

DOI: 10.26653/1561-7785-2017-3-11

## ПОДХОДЫ К СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ РЕГИОНАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ<sup>1</sup>

**Шибалков И.П.**

*Национальный исследовательский Томский политехнический университет  
(634050, Россия, Томск, пр. Ленина, д. 30)  
E-mail: shibalkov.ivan@yandex.ru*

**Аннотация.** Существенная дифференциация социально-экономического положения субъектов РФ свидетельствует о значительных региональных различиях в условиях демографического развития. Анализ социально-экономических показателей позволяет говорить о существовании различных моделей формирования здоровья населения на той или иной территории. Факторный анализ социально-экономической ситуации в регионах России с последующей кластеризацией на основе 22 статистических показателей позволил провести типологизацию регионов по уровню состояния здоровья населения и социально-экономического развития и выработать подходы к совершенствованию политики в сфере охраны здоровья населения для каждой группы субъектов РФ. Регионы страны разделены на четыре группы, для каждой из которых сформулированы рекомендации по увеличению ожидаемой продолжительности жизни. Обоснована необходимость признания проблемы неравенства в здоровье на федеральном уровне.

**Ключевые слова:** продолжительность жизни, региональная дифференциация, смертность, демографическая политика, региональная политика.

© Шибалков И.П. [текст], 2017.

<sup>1</sup> исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ, грант № 16-36-00181 мол\_а

Существенная дифференциация социально-экономического положения субъектов РФ свидетельствует о значительных региональных различиях в исходных условиях демографического развития. В последние десятилетия в России статистика рождаемости и смертности позволяет говорить о позитивных тенденциях изменения медико-демографической ситуации в стране, однако траектории изменения эпидемиологической ситуации в субъектах Российской Федерации, из которых складывается в целом положительный общероссийский тренд, трудно назвать схожими. Этим и обусловлена актуальность совершенствования социально-экономической политики с позиции приоритетности здоровья населения в регионах России. К тому же в последние десятилетия существенно изменился подход к пониманию процесса формирования здоровья населения: если традиционно данные вопросы были отнесены исключительно к компетенции системы здравоохранения, то современные теории свидетельствуют о существенном круге иных факторов, влияющих на состояние здоровья населения.

Первичный обзор ряда социально-экономических показателей позволяет выдвинуть гипотезу о существовании различных моделей формирования здоровья населения в регионах и оценить вклад каждого из выбранных факторов в процесс формирования здоровья населения с целью выявления таких моделей. Для этого был проведен факторный анализ социально-экономической ситуации в регионах с последующей кластеризацией на основе перечня вы-

бранных статистических показателей, которая позволила выработать единые подходы к совершенствованию политики в сфере охраны здоровья населения для каждой группы субъектов РФ, учитывающие их основные историко-географические и социально-экономические характеристики.

Статистический анализ с использованием многомерных статистических методов (корреляционный, дисперсионный и кластерный анализы) проводился в системе STATISTICA. Для анализа использовалась система из 22 показателей Росстата за 2013 г.: численность населения и средняя ожидаемая продолжительность жизни в субъектах РФ, объективные показатели уровня и качества жизни (экономические, социальные, экологические) и показатели ресурсной обеспеченности системы здравоохранения (условно обозначим эту совокупность показателей «СЭПЗ» — социально-экономические показатели здоровья).

Корреляционный анализ СЭПЗ (на основе матриц параметрических парных корреляций Пирсона и непараметрических коэффициентов парных корреляций Спирмена) выявил значимые корреляционные связи разных пар показателей. С помощью факторного анализа были определены 4 фактора, оказывающие наиболее сильное влияние на состояние здоровья населения. Методом главных компонент были построены четырех- и семи факторные модели СЭПЗ, с применением критерия Кайзера было выявлено четыре фактора со следующей содержательной (социально-экономической) интерпретацией: F1 — составной фактор эконо-

мического развития и дохода (валовой региональный продукт на душу населения, среднедушевые доходы населения), F2 — составной фактор здоровья и развития здравоохранения (заболеваемость на 1000 населения, число больничных коек, число посещений амбулаторно-поликлинических учреждений в смену, число врачей, число среднего медицинского персонала на 10 тыс. человек), F3 — составной фактор благосостояния (доля населения с доходами ниже прожиточного минимума, общая площадь жилых помещений, приходящаяся в среднем на одного жителя); F4 — доля занятого населения с высшим образованием.

Построенная регрессионная линейная связь между стандартизированным показателем средней ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) и F1 — F4 была оценена как сильная. Экономический фактор F1 незначимо ( $p \approx 0,25 > 0,10$ ) влияет на среднюю ожидаемую продолжительность жизни, фактор благосостояния F3 — статистически значимо ( $0,050 > p \approx 0,018 > 0,005$ ), а факторы здравоохранения F2 и образования занятого населения F4 — высоко значимо ( $0,0005 > p$ ). Причем корреляционная связь между ОПЖ и F2, F3 — отрицательная.

