

Проблема депопуляции населения РФ на примере Иркутской области

С.В. БЕЛОУСОВА, кандидат экономических наук, Отдел региональных экономических и социальных проблем ИНЦ СО РАН, Иркутск.
E-mail: belousova-@mail.ru

В статье дан анализ процессов депопуляции населения РФ на примере Иркутской области и влияния состояния здравоохранения в России на решение проблем депопуляции. Установлены типы и особенности депопуляции населения России. Рассмотрены демографические проблемы в Иркутской области, которая является, как показал анализ, типичным образцом процессов депопуляции в России. Выявлена ограниченность мер по совершенствованию системы здравоохранения, не учитывающих состояние и механизмы функционирования общественного здоровья.

Ключевые слова: общественное здоровье, социология здоровья, здравоохранение, экономика здравоохранения

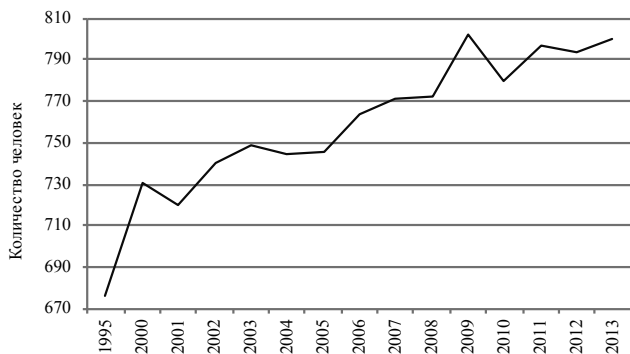
Депопуляция населения: типы и особенности России

Проблема депопуляции населения остается крайне острой для нашей страны, притом, что сущность данного понятия, как и состав причин и условий развития этого процесса, остаются спорными. Под депопуляцией традиционно понимается систематическое уменьшение абсолютной численности населения какой-либо страны или территории в результате суженного воспроизводства населения и эмиграции. Другие авторы считают, что термин «депопуляция» может применяться только для определения процессов сокращения населения в результате естественной убыли и превышения смертности над рождаемостью [1].

Специалисты называют широкий ряд причин депопуляции – высокую смертность, низкую рождаемость, массовую эмиграцию, болезни, экономические реформы, голод и войны. При этом они подчеркивают, что это явление характерно для большинства цивилизованных стран: «человечество вступило в период депопуляции» [2]. В мире сложилась сложная демографическая ситуация, когда очаговая, критическая по масштабам депопуляция в отдельных странах и регионах, происходит на фоне проявления депопуляции как цивилизационного демографического тренда. В соответствии с разными типами депопуляции можно выделить три основные группы стран мира: с высокой

смертностью и низкой рождаемостью; с высокой рождаемостью и низкой смертностью; со средними или параллельно низкими значениями рождаемости и смертности.

Россия традиционно входит в первую группу, главным признаком которой является высокая смертность. При этом внутри страны показатели смертности и рождаемости значительно варьируют по регионам, различаясь более чем в пять раз (по смертности). Такой размах колебаний почти вдвое больше, чем в среднем в мире. Смертность значительно коррелирует с заболеваемостью (на нее приходится 80% причин смертности). За последние годы заболеваемость в России постоянно растет, усиливая рост смертности (рис. 1).



Источник: Федеральная служба государственной статистики URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/healthcare

Рис. 1. Заболеваемость в РФ на 1000 чел. населения (зарегистрировано заболеваний у пациентов с диагнозом, установленным впервые в жизни) за 1995–2013 гг.

Рост уровня заболеваемости населения отмечается во всех регионах России. Особенно значительное увеличение показателя отмечено в классах болезней системы кровообращения (200%), крови и кроветворных органов (200%). Заболеваемость социально обусловленными болезнями, такими как туберкулез, остается на опасно высоком уровне (85,1 чел. на 100 тыс. населения), превышающем порог эпидемии (по нормативам ВОЗ – 50 чел. на 100 тыс.) [3].

Между тем системного многофакторного изучения причин роста заболеваемости в стране, подобного проведенному в западных странах, у нас не проводится. Так, системно изучая факторы влияния на общее бремя болезней населения в странах ЕС, эксперты [4] выделяют следующие параметры (табл. 1).

