

DOI: 10.26794/1999-849X-2019-12-2-19-30
УДК 614.2(045)
JEL I18, H51



Системный подход к достижению общенациональной цели по увеличению ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет к 2024 году

Г.Э. Улумбекова^а, Н.Ф. Прохоренко^б, А.В. Калашникова^с, А.Б. Гинойн^д

^{а, б, с, д} Высшая школа организации и управления здравоохранением

^д Финансовый университет, Москва, Россия

^а <https://orcid.org/0000-0003-0986-6743>; ^б <https://orcid.org/0000-0001-9636-6178>;

^с <https://orcid.org/0000-0002-7519-7405>; ^д <https://orcid.org/0000-0003-4513-3635>

АННОТАЦИЯ

В статье определены условия, при реализации которых можно достичь национальной цели по увеличению ожидаемой продолжительности жизни населения Российской Федерации до 78 лет к 2024 г., поставленной в Указе Президента РФ от 07.05.2018 № 204. Проанализированы меры, предложенные в национальных проектах «Здравоохранение» и «Демография» и предложены дополнительные направления для действий с точки зрения улучшения здоровья населения. Показано, что вследствие недостаточных расходов государства на лекарства в амбулаторных условиях население Российской Федерации вынуждено нести в четыре раза большую финансовую нагрузку по расходам на них, чем государство. Выявлено, что для достижения ожидаемой продолжительности жизни 78 лет к 2024 г. при условиях, что прирост ВРП на душу населения страны в 2019 г. составит 1,7%, в 2020 г. – 3%, а за период 2021–2024 гг. – 4%, потребление крепких алкогольных напитков снизится на 45% в расчете на душу населения, госрасходы на здравоохранение на душу населения должны ежегодно расти на 15% в постоянных ценах. В национальном проекте «Здравоохранение» заложен темп прироста расходов на здравоохранение не более чем 10% в текущих ценах. В статье *сделан вывод*, что для достижения названной цели потребуются дополнительные увеличение государственных расходов на здравоохранение (в том числе в рамках национального проекта «Здравоохранение»). Эти средства необходимо также направить на расширение доступности лекарственных препаратов для населения в амбулаторных условиях, программы по снижению смертности от инфекционных болезней и увеличение оплаты труда медицинских работников первичного звена. В части реализации национального проекта «Демография» необходимо поставить к 2024 г. конкретные цели по снижению потребления алкоголя на 45% и сокращения доли курящих в два раза, а также предпринять дополнительные меры по реализации антиалкогольной и антитабачной политики, формированию у населения мотивации к здоровому образу жизни.

Ключевые слова: продолжительность жизни; национальный проект «Здравоохранение»; национальный проект «Демография»; детерминанты здоровья; ожидаемая продолжительность жизни

Для цитирования: Улумбекова Г.Э., Прохоренко Н.Ф., Калашникова А.В., Гинойн А.Б. Системный подход к достижению общенациональной цели по увеличению ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет к 2024 году. *Экономика. Налоги. Право.* 2019;12(2):19–30. DOI: 10.26794/1999-849X-2019-12-2-19-30

A System Approach to Achieving the National Goal of Increasing Life Expectancy to 78 years by 2024

G. E. Ulumbekova^а, N. F. Prokhorenko^б, A. V. Kalashnikova^с, A. B. Ghinoyan^д

^{а, б, с, д} Higher School of Health Care Organization and Management, Moscow, Russia

^д Financial University, Moscow, Russia

^а <https://orcid.org/0000-0003-0986-6743>; ^б <https://orcid.org/0000-0001-9636-6178>;

^с <https://orcid.org/0000-0002-7519-7405>; ^д <https://orcid.org/0000-0003-4513-3635>

ABSTRACT

The paper defines conditions to achieve the national goal of increasing the lifetime in the Russian Federation to 78 years by 2024 as set in Presidential Decree No. 204 of May 7, 2018. The measures proposed in the Healthcare and Demography national projects are analyzed and additional measures to improve public health are proposed. It is shown that because

of inadequate government expenditures on medicines for outpatients, the financial burden of their acquisition by people is four times as much compared to the government spending. It was revealed that to achieve life expectancy of 78 years by 2024, the public healthcare per capita expenditures should grow by 15% annually in constant prices, providing that the country's GRP per capita increases by 1.7% in 2019, by 3% in 2020 and by 4% in the period of 2021–2024, while the consumption of strong alcoholic beverages decreases by 45% per capita. In the Healthcare national project the healthcare expenditure growth rates are defined to be below 10% at current prices. The paper concludes that the achievement of this goal requires additional government expenditures (including those in the framework of the Healthcare national project). The funds should also be directed to expanding the availability of medicines for outpatients, programs for reducing mortality from infectious diseases, and increasing salaries of lower medical personnel. For the implementation of the Demography national project, particular targets should be set to reduce the alcohol consumption by 45% until 2024, with twofold reduction of the proportion of smokers, along with additional measures to implement the anti-alcohol and anti-tobacco policy and promote healthy living among the population.

Keywords: lifetime; Healthcare national project; Demography national project; health determinants; life expectancy

For citation: Ulumbekova G.E., Prokhorenko N.F., Kalashnikova A.V., Ghinoyan A.B. A system approach to achieving the national goal of increasing life expectancy to 78 years by 2024. *Ekonomika. Nalogi. Pravo = Economics, taxes & law*. 2019;12(2):19-30. (In Russ.). DOI: 10.26794/1999-849X-2019-12-2-19-30

ВВЕДЕНИЕ

В Указе Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» (далее — Указ № 204) поставлена общенациональная цель — увеличить ожидаемую продолжительность жизни (далее — ОПЖ) с нынешних 72,7 года до 78 лет к 2024 г. и для ее реализации сформировать национальные проекты. В Послании к Федеральному Собранию Российской Федерации 20 февраля 2019 г. еще раз подчеркнуто, что национальные проекты направлены на достижение нового качества жизни для всех поколений, сбережение народа и недопустимость отступления от намеченных рубежей. В части здравоохранения еще раз акцентировано внимание на необходимости повышения доступности первичного звена, в том числе ликвидации дефицита кадров, особенно в сельской местности, а также развитию медико-социальной помощи.