С помощью факторных значений  $F_i$  для каждого региона был рассчитан совокупный фактор здоровья (СФЗ). На основе значений ОПЖ и совокупного фактора здоровья, в результате кластеризации методом К-средних и иерархической кластеризации, с помощью правила объединения — метода Варда и меры близости

Евклидово расстояние получено качественное разбиение 83-х регионов на 9 кластеров, однородных по совокупности факторов.

Типологизация регионов проведена на основе статистической кластеризации по показателю средней ожидаемой продолжительности жизни и совокупного фактора здоровья, 9 выделенных кластеров были объединены в 4 группы со сходными социально-экономическими и историко-географическими характеристиками.

В первую группу относительно благополучных регионов вошли 3 кластера (25 субъектов РФ), которые и по показателю ОПЖ, и по показателю СФЗ находятся на среднем уровне или выше среднего, во вторую, относительно проблемную — 2 кластера (33 субъекта РФ), которые по ОПЖ также на среднем уровне, но показатели СФЗ у них ниже среднего, в третью — особый кластер (5 республик Северного Кавказа), где ОПЖ выше среднего, а СФЗ ниже, в четвертую, остропроблемную группу — 3 кластера (20 субъектов РФ), где уровень СФЗ разнится, но ОПЖ значительно ниже среднего.

*Относительно благополучные регионы* Центральной России, Поволжья, Северо-Запада, а также промышленно развитые регионы Урала, Сибири, Дальнего Востока образуют первую группу (табл. 1). Для них характерны более высокий или средний уровень жизни и средний уровень ожидаемой продолжительности жизни (в исключительных случаях — высокий, как в г. Москва и г. Санкт-Петербург (в 2013 г. 76,37 и 74,22 лет, соответственно).

Таблица 1

## Первая группа — относительно благополучные регионы

Table 1

First group — relatively successful regions

Центральный ФО	Приволжский ФО	Сибирский ФО
г. Москва	Пермский край	Томская область
Воронежская область	Республика Башкортостан	Новосибирская обл.
Московская область	Самарская область	Омская область
Липецкая область	Нижегородская область	Красноярский край
Ярославская область	Республика Татарстан	<b>Дальневосточный ФО</b>
<b>Северо-Западный ФО</b>	<b>Уральский ФО</b>	Республика Саха
г. Санкт-Петербург	Свердловская область	
Республика Коми	Челябинская область	
Республика Карелия	Тюменская область	
Архангельская область	Ханты-Мансийский АО	
Мурманская область	Ямало-Ненецкий АО	

Источник: расчеты автора.

Регионы, входящие в данную группу, наиболее близки к завершению эпидемиологического перехода, большая доля смертей приходится здесь на причины, сильно связанные с возрастом, т.е. рост ожидаемой продолжительности жизни должен обеспечиваться, в основном, за счет повышения среднего возраста смерти от различных причин. Существует так называемая методология предотвратимой смертности, выделяющая три группы причин смерти по уровню профилактики, которая является применимой в странах с различным уровнем экономического развития [1]. Предотвратимая смертность рассматривается как возможность сокращения потерь населения от причин, которые поддаются влиянию со стороны учреждений здравоохранения, и определяется как «смертность в результате причин, которые определены экспертами как предотвратимые усилиями системы здравоохранения исходя из современных знаний и практики, в определенных

возрастно-половых группах населения» [2].

Наиболее эффективной стратегией формирования здоровья населения для этих регионов представляется сосредоточение усилий на сокращении предотвратимых потерь средствами медико-социальной профилактики и реабилитации, внедрение высокотехнологичных методов лечения, активизация деятельности по оздоровлению образа жизни.

Экспертами в сфере организации системы оказания медицинской помощи предлагается проведение следующих мероприятий для снижения предотвратимых потерь здоровья населения:

- совершенствование нормативно-правовых актов регионального уровня в части улучшения демографической ситуации;
- улучшение информационно-аналитического обеспечения управления;
- совершенствование кадрового планирования и подготовки спе-

циалистов для оказания медицинской помощи населению;

- улучшение системы управления и ресурсного обеспечения медицинских организаций, оптимизация системы;
- научное обоснование направлений развития системы оказания медицинской помощи для повышения ее эффективности [3].

«Международный опыт свидетельствует, что смертность от предотвратимых причин должна снижаться быстрее, чем смертность от непредотвратимых причин, в случае, если здравоохранение работает эффективно» [4. С. 69]. В мировой практике зарекомендовали себя специализированные программы профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, программы по контролю над распространением рака и другие, когда силами специалистов по отдельным видам патологий, приводящим к преждевременной смерти, разрабатывается система мероприятий по сокращению смертности в порядке приоритетности и с учетом экономической и социальной эффективности этих мер.

В частности, борьба с онкологическими заболеваниями может включать такие меры, как информирование о вредных производствах и минимизация онкологических рисков для работников таких производств; нейтрализация рисков ионизирующих и неионизирующих излучений; вакцинация от связанных с раком заболеваний (гепатит В и папиллома); программы скрининга и т.п. В борьбе с причинами неинфекционных заболеваний самыми эффективными оказываются межведомственные программы.