Таблица 1. Вклад отдельных факторов в общее бремя болезней в странах ЕС, %

Фактор	%
Табакокурение	9,0
Употребление алкоголя	8,4
Избыточная масса тела	3,7
Угрозы здоровью, связанные с профессиональной деятельностью	3,6
Низкое потребление фруктов и овощей	3,1
Относительная бедность	2,9
Безработица	2,4
Употребление наркотиков	1,4
Рацион питания, богатый насыщенными жирами	1,1
Загрязнение атмосферного воздуха	0,2

Подобного многоаспектного, многоуровневого анализа общественного здоровья и факторов, влияющих на заболеваемость, в РФ нет. Вопросы социологии здоровья являются пока достаточно новой сферой исследования [5], а стратегия укрепления здоровья на государственном уровне сводится к разработке отдельных проектов [6] и обсуждению концептуальных идей развития здравоохранения на перспективу [7]. В первом случае документы не получают широкого массового обсуждения и обычно остаются на уровне предложений, а во втором – вопросы развития здравоохранения являются только частью большого спектра задач укрепления здоровья общества. В итоге проблема общественного здоровья в России остается крайне мало исследованной, а рекомендации недостаточно внедряются в практику. В качестве примера можно привести отечественные исследования факторов, воздействующих на здоровье населения страны, которые изучают отдельные частные моменты, игнорируя макроаспекты (неэффективные экономические и социальные реформы, доходы, бедность, безработица и т. д.) (табл. 2).

Таблица 2. Доля 10 факторов риска, влияющих на утрату работоспособности и общую смертность в РФ в 2005 г.

Влияние на заболеваемость		Влияние на смертность	
фактор риска	количество лет жизни с утратой трудоспособности	фактор риска	всего смертей, %
Злоупотребление алкоголем	16,5	Высокое артериальное давление	35,5
Высокое артериальное давление	16,3	Высокое содержание холестерина	23,0
Курение	13,4	Курение	17,1
Высокое содержание холестерина	12,3	Низкое употребление фруктов и овощей	12,9
Высокий индекс массы тела	8,5	Высокий индекс массы тела	12,5
Низкое употребление фруктов и овощей	7,0	Злоупотребление алкоголем	11,9
Малоподвижный образ жизни	7,0	Малоподвижный образ жизни	9,0
Употребление наркотиков	2,2	Загрязнение воздуха в городах	1,2
Препараты свинца	1,1	Препараты свинца	1,2
Небезопасный секс	1,0	Употребление наркотиков	0,9

Источник: [8].

Между тем качество общественного здоровья населения в большей мере зависит от совокупности условий жизни [3], и главным фактором (по мнению большинства экспертов, его вклад – не менее 50%) является образ жизни, во многом зависящий от ее уровня. Не менее 10–15% влияния на заболеваемость оказывает система здравоохранения. Однако в российских условиях роль этих факторов практически не учитывается при решении проблем депопуляции населения.

Иркутская область – пример процессов депопуляции в России

Ярким примером первого типа депопуляции в России является Иркутская область, численность населения которой за последние годы неуклонно падает, в том числе из-за высокого уровня смертности (рис. 2).

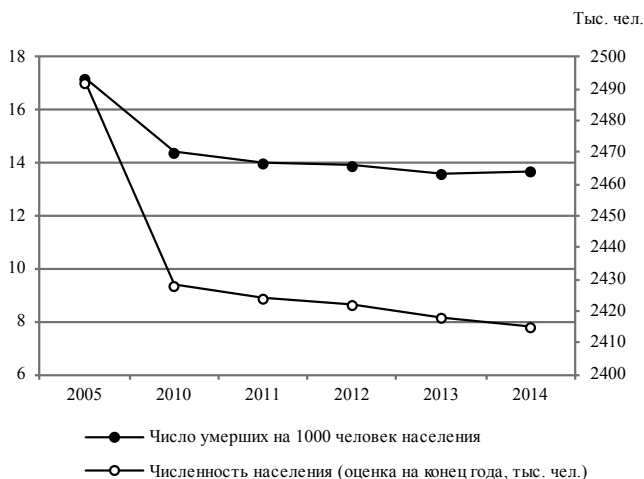


Рис. 2. Численность населения Иркутской области в 2005–2014 гг. (на конец года), тыс. чел. (правая шкала) и уровень смертности в регионе (число умерших на 1000 чел. населения, левая шкала)

