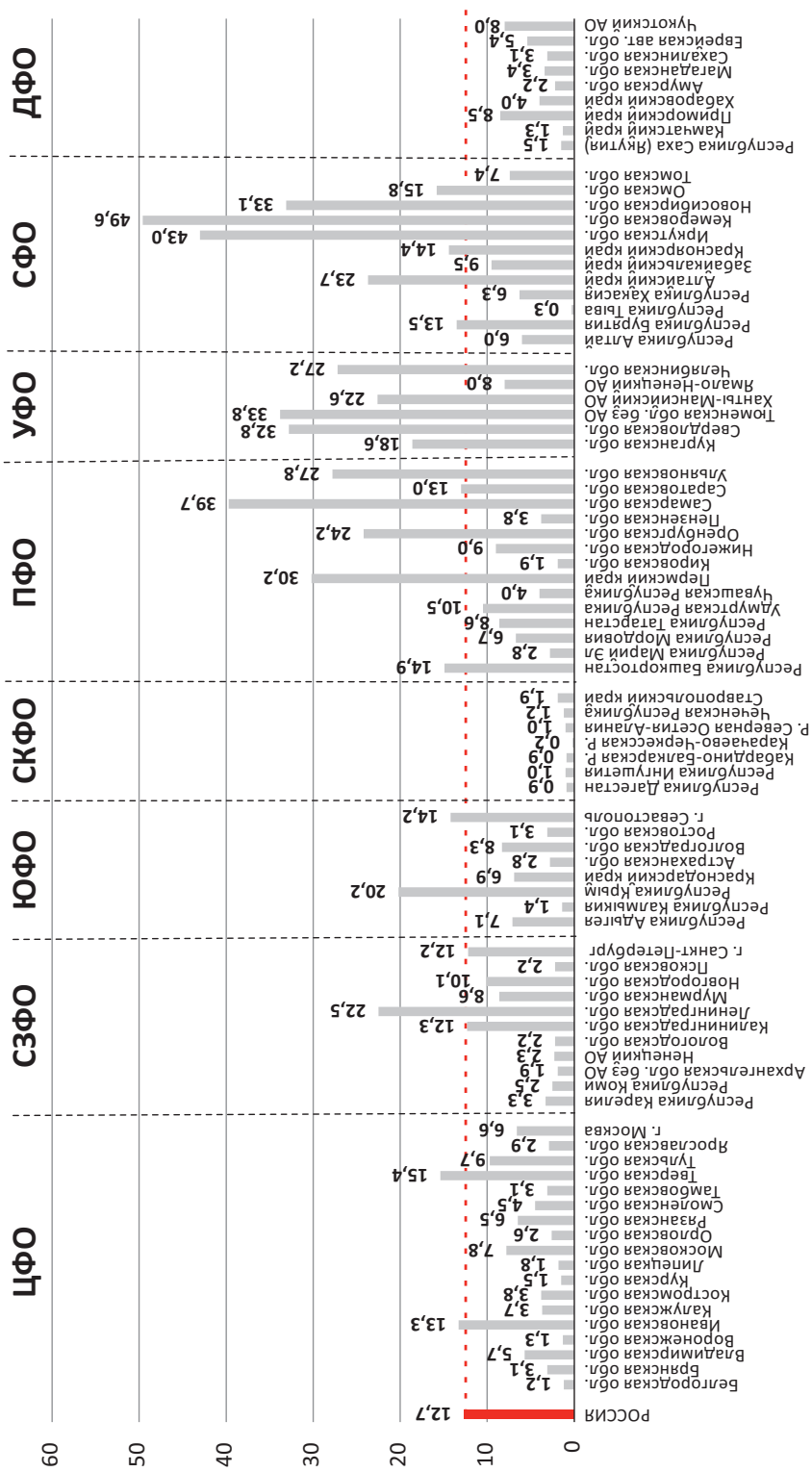
Рис. 39. Стандартизованный коэффициент смертности от туберкулеза по субъектам РФ в 2017 г.



Источник: ЦНИИОИЗ Минздрава России.

Рис. 40. Стандартизованный коэффициент смертности от вирусных гепатитов по субъектам РФ в 2017 г.

Число случаев на 100 тыс. населения, 2016 г



Источник: ЦНИИОИЗ Минздрава России.

Рис. 41. Общий коэффициент смертности от ВИЧ-инфекции по субъектам РФ в 2016 г.

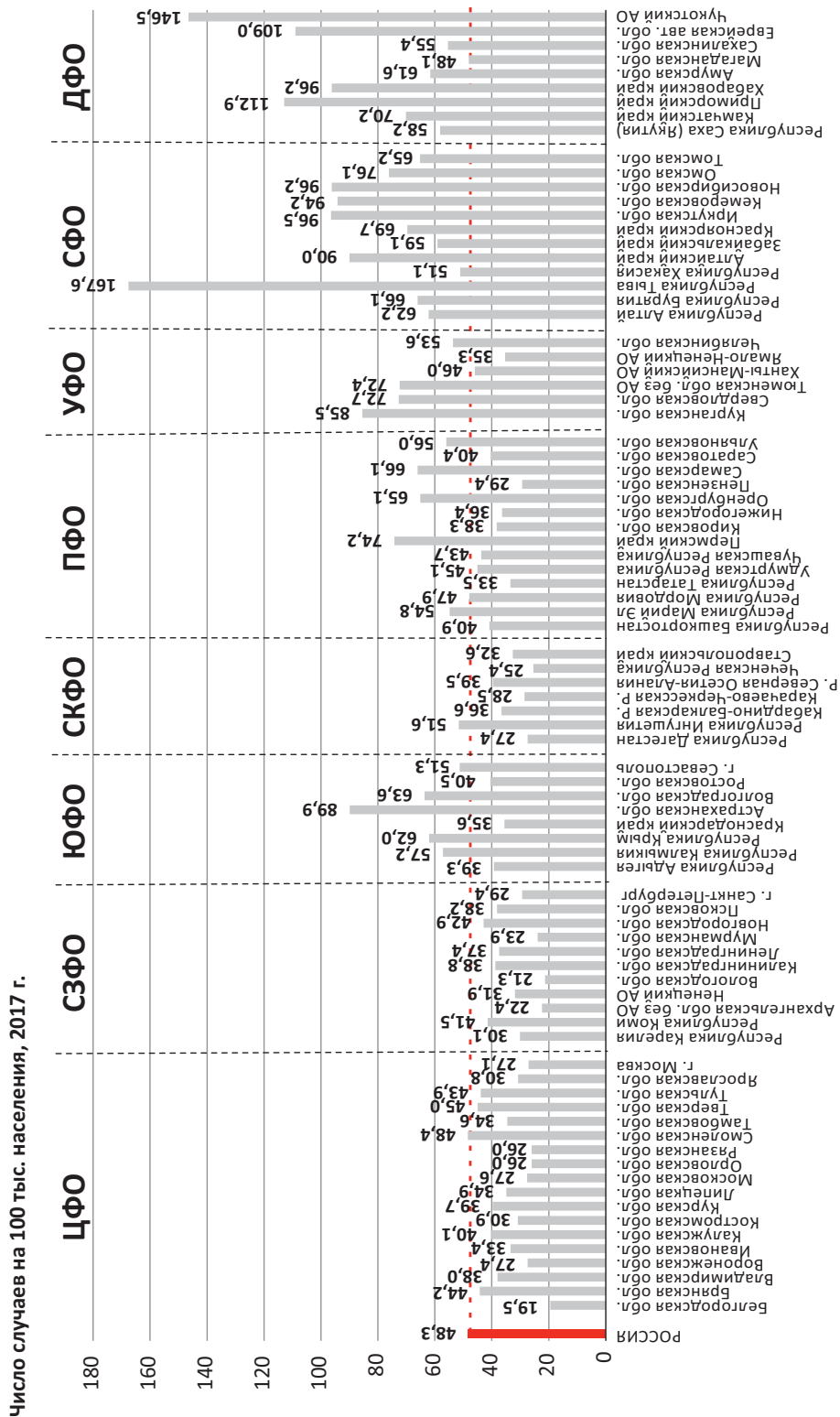
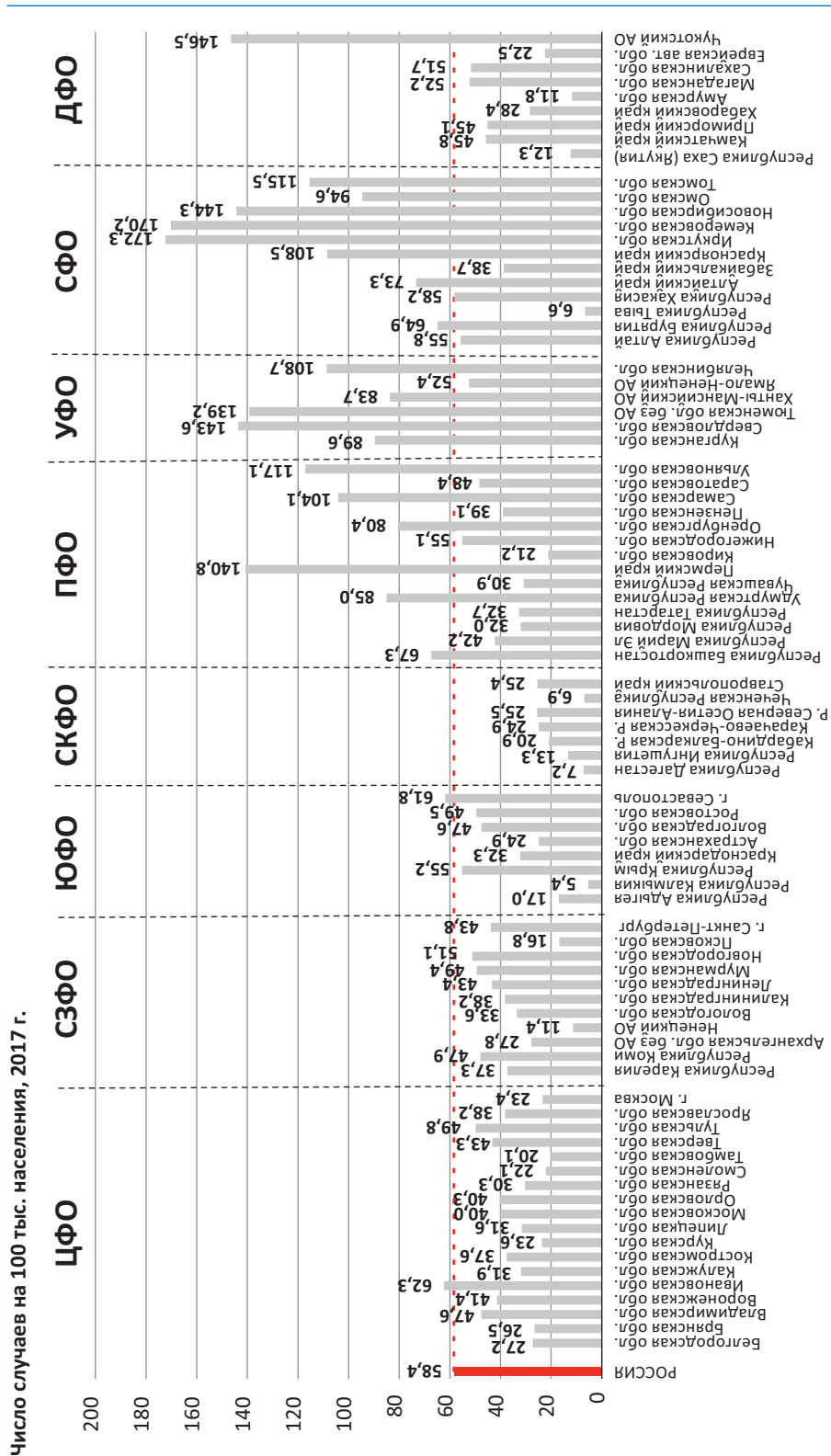


Рис. 42. Первичная заболеваемость туберкулезом по субъектам РФ в 2017 г.