В России многие факторы, которыми обусловлена высокая заболеваемость и смертность, не находятся в зоне ответственности исключительно Минздрава, и государственная политика в этих областях должна предусматривать межведомственное сотрудничество — это, например, антинаркотическая политика и предотвращение смертности от дорожно-транспортных происшествий, которая обусловлена не столько медицинскими (скорость оказания медицинской помощи жертвам ДТП и ее качество), сколько немедицинскими факторами (дорожная инфраструктура, безопасность транспортных средств, соблюдение правил движения).

Для стран, достигших определенных успехов в борьбе за увеличение продолжительности жизни в 1994-2013 гг., характерны следующие направления развития:

- оптимизация расходов на здравоохранение, направление сэкономленных средств на переоснащение медицинских учреждений, переподготовку персонала и повышение заработной платы (страны Прибалтики и Армения);
- внедрение стандартов здорового образа жизни — борьба с табакокурением (Турция и Венгрия) и программы повышения физической активности и снижения веса (Словения и Сингапур);
- интенсификация контактов населения с системой здравоохранения за счет внедрения института семейного врача, который фактически проводит диспансеризацию (Армения, Бразилия, Литва) [5].

Для России одно из главных потенциальных направлений роста ожидаемой продолжительности жиз-

ни заключается в возможности увеличения этого показателя у населения трудоспособного возраста, в частности, у мужчин. Фактическое положение дел таково, что российская система охраны здоровья, основанная на решительном приоритете лечения, а не профилактики, отдает приоритет интересам тех, кто не достиг трудоспособного возраста или из него вышел. Проводимые профилактические мероприятия часто формальны, слишком осторожны и недостаточны ни по содержанию, ни по объему финансирования. Важно поднять медицинскую профилактику в регионе на уровень, адекватный ее роли в возможном снижении заболеваемости и смертности в сравнении с собственно медицинской помощью. К работе по сохранению и продлению жизни можно было бы привлечь и бизнес (крупный и средний), организовав государственно-частное партнерство для серьезной диспансеризации, особенно по болезням сердечно-сосудистой системы и новообразованиям, с использованием современных методов [6]. Необходимость этого связана с тем, что самые опасные патологии часто носят бессимптомный характер. Выявляя их на ранней стадии путем систематических обследований, мы имеем больше шансов быстрее и эффективнее вылечить больного с относительно небольшими затратами.

Во многом на проблему сверхсмертности мужчин трудоспособного возраста способно повлиять и снижение масштабов злоупотребления алкоголем. Основные меры антиалкогольной политики известны: это пропаганда здорового образа жизни, обеспечение доступности лечебно-

профилактических программ, ценовая политика, разработка и принятие технических регламентов требований к безопасности алкогольной и спиртосодержащей продукции, ограничение розничной продажи алкоголя, ограничение рекламы, усиление ответственности за нарушения в сфере производства и оборота спиртосодержащей продукции.

Однако особое внимание следует обратить на структуру потребления алкоголя в России, ведь именно высокий уровень потребления крепких алкогольных напитков ведет к столь высокой алкогольной смертности россиян. «С 2013 г. начал расти вклад случайных отравлений алкоголем в смертность от внешних причин» [7. С. 37]. Мировой опыт показывает, что изменение структуры потребления алкоголя гораздо более эффективно, чем запретительные меры. Также известно, что люди с низкими доходами потребляют больше алкоголя, чем с высокими и средними доходами, и точно такая зависимость потребления существует с уровнем культуры и образования [8], т.е. основным источником депопуляции в России являются люди с низким образованием и доходами. Поэтому важно изучить социальные и экономические обстоятельства, которые приводят к опасному злоупотреблению алкоголем, перед внедрением в практику оценить эффективность применения известных способов психологического воздействия и лечения, направленных на снижение злоупотребления алкоголем; определить потенциальный вклад различных ведомств в борьбу с алкоголизмом и курением, в том числе здравоохранения, образования, охраны правопорядка, торгов-

ли и регулирования рынка труда (миграционная компонента) [9].

Относительно проблемные регионы, образующие вторую группу (табл. 2.), находятся на том же этапе эпидемиологического перехода, что и регионы первой группы, характери-

зуются средней продолжительностью жизни (самая низкая в группе — в Оренбургской области — 68,9 лет в 2013 году, что на 2,6% ниже среднероссийского уровня), но имеют относительно низкий уровень жизни.

Таблица 2

## Вторая группа — относительно проблемные регионы

Table 2

Second group — relatively distressed regions

Центральный ФО	Приволжский ФО	Южный ФО	Северо-Западный ФО
Владимирская область	Оренбургская область	Республика Калмыкия	Вологодская область
Смоленская область	Республика Мордовия	Республика Адыгея	Калининградская область
Ивановская область	Пензенская область	Краснодарский край	Ленинградская область
Тульская область	Белгородская область	Астраханская область	<b>Северо-Кавказский ФО</b>
Калужская область	Чувашская Республика	Волгоградская область	Республика Северная Осетия — Алания
Костромская область	Республика Марий Эл	Ростовская область	Ставропольский край
Рязанская область	Удмуртская Республика	<b>Сибирский ФО</b>	
Тамбовская область	Кировская область	Алтайский край	
Орловская область	Саратовская область		
Брянская область	Ульяновская область		
Курская область			

Источник: расчеты автора.