Говоря об условиях жизни населения, оказывающих влияние на рост заболеваемости и смертности, отметим такой фактор, как постоянный социально-экономический кризис или риск его проявления. Такая оценка основана на анализе параметров условий жизни в Иркутской области за 2000–2013 гг. в сравнении с критическими значениями этих параметров, устанавливающими критическую область, зоны риска и безопасного положения. Выбранные параметры характеризуют важнейшие условия жизни людей: потребление продуктов питания, доходы населения, уровень неравенства, задолженность и потребительскую инфляцию. Анализ показал, что население региона в течение 13 лет находится в состоянии продуктового стресса (объемы потребления по основным группам питания значительно отстают от безопасных параметров), а также стрессов, связанных с ростом дифференциации общества и усилением неравенства, низкими доходами при постоянном их снижении если не в абсолютном, то в относительном выражении, ростом задолженности и инфляцией и др. (табл. 3).

Таблица 3. Динамика показателей условий жизни населения Иркутской области по группам в сравнении с критическими значениями за период 2001–2013 гг.

Показатель	Критическая область	Зона риска	Безопасная зона	1990	2001	2005	2010	2013
Питание								
Потребление продуктов питания в домашних хозяйствах (в среднем на одного члена в год, кг):								
хлебные продукты	< 105	105–120	> 120	109	122	118	109	108
овощи и бахчевые	< 70	70–95	> 95	89	122	86	77	83
мясо и мясопродукты	< 45	45–65	> 65	81	72	53	62	70
молоко и молочные продукты	< 180	180–260	> 260	362	48	182	190	199
яйца (шт.)	< 180	180–230	> 230	298	165	172	203	219
Доходы населения								
Соотношение среднедушевых денежных доходов и величины прожиточного минимума	< 2	2–3,5	> 3,5	-	-	2,41	2,67	2,50
Соотношение среднемесячной номинальной начисленной заработной платы и величины прожиточного минимума трудоспособного населения	< 2,5	2,5–4	> 4	-	-	3,10	3,61	3,74
Отношение среднедушевых денежных доходов к среднероссийским	< 0,8	0,8–1,0	> 1	-	-	0,88	0,80	0,75
Соотношение среднего размера назначенных пенсий и величины прожиточного минимума пенсионера	< 1	1–2	> 2	-	-	0,89	1,38	1,33
Соотношение среднедушевых денежных доходов и стоимости фиксированного набора потребительских товаров и услуг	< 2	2–3,5	> 3,5	-	-	1,55	1,84	1,91
Удельный вес социальных выплат в объеме денежных доходов населения, %	< 15	15–20	> 20	-	13,1	13,7	22,8	25,7
Рост (уменьшение) реальных располагаемых денежных доходов населения, % к соответствующему периоду предыдущего года	< 100	100–115	> 115	-	121,27	131,37	111,83	109,01

Показатель	Критическая область	Зона риска	Безопасная зона	1990	2001	2005	2010	2013
Неравенство и социально-экономическое расслоение								
Коэффициент фондов (соотношение средних доходов 10% наиболее и наименее обеспеченного населения)	> 10	6–10	< 6	-	-	15	15,9	15,2
Коэффициент Джини – индекс концентрации доходов, %	> 40	30–40	< 30	-	-	40,7	41,5	40,9
Доля населения за чертой бедности (со среднедушевым доходом меньше прожиточного минимума), %	> 15	7–15	< 7	-	-	21,3	18,1	17,01
Инфляция и задолженность								
Индексы потребительских цен	> 108	102–108	< 102	-	116,9	108	109,5	105,1
Соотношение роста доходов населения и уровня инфляции	< 1,0	1,0–1,2	> 1,2	-	0,96	0,82	0,98	0,96
Просроченная задолженность по заработной плате от месячного фонда заработной платы организаций, имевших задолженность, %	> 200	100–200	< 100	-	-	274	618	224
Просроченная задолженность по заработной плате в расчете на 1 работника, перед которым имеется задолженность (количество прожиточных минимумов трудоспособного населения)	> 3	1–3	< 1	-	-	3,64	4,90	3,06
Индекс уверенности потребителей (процентный баланс):	< –10	10–10	> 10	-	-12,75	-9	-9,5	-7,75
в целом пенсионеров	< –10	10–10	> 10	-	-16,75	-14,25	-12,25	-11,5