Следует отметить, что Правительству РФ за пять лет (2012–2017 гг.) удалось добиться роста ОПЖ на 2,5 года (с 70,2 до 72,7 лет) благодаря выполнению государственных программ «Развитие здравоохранения» и реализации мер по антиалкогольной и антиалкогольной политике. Это значимый результат, поскольку он достигнут в условиях, когда (за этот же период) государственные расходы на здравоохранение сократились на 18% в постоянных ценах (с 2,3 до 1,9 трлн руб.). Но, несмотря на все усилия государства по увеличению продолжительности жизни, общий коэффициент смертности (далее — ОКС) в последние пять лет стагнирует на уровне 13,0–13,1 случаев на 1 тыс. населения.

Поэтому в соответствии с Указом № 204 были разработаны национальные проекты, направленные на увеличение ОПЖ. На *рис. 1* представлены 8 из 12 проектов, непосредственно влияющих на снижение смертности населения, основные из которых — «Здравоохранение» и «Демография».

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ОПЖ ПО ЧЕТЫРЕМ СЦЕНАРНЫМ УСЛОВИЯМ ДО 2024 Г.

По результатам ранее проведенного нами исследования с помощью эконометрического моделирования были определены главные факторы, влияющие на состояние здоровья населения, и дана количественная оценка воздействия этих факторов на ОПЖ при рождении [1]. Для получения более детализированных оценок некоторые исследователи использовали показатели частных и государственных расходов на здравоохранение [2] и на фармацевтические препараты по отдельности [3–6]. В ряде работ были включены переменные, описывающие как плотность населения [2, 7, 8], так и его возрастные характеристики [3, 9–11], чтобы охватить популяционные эффекты. В данной работе среди множества факторов демографического и социально-экономического характера, в том числе образа жизни населения, выбраны три главных фактора [валовой региональный продукт (далее — ВРП) на душу населения, подушевые государственные расходы на здравоохранение (далее — ГРЗ) и потребление

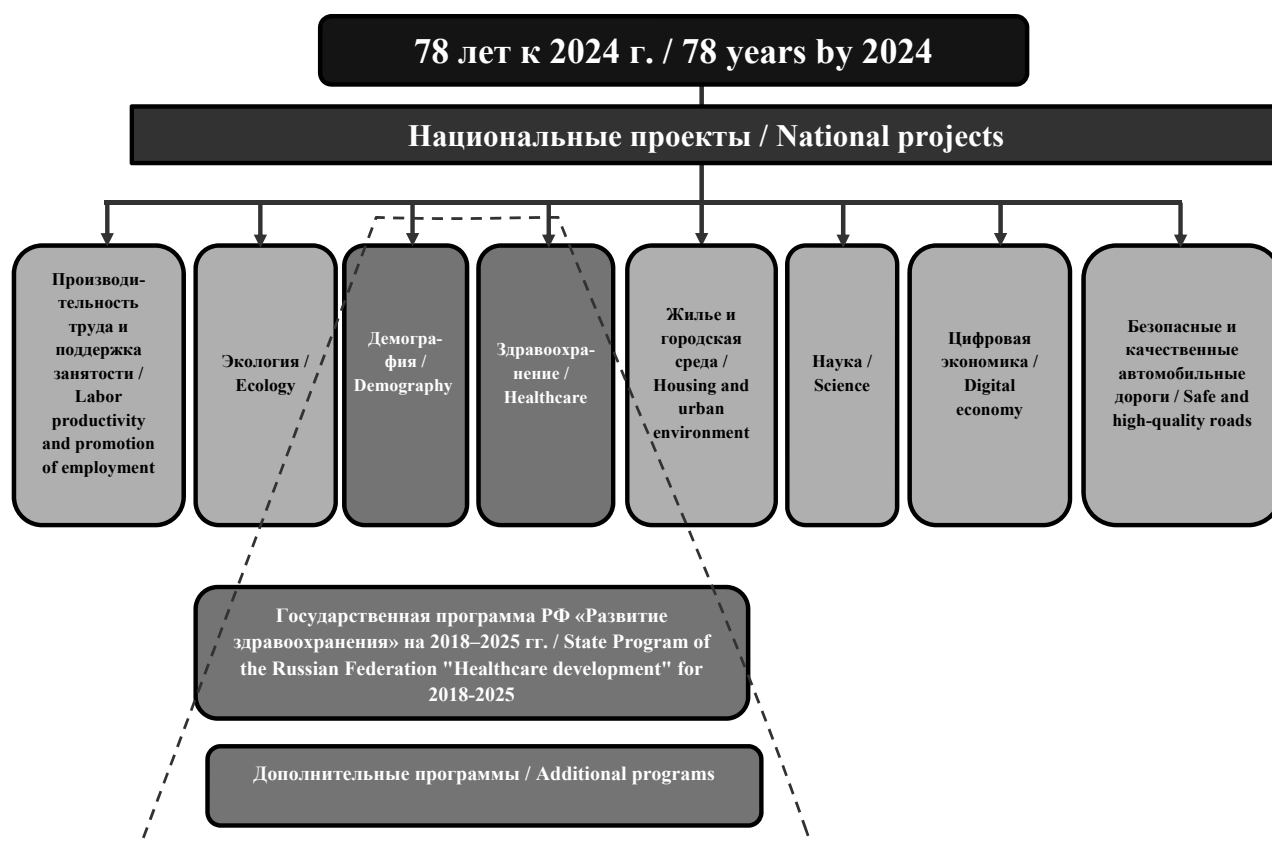


Рис. 1 / Fig. 1. Схема национальных проектов, направленных на достижение ОПЖ 78 лет / Scheme of National projects aimed for the achieving of the life expectancy 78 years

Источник / Source: составлено авторами / compiled by the authors.