Данным регионам необходимо путем экспертного анализа выявить основные «узкие места» в структуре смертности (по причинам, половозрастным группам) и при разработке демографической политики и политики в сфере здравоохранения сконцентрировать внимание на них. Те же рекомендации, конечно, актуальны и для других регионов группы, однако им нужно помнить, что наличие нерешенных проблем социально-экономического развития (например, низкий уровень доходов населения, как в Алтайском крае, или пространственная поляризация развития пригородной зоны вокруг Санкт-Петербурга и периферийных муниципалитетов Ленинградской области) во многом препятствуют успешности

предпринимаемых мер по увеличению ожидаемой продолжительности жизни.

В целом регионам данной группы необходимы как более тщательный анализ структуры смертности, так и факторный анализ уровня жизни населения, последующее применение лучших практик соседних субъектов РФ, имеющих сходный ресурсно-экономический потенциал.

В Северо-Западном ФО примером может служить Республика Коми, которой удалось и повысить уровень жизни населения, и за 10 лет (с 2003 года) увеличить среднюю ожидаемую продолжительность жизни на 12,3% до 69,27 лет (для сравнения — в среднем по России показатель вырос на 8,7% и составил 70,76 лет).

В Приволжском ФО показателен пример Нижегородской области, которая за 10 лет увеличила ожидаемую продолжительность жизни на 8,4% — с 64,03 до 69,42 лет. В апреле 2006 года в области была принята «Стратегия развития Нижегородской области до 2020 года», а в октябре 2007 года — Программа развития производительных сил территорий, основной целью которой был назван вывод муниципальных районов Нижегородской области на финансовую самообеспеченность, для чего каждому из них предстояло научиться строить долгосрочную стратегию развития и реализовывать инвестиционные проекты с привлечением внешнего финансирования. В результате, в регион действительно пришли новые инвесторы [10]: используя свое основное конкурентное преимущество (выгодное географическое положение) и развивая транспортно-логистическую инфраструктуру, Нижегородской области удалось сделать свой инвестиционный климат одним из самых комфортных в России. К тому же с 2012 г. в Нижегородской области реализуются программы развития 2 территориальных кластеров (включены в перечень пилотных программ развития инновационных территориальных кластеров РФ) — это Саровский инновационный кластер (Российский федеральный ядерный центр) и индустриальный кластер в области автомобилестроения и нефтехимии. В результате за 10 лет ВРП региона вырос в 4,5 раза, доля населения с доходом ниже прожиточного минимума снизилась с 22,7 до 9,0%, соотношение среднедушевого дохода с величиной регионального прожиточного минимума увеличилось с 1,2 до 2,4.

Республики Северного Кавказа — регионы с уникальными для России природно-климатическими условиями жизни — выделены в отдельную группу (табл. 3). Для них характерна высокая ожидаемая продолжительность жизни (значительно выше средней по РФ, в частности, в Ингушетии — 78,84 лет в 2013 году), несмотря на низкий уровень жизни населения.

Республики Северного Кавказа — регионы с уникальными для России природно-климатическими условиями жизни — выделены в отдельную группу (табл. 3). Для них характерна высокая ожидаемая продолжительность жизни (значительно выше средней по РФ, в частности, в Ингушетии — 78,84 лет в 2013 году), несмотря на низкий уровень жизни населения.

Таблица 3

**Третья особая группа — республики Северо-Кавказского ФО**

Table 3

Third group — republics of the North-Caucasian Federal District

Республика Дагестан	Кабардино-Балкарская Республика
Республика Ингушетия	Карачаево-Черкесская Республика
Чеченская Республика	

Источник: расчеты автора.

У коренного населения Кавказского региона наблюдается естественная исторически повышенная концентрация долголетних людей, названная феноменом группового долгожительства, которая возникла и прослеживается уже длительное время.

Этот феномен — результат сложного гармонического взаимодействия средовых факторов, генетических и психологических особенностей национально-этнических групп, в частности, геронтократического характера традиционной этнической культуры

(сохранение за старыми людьми социальной роли в семье, сельской общине, психологический комфорт стариков, обусловленный высокой мерой их включения в дела семьи, своего села, уважением и уходом со стороны родственников).

Республики С-КФО обладают редким для России демографическим потенциалом (высокая рождаемость, низкая смертность, небольшой удельный вес населения старше трудоспособного возраста), что делает инвестиции в человеческий капитал здесь очень перспективными. Для дальнейшего роста продолжительности жизни необходимо повышение качества жизни, культурного уровня

населения, развитие сферы здравоохранения, образования, физкультуры и спорта, а также выравнивание муниципальных образований по уровню и качеству жизни.