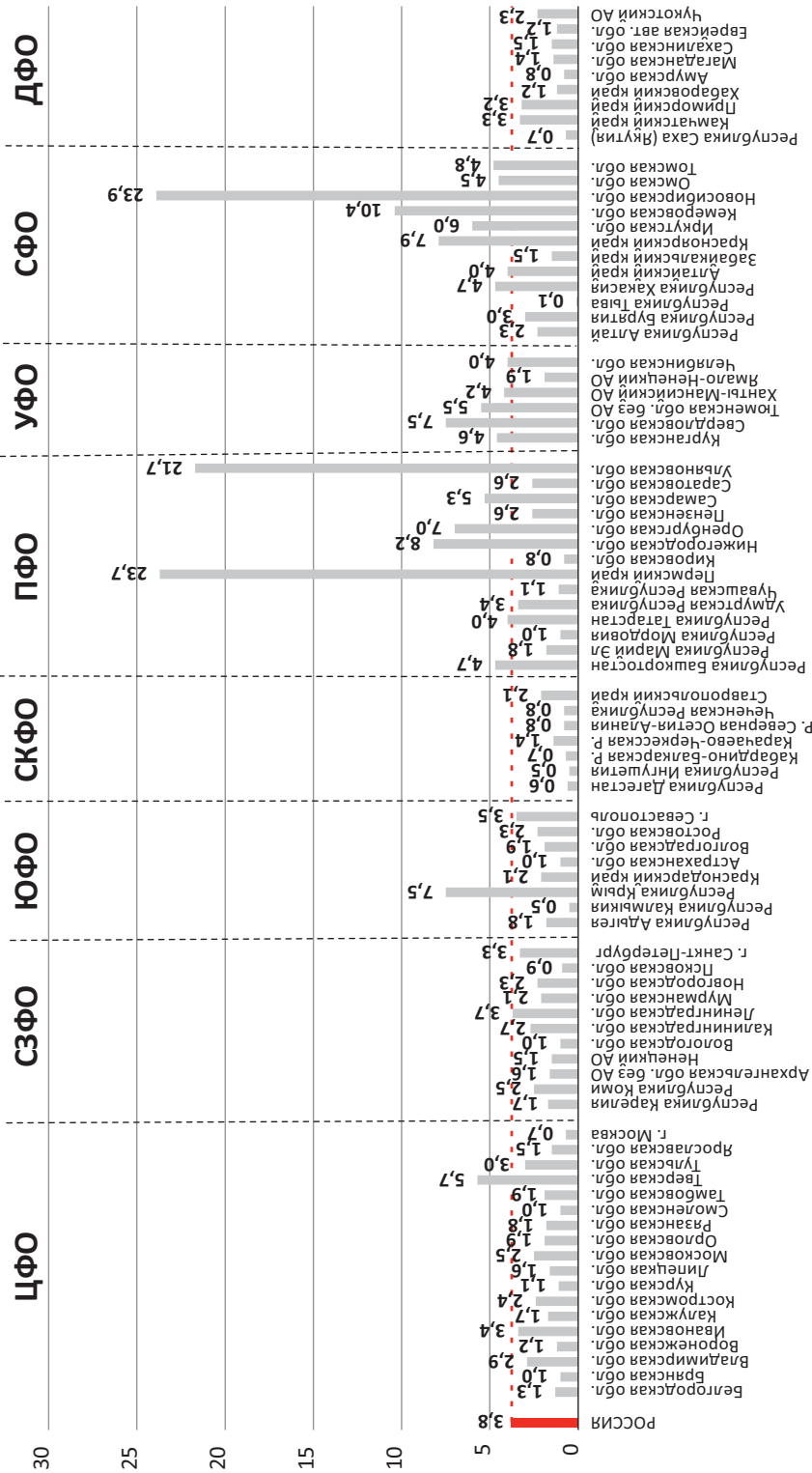
Источник: ЦНИИОИЗ Минздрава России.



Источник: ЦНИИОИЗ Минздрава России.

Рис. 43. Первичная заболеваемость ВИЧ-инфекцией по субъектам РФ в 2017 г.

Число случаев на 1000 обследованных, 2016 г.



Источник: ЦНИИОИЗ Минздрава России.

Рис. 44. Выявляемость антител к ВИЧ-инфекции по субъектам РФ в 2016 г.

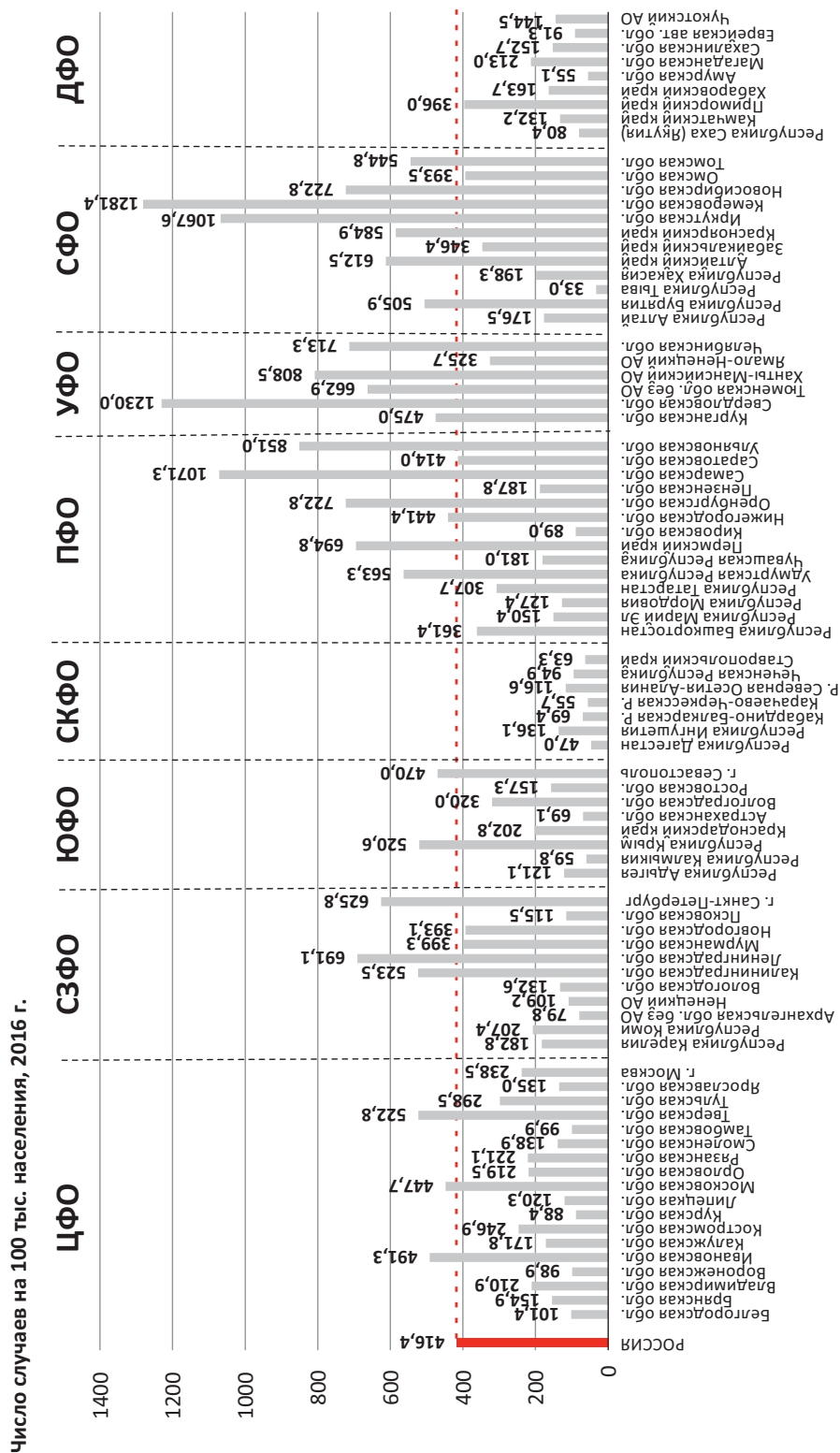


Рис. 45. Состоящие на учете с ВИЧ-инфекцией по субъектам РФ в 2016 г.

Источник: ЦНИИОИЗ Минздрава России.

1.4. СМЕРТНОСТЬ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Материнская смертность и смертность детей

Всего в РФ в 2018 г. умерло 146 рожениц. Коэффициент материнской смертности на 100 тыс. родившихся живыми снижается, но в 2018 г. в РФ составил 9,1 случая, что в **2,5 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС (3,6 случая), и в **2,1 раза выше**, чем в «старых» странах ЕС (4,4 случая) (рис. 46).

Число умерших на 100 тыс. родившихся живыми



«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.
Источники: Росстат; база данных ВОЗ «Здоровье для всех».

Рис. 46. Динамика коэффициента материнской смертности в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС

Всего прерываний беременности в РФ в 2017 г. было совершено **780 тыс.** Частота абортов на 1000 родившихся живыми с 1990 по 2017 г. снизилась в **4,5 раза**. Однако в 2017 г. этот показатель в РФ составил 461 случай, что в **1,8 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС (256 случаев), и в **2,2 раза выше**, чем в «старых» странах ЕС (210 случаев) (рис. 47).