крепких алкогольных напитков на душу населения]¹ и построены прогнозы по различным сценариям. Уравнение регрессии, которое оценивало влияние выбранных нами 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. Данные по ВРП на душу населения и потреблению крепких алкогольных напитков на душу населения² были взяты из баз данных Федеральной службы государственной ста-

тистики³, данные по государственным расходам на здравоохранение на душу населения — из информации Федерального казначейства⁴. Показатели ВРП на душу населения и государственных расходов на здравоохранение на душу населения были переведены в постоянные цены 2011 г. двумя 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 Российской Федерации. Результаты оценки уравнения регрессии представлены в табл. 1.

³ Валовой региональный продукт на душу населения. Федеральная служба государственной статистики. URL: <https://fedstat.ru/indicator/42928>; Продажа алкогольных напитков в расчете на душу населения (в натуральном выражении). URL: <https://fedstat.ru/indicator/31432>.

⁴ Государственные расходы на здравоохранение включают расходы на здравоохранение консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации и территориальных государственных внебюджетных фондов. URL: <http://www.roskazna.ru/ispolnenie-byudzhetrov/konsolidirovannye-byudzhety-subektov>.

¹ В отличие от статьи [1], которая охватывала 2011–2014 гг. и 83 региона Российской Федерации, оценки данной работы охватывают период времени 2011–2016 гг. и 85 регионов (включая Республику Крым и г. Севастополь).

² Крепкие алкогольные напитки включают: водку; коньяки, коньячные напитки (в том числе бренди, кальвадосы) и ликеро-водочные изделия с содержанием этилового спирта свыше 25%.

Таблица 1 / Table 1

Количественная оценка влияния на ОПЖ при рождении основных факторов, воздействующих на состояние здоровья населения, 2011–2016 гг. / Quantitative assessment of main factors' affecting the health status of the population in the Russian Federation impact on life expectancy (LE) at birth, 2011–2016

Зависимая переменная / Dependent variable: ОПЖ при рождении / LE at birth	
Независимые переменные / independent variables	ОМНК (ФЭ) / GLS (FE)
Валовой региональный продукт на душу населения / Gross regional product per capita	0,051*** (0,005)
Госрасходы на здравоохранение на душу населения / Public health expenditure per capita	0,035*** (0,004)
Потребление крепких алкогольных напитков на душу населения / Strong-alcoholic beverages consumption per capita	-0,040*** (0,001)
Постоянная / Constant	2,521*** (0,106)
Коэффициент детерминации (R ²) / Determination coefficient	0,96
Число наблюдений / Number of observations	499

Примечание / Note. Устойчивые стандартные ошибки в скобках; *** – значим на уровне 1% / Standard errors in parentheses; *** – significant at the 1% level;

ОМНК (ФЭ) – обобщенный метод наименьших квадратов с фиксированными эффектами / GLS (FE) – Generalized least square with fixed effects.

Источник / Source: расчеты авторов / authors' calculations.

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

Далее на основе полученных результатов были построены сценарные условия для прогнозирования ОПЖ при рождении в Российской Федерации до 2024 г. и определены условия, при реализации которых можно достичь целевого значения показателя ОПЖ – 78 лет к 2024 г. В качестве базовых условий для прогнозирования сделаны несколько предположений относительно развития будущих событий, связанных с независимыми переменными. Так, предположено, что темп прироста ВРП на душу населения в 2019 г. составит 1,7%, в 2020 г. – 3%, а за период 2021–2024 гг. – 4%, а также то, что значения потребления крепких алкогольных напитков на душу населения в субъектах Российской Федерации будут снижаться по функции экспоненциального роста (минимальный порог – 3,2 л), что соответствует снижению этого показателя для всей страны на 45%. Далее были построены четыре сценария в зависимости от изменения показателя объема государственных расходов на здравоохранение (далее – ГРЗ) на душу населения в период 2019–2024 гг. (рис. 2):

- ГРЗ остаются на уровне 2018 г.;
- ежегодный темп прироста ГРЗ – 5%;
- ежегодный темп прироста ГРЗ – 10%;
- ежегодный темп прироста ГРЗ – 15%.

Результаты расчетов по четырем сценарным условиям показывают (см. рис. 2), что в Российской Федерации для достижения ОПЖ при рождении, равной 78 годам к 2024 г., наряду с проведением целенаправленной политики, направленной на снижение потребления крепких алкогольных напитков (принятию других мер по формированию у населения здорового образа жизни), необходимо ежегодно увеличивать государственные расходы на здравоохранение на душу населения примерно на 15% (в постоянных ценах). При этом принципиально важно, чтобы средства, направленные на охрану здоровья, были потрачены на приоритетные меры, доказавшие свою эффективность.

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ «ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»

Национальный проект «Здравоохранение» включает восемь взаимосвязанных федеральных проектов – три клинических и пять организационных.