*Остропроблемные регионы* Сибири, Дальнего Востока и других округов, образующие четвертую группу (табл. 4), характеризуются низкой ожидаемой продолжительностью жизни (ниже средней по России от 3,0% (Республика Хакасия — 68,57 лет в 2013 году) до 12,7% (Республика Тыва — 61,79 лет)) и незавершенностью эпидемиологического перехода, хотя уровень экономического развития субъектов РФ внутри группы разнится.

Таблица 4

**Четвертая группа — остропроблемные регионы**

Table 4

Fourth group — severely distressed regions

Дальневосточный ФО	Сибирский ФО	Северо-Западный ФО
Еврейская авт. область	Республика Алтай	Новгородская область
Амурская область	Республика Бурятия	Псковская область
Камчатский край	Республика Тыва	Ненецкий АО
Приморский край	Забайкальский край	<b>Центральный ФО</b>
Хабаровский край	Иркутская область	Тверская область
Магаданская область	Республика Хакасия	<b>Уральский ФО</b>
Чукотский АО	Кемеровская область	Курганская область
Сахалинская область		

Источник: расчеты автора.

Анализ смертности в регионах данной группы показывает, что существенные демографические потери в годах жизни обусловлены смертностью от внешних причин. Поэтому одним из основных направлений политики формирования здоровья населения должно стать повышение ожидаемой продолжительности жизни за счет уменьшения смертности от полученных травм, особенно в трудоспособном возрасте. Высокая смерт-

ность от внешних причин обусловлена как поведенческими, так и средовыми факторами риска. Непременными условиями снижения травматической смертности являются снижение уровня бедности и неравенства, организация безопасных условий труда, отдыха, передвижений, развитие инфраструктуры, социальной среды, укрепление полицейской и судебной системы, а также социально-экономическое и культурное

развитие в целом. Профилактика поведенческих факторов риска должна включать меры по формированию самосохранительного (витального) поведения у населения (в т.ч. пропаганда здорового образа жизни, соблюдение техники безопасности, профилактика рискованного, агрессивного поведения, программы по снижению стресса, по развитию социальных навыков, телефоны доверия), проведение антиалкогольной политики и др.

Одним из эффективных инструментов борьбы в снижении смертности от внешних причин является применение Матрицы Хэддона [11].

Показателем, характеризующим эпидемиологическую ситуацию в регионах данной группы, также является высокая смертность населения от инфекционных и паразитарных заболеваний. Она в значительной мере зависит не только от санитарно-эпидемиологического благополучия территории, но и от социально-экономических факторов — неблагоприятные условия проживания, низкий уровень доходов, отсутствие работы и т.п. Именно плохие социально-экологические и жилищные условия в конечном итоге является важнейшим фактором распространения инфекционных заболеваний. Поэтому, наряду с такими точечными мерами, как улучшение организации медицинской помощи, усиление надзора за биологической безопасностью продовольственного сырья, продуктов питания, воды, а также за социально обусловленными инфекционными и паразитарными заболеваниями и инфекциями (вирусные гепатиты, туберкулез и др.), необходимо

комплексное социально-экономическое развитие территорий.

Отдельно остановимся на дальневосточных регионах. В советское время на Дальнем Востоке интенсивно формировался демографический потенциал со своеобразной структурой (более молодое по возрасту и по времени заселения население, имеющее нормальный половой состав). Однако социально-экономические реформы 1990-х гг. привели к постепенному разрушению демографического потенциала региона — сокращению численности и ухудшению структуры населения. Более низкая ожидаемая продолжительность жизни здесь также связана с суровыми природно-климатическими условиями, прежде всего, в северной части региона, с повышенными затратами на воспроизводство рабочей силы, с производственной специализацией (преобладание добывающей промышленности), характером размещения населения и учреждений социальной инфраструктуры, образом жизни и адаптационными процессами населения [12]. Не способны оказать значимого положительного влияния на продолжительность жизни ни высокая ресурсная обеспеченность системы здравоохранения в отдельных регионах Дальнего Востока, ни высокое экономическое положение (Сахалинская и Магаданская область). Острой необходимостью для данной группы регионов является не только коренная реконструкция дальневосточной производственной и социальной инфраструктуры, но и последовательная государственная демографическая политика, направленная на заселение приграничных

районов Дальнего Востока и пополнение демографического потенциала.

При этом необходимо помнить, что медицинский прогресс и реализация профилактических мероприятий сами по себе, несомненно, положительно влияют на уровень здоровья, однако могут привести и к увеличению неравенства в отношении здоровья. «Неравенство в здоровье» является термином, который используется для определения различий, изменений и диспропорций в здоровье индивидов и групп населения. Не все неравенства в здоровье являются несправедливыми (например, они могут быть вызваны биологическими и генетическими вариациями или поведением индивида). Концепция несправедливости в здоровье фокусирует свое внимание на распределении ресурсов и других процессах, которые формируют неравенство в здоровье (или в его социальных детерминантах) между социальными группами, находящимися в более и менее выгодном социальном и экономическом положении [13].