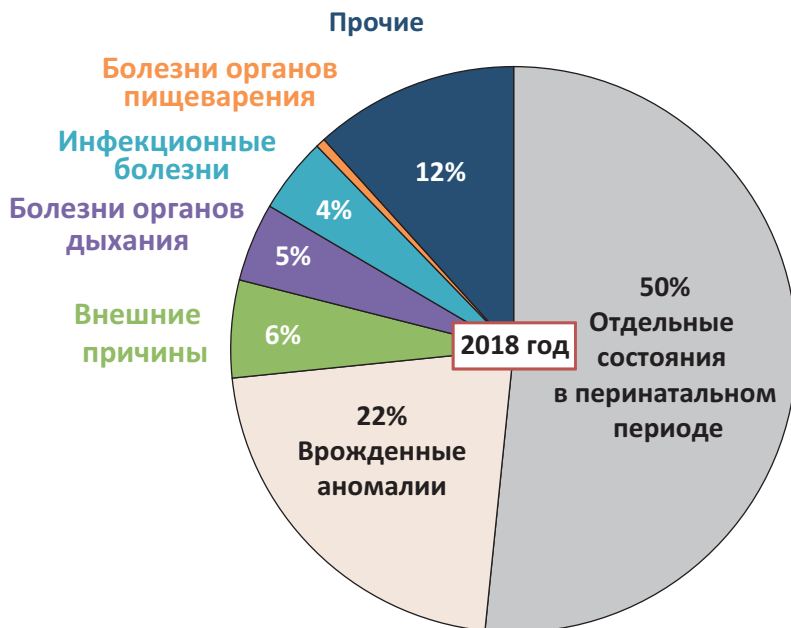
Показатели младенческой смертности были рассмотрены в разделе 1.1. Структура причин младенческой смертности представлена на рис. 48. Видно, что более **2/3** случаев смерти приходится на перинатальный период и врожденные аномалии, то есть на заболевания, связанные со здоровьем матери. Около **15%** причин приходится на внешние причины, болезни органов дыхания и пищеварения, а также на инфекционные болезни.

Частота абортсв на 1000 родившихся живыми



«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению. Источники: Росстат «Здравоохранение России»; база данных ВОЗ «Здоровье для всех».

Рис. 47. Динамика частоты абортсв в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС



Источник: Росстат.

Рис. 48. Структура младенческой смертности в РФ в 2018 г.

Перинатальная смертность включает случаи мертворождения, а также ранней младенческой смертности (то есть до 7 полных суток от рождения) на 1000 родившихся живыми и мертвыми. Динамика этого показателя в РФ, в «новых-8» и «старых» странах ЕС с 1980 г. представлена на рис. 49. По сравнению с 1980 г. коэффициент перинатальной смертности снижается во всех странах: в РФ — в **2,1 раза**, в «новых-8» странах ЕС — в **3,9 раза**, в «старых» странах ЕС — в **2 раза**. Однако этот показатель в 2017 г. в РФ составил 7,5 случая, что в **1,7 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС (4,3 случая), и **на 19% выше**, чем в «старых» странах ЕС (6,3 случая) (рис. 49).

Число умерших на 1000 родившихся живыми и мертвыми



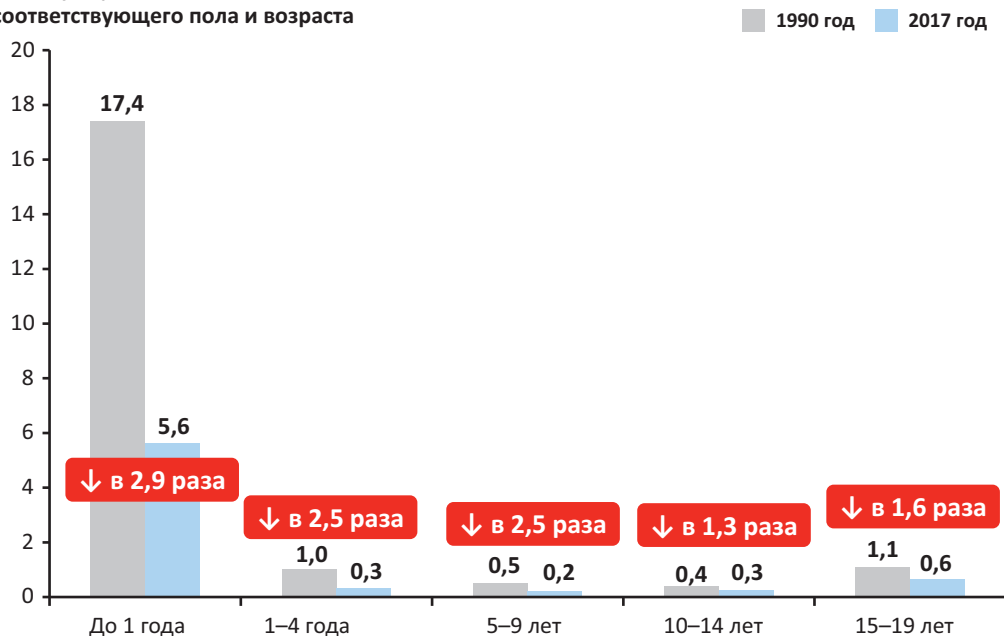
«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению. Источники: Росстат; база данных ВОЗ «Здоровье для всех».

Рис. 49. Динамика коэффициента перинатальной смертности в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС

Показатели детской смертности. С 1990 по 2017 г. (за 27 лет) коэффициенты смертности детей и подростков снизились во всех группах детей и подростков (рис. 50). Наиболее интенсивное снижение наблюдалось в возрастных группах от 0 до 9 лет — в **2,5–2,9 раза**, от 10 до 19 лет — в **1,3–1,6 раза**. Всего в 2017 г. умерло детей и подростков (0–19 лет) 20 тыс. человек.

Вероятность смерти детей в возрасте до 5 лет на 1000 родившихся живыми с 1980 по 2017 г. в РФ снизилась в **4 раза** (рис. 51). Существенное снижение этого показателя произошло и в странах ЕС: в «новых-8» странах — в **5 раз**, в «старых» странах — в **3,8 раза**. Однако его значение в 2017 г. в РФ составило 6,9 случая на 1000 родившихся живыми, что в **1,5 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС (4,7 случая), и в **1,8 раза выше**, чем в «старых» странах ЕС (3,9 случая).

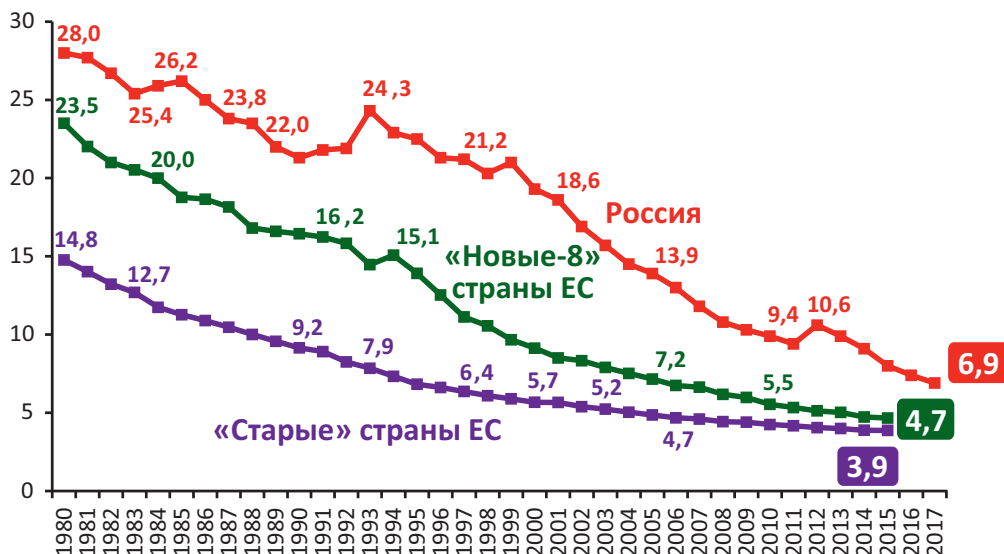
Число умерших на 1000 населения соответствующего пола и возраста



Источник: Росстат.

Рис. 50. Динамика возрастных коэффициентов смертности детей и подростков в РФ

Число умерших на 1000 родившихся живыми

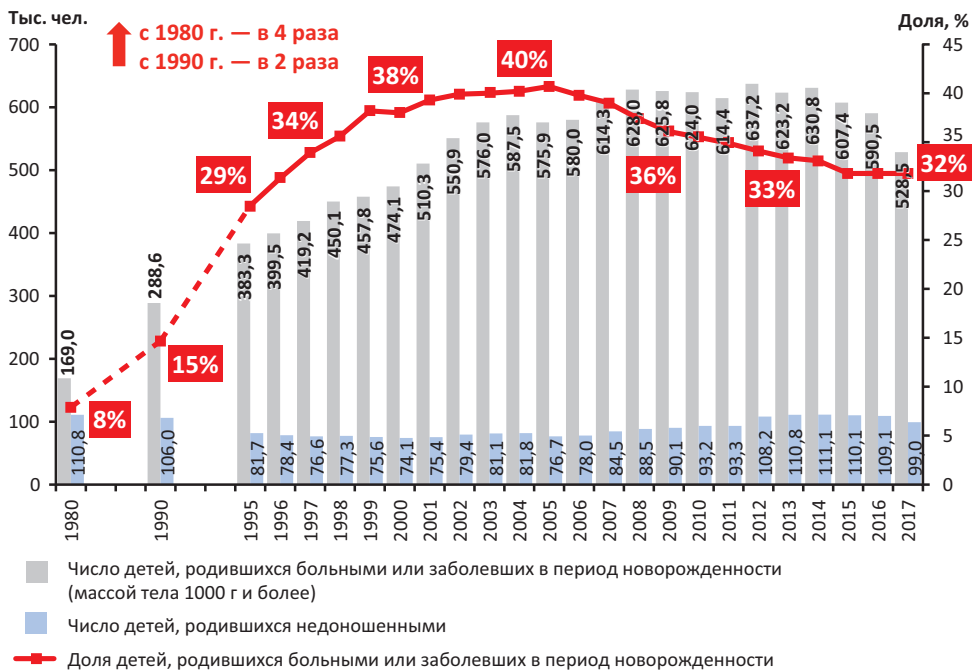


«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.
 Источники: Росстат «Демографический ежегодник»; база данных ВОЗ «Здоровье для всех».

Рис. 51. Динамика вероятности смерти до 5 лет в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС

Заболееваемость детей и подростков

Заболееваемость детей в возрасте 0–14 лет. С 1980 г. отмечается резкое увеличение числа детей, родившихся больными или заболевших в период новорожденности. В 2017 г. этот показатель составил **32%** (528,5 тыс. детей), то есть возрос в **4 раза** с 1980 г. и в **2 раза** — с 1990 г. (рис. 52).



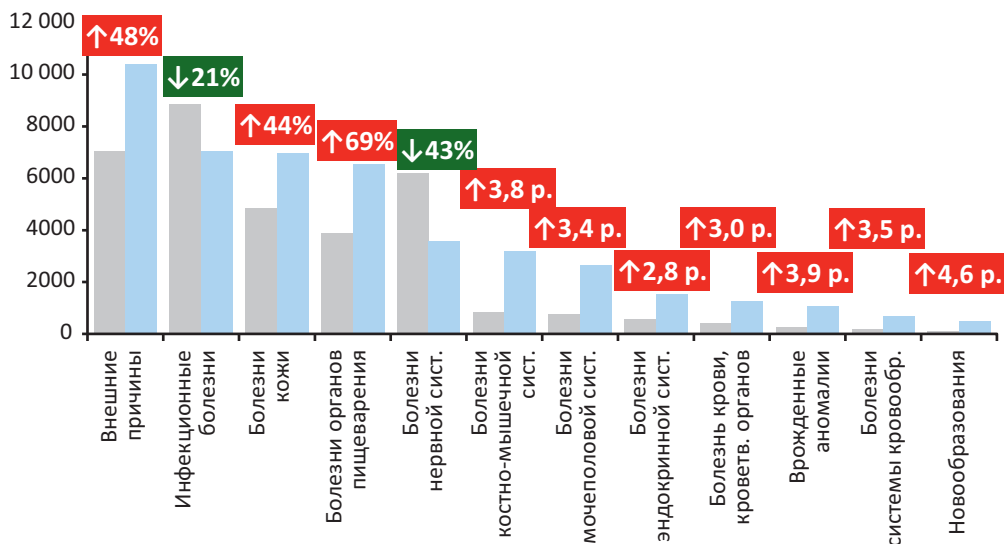
Источник: Росстат.