Результатом постоянных критических условий жизни людей является рост и без того высокого уровня заболеваемости. Так, Иркутская область занимает 12-е место в стране по уровню заболеваемости за 2013 г. и одно из первых – по наркомании и алкоголизму. При этом в разных возрастных категориях значения показателей заболеваемости сильно различаются (табл. 4).

Таблица 4. Структура заболеваемости населения в Иркутской области в 2008–2012 гг. (первичная заболеваемость), чел.

Группа заболеваемости	Группа населения	2008	2009	2010	2011	2012
Инфекционные и паразитарные болезни	Дети	7333,7	6591,6	8241,1	6676,0	6470,1
	Подростки	2702,1	2096,6	2451,7	2041,3	1936,8
	Взрослые	3434,72	2490,1	2690,5	2708,5	2619,2
Новообразования	Дети	1336,1	1208,9	1307,1	1407,8	1570,1
	Подростки	867,4	963,8	988,2	912,6	989,1
	Взрослые	4466,1	5133,3	5756,5	6011,8	5979
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	Дети	2897,6	2566,9	2412,7	2371,8	2458,8
	Подростки	2425,1	2136,3	2343,7	1944,1	2035,2
	Взрослые	806,9	790,6	851,6	923,8	1106,6
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	Дети	7765,9	7548,7	8702,7	9554,5	9111,3
	Подростки	31357,9	32755,4	33648,3	30564,9	26856,6
	Взрослые	8970,7	9061,6	9918,5	10150,1	10717,5
Психические расстройства и расстройства поведения	Дети	5732,6	8270,0	4523,4	5073,1	4200,9
	Подростки	4682,1	4536,0	3855,7	4838,5	4873,1
	Взрослые	3804,8	4797,8	5234,5	4937,9	5190,5
Болезни нервной системы	Дети	9280,2	8270,0	9234,5	10816,5	11960,8
	Подростки	18878,3	19882,8	24565,3	22950,6	22522,0
	Взрослые	6015,8	6578,5	7097,8	7585,1	7542,8
Болезни глаза и его придаточного аппарата	Дети	9694,7	8861,4	10320,3	11531,9	12203,6
	Подростки	17611,3	20603,1	24721,9	23555,5	25334,0
	Взрослые	15419,7	15294,3	15727,7	15414,2	17487,1
Болезни уха и сосцевидного отростка	Дети	6794,9	7457,0	7400,8	8191,8	7918,3
	Подростки	3347,0	4327,3	5492,0	4428,1	4065,3
	Взрослые	4481,5	4685,1	4520	4359,1	3999,5
Болезни системы кровообращения	Дети	2068,5	2062,2	1607,1	1616,5	1799,3
	Подростки	5785,6	6096,0	7166,0	6447,8	7239,8
	Взрослые	34459,6	33893,4	33378,1	34592,6	33286,3
Болезни органов дыхания	Дети	147996,4	156422,4	171663,9	162875,2	169490,5
	Подростки	69132,6	95091,4	99287,2	84906,6	78296,2
	Взрослые	20625,8	24305,3	22447,7	24108,8	21824