Клинические федеральные проекты:

– «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» (далее – ПМСП) –

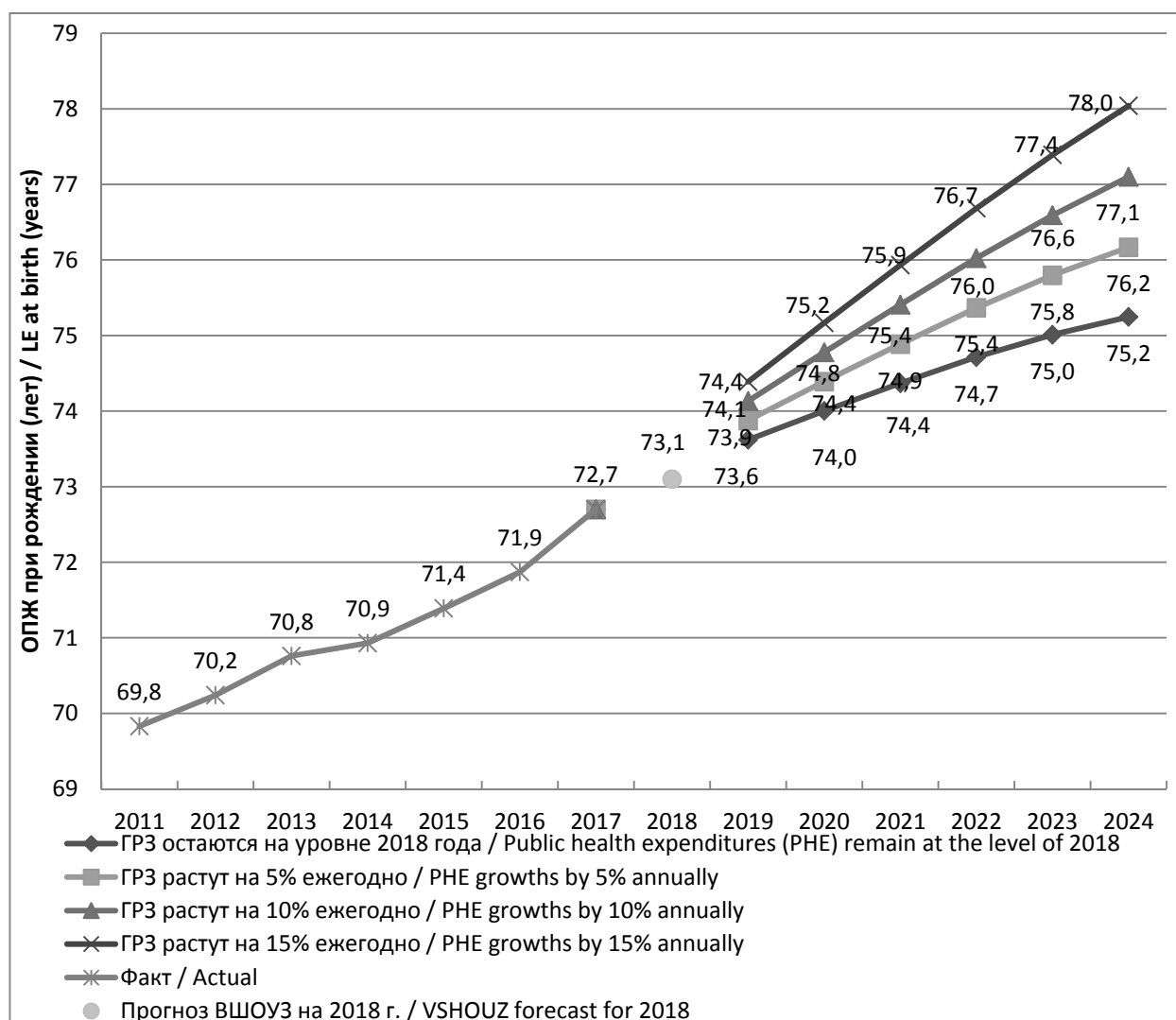


Рис. 2 / Fig. 2. Динамика ОПЖ и его прогнозные значения по четырем сценарным условиям до 2024 г. / The dynamic of LE and its predicted values according to four scenario conditions until 2024

Источник / Source: Федеральная служба государственной статистики и расчеты авторов / Russian Federal State Statistics Service and authors' calculations.

обеспечение инфраструктуры (сети) медицинских организаций ПМСП и организационных процессов в них («бережливая поликлиника»), диспетчеризация скорой помощи, увеличение числа выездов скорой помощи;

— «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» — профилактика развития сердечно-сосудистых заболеваний, оснащение сосудистых центров и первичных сосудистых отделений;

— «Борьба с онкологическими заболеваниями» — организация тотальной онкологической настороженности, создание центров амбулаторной онкологической помощи.

Организационные федеральные проекты:

— «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям» — развитие профилактического направления в педиатрии, улучшение материально-технической базы детских поликлиник, повышение квалификации кадров;

— «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами» — устранение дефицита медицинских работников первичного звена, повышение профессионального уровня специалистов в отрасли;

— «Завершение формирования сети Национальных медицинских исследовательских центров (далее — НМИЦ), внедрение инновационных медицинских технологий, включая систему ранней диагностики и дистанционный мониторинг состояния здоровья пациентов, внедрение клинических рекомендаций и протоколов лечения» — внедрение клинических рекомендаций и системы контроля качества медицинской помощи, методическое управление качеством оказания медицинской помощи в субъектах Российской Федерации;

— «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы здравоохранения» — внедрение МИС во всех медицинских организациях, организация централизованных сервисов, организация телемедицинских консультаций;

— «Развитие экспорта медицинских услуг».