Рис. 52. Динамика доли и числа детей, родившихся больными или заболевших в период новорожденности, в РФ

Первичная заболееваемость детей. Всего в РФ в 2017 г. впервые выявлено заболевших детей в возрасте 0–14 лет **44,9 млн человек**. Первичная заболееваемость в расчете на 100 тыс. населения соответствующего возраста с 1990 по 2017 г. **выросла по всем классам болезней на 55%**. Первичная заболееваемость детей по классу «новообразования» увеличилась в **4,6 раза**, по классу «врожденные аномалии» — в **3,9 раза**, «болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани» — в **3,4 раза**, «болезни системы кровообращения» — в **3,5 раза** (рис. 53). Сокращение наблюдалось только по классам «инфекционные болезни» и «болезни нервной системы» соответственно **на 21 и 43%**.

Общая заболееваемость детей. Всего в РФ в 2017 г. заболевших детей в возрасте 0–14 лет было **56,5 млн человек**. Общая заболееваемость в расчете на 100 тыс. населения соответствующего возраста с 2005 по 2017 г. осталась на одном уровне (рис. 54). Вместе с тем наблюдается существенный рост общей заболееваемости по классу «врожденные аномалии» — **на 30%**, «болезни органов дыхания» — **на 12%**, «болезни нервной системы» — **на 8%**. За этот период общая заболееваемость сократилась по следующим классам болезней: «инфекционные болезни» — **на 20%**, «болезни органов пищеварения» — **на 20%**.

Число случаев на 100 тыс. населения соответствующего возраста

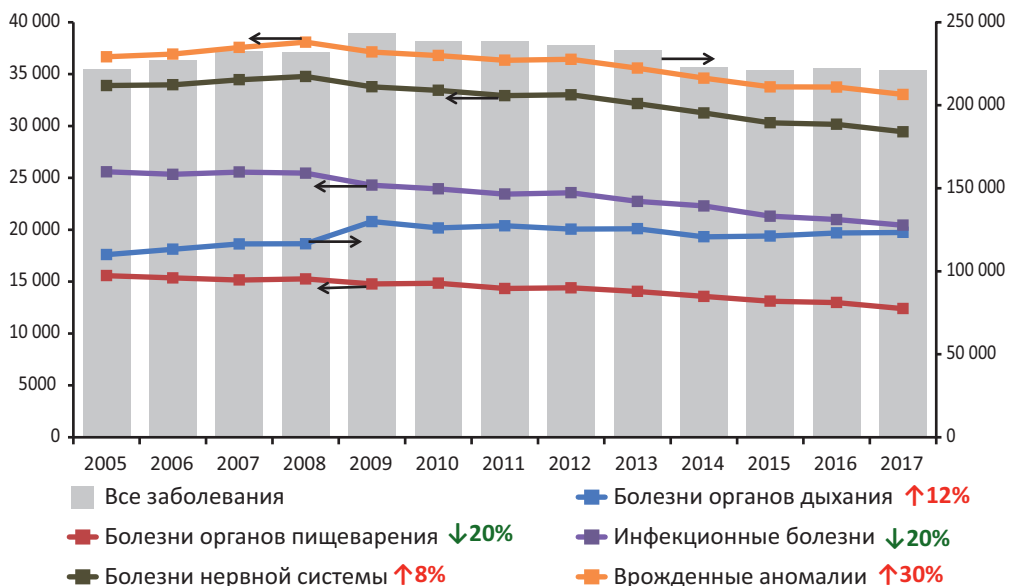


Источники: Росстат, ЦНИИОИЗ Минздрава России.

Рис. 53. Динамика первичной заболеваемости детей (0–14 лет) в РФ

Число случаев на 100 тыс. населения соответствующего возраста

Число случаев на 100 тыс. населения соответствующего возраста



Источники: Росстат, ЦНИИОИЗ Минздрава России.

Рис. 54. Динамика общей заболеваемости детей (0–14 лет) в РФ

Структура общей заболеваемости детей в возрасте 0–14 лет в РФ в 2017 г. представлена на [рис. 55](#). Наиболее распространенными заболеваниями среди детей являются болезни органов дыхания (**56%**), болезни органов пищеварения — **6%**, болезни глаза — **5%**, внешние причины — **5%**, болезни кожи — **4%** и т.п.



Источник: ЦНИИОИЗ Минздрава России.

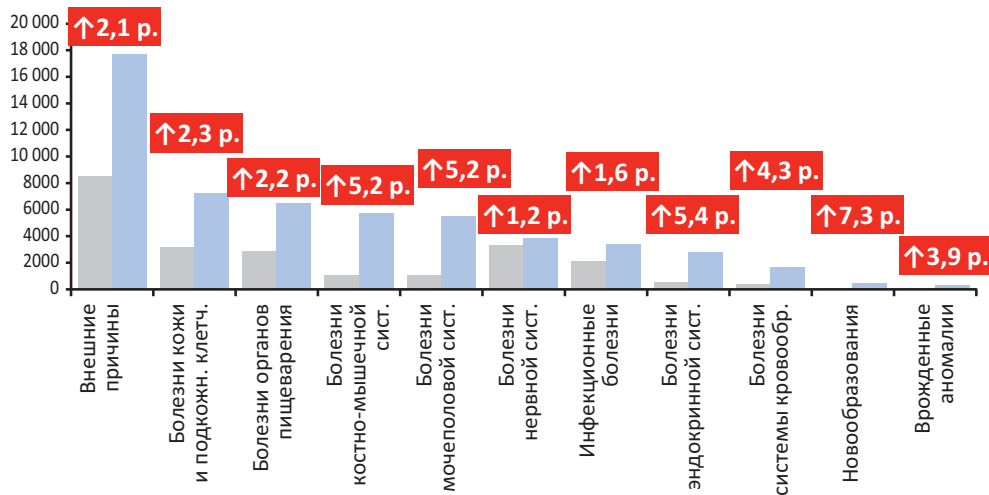
Рис. 55. Структура общей заболеваемости детей (0–14 лет) в РФ в 2017 г.

Заболеваемость подростков. Всего в 2017 г. в РФ впервые выявлено **5,6 млн** заболевших подростков (15–17 лет). Первичная заболеваемость подростков в расчете на 100 тыс. населения соответствующего возраста с 1991 по 2017 г. **существенно выросла** по всем классам болезней ([рис. 56](#)). Наиболее интенсивно увеличилась первичная заболеваемость подростков по классу «новообразования» — **в 7,3 раза**, «болезни мочеполовой системы» — **в 5,2 раза**, «болезни эндокринной системы» — **в 5,4 раза** и «болезни костно-мышечной системы» — **в 5,2 раза**.

Общая заболеваемость подростков. Всего в РФ в 2017 г. зарегистрировано **9 млн** заболевших подростков. Общая заболеваемость по всем классам болезней с 2005 по 2017 г. выросла **на 21%** ([рис. 57](#)). Рост наблюдается по всем классам болезней, кроме инфекционных. Наиболее интенсивно возросла общая заболеваемость по классу «новообразования» — **на 84%**, «внешние причины» — **на 42%**, «болезни уха и сосцевидного отростка» — **на 37%**, «болезни нервной системы» — **на 33%** и т.д.

Число случаев на 100 тыс. населения соответствующего возраста

1991 2017

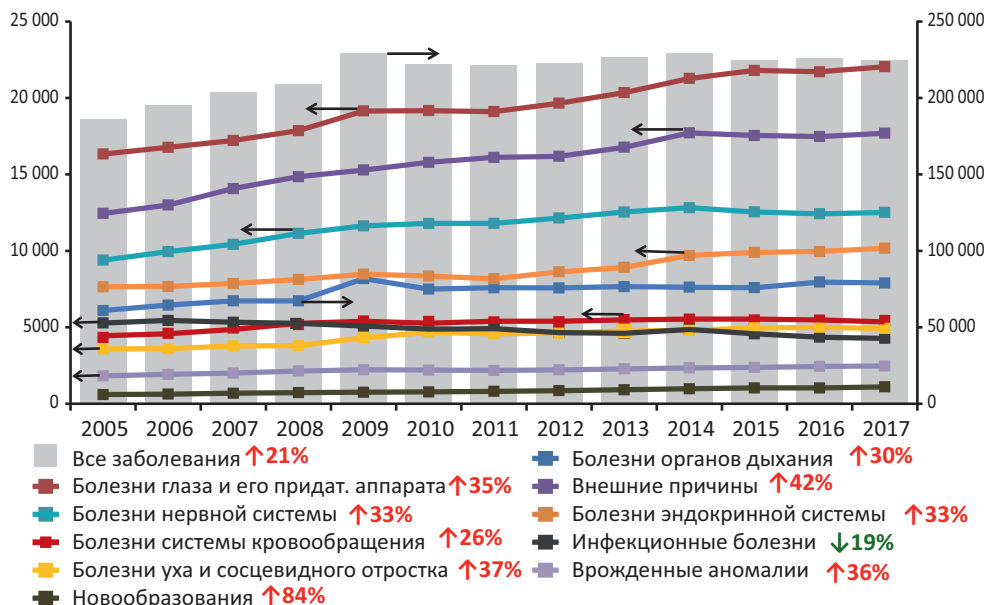


Источники: Росстат, ЦНИИОИЗ Минздрава России.