Таким образом, термином «неравенство в здоровье» обычно обозначают не все различия, а только необязательные, устранимые — связанные с доходом, социальным статусом, физическим окружением, условиями работы, неадекватным доступом к услугам здравоохранения и т.д. Зависимость заболеваемости и смертности от социально-экономического статуса в целом не подвергается сомнению, так, например, проблему социальных детерминант здоровья и неравенства в здоровье активно исследует ВОЗ. В 2005 г. ВОЗ учредила Комиссию по социальным детерминантам здоровья (КСДЗ) в

целях систематизации существующих знаний о возможных путях сокращения социальных неравенств в отношении здоровья, чтобы таким образом привлечь внимание всего мира к задачам достижения более высокого уровня социальной справедливости в данной области как в пределах стран, так и между странами путем воздействия на социальные детерминанты здоровья. В основе лежало положение о том, что «... вмешательства, направленные на снижение заболеваемости и спасение жизней, приводят к успеху только в том случае, если они надлежащим образом учитывают социальные детерминанты здоровья» [14].

В 2014 г. в рамках Программы Оксфам по предоставлению прав гражданскому обществу в неравном многополярном мире (ECSM BRICSAM (БРИКСАМ — Бразилия, Россия, Индия, Китай, Южная Африка, Мексика) [12] был реализован проект по анализу тенденций неравенства в России, как экономического, так и неравенства в доступе к услугам здравоохранения. Согласно репрезентативному опросу населения 2013 г., россияне считают, что двумя формами неравенства, наиболее сильно влияющими на благосостояние населения страны, являются неравенство доходов (72% респондентов) и неравенство в доступе к медицинской помощи (47%).

Несмотря на то, что официально население России полностью охвачено системой здравоохранения и право на бесплатное медицинское обслуживание закреплено в конституции, эксперты выделяют три основных вида неравенства в доступности медицинской помощи в России: географический, социальный (в т.ч. дис-

криминация отдельных групп, таких как бездомные, мигранты и заключенные) и экономический. При этом основные программные документы по развитию здравоохранения в России практически полностью игнорируют данную проблему, в то время как во многих странах проблема социального неравенства в здоровье признается и решается на правительственном уровне путем реализации соответствующих стратегий — это Австралия, Новая Зеландия, Великобритания, Норвегия, Швеция, Канада и др. Практика зарубежных стран показывает, что зачастую приходится выбирать между улучшением абсолютных уровней здоровья и сокращением неравенства в здоровье, и некоторые эксперты утверждают, что сохранение неравенства в состоянии здоровья приемлемо, пока улучшается общее состояние здоровья населения или для большинства социальных групп достигается некоторое улучшение [16]. На наш взгляд, важной целью является одновременное развитие медицинских служб и технологий в регионах и уменьшение неравенства в здоровье. В основе социально-экономической политики, направленной на достижение этой цели, лежит сокращение неравенства в социально-экономических ресурсах, а также меры, которые по своей природе оказывают равное воздействие

на различные группы населения. Понятно, что даже при должном внедрении таких универсальных мер, которые приносят пользу для здоровья всего населения, многие проблемы со здоровьем требуют привлечения собственных ресурсов человека и его действий. Однако и в этих случаях государство может влиять на неравенство в здоровье, широко распространяя информацию о том, как то или иное вмешательство может улучшить здоровье человека, где это вмешательство доступно, может ли оно быть охвачено планами медицинского страхования и, если нет, сколько это будет стоить.

Таким образом, при разработке научно обоснованных мероприятий по совершенствованию государственной демографической политики и политики в области здравоохранения и социальной защиты населения в субъекте Российской Федерации необходимо провести анализ состояния здоровья населения на его территории и выявить доминирующие факторы, влияющие на него. При обсуждении мероприятий на федеральном уровне должна также учитываться проблема неравенства в здоровье, которая является весьма актуальной для современной России и зачастую снижает эффективность принимаемых мер на различных уровнях управления.

### **Литература и Интернет источники**

1. *Charlton J.R., Velez R.* Some international comparisons of mortality amenable to medical intervention. *BMJ*. — 1986. — No. 292. — P. 295–301.
2. *Михайлова Ю.В., Иванова А.Е.* Предотвратимая смертность в России и пути её снижения. — М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2006. — 308 с.
3. *Сабгайда Т.П.* Возрастные особенности предотвратимой смертности населения России // Социальные аспекты здоровья населения. — 2013. — Т. 33 — № 5. — Режим доступа: [https://elibrary.ru/download/elibrary\\_20616011\\_56530892.pdf](https://elibrary.ru/download/elibrary_20616011_56530892.pdf)