В национальном проекте «Здравоохранение» также предусматривается решение актуальных задач по улучшению организационных процессов — завершение организации диспетчеризации службы скорой помощи, внедрение системы научной организации труда в поликлиниках («бережливая поликлиника»), информатизация медицинских организаций и осуществление обмена данными между ними на основе Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (далее — ЕГИСЗ). Решение задачи по улучшению лечебных процессов планируется осуществлять путем внедрения клинических рекомендаций (протоколов) и организации системы НМО (непрерывного медицинского образования).

Общее финансовое обеспечение проекта за шесть лет составит 1,73 трлн руб., из них 79% — за счет средств федерального бюджета (рис. 3).

В среднем увеличение расходов на национальный проект «Здравоохранение» ежегодно составит около 290 млрд руб. в текущих ценах⁵. Это около 9% к объемам государственного финансирования здравоохранения в 2018 г. (3315 млрд руб.). Причем эти 290 млрд руб. ежегодно будут подвергаться инфляции в среднем на 4% (согласно прогнозам Минэкономразвития России). Это означает, что предусмотренное увеличение расходов на здравоохранение ниже, чем получено в вышеприведенных сценарных расчетах, где показано, что для достижения ОПЖ 78 лет к 2024 г. потребуется увеличение государственных расходов

на здравоохранение не менее чем на 15% ежегодно в постоянных ценах.

Более того, как следует из рис. 3, большая часть средств (64%), предусмотренных в национальном проекте «Здравоохранение», пойдет на увеличение расходов по программе «Борьба с онкологическими заболеваниями». Увеличение расходов по этой статье — важнейшее направление действий, однако расходы по таким программам, как борьба с болезнями системы кровообращения и развитие детского здравоохранения, также требуют дополнительных финансовых средств, особенно в части обеспечения населения бесплатными лекарствами в амбулаторных условиях.

Следует отметить, что в Российской Федерации расходы государства на лекарственное обеспечение населения в амбулаторных условиях недостаточны — они в 2,8 раза ниже в расчете на душу населения, чем в странах ЕС, близких к России по уровню экономического развития⁶. Вместе с тем на опыте развитых стран доказано, что значительный эффект в продлении ОПЖ был достигнут за счет внедрения системы всеобщего лекарственного обеспечения, которая позволила сделать современные лекарства доступными для всех граждан в амбулаторных условиях [12–14]. Вследствие недостаточных расходов государства на лекарства в амбулаторных условиях население Российской Федерации вынуждено нести в четыре раза большую финансовую нагрузку по расходам на них, чем государство. Так, в России расходы населения на лекарства в амбулаторных условиях составляют 81%, а расходы государства — только 19%. В странах ЕС расходы населения на лекарства в амбулаторных условиях составляют 62%, а государства — 38%. Доля населения среди опрошенных ВЦИОМ, которые не смогли купить необходимое лекарство из-за высокой цены⁷, с 2013 по 2017 г. увеличилась на 20% (с 39 до 47%)⁸.

Что же касается решения проблемы первичного медицинского звена, то главная задача состоит в сокращении дефицита медицинских кадров. Сегодня дефицит врачей участковой службы (врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и врачей

⁶ Имеются в виду «новые» восемь стран ЕС: Венгрия, Латвия, Литва, Польша, Словакия, Словения, Чехия и Эстония.

⁷ Формулировка вопроса: «Сталкивались ли вы за последние полгода со следующими ситуациями или нет: не смог купить необходимое лекарство из-за высокой цены?». Данные по ответам «часто сталкивался» и «сталкивался 1–2 раза».

⁸ Сайт ВЦИОМ. URL: https://wciom.ru/zh/print_q.php?s_id=1008&q_id=69311&date=01.02.2015; https://wciom.ru/zh/print_q.php?s_id=1161&q_id=77912&date=22.02.2017.

⁵ 1,73 трлн руб. на 6 лет = 290 млрд руб. в год.