Рис. 56. Динамика первичной заболеваемости подростков (15–17 лет) в РФ

Число случаев на 100 тыс. населения соответствующего возраста

Число случаев на 100 тыс. населения соответствующего возраста

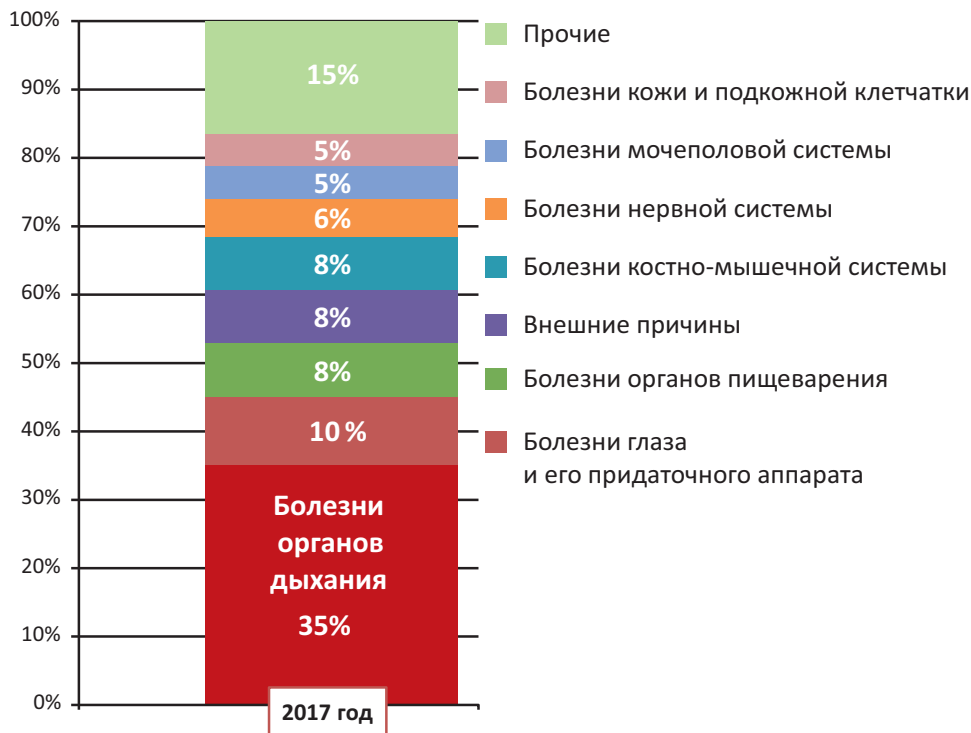


Источники: Росстат, ЦНИИОИЗ Минздрава России.

Рис. 57. Динамика общей заболеваемости подростков (15–17 лет) в РФ

Структура общей заболеваемости подростков в РФ в 2017 г. представлена на рис. 58. Так же как и у детей, у подростков наиболее распространенными

являются болезни органов дыхания — **35%**, болезни глаза и его придаточного аппарата — **10%**. По **8%** в структуре общей заболеваемости занимают болезни костно-мышечной системы, внешние причины и болезни органов пищеварения. Примерно по **5%** приходится на болезни мочеполовой системы, болезни кожи и болезни нервной системы.



Источник: ЦНИИОИЗ Минздрава России.

Рис. 58. Структура общей заболеваемости подростков (15–17 лет) в РФ в 2017 г.

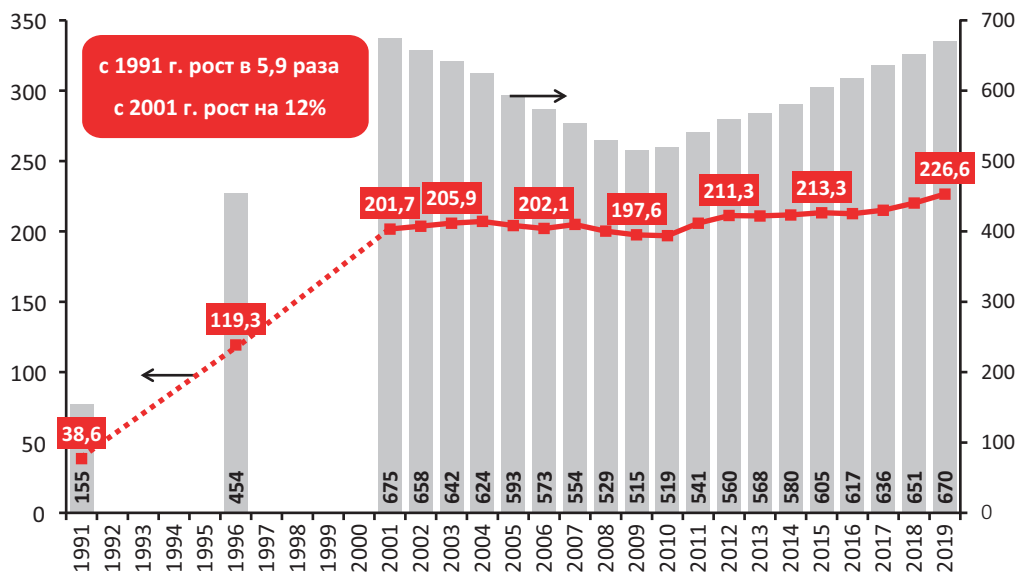
Детская инвалидность

Всего детей-инвалидов¹ в РФ на 1 января 2019 г. было **670 тыс. человек**. Ежегодно впервые признаются инвалидами **76 тыс. человек**. На **рис. 59** представлена динамика общего числа детей-инвалидов в РФ. Видно, что их общая численность с 1991 по 2019 г. возросла **в 4,3 раза**, при расчете на 10 тыс. детей рост составил **5,9 раза**. С 2012 по 2019 г. общая численность детей-инвалидов увеличилась **на 7%**. Такое увеличение инвалидности говорит о серьезном неблагополучии в отношении профилактики и лечения заболеваний у детей.

¹ В общую численность инвалидов включаются лица, состоящие на учете и получающие пенсию в системе Пенсионного фонда РФ, Министерстве обороны РФ, Министерстве внутренних дел РФ, Федеральной службе безопасности РФ и Федеральной службе исполнения наказаний Минюста России. С 2015 г. данные с учетом численности инвалидов в Республике Крым и г. Севастополь. С 2018 г. приведены данные из федеральной государственной информационной системы «Федеральный реестр инвалидов» без учета г. Байконур.

Число детей-инвалидов в возрасте 0–17 лет на 10 000 детей соотв. возраста

Общая численность детей инвалидов в возрасте 0–17 лет, на 1 января, тыс. чел.



* Данные за 1991 и 1996 гг. по детям в возрасте 0–15 лет.

Источник: Росстат.

Рис. 59. Динамика общей детской инвалидности в РФ

Первичная инвалидность детей 0–17 лет по причинам, обусловившим инвалидность, число случаев на 10 000 населения соотв. возраста (столбики — общее число случаев)

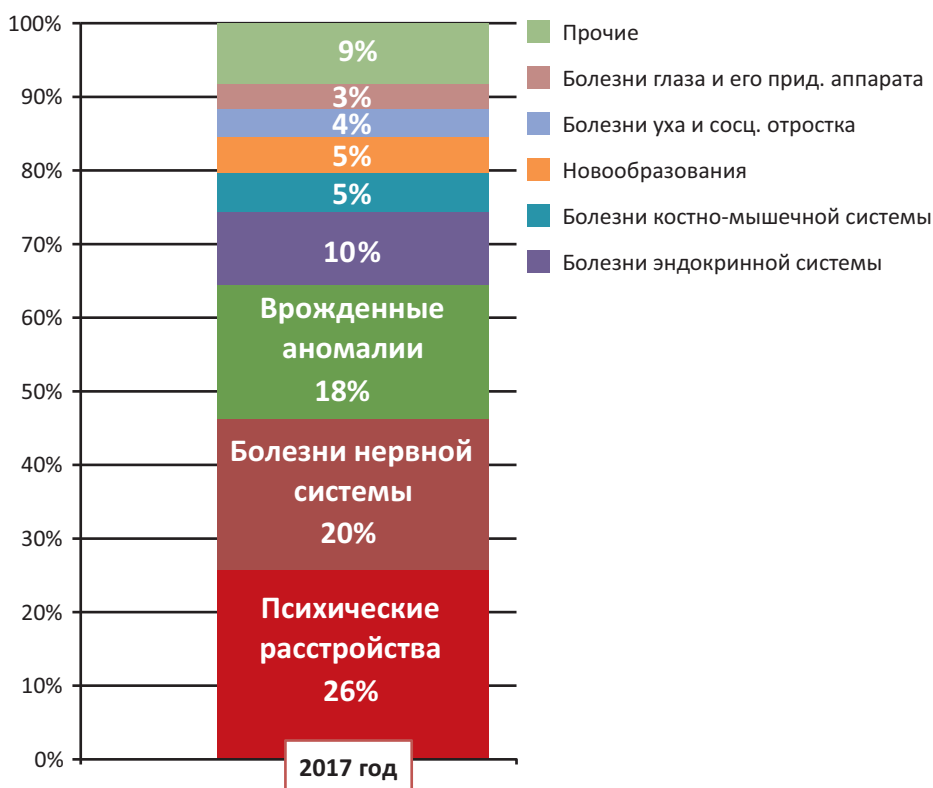


Источник: Минтруд России, расчет ВШОУЗ-КМК.

Рис. 60. Динамика первичной детской инвалидности по классам болезней в РФ

Динамика первичной детской инвалидности (0–17 лет) по причинам, обусловившим инвалидность, представлена на [рис. 60](#). С 2008 по 2017 г. она была на одном и том же уровне. Однако по ряду причин наблюдается значительный рост: болезни эндокринной системы — **на 58%**, психические расстройства — **на 31%**, новообразования — **на 19%**, болезни нервной системы — **на 12%**. По некоторым классам болезней произошло снижение первичной детской инвалидности: врожденные аномалии — **на 22%**.

В структуре причин первичной детской инвалидности (0–17 лет) в 2017 г. преобладали психические расстройства — **26%** и болезни нервной системы — **20%** ([рис. 61](#)). Врожденные аномалии составили **18%**, болезни эндокринной системы — **10%**, болезни костно-мышечной системы и новообразования — **по 5%**.



Источник: Росстат (Минтруда России).

Рис. 61. Структура первичной детской инвалидности в РФ в 2017 г.

Ресурсы педиатрической службы РФ

На [рис. 62](#) показана динамика показателей обеспеченности детского населения педиатрическими койками и педиатрами, а также врачами-педиатрами участковыми. Видно, что с 2000 по 2018 г. обеспеченность педиатрическими койками **сократилась в 2,1 раза** (с 35,5 до 16,9). С 2010 по 2018 г. обеспеченность врачами педиатрами **сократилась в 1,3 раза** (с 20,8 до 16,3). С 2007 г. на-

блюдается также снижение обеспеченности детского населения врачами-педиатрами участковыми на **12%** (с 10,5 до 9,2). И это сокращение мощностей педиатрической службы произошло на фоне роста заболеваемости и инвалидности детей и подростков.

Обеспеченность на 10 000 соотв. населения



Источник: ЦНИИОИЗ Минздрава России.

Рис. 62. Динамика обеспеченности педиатрическими койками, врачами-педиатрами и врачами-педиатрами участковыми в РФ

Особенно опасно сокращение врачей-педиатров участковых. Сегодня количество врачей-педиатров участковых в РФ составляет **27,6 тыс.** Расчеты показывают, что таких врачей необходимо **37,2 тыс.** Расчет сделан следующим образом: численность прикрепленного детского населения от 0 до 17 лет на одном педиатрическом участке по нормативам составляет 800 чел¹. Тогда врачей-педиатров участковых необходимо 37,2 тыс. (29,78 млн ÷ 800), где 29,78 млн — численность детского населения в возрасте от 0 до 17 лет. Таким образом, в РФ на сегодняшний день **не хватает 9,6 тыс.** врачей-педиатров участковых. По прогнозам Росстата², к 2024 г. численность детей и подростков возрастет на 0,8 млн человек, или на 3%, что усугубит дефицит врачей-педиатров участковых.