4. **Рязанцев С.В., Иванова А.Е., Гришин А.С.** Методика оценки предотвратимой смертности населения: территориальный и исторический подходы // Научное обозрение. Серия 1. Экономика и право. — 2013. — № 6. — С. 69-76.
5. Продлевая жизнь: доклад Исследовательского центра ИТАР-ТАСС при содействии экспертов Центра социальной экономки. — М., 2014.
6. **Аганбегян А.** Уменьше не упасть числом // Эксперт. — 2014. — № 28 (907).
7. **Рязанцев С.В., Храмова М.Н., Гришин А.С.** Социальные резервы демографического развития России в современных условиях: определение, компоненты, факторы // Научное обозрение. Серия 2. Гуманитарные науки. — 2016. — № 6. — С. 33-46.
8. **Немцов А.В.** Алкогольная смертность в России и пути снижения алкогольных потерь // Демографические перспективы России и задачи демографической политики: материалы научно-практической конференции (6-8 апреля 2010 г.). — М.: Экон-Информ, 2010. — С. 66-74.
9. **Иванова А.Е., Рязанцев С.В., Семенова В.Г.** Вклад миграции в смертность российского населения трудоспособного возраста // Научное обозрение. Серия 2. Гуманитарные науки. — 2016. — № 6. — С. 47-60.
10. **Пономарев В.** Магнит для иностранцев // Expert Online. — 2013. — [Электронный ресурс] — Режим доступа: <http://expert.ru/2013/01/29/magnit-dlya-inostrantsev/> (дата обращения: 28.03.2017).
11. **Юмагузин В. В.** Матрица Хэддона как инструмент снижения смертности от внешних причин / XV апрельская международная научная конференция по проблемам развития экономики и общества: в 4-х книгах. — М.: ИД НИУ ВШЭ, 2015. — Кн.3 — С. 92-101.
12. **Рыбаковский Л.Л.** Демографический потенциал Дальнего Востока, его динамика и качество. — [Электронный ресурс] — Режим доступа: <http://rybakovsky.ru/naseleniereg1.html> (дата обращения: 28.03.2017).
13. **Кислицына О.А.** Неравенство в распределении доходов и здоровья в современной России. — М.: РИЦ ИСЭПН, 2005. — 376 с.
14. Социальные и гендерные неравенства в отношении окружающей среды и здоровья. Всемирная Организация Здравоохранения, 2010. — 23 с.
15. **Кучерявенко О., Ухова Д.** Неравенство и доступ к здравоохранению в России — [Электронный ресурс] — Режим доступа: <http://neravenstvo.com/?p=865> (дата обращения: 28.03.2017).
16. **Phelan J. C., Link B. G., Tehranifar P.** Social conditions as fundamental causes of health inequalities: Theory, evidence and policy implications. *Journal of Health and Social Behavior*. 2010. Vol. 51. P. 28-40.

**Благодарности и финансирование:**

исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ, грант № 16-36-00181 мол\_а

**Для цитирования:**

Шибалков И.П. Подходы к совершенствованию региональной политики в сфере охраны здоровья населения // Народнонаселение. — 2017. — № 3. — С.144-157. DOI: 10.26653/1561-7785-2017-3-11.

**Сведения об авторах:**

Шибалков Иван Петрович, аспирант кафедры экономики, Национальный исследовательский Томский политехнический университет.

Контактная информация: e-mail: [shibalkov.ivan@yandex.ru](mailto:shibalkov.ivan@yandex.ru)

DOI: 10.26653/1561-7785-2017-3-11

**APPROACHES TO IMPROVEMENT OF THE REGIONAL POLICY  
IN THE SPHERE OF HEALTH PROTECTION****Ivan P. Shibalkov***Tomsk Polytechnic University**(30, Lenin Avenue, Tomsk, Russian Federation, 634050)**E-mail: shibalkov.ivan@yandex.ru*

**Abstract.** The significant differentiation of the socioeconomic situation in the RF subjects is indicative of significant regional differences in the conditions of demographic development. Analysis of the socio-economic indicators shows the existence of different models of health formation in various regions. Factor analysis of the socio-economic situation in the Russian regions with subsequent clustering based on 22 selected statistical indicators made it possible to obtain typology of the regions by the health status of population and socio-economic development, and to work out approaches to improvement of the policy in the sphere of health protection for each group of the RF subjects. The regions of the country are divided into four groups, and for each of them there are developed recommendations aimed at increasing life expectancy. There was also substantiated the necessity of acknowledging the problem of inequality in health at the federal level.