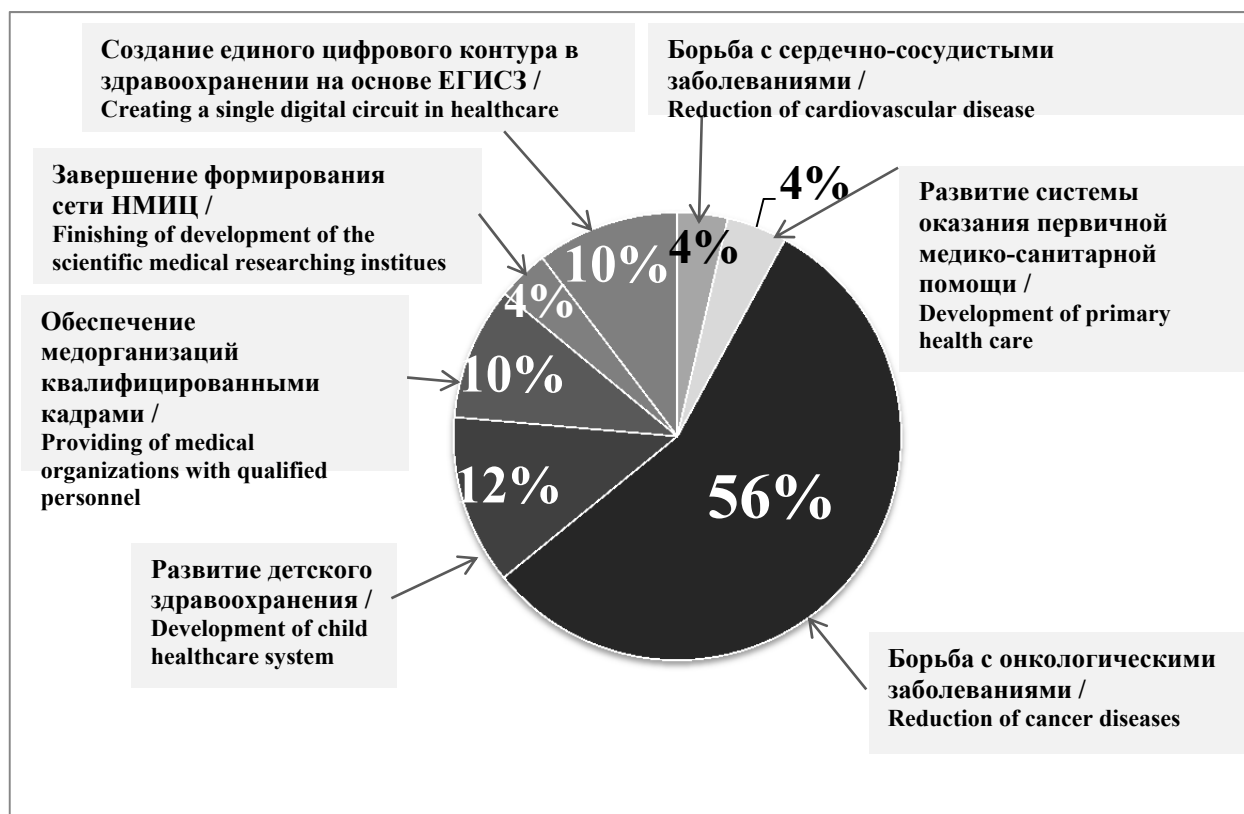


Рис. 3 / Fig. 3. Структура финансового обеспечения национального проекта «Здравоохранение» на 2019–2024 гг. за счет всех источников / Financing structure of the National project “Healthcare system” during the years 2019–2024 by all providers

Источник / Source: составлено авторами / compiled by the authors.

общей практики — ВОП) составляет 41 тыс. человек, или 58% от их необходимого числа. Дефицит посчитан как разница между установленным нормативом и физическим числом врачей, при условии, что врачи не совмещают должности. Общий дефицит участковых медсестер, работающих с врачами участковой службы, составляет 64 тыс. (76%). Дефицит фельдшеров составляет 19,5 тыс. чел. (87%). Подробные расчеты дефицита кадров представлены в работе [15]. Как следствие, все эти медицинские работники перегружены работой и не могут эффективно выполнять трудовые функции и своевременно повышать квалификацию, что в конечном счете отрицательно сказывается на качестве их работы.

В национальном проекте «Здравоохранение» предусмотрены меры по увеличению численности медицинских работников первичного звена. По данным ФОМС (октябрь 2018 г.), дополнительные расходы на увеличение их численности в 2019 г. составят 12,3 млрд руб., в 2020 г. — 34,7 млрд руб., в 2021 г. — 50,4 млрд руб., т.е. всего около 100 млрд руб. за три

года. За счет этих средств за данный период планируется дополнительно принять на работу 21,4 тыс. врачей, 40,2 тыс. средних медицинских работников⁹. По нашим расчетам, потребуются не только выделение дополнительного фонда оплаты труда для увеличения численности медицинских работников первичного звена, но и дополнительные средства на его повышение для имеющих и вновь привлеченных работников. Всего за шесть лет на эти цели необходимо будет направить около 1,5 трлн руб.

Серьезную озабоченность вызывает рост смертности от инфекционных болезней в Российской Федерации — на 10% в период 2012–2017 гг. Хотя смертность от инфекционных болезней составляет всего 2% в структуре всех смертей, основное их бремя приходится на трудоспособный возраст — 83% (29,1 из 35 тыс. умерших от инфекционных болезней). При

⁹ Сайт «Медицинской газеты». URL: <http://www.mgzt.ru/content/kadrovyi-defitsit-vrachei-v-pervichnom-zvене-budet-likvidirovan-k-2021-godu>; пояснительная записка к проекту бюджета ФОМС на 2019–2021 гг. (октябрь 2018 г.).

этом большинство этих смертей может быть предотвращено методами медицинской профилактики и лечения. Сложившаяся ситуация требует формирования специальной программы и включения ее с 2019 г. в национальный проект «Здравоохранение».

Таким образом, анализ текущего состояния дел показывает, что для обеспечения прорыва в достижении ОПЖ 78 лет к 2024 г. дополнительно к мерам, предусмотренным в национальном проекте «Здравоохранение», потребуются дополнительные государственные средства (рост на 15% ежегодно), которые необходимо направить на расширение доступности лекарств для населения в амбулаторных условиях, реализацию программ по снижению смертности и заболеваемости от инфекционных болезней и увеличение оплаты труда медицинских работников первичного звена.

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ «ДЕМОГРАФИЯ»

Национальный проект «Демография» включает следующие федеральные проекты: «Старшее поколение» (разработка и реализация программы системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения), «Финансовая поддержка семей при рождении детей», «Содействие занятости женщин — создание условий дошкольного образования для детей в возрасте до трех лет», «Укрепление общественного здоровья» (формирование системы мотивации граждан к здоровому образу жизни), «Спорт — норма жизни» (создание для всех категорий и групп населения условий для занятия физкультурой и спортом).

Общее финансирование национального проекта «Демография» на 2019–2024 гг. из всех бюджетных источников составляет 3,1 трлн руб. за шесть лет. Из них средства федерального бюджета составляют 96%. Непосредственное влияние на увеличение ожидаемой продолжительности жизни будут оказывать следующие проекты: «Старшее поколение», «Укрепление общественного здоровья» и «Спорт — норма жизни».