¹ Приказ Минздравсоцразвития России от 16.04.2012 № 366н «Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи».

² Средний вариант прогноза от 03.10.2018.

ВЫВОДЫ К ГЛАВЕ 1

- Несмотря на положительную динамику ОПЖ (ключевого показателя, характеризующего здоровье населения), достигнутую с 2006 по 2018 г., в РФ **сохраняется отставание** от развитых стран по этому показателю. ОПЖ сегодня в РФ составляет **72,9 года**, что **на 4,8 года ниже**, чем в «новых-8» странах ЕС, близких к РФ по уровню экономического развития. В 1986–87 гг. этот показатель в РФ был практически **на уровне** этих стран. Особенно выражено отставание по ОПЖ среди мужчин: российские мужчины живут **на 6,1 года меньше**, чем в «новых-8» странах ЕС, и **на 10 лет меньше**, чем российские женщины.
- Отставание по ОПЖ связано с высоким уровнем смертности от предотвратимых причин — болезней системы кровообращения (БСК), новообразований и внешних причин, которые вместе обуславливают **70%** смертей в РФ. Так, СКС от БСК в РФ **в 1,4 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС, а смертность от внешних причин — **в 2 раза выше**, чем у них. Особенно высокий уровень смертности сложился в трудоспособном возрасте — **в 3,4 раза выше**, чем в развитых странах.
- Ситуация с высокой предотвратимой смертностью в РФ сопровождается **критическим** снижением рождаемости: коэффициент рождаемости с 2014 по 2018 г. **снизился почти на 20%**. Это привело к отрицательным показателям естественного прироста населения начиная с 2016 г., в 2018 г. число умерших превысило число родившихся **на 224,6 тыс. человек**.
- С 1990 г. общая заболеваемость в РФ увеличилась **на 51%**, что существенно увеличило поток пациентов на систему здравоохранения и должно было сопровождаться соответствующим увеличением ее мощностей. Доля лиц трудоспособного возраста среди всех лиц, впервые признанных инвалидами, с 1995 г. **выросла на 16%** и стабильно высока (**44%**), что говорит о **неадекватности мер** по раннему выявлению и предотвращению прогрессирования заболеваний.
- Несмотря на снижение детской смертности, в 2017 г. смертность детей (0–14 лет) в РФ была **в 1,6 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС. Серьезную озабоченность вызывает **увеличение** детской и подростковой заболеваемости и инвалидности. Так, с 1990 г. в РФ **удвоилось** число детей, родившихся больными или заболевших в период новорожденности. С 1990 по 2017 г. первичная заболеваемость детей (0–14 лет) и подростков (15–17 лет) **выросла** практически по всем классам болезней. Общая заболеваемость подростков в РФ с 2005 по 2017 г. **выросла на 21%**. Число детей-инвалидов (в пересчете на 10 тыс. детей) с 1991 г. **выросло в 5,9 раза**. На этом фоне в РФ произошло существенное сокращение ресурсов педиатрической службы: с 2000 по 2018 г. обеспеченность педиатрическими койками сократилась **в 2,1 раза**; с 2010 по 2018 г. обеспеченность врачами-педиатрами сократи-

лась **в 1,3 раза**; с 2007 по 2018 г. обеспеченность врачами-педиатрами участковыми сократилась **на 12%**.

- Обращает на себя внимание **неблагополучная** ситуация со смертностью и заболеваемостью **инфекционными болезнями**. СКС от инфекционных болезней в РФ **в 3,5 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС. Первичная заболеваемость туберкулезом, ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами, которые вместе составляют 90% в структуре смертности от инфекционных болезней, **в несколько раз выше**, чем в странах ЕС. Более того, в РФ с 1990 по 2017 г. СКС от инфекционных болезней вырос **в 1,7 раза** и продолжает расти, причем сегодня **90%** всех умерших от этой причины — граждане трудоспособного возраста. На этом фоне первичная и общая заболеваемость инфекционными болезнями снизились, что говорит о том, что в РФ большинство инфекционных заболеваний своевременно не выявляются и недостаточно лечатся, что напрямую связано с **сокращением** ресурсов, определяющих мощности инфекционной службы: обеспеченность инфекционными койками с 1990 по 2018 г. **сократилась в 2,6 раза**, обеспеченность врачами-инфекционистами с 2010 по 2018 г. **сократилась на 18%**.

КЛЮЧЕВЫЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ РФ В ДИНАМИКЕ С 2012 ПО 2018 г.

2.1. ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ

Анализ мирового опыта по оценке влияния различных факторов на показатели здоровья населения на популяционном уровне показывает, что здоровье определяется социально-экономическими факторами, образом жизни граждан, условиями внешней среды, доступностью и качеством медицинской помощи, которая напрямую зависит от уровня финансирования и эффективности работы системы здравоохранения (рис. 63). Иногда эти факторы называются **детерминантами** здоровья.



Источник: County Health Rankings model 2014, UWPHI.

Рис. 63. Факторы, влияющие на здоровье населения

Например, с учетом этих факторов рассчитывается индекс здоровья населения Европы (EURO-HEALTHY PHI, Atlas of Population Health in European Union Regions¹). В США приняты аналогичные подходы к измерению факторов, влияющих на здоровье населения (Healthy People, 2020²). Эти расчеты позволяют оперативно определять влияние отрицательного воздействия на здоровье населения некоторых из этих факторов, принимать меры по их коррекции и строить научно обоснованные прогнозы динамики показателей здоровья.

Общепринято считать, что на макроуровне (т.е. по странам) влияние окружающей среды на здоровье населения не превышает **10%**. Остальное влияние определяется наиболее значимыми факторами, а именно уровнем экономического развития (выражается через ВВП на душу населения), образом жизни населения (потребление алкоголя, распространенность табакокурения), доступностью и качеством медицинской помощи, которые выражаются через уровень финансирования здравоохранения.

Каждый из факторов в определенной степени влияет на здоровье населения: для ЕС эта степень влияния одна, для РФ — другая. Например, в странах, где система здравоохранения длительное время хорошо финансируется, степень ее воздействия на здоровье будет меньшей по сравнению со странами, где есть резервы роста в этом направлении. Например, в РФ увеличение финансирования и повышение эффективности деятельности системы здравоохранения в большей степени повлияют на улучшение здоровья населения, чем это произойдет в странах ЕС. Это было доказано на примере реализации Приоритетного национального проекта (ПНП) «Здоровье» в 2005–2012 гг. и других целевых программ, инициированных руководством страны в этот период.

При построении моделей для количественной оценки влияния факторов на здоровье населения используют показатель ОПЖ, данные по которой публикуются ежегодно (см. раздел 1.2). Показатель продолжительности здоровых лет жизни является более точной характеристикой здоровья (QALY³), однако он делается 1 раз в несколько лет и не публикуется в разрезе субъектов РФ.

¹ Santana P., Freitas A., Costa C. et al. Atlas of Population Health in European Union Regions. — Imprensa da Universidade. — November, 2017. — Электронный доступ: https://www.researchgate.net/publication/321361767_Atlas_of_Population_Health_in_European_Union_Regions

² <https://www.healthypeople.gov/2020/data-search/About-the-Data>

³ Количество QALY (*Quality-Adjusted Life Year*) — это годы жизни больного с учетом влияния лечения и прогрессирования заболевания на качество жизни. QALY позволяет интегрировать смертность и заболеваемость для оценки статуса здоровья с точки зрения лет жизни, прожитых качественно.

2.2. КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ФАКТОРОВ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ

(соавторы Нигматулин Б.И.¹, Гинойн А.Б.²)

По результатам проведенного ВШОУЗ-КМК исследования с помощью эконометрического моделирования были определены главные факторы, влияющие на состояние здоровья населения РФ, и дана количественная оценка воздействия этих факторов на ОПЖ при рождении³. В данной работе среди множества факторов демографического и социально-экономического характера, в том числе образа жизни населения, выбраны три главных: валовой региональный продукт (ВРП) на душу населения, подушевые государственные расходы на здравоохранение (ГРЗ) и потребление алкогольных напитков на душу населения (АЛК)⁴. Уравнение регрессии, в котором оценивается влияние выбранных независимых 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; ε_{it} — остаточный член (стандартная ошибка прочих факторов, не оказывающих существенного влияния на итоговый результат).

Переменные преобразованы в логарифмическую форму (натуральные логарифмы), поскольку результаты всех предыдущих исследований показывают нелинейную зависимость между показателями последствий для здоровья и объясняющими переменными, а нелинейность охватывается с помощью логарифмического преобразования.

Данные по ВРП на душу населения и потреблению крепких алкогольных напитков на душу населения⁵ были взяты из баз данных Федеральной службы государственной статистики РФ⁶, данные по государственным расходам на здравоохранение на душу населения — из реестра открытых данных Федерального казначейства РФ⁷. Показатели ВРП на душу населения и ГРЗ на душу населения были переведены в постоянные цены 2011 г. двумя

¹ Б.И. Нигматулин — доктор технических наук, профессор, советник вице-президента по маркетингу и развитию бизнеса АО «Русатом Оверсиз Инк», генеральный директор Института проблем энергетики.

² А.Б. Гинойн — кандидат экономических наук, ведущий научный сотрудник Научно-исследовательского центра по анализу деятельности системы здравоохранения ВШОУЗ-КМК.

³ Улумбекова Г.Э., Гинойн А.Б., Чабан Е.А. Количественный анализ факторов, влияющих на состояние здоровья населения в Российской Федерации // Медицинское образование и профессиональное развитие. 2016. № 2. С. 107–120.

⁴ В отличие от статьи в предыдущей сноске, выборка которой охватывала 2011–2014 гг. и 83 региона Российской Федерации, оценки данной работы охватывают период 2011–2016 гг. и 85 регионов (включая Республику Крым и г. Севастополь).

⁵ Алкогольные напитки включают водку и ликеро-водочные изделия.

⁶ Валовой региональный продукт на душу населения [Электронный ресурс] // Федеральная служба государственной статистики. URL: <https://fedstat.ru/indicator/42928>. Продажа алкогольных напитков в расчете на душу населения (в натуральном выражении) [Электронный ресурс] URL: <https://fedstat.ru/indicator/31432>

⁷ Государственные расходы на здравоохранение включают расходы на здравоохранение консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации и территориальных государственных внебюджетных фондов. URL: <http://www.roskazna.ru/ispolnenie-byudzhetov/konsolidirovannye-byudzhetny-subektov>

способами: первый — с использованием индексов физического объема ВРП на душу населения, второй — с помощью дефлирования, используя для этого индексы потребительских цен на товары и услуги в субъектах РФ.