Группа заболеваемости	Группа населения	2008	2009	2010	2011	2012
Болезни органов пищеварения	Дети	13519,4	11409,2	12334,4	11377,7	11773,3
	Подростки	18265,2	17706,7	19078,7	15525,4	14013,5
	Взрослые	8936,6	9431,9	9433	10820,3	10957,1
Болезни кожи и подкожной клетчатки	Дети	6681,6	5675,9	5918,6	5959,5	6248,2
	Подростки	5508,6	5574,3	5567,6	5108,5	5085,4
	Взрослые	2200,7	2342	2052,4	2651,1	2681,3
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	Дети	9900,4	8532,0	10311,9	11464,7	13677,8
	Подростки	24427,8	27195,9	30899,7	28421,0	34018,6
	Взрослые	16928,8	17498,8	17563	21204,3	19537,2
Болезни мочеполовой системы	Дети	11862,2	10270,8	10940,2	10731,5	11357,6
	Подростки	23006,4	22600,4	23587,9	21697,8	20253,8
	Взрослые	15404	16598,1	16628,6	19718,8	18369,1
Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	Дети	4331,6	4032,8	3913,9	4892,6	5240,7
	Подростки	3219,8	3045,5	2673,1	2494,9	2848,3
	Взрослые	203,9	228,6	248,5	189,8	186,3
Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	Дети	10783,4	5697,0	6271,0	7401,9	8175,7
	Подростки	8110,8	4575,7	5005,9	4806,1	6064,2
	Взрослые	739,2	771	768,1	648,8	729,4
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	Дети	17445,2	17565,6	20914,3	23105,7	22796,4
	Подростки	15027,2	13652,6	3731,5	3358,9	3366,1
	Взрослые	16198,8	15401,5	16459,4	17366,6	16905,8
Всего	Дети	280396,1	272590,7	300359,8	299143,0	310248,0
	Подростки	254845,6	283192,6	295399,1	264234,8	259917,1
	Взрослые	165455,7	171791,1	173176,7	185837,7	181499,8

Подростки и дети в большинстве случаев значительно опережают по уровню заболеваемости взрослых, в том числе и по весьма серьезным патологиям (эндокринной, нервной системы и др.), хотя признано, что Россия отличается высоким уровнем генетического здоровья [9] (4-е место после Франции, Австрии, Австралии и Швейцарии), который тем не менее не оказывает положительного влияния на его «текущее» здоровье (рис. 3).



Рис. 3. Динамика уровня заболеваемости в Иркутской области в 2005–2014 г., (зарегистрировано заболеваний у пациентов), чел. на 1000 чел. населения

В Иркутской области наблюдается рост хронической заболеваемости практически по всем группам населения (кроме врожденных аномалий, инфекционных и паразитарных заболеваний). При этом число хронических заболеваний растет быстрее, чем первоначально регистрируемых, что свидетельствует о низкой эффективности системы диагностики и лечения.

Результатом высокой заболеваемости является высокая смертность населения, к основным причинам которой в Иркутской области в 2013 г. (как и в целом по России) относятся болезни сердечно-сосудистой системы (51,6% общего количества смертей), травмы и другие внешние воздействия (15,6%), злокачественные опухоли (13,9%), легочные (6%) и болезни желудочно-кишечного тракта (5%), другие причины (11%) [10].

Роль здравоохранения в решении проблем депопуляции

Система здравоохранения в России фактически занимает автономную позицию по своему влиянию на состояние здоровья населения. На это указывают многие моменты: отсутствие связи между финансированием отрасли и реальными потребностями населения в медицинских услугах, а также недостаток научно разработанных и утвержденных методологических и методи-

ческих приемов организации медицинского обслуживания (так, только 30% заболеваний были финансово стандартизированы [11]), отсутствие ответственности, низкий уровень управления, влияющие на качество и доступность медицинской помощи.

Существует множество свидетельств крайне низкого уровня медицинского обслуживания: доля неудовлетворенных потребителей варьируется от 60% до 93–97% [12]. Российские пациенты при лечении в амбулаторных условиях недовольны длительным ожиданием приема врача (75,8%), его недостаточным знанием проблем пациента (74,2%), несвоевременностью помощи «узких специалистов» (73,2%) и т. д. [13]. Хочется при этом отметить стабильное нежелание учитывать эти оценки, а также организовать их мониторинг. Низкие оценки качества медобслуживания демонстрируют и экспертные данные [14].

Экономическая и организационная эффективность здравоохранения также снижается. Так, при номинальном росте денежных потоков в сферу здравоохранения падают не только удовлетворенность населения качеством медицинских услуг [15], но и показатели эффективности, в частности, растет уровень заболеваемости. При этом традиционно работа по повышению эффективности ведется в основном на уровне ресурсной сферы с акцентом на финансовый сегмент.