Следует отметить, что оценить количественное влияние факторов риска в рамках национального проекта «Демография» можно лишь при проведении международных масштабных эпидемиологических исследований, таких как исследование глобального бремени болезней, травм и факторов риска¹⁰. Конкретные мероприятия по противодействию

факторам риска на индивидуальном и популяционном уровнях с целевыми показателями и их научным обоснованием наиболее системно изложены в Европейских рекомендациях по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике (пересмотр 2016 г.)¹¹. Необходимость следования этим мерам в Российской Федерации уже давно предусмотрена в стратегиях и концепциях развития. Так, благодаря реализации антитабачного законодательства (Федеральный закон от 23.02.2013 № 15-ФЗ) распространенность потребления табака среди взрослого населения с 2012 по 2017 г. снизилась на 16% (до 29%)¹², а проведение антиалкогольной политики (распоряжение Правительства РФ от 30.12.2009 № 2128-р) привело к уменьшению потребления алкоголя с 2010 по 2017 г. почти на 30% (до 12,2 л чистого спирта на гражданина старше 15 лет в год).

Однако сегодня потребление алкоголя в Российской Федерации (литры чистого спирта на душу населения старше 15 лет) на 26% выше, чем в «старых» странах ЕС, и в 1,4 раза больше, чем в США. Доля ежедневно курящего населения старше 15 лет в Российской Федерации выше по сравнению со странами ЕС и в 2,7 раза больше, чем в США.

В этой связи пристального внимания заслуживают условия, которые необходимо обеспечить для выполнения поставленных задач.

Выделим наиболее важные из них:

1) *постановка целей*. К сожалению, среди целей национального проекта «Демография» и соответствующих федеральных проектов не выделены конкретные целевые значения показателей по снижению распространенности табакокурения и потребления алкоголя. Так, по нашим расчетам, для достижения

¹¹ 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *European Heart Journal*. 2016;37:2315–2381. DOI: 10.1093/eurheartj/ehw106

¹² Доклад министра здравоохранения В. И. Скворцовой на коллегии Минздрава России «Об итогах работы министерства в 2017 году и задачах на 2018 год» с приложениями. URL: <https://www.rosminzdrav.ru/open/kollegiya-ministerstva-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii/materialy-kollegii-ministerstva-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii/kollegiya-ministerstva-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii-ob-itogah-raboty-ministerstva-v-2017-godu-i-zadachah-na-2018-god>.

¹⁰ Сайт Healthdata. URL: <http://www.healthdata.org/gbd> (Global Burden of Disease Study).

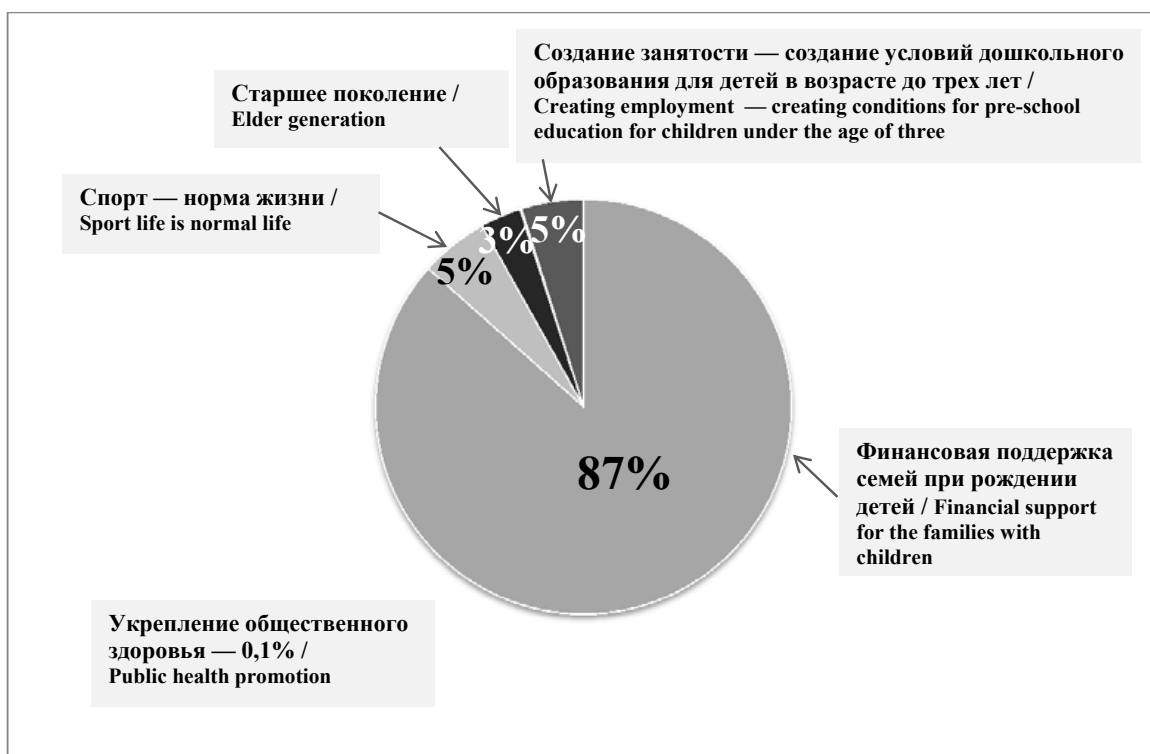


Рис. 4 / Fig. 4. Структура финансирования национального проекта «Демография» на 2019–2024 гг. за счет всех источников / Financing structure of the National project “Demography” during the years 2019–2024 by all providers

Источник / Source: составлено авторами / compiled by the authors.