Результаты оценки уравнения регрессии представлены в табл. 1. Обращаем внимание, что уравнение регрессии рассчитано на динамическом ряде за 2011–2016 гг., что обеспечивает наибольшую точность модели, доступную на текущий момент. Данные за 2017 г. представляют собой конечную точку динамического ряда официальных статистических данных со значительным отклонением по сравнению с предыдущим периодом, поэтому при предварительном расчете они были использованы в виде соотношений разницы показателей с 2016 и 2018 гг. При получении официальных данных за 2018 г. по ВРП (остальные данные имеются) может быть проведено уточнение коэффициентов уравнения регрессии.

Таблица 1. Количественная оценка влияния на ОПЖ при рождении основных факторов, влияющих на состояние здоровья населения, 2011–2016 гг.

Зависимая переменная: ОПЖ при рождении	
Независимые переменные	ОМНК (ФЭ)
Валовой региональный продукт на душу населения	0,050* (0,005)
Государственные расходы на здравоохранение на душу населения	0,035* (0,004)
Потребление крепких алкогольных напитков на душу населения	-0,040* (0,001)
Постоянная	2,521* (0,106)
Коэффициент детерминации (R_2)	0,96
Число наблюдений	499

Примечания: устойчивые стандартные ошибки даны в скобках; ОМНК (ФЭ) — обобщенный метод наименьших квадратов с фиксированными эффектами.

* Показатель значим на уровне 1%.

Как следует из табл. 1, коэффициенты эластичности всех независимых переменных являются статистически значимыми на 1%-м уровне, а коэффициент детерминации равен 0,96 (96%), что свидетельствует о том, что зависимая переменная (ОПЖ) довольно точно описывается построенной моделью.

Таким образом, исследования ВШОУЗ-КМК показали, что для РФ доля влияния факторов, определяющих здоровье населения, распределялась следующим образом: темп роста ВВП определял ОПЖ **на 37%**, снижение потребления алкоголя — **на 33%**, увеличение государственного финансирования здравоохранения — **на 30%** (рис. 64).

Далее проанализированы факторы, которые влияют на ОПЖ в РФ: в данной главе — экономические факторы и образ жизни, в главе 3 — состояние и деятельность системы здравоохранения.

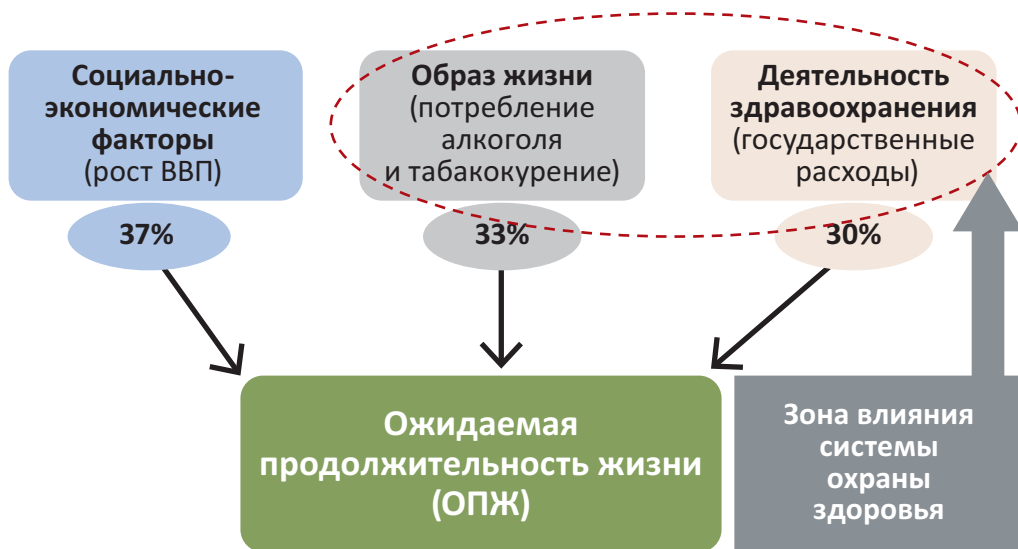


Рис. 64. Влияние факторов на ожидаемую продолжительность жизни в РФ

2.3. ПОКАЗАТЕЛИ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

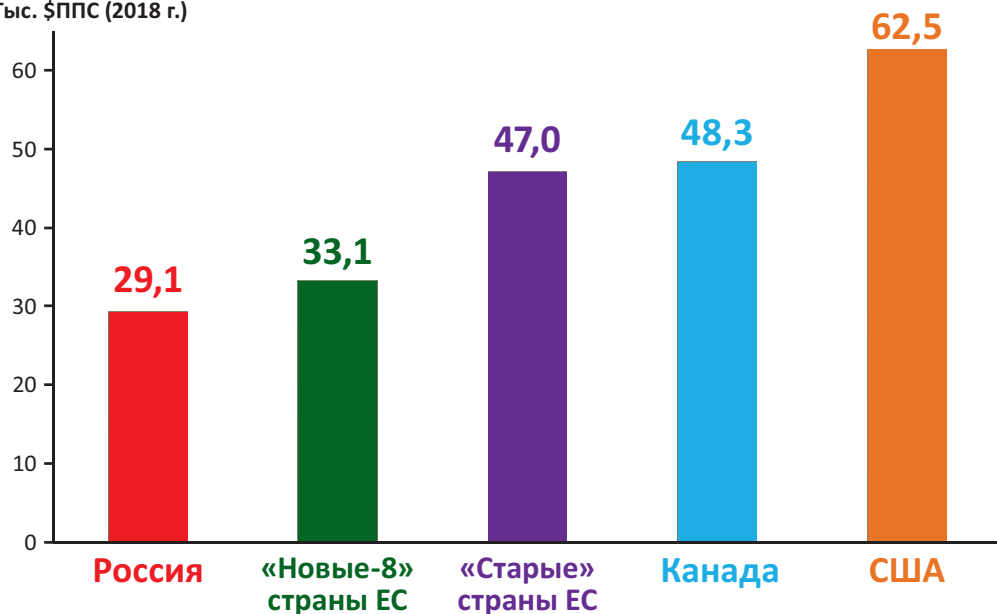
ВВП является ключевым макроэкономическим показателем. В РФ в 2018 г. он составил **707,5 тыс. рублей** на душу населения, что в пересчете на доллар по ППС¹ — 29,1 тыс. \$ППС. Это значение практически **на уровне** «новых-8» стран ЕС (33,1 тыс.) и **в 1,6 раза ниже**, чем в «старых» странах ЕС (47,0 тыс.) (рис. 65).

Одним из важных социально-экономических показателей является **средняя заработная плата** по стране во всех отраслях экономики в среднем. В РФ данный показатель в 2017 г. составил **39,2 тыс. рублей** на душу населения, или 1600 \$ППС, что в **1,5 раза ниже**, чем в «новых-8» странах ЕС (2351 \$ППС), и **в 2,5 раза ниже**, чем в «старых» странах ЕС (3952 \$ППС) (рис. 66).

Следует также отметить, что сегодня в РФ **51%** населения проживает на доходы менее **25 тыс. рублей в месяц** и только **10%** населения имеет доходы выше **60 тыс. рублей**. Такая ситуация сложилась при стагнации реальных доходов населения с 2014 г. и постоянном росте расходов на другие первоочередные статьи затрат семейного бюджета: ЖКХ, продукты питания, транспорт, образование детей и др. В этих условиях доступность бесплатной медицинской помощи для населения имеет принципиальное значение.

¹ Доллар по ППС (\$ППС) — доллар, оцененный по паритету покупательной способности. Представляет собой количество единиц валюты, необходимое для покупки стандартного набора товаров и услуг, который можно приобрести за одну денежную единицу базовой страны (доллар США).

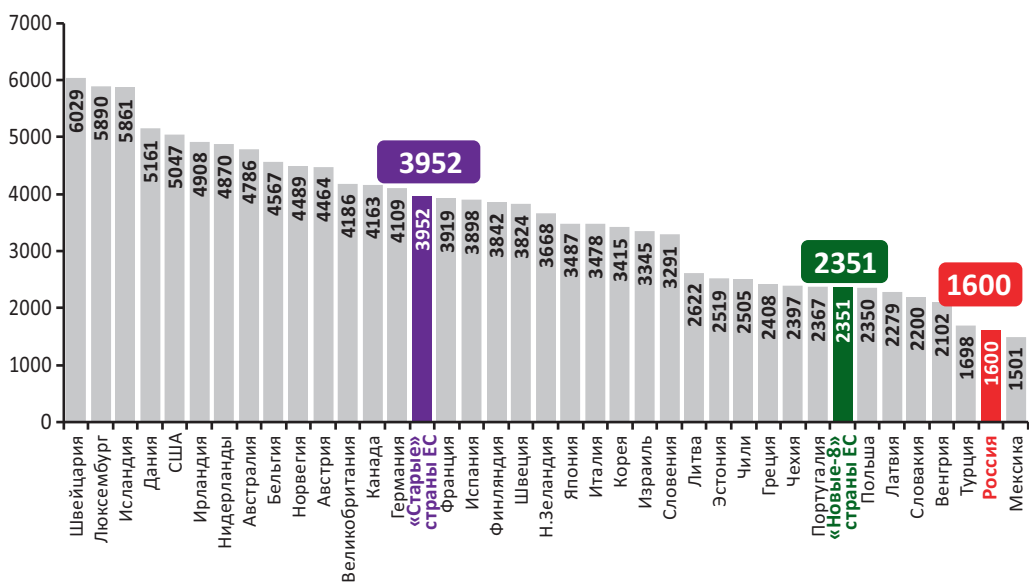
Тыс. \$ППС (2018 г.)



«Новые-8» страны ЕС включают: Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению, Чехию, Эстонию.
Источники: Росстат; база данных ОЭСР «OECD.Stat».

Рис. 65. Валовой внутренний продукт на душу населения в разных странах

\$ППС (2017 г.)



«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.
Источники: Росстат; база данных ОЭСР «OECD.Stat».

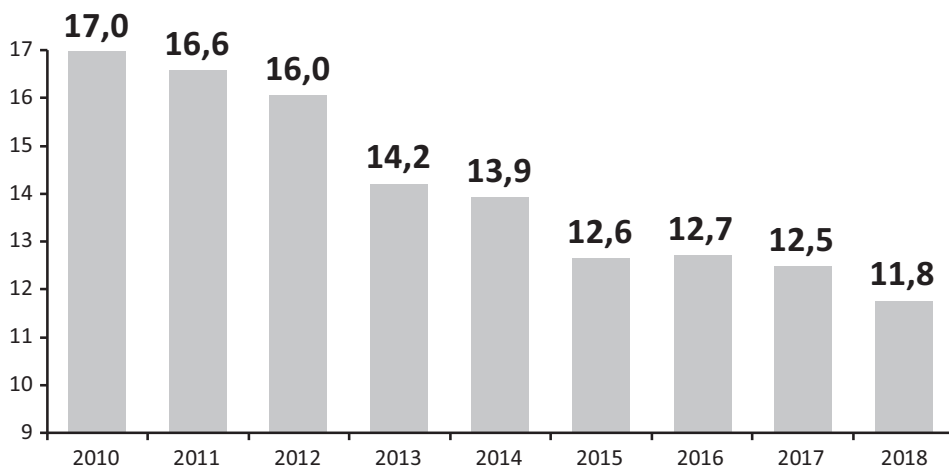
Рис. 66. Среднемесячная заработная плата в РФ, «новых-8» и «старых» странах ЕС

2.4. ОБРАЗ ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ

Злоупотребление алкоголем — это важнейшая проблема общественного здоровья, причина катастрофически высокого уровня смертности (особенно мужской) в РФ. Основные последствия злоупотребления алкоголем в РФ включают: сверхсмертность, снижение продолжительности жизни, потерю здоровья, снижение рождаемости, ухудшение наследственности и здоровья детей, деградацию социальной и духовно-нравственной среды, распад семей. Экономические потери от разрушения человеческого потенциала многократно превышают доходы от производства и оборота алкоголя. Злоупотребление алкоголем увеличивает вероятность смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ишемической болезни сердца, повышенного артериального давления, геморрагического инсульта, аритмии, кардиомиопатии), несчастных случаев, травм и внезапной остановки сердца.