Безусловно, финансовое обеспечение здравоохранения в России имеет крайне низкий уровень в сравнении с развитыми странами. Так, по оценкам ВОЗ [16], государственные затраты на здравоохранение (долл. на душу населения по ППС) в России в 2005 г. составляли всего 20% от среднеевропейского уровня, в 2010 г. – 30%, в 2012 г. – 35%. Для того чтобы уровень здоровья населения в России стал таким же, как в Европе и США, требуется увеличить расходы на здравоохранение не менее чем в 3–4 раза [17]. Однако усилия властей направлены не столько на поиск возможностей для увеличения финансирования, сколько на скоропалительную «оптимизацию» затрат и реконструкцию институциональной и организационной структуры отрасли [18], укрепление позиций платной медицины и создание условий для роста частных затрат на услуги здравоохранения. И это – в условиях, когда доля частных затрат на здравоохранение в России (в % от ВВП), по оценкам ВОЗ, выросла со 113% от среднеевропейского уровня в 2005 г. до 132% в 2010 г. и до 126% в 2012 г.

Необходимость системных изменений в отрасли очевидна, поскольку объем финансовых ресурсов, направленных на социальную сферу, как показывают исследования, сам по себе не гарантирует улучшения социально-демографических процессов. Особое значение приобретает стратегия распределения выделенных финансовых средств между видами медицинской помощи, их отраслями, группами потребителей, организационными и юридическими типами объектов здравоохранения и др. Однако многовекторный и многоаспектный структурный анализ направлений расходов, который должен предшествовать их последующей оптимизации, часто заменяется узким и однобоким подходом.

Так, чтобы избежать явного перекоса в финансировании амбулаторно-поликлинической и стационарной видов медицинской помощи (соответственно 20–30% и 70–80% всех расходов за здравоохранение), власти в 2014–2015 гг. сократили расходы на стационарную медицинскую помощь на 35%, а в остальном сегменте – от 12 до 20% [19]. Подобный упрощенный способ реструктуризации критиковался многими [20, 21]. При этом важен сам факт отсутствия разработки и анализа социальных балансов, включая балансы здоровья населения, выявляющих проблемы и диспропорции по территориям, возрастным и социальным группам населения, проблемные зоны, медицинские и организационные условия для решения проблем и др.

Подобный фрагментарный подход используется и при поиске роста инвестиций в отрасль, который связывается с очередным витком реформы здравоохранения, обусловленным переходом к одноканальному финансированию через обязательное медицинское страхование (ОМС). Основным источником финансирования здравоохранения РФ в настоящее время являются консолидированные бюджеты субъектов РФ (40,1% в 2012 г.), но их доля постепенно снижается. Расходы системы ОМС выросли за этот период в три раза, их доля составила в 2014 г. 32,1%. Однако, как показывает практика, изменение механизма финансирования здравоохранения в связи с законодательным введением ОМС ухудшило его финансовое обеспечение [22] и качество обслуживания. Страховой элемент медицины, с точки зрения Президента РФ В. В. Путина, исполняет «... лишь функции посредников при передаче финансовых средств. Кроме того, они

не мотивированы на повышение качества медпомощи и практически не несут за неё никакой ответственности» [23].

Первопричины отлаженных проблем обусловлены отсутствием ключевых критериев эффективности системы ОМС, установленных государством, выполнение или невыполнение которых было бы жестко связано с размером получаемого ею финансирования, с карьерой и размером оплаты труда её сотрудников и руководителей и т. д. А проводимые сейчас реформы, решая проблему снижения государственных финансовых обязательств за счет роста частных затрат на медицину, формируют экономическую заинтересованность лечебных учреждений и медицинских работников в плохом здоровье застрахованных как источнике роста доходов и игнорируют необходимость приоритетного финансирования плановой медицинской помощи [24].

Реструктуризация источников финансирования идет параллельно с организационным реформированием, которое, по мнению экспертов, отдано на откуп территорий. Со стороны Министерства здравоохранения РФ не приняты единые методики и общие подходы к оценке неэффективно работающих медицинских организаций, не выработаны единые методики расчета потребности в объемах медицинской помощи по профилям и необходимым ресурсам в соответствии с территориальными условиями. В итоге все мероприятия осуществляются по частным региональным планам («дорожным картам»), официально направленным на повышение эффективности здравоохранения, однако на деле весьма поверхностным и неоднозначным.