к 2024 г. ОПЖ 78 лет потребуется сократить потребление алкоголя как минимум на 45%, а доля курящего взрослого населения должна уменьшиться в два раза;

2) *информирование*. Показателями выполнения данной задачи должны стать:

- осведомленность населения, сотрудников подразделений первичной медико-санитарной помощи медицинских организаций, социальных служб, а также исполнительной и законодательной власти. При этом оцениваться она должна только по полноте и корректности представлений о факторах риска и доказанных способах уменьшения их негативного влияния;

- отсутствие «мифов» безвредности потребления алкогольной и табачной продукции (например, пользы небольших доз алкоголя, безвредности тонирующих слабоалкогольных напитков, суррогатов табака, безвредности «пассивного» табакокурения и других по мере их появления в медийном пространстве) без адресного аргументированного и активного информационного противодействия;

- проведение информационных кампаний по наиболее эффективным коммуникационным ре-

сурсам (онлайн: телевидение, социальные сети, тематические сайты, мессенджеры, популярные мобильные приложения; оффлайн: брендинг городского транспорта, городские видеоэкраны, билборды), интенсивных (частых и многообразных):

- мотивирующих приверженность к здоровому образу жизни;

- создающих четко сформированное чувство ответственности за свое здоровье и за здоровье своих близких;

- однозначно связывающих успешность в жизни со здоровьем;

- осуждающих неграмотность в этой сфере, причем доказательных в отношении очевидных и неотвратимых негативных последствий при невыполнении рекомендаций;

- создающих отрицательный имидж лиц, следующих вредным привычкам;

3) *принятие меры по ограничению потребления алкогольной и табачной продукции*:

- должно оказываться активное и результативное информационное противодействие лоббизму и всем

другим формам реализации заинтересованности бенефициаров оборота алкогольной и табачной продукции всех уровней, противоречащим действиям и интересам общественного здравоохранения;

- ценовая политика сферы оборота алкогольной и табачной продукции должна оказывать активное управляющее воздействие, содействуя отказу населения от алкогольной и табачной продукции (постоянный рост акцизов, косвенных налогов и сборов всех звеньев цикла оборота алкогольной и табачной продукции, ее продвижения — динамика совокупной ценовой нагрузки, выраженной в динамике розничных цен, не менее 30% в год с доведением доли акцизов в цене конечной продукции не менее 70%);

- законодательные запреты в отношении пунктов реализации алкогольной и табачной продукции:

- на размещение в жилых домах и «спальных» районах (для этого необходима дефиниция «спального» района);

- на совместную реализацию с другими товарами (специализированная торговая точка с отдельным помещением, оборудованным средствами видеオフィксации и звукозаписи у кассовых аппаратов с удаленным доступом служб контроля и надзора за выполнением требований отпуска алкогольной продукции);

- на деятельность торговых точек с круглосуточной продажей пива и пивных напитков, рюмочных и им подобных;

- на реализацию в дни национальных праздников и событий детской и социальной тематики (например, 1 сентября, «последний» звонок, день семьи, день детей), а также в последующем в выходные дни один раз в месяц; последовательное ограничение реализации в другие дни до временного интервала с 14:00 до 17:00;

- на приобретение алкогольной и табачной продукции до 21 года;

4) *обеспечение условий занятия повседневной физической активностью.* Для этого необходимо:

- внедрить в информационную среду расширенное толкование физической активности, подразумевающее под этим термином не только физкультуру и спорт, но и ходьбу, работу по дому, в саду, на огороде, плавание, езду на велосипеде, самокате, активные игры, т.е. все формы периодической социально-позитивной активности, требующие повышенной

траты энергии по сравнению с обычным состоянием покоя;

- расширить требования к рекреационным нормативам градостроения и внегородского зонирования, строительства и создания соответствующей инфраструктуры с обязательным наличием:

- протяженных и непрерывных зеленых зон (необходима их дефиниция) с пешеходными и велосипедными дорожками, искусственными водными объектами, соединяющими жилые районы, микрорайоны, пригородные зоны, культурно-развлекательные и торгово-промышленные объекты друг с другом и другими объектами инфраструктуры повышенного спроса населения;

- достаточного количества и качества дворовых тренажеров (необходима их дефиниция) и плоскостных спортивно-физкультурных сооружений (площадки, секторы, локальные зоны) с информацией об их размещении, правилах использования, рекомендуемых комплексах упражнений, технике безопасности и контактных данных ответственных за техническое состояние и эксплуатацию объекта;

5) *обеспечение здорового питания.* Необходимо:

- добиваться единообразия универсальных рекомендаций по употреблению нежелательных (подлежащих ограничению легкоусвояемых углеводов, насыщенных жирных кислот, трансненасыщенных жирных кислот, поваренной соли) и рекомендуемых (не менее норматива — пищевые волокна, овощи, фрукты, рыба, несоленые орехи) компонентов пищи;

- внедрить обязательную систему яркой фронтальной маркировки продуктов питания по относительному содержанию нежелательных и рекомендуемых компонентов пищевых продуктов (условным уровням вреда/пользы для организма) и калорийности;

- разработать меры по повышению ответственности недобросовестных производителей и поставщиков продуктов питания, а также сотрудников контролирующих органов, пропустивших нарушения.

Только этими последовательными системными мерами без исключений и отказа от уже принятых и реализованных в Российской Федерации мер можно обеспечить требуемый эффект по повышению ОПЖ и увеличению здоровых лет жизни.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ / REFERENCES

1. 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):107–120.

- Ulumbekova G.E., Ginoyan A.B., Chaban E.A. Quantitative analysis of the factors influencing the state of health of the population in the Russian Federation. *Meditsinskoe obrazovanie i professional'noe razvitie = Medical education and professional development*. 2016;(2):107–120. (In Russ.).
2. Crémieux P.Y., Mieilleur M.C., Ouellette P., Petit P