Антиалкогольная концепция, принятая в РФ в 2009 г. (Распоряжение Правительства РФ от 30.12.2009 № 2128-р), с 2010 по 2018 г. привела к снижению потребления алкоголя **на 30%** (рис. 67).

Литров чистого спирта

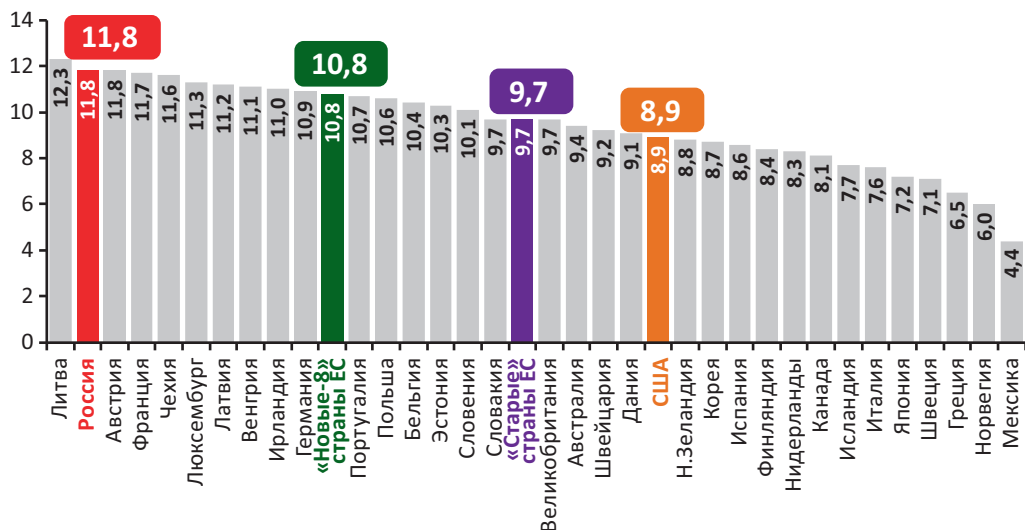


Источники: Государственная программа РФ «Развитие здравоохранения»; Минздрав России.

Рис. 67. Динамика потребления алкоголя на душу населения среди лиц старше 15 лет в РФ

Однако показатель потребления алкоголя в РФ (число литров чистого спирта на душу населения среди лиц старше 15 лет) остается одним из самых высоких среди стран ОЭСР — 11,8 л в 2018 г., что **на 9% выше**, чем в «новых-8» странах ЕС (10,8 л), **на 22% выше**, чем в «старых» странах ЕС (9,7 л), и **на 33% выше**, чем в США (8,9 л) (рис. 68).

Число литров на душу населения старше 15 лет
(РФ — 2018 г., ОЭСР — 2017 г. или последний возможный)



«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.
Источники: Минздрав России; база данных ОЭСР «OECD.Stat».

Рис. 68. Потребление алкоголя на душу населения среди лиц старше 15 лет в РФ и странах ОЭСР

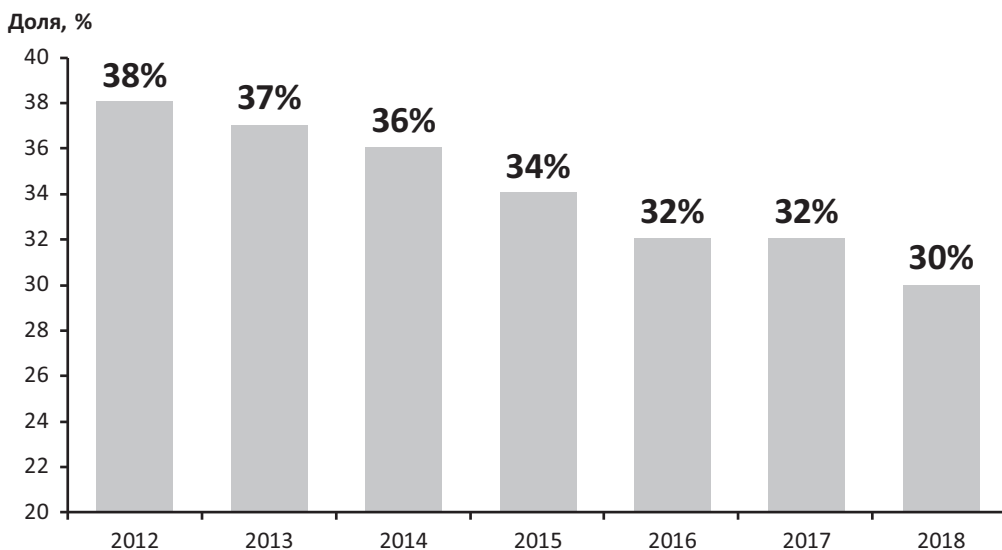
Курение — вторая по значимости проблема общественного здоровья. Курение вызывает рост болезней системы кровообращения, приводит к хроническим заболеваниям легких и многим онкологическим заболеваниям. Курение является причиной **90%** смертей от рака легкого, **75%** — от болезней органов дыхания, **25%** — от болезней сердца. Примерно **25%** курильщиков умирают преждевременно: в среднем курение сокращает ожидаемую продолжительность жизни на 10–15 лет (по данным Роспотребнадзора, 2013). По данным Минздрава России¹, среднестатистический россиянин выкуривает **17 сигарет** в день, в то время как в «новых» и «старых» странах ЕС этот показатель — **5 штук** в день.

Курение является предотвратимой причиной заболеваний. Во многих странах мира (США, странах ЕС и др.) действуют национальные программы по борьбе с курением. Их реализация позволила в **1,5–2,0 раза** снизить распространенность курения и связанную с ним смертность (ВОЗ, 2005). Очень важно, что в России был утвержден антитабачный закон «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака»². Реализация данного антитабачного закона с 2012 по 2018 г. привела к снижению распространенности курения на **21%** (рис. 69).

Однако показатель доли курящего взрослого населения в РФ остается одним из самых высоких среди стран ОЭСР — **30%** в 2018 г. Это в **1,4 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС (22%), и в **1,5 раза выше**, чем в «старых» странах ЕС (20%), и в **2,7 раза выше**, чем в США (11%) (рис. 70).

¹ Всероссийский форум «Здоровье нации»: <http://www.znopr.ru/media/analitics/6237.html>

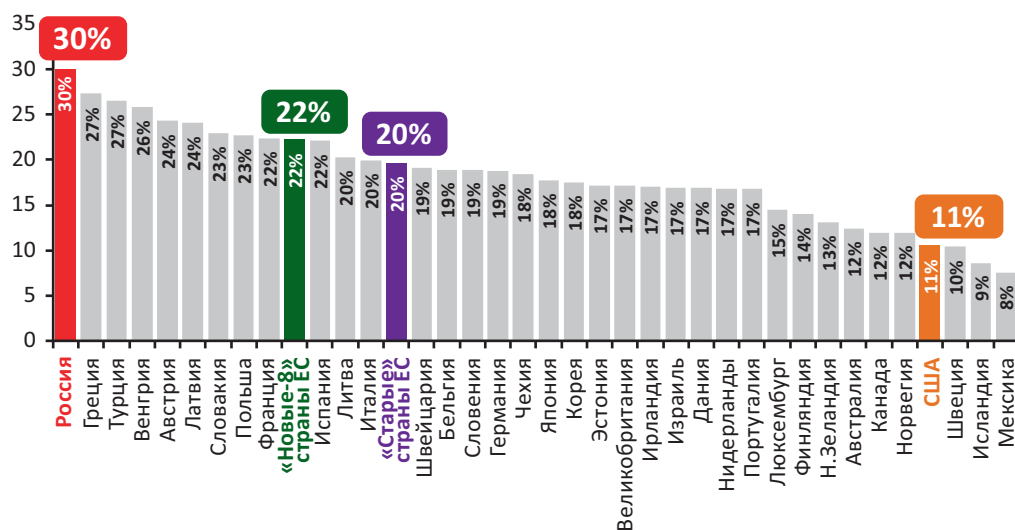
² Федеральный закон РФ от 23.02.2013 № 15-ФЗ.



Источники: Государственная программа РФ «Развитие здравоохранения»; Минздрав России.

Рис. 69. Динамика доли курящего населения старше 15 лет в РФ

Доля, %
(РФ — 2018 г., ОЭСР — 2017 г. или последний возможный)



«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.
Источники: Минздрав России; база данных ОЭСР «OECD.Stat».

Рис. 70. Доля ежедневно курящего населения старше 15 лет в РФ и странах ОЭСР

Фактор влияния системы здравоохранения на ОПЖ является многозадачным фактором, который можно рассматривать с разных сторон: финансирование, обеспеченность кадрами и ресурсами, объемами медицинской помощи, лекарственным обеспечением. Данный фактор представлен отдельно в главе 3.

ВЫВОДЫ К ГЛАВЕ 2

- В РФ ключевыми факторами, влияющими на здоровье населения, являются экономические факторы, образ жизни граждан и финансирование системы здравоохранения. Степень их влияния распределяется следующим образом: темп роста ВВП определяет здоровье населения в РФ **на 37%**, снижение потребления алкоголя — **на 33%**, увеличение государственного финансирования здравоохранения — **на 30%**.
- Существенное отставание РФ по показателям здоровья населения от «новых-8» стран ЕС (см. главу 1), близких к РФ по ВВП на душу населения (соответственно 29,1 и 33,1 тыс. \$ППС), может быть обусловлено более низкими доходами населения: средняя заработная плата в экономике в РФ **в 1,5 раза ниже**, чем в «новых-8» странах ЕС (соответственно 1,6 и 2,4 тыс. \$ППС на душу населения), недофинансированием системы здравоохранения (см. раздел 3.1).
- Серьезными неблагоприятными факторами, отрицательно влияющими на ОПЖ в РФ, являются: высокое потребление алкоголя (**на 9% выше**, чем в «новых-8» странах ЕС, и **на 33% выше**, чем в США) и высокая распространенность курения (**в 1,4 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС, и **в 2,7 раза выше**, чем в США).