Результатом стал рост дефицитов территориальных бюджетов здравоохранения, сокращение 952 медицинских организаций по стране (из них 472 – в 2015 г.), увольнение медицинского персонала и снижение доступности медицинской помощи. Так, в 2014 г. в 59 регионах дефицит средств территориальных программ в здравоохранении за счет консолидированного бюджета региона составил 102 млрд руб., а в 2015 г. уже ожидается дефицит в 62 регионах в размере 127 млрд руб., в том числе по пяти регионам, не являющимся дотационными [25]. В целом же с учетом значительного сокращения федеральных средств в здравоохранении (табл. 5), низкой эффективности затрат системы ФОМС и дефицитов региональных бюджетов, для которых здравоохранение стало значимой статьей расходов (табл. 6), при

снижающихся финансовых возможностях территорий перспективы экономического развития отрасли весьма туманны.

Таблица 5. Расходы бюджетов бюджетной системы Российской Федерации на здравоохранение в 2012–2016 гг., млрд руб.

Показатель	2012	2013	2014	2015 (оценка)	2016 (прогноз)
Расходы, всего	2 206,9	2 428,7	2 638,5	2 941,6	3 066,9
В том числе:					
федеральный бюджет (без учета межбюджетных трансфертов)	554,7	506,6	466,4	383,3	310,9
консолидированные бюджеты субъектов Российской Федерации (без учета межбюджетных трансфертов)	812,3	921,0	978,1	1 131,3	1 223,2
бюджеты фондов обязательного медицинского страхования, всего	839,9	1 001,1	1 194,0	1 427,0	1 532,8

Таблица 6. Расходы бюджетов бюджетной системы Иркутской области на здравоохранение в 2005–2013 гг., млрд руб.

Показатель	2005	2009	2010	2011	2012	2013
Расходы, всего				32,3	39,96	39,4
В том числе:						
федеральный бюджет				6,4	2,8	0,6
консолидированный региональный бюджет	7,4	10,6	10,7	11,3	18,4	19,8
Доля последних в общем объеме расходов консолидированного регионального бюджета Иркутской области, %	17,2	12,9	12,7	17,05	18	18,9
Расходы бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования по Иркутской области	4,48	10,28	9,78	14,6	18,76	19,1

Такие формы и механизмы развития системы здравоохранения не нацелены на решение проблем снижения заболеваемости и смертности. Остро встает задача формирования в нашей стране более глубокого, системного представления об общественном здоровье, целостно учитывающего все элементы его формирования, включая макроусловия. Кроме того, необходимо объединить и сконцентрировать весь спектр действий политического, экономического, медико-социального и организационного характера, направленных на улучшение показателей здоровья, создав механизм научной организации и научного планирования в сфере укрепления здоровья общества.

Литература

1. Синельников А. Б. Что более приемлемо для населения: стимулирование рождаемости или приток иммигрантов? // Демографические исследования. – 2012. – № 1.
2. Медков В. М. Ожидаемое будущее или романтические мечтания? URL: http://demographia.ru/articles_N/index.html?idR=22&idArt=75 (дата обращения: 27.06.2016).
3. Шабунова А. А. Здоровье населения в России: состояние и динамика: монография / Вологда: ИСЭРТ РАН, 2010. – 408 с.
4. Robertson A., Tirado C., Lobstein T. Determinants of the burden of disease in the European Union // Региональные публикации ВОЗ, Европейская серия. – 2004. – № 96.
5. Лебедева-Несевря Н.А., Гордеева С.С. Социология здоровья: учеб. пособие для студ. вузов / Перм. гос. нац. иссл. ун-т. – Пермь, 2011. – 238 с.
6. О проекте концепции сохранения и укрепления здоровья населения Российской Федерации методами и средствами гигиенического обучения и воспитания. Решение Коллегии Минздрава РФ от 30.06.1997 г. № 11. URL: <http://www.bestpravo.ru/rossijskoje/ugzakony/e2k.htm>
7. Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г.
8. Улумбекова Г. Э. Здравоохранение России. Что делать. Научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года». Краткая версия – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 96 с.
9. Дмитриева О. Здоровая Россия // Взгляд: деловая газета. – 2006. – 31 янв. URL: <http://vz.ru/society/2006/1/31/20798.html> (дата обращения: 27.06.2016).
10. Доклад о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения Иркутской области по итогам деятельности за 2013 г.
11. Гришин В. Какую модель медицинского страхования мы хотим создать? // Экономика ЛПУ в опросах и ответах. URL: http://www.zdrav.ru/magazine/zhurnal_ekonomika_lpu_v_voprosakh_i_otvetakh/ (дата обращения: 27.06.2016).
12. Светличная Т. Г., Цыганова О. А. Медико-социологический подход к анализу удовлетворенности населения качеством медицинских услуг // Социальные аспекты здоровья населения. – 2011. – № 3 (19). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/304/30/lang, ru/> (дата обращения: 27.06.2015).
13. Трифонова Н. Ю., Габриелян А. Р., Касапов К. И. Оценка качества медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях на современном этапе // Социальные аспекты здоровья населения. – 2013. – № 5 (33). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/508/30/lang, ru/> (дата обращения: 27.06.2016).
14. Шишкин С. В. Российское здравоохранение: модернизация, эволюция, кризис? Доклад в рамках круглого стола «Человеческий потенциал и социальная политика» Второго Российского экономического