**Keywords:** life expectancy, regional differentiation, mortality, demographic policy, regional policy.

**References and Internet sources**

1. Charlton J.R., Velez R. Some international comparisons of mortality amenable to medical intervention. *BMJ*. 1986. No. 292. P. 295–301.
2. Mikhailova Yu.V., Ivanova A.E. Predotvratimaya smertnost' v Rossii i puti yeyo snizheniya [*Preventable Mortality in Russia and the Ways to Reduce It*]. Moscow. RIO TSNIIOIZ [Federal Research Institute for Health Organization and Informatics, Ministry of Health of the Russian Federation], 2006. 308 p. (in Russ.)
3. Sabgaida T.P. Vozrastnyye osobennosti predotvratimoy smertnosti naseleniya Rossii [Age specifics of the preventable mortality of the Russian population]. *Sotsial'nyye aspekty zdorov'ya naseleniya* [*Social Aspects of Population Health*]. 2013. No. 5. Available at: [https://elibrary.ru/download/elibrary\\_20616011\\_56530892.pdf](https://elibrary.ru/download/elibrary_20616011_56530892.pdf) (in Russ.)
4. Ryazantsev S.V., Ivanova A.E., Grishin A.S. Method for assessing preventable mortality: territorial and historical approaches. *Nauchnoye obozreniye. Seriya 1. Ekonomika i pravo* [*Scientific Review. Series 1. Economics and Law*]. 2013. No. 6. P. 69–76. (in Russ.)
5. Prodlevaya zhizn': doklad Issledovatel'skogo tsentra ITAR-TASS pri sodeystvii ekspertov Tsentra sotsial'noy ekonomki [*Prolonging Life. Report of the ITAR-TASS Research Center with the assistance of experts from the Center for Social Economy*]. Moscow. 2014. (in Russ.)
6. Aganbegyan A. Umen'ye ne upast' chislom [The ability not to fall by the number]. *Expert*. 2014. No. 28 (907). (in Russ.)
7. Ryazantsev S.V., Khramova M.N., Grishin A.S. Social reserves of the demographic development of Russia in the current Conditions: definition, components factors. *Nauchnoye obozreniye. Seriya 2. Gumanitarnye nauki* [*Scientific Review. Series 2. Human Sciences*]. 2016. No. 6. P. 33–46. (in Russ.)

8. Nemtsov A.V. Alkogol'naya smertnost' v Rossii i puti snizheniya alkogol'nykh poter' [Alcohol mortality in Russia and the ways to reduce alcohol losses]. Demograficheskiye perspektivy Rossii i zadachi demograficheskoy politiki: materialy nauchno-prakticheskoy konferentsii (6-8 aprelya 2010 g.) [*Demographic Prospects of Russia and the Tasks of Demographic Policy*. Proceedings of the scientific and practical conference (April 6-8, 2010)]. Moscow. Econ-Inform. 2010. P. 66-74. (in Russ.)
9. Ivanova A.E., Ryazantsev S.V., Semenova V.G. Contribution of migration in Russian mortality working-age population. Nauchnoe obozrenie. Seriya 2. Gumanitarnye nauki [Scientific Review. Series 2. Human Sciences]. 2016. No. 6. P. 47-60. (in Russ.)
10. Ponomarev V. Magnit dlya inostrantsev [Magnet for foreigners]. Expert Online. 2013. Available at: <http://expert.ru/2013/01/29/magnit-dlya-inostrantsev/> (Accessed: 28 March 2017). (in Russ.)
11. Yumaguzin V.V. Matritsa Kheddona kak instrument snizheniya smertnosti ot vneshnikh prichin [The Haddon matrix as an instrument to reduce mortality from external causes]. XV aprel'skaya mezhdunarodnaya nauchnaya konferentsiya po problemam razvitiya ekonomiki i obshchestva [*Proceedings of the XV April International Scientific Conference on the Problems of Development of the Economy and Society*]. 4 Vols. Moscow. NIU VSHE [HSE]. 2015. Vol. 3. P. 92-101. (in Russ.)
12. Rybakovsky L.L. Demograficheskiy potentsial Dal'nego Vostoka, yego dinamika i kachestvo [Demographic potential of the Far East, its dynamics and quality]. Available at: <http://rybakovsky.ru/naseleniereg1.html> (Accessed: 28 March 2017). (in Russ.)
13. Kislitsyna O.A. Neravenstvo v raspredelenii dokhodov i zdorov'ya v sovremennoy Rossii [*Inequality in the Distribution of Income and Health in Modern Russia*]. Moscow. ISEPN [Institute of Socio-Economic Studies of Population RAS]. 2005. 376 p. (in Russ.)
14. Sotsial'nyye i gendernyye neravenstva v otnoshenii okruzhayushchey sredy i zdorov'ya. Vsemirnaya Organizatsiya Zdravookhraneniya [*Social and Gender Inequalities in Relation to the Environment and Health*. World Health Organization]. 2010. 23 p. (in Russ.)
15. Kucheryavenko O., Ukhova D. Neravenstvo i dostup k zdravookhraneniyu v Rossii [Inequality and access to health care in Russia]. 2015. Available at: <http://neravenstvo.com/?p=865> (Accessed: 28 March 2017). (in Russ.)
16. Phelan J. C., Link B. G., Tehranifar P. Social conditions as fundamental causes of health inequalities: Theory, evidence and policy implications. *Journal of Health and Social Behavior*. 2010. Vol. 51. P. 28-40.

**Acknowledgments and funding:**

The article was prepared with the financial support of the Russian Foundation for Basic Research, Grant No. 16-36-00181 мол.а.

**For citation:**

Shibalkov I.P. Approaches to improvement of the regional policy in the sphere of health protection. *Narodonaselenie [Population]*. 2017. No. 3. P. 144-158. DOI: 10.26653/1561-7785-2017-3-11 (in Russ.)

**Information about the author(s):**

*Shibalkov Ivan Petrovich*, postgraduate student, Tomsk Polytechnic University.  
Contact information: e-mail: [shibalkov.ivan@yandex.ru](mailto:shibalkov.ivan@yandex.ru)