конгресса. Суздаль, 18–22 февраля 2013. URL: <http://www.gosbook.ru/document/70230/70265/preview> (дата обращения: 27.06.2016).

15. Население Иркутской области не удовлетворено качеством услуг в здравоохранении // Байкал Инфо 03/04/2015. URL: <http://baikal-info.ru/naselenie-irkutskoy-oblasti-neudovletvoreno-kachestvom-uslug-v-zdravoohranenii> (дата обращения: 27.06.2016).

16. Данные Глобальной обсерватории здравоохранения. URL: <http://www.who.int/gho/en/> (дата обращения: 27.06.2016).

17. Основные положения Стратегии охраны здоровья населения РФ на период 2013–2020 гг. и последующие годы / под ред. проф. Комарова Ю. М. – М., 2013. URL: http://polit.ru/media/files/2013/12/25/81c8aa58d07_e0615f49bd9778e4d0a34.pdf (дата обращения: 27.06.2016).

18. Емельянов О. В., Кудрявцев Ю. С., Филонова О. Л. О результатах анализа парка медицинского оборудования и оптимизации методов его восстановления // Экономика здравоохранения. – 2006. – № 41. – С. 68–71.

19. Об итогах работы Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2014 году и задачах на 2015 год. Министерство здравоохранения РФ. – М., апрель 2015 г. URL: http://static-2.rosminzdrav.ru/system/attachments/attaches/000/025/298/original/Доклад_итоговой_коллегии_для_размещения_на_сайте.pdf (дата обращения: 27.06.2016).

20. Жуков В. А., Учайкин Ю. Н., Петросов С. Н. Политика государства в аспекте реализации социальной защиты и социальных гарантий уязвимых слоев и групп населения // Социальные аспекты здоровья населения. – 2015 – № 1 (41).

21. Петросов С. Н., Першина Т. Л., Соловьёв В. В., Ласский И. А. Обоснование необходимости разработки модели деятельности медицинской организации в современных экономических условиях // Социальные аспекты здоровья населения. – 2015. – № 2 (42).

22. Матинян Н. С., Скачкова Е. И. Реформирование национальных систем здравоохранения как адаптация к глобальным процессам // Социальные аспекты здоровья населения. – 2008. – № 3. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/74/30/lang,ru/> (дата обращения: 27.06.2016).

23. О задачах субъектов Российской Федерации по повышению доступности и качества медицинской помощи (по материалам заседания Президиума Государственного совета 30.07.2013 г.) // Вестник Росздравнадзора. – 2013. – № 4. – С. 5–9.

24. Тагаева Т. О., Казанцева Л. К. Общественное здоровье и здравоохранение в России // ЭКО. – 2017. – №2. – С. 63–81.

25. Счетная палата проверила оптимизацию в сфере здравоохранения, культуры, образования и социального обслуживания. URL: http://www.ach.gov.ru/press_center/news/21297 (дата обращения: 27.06.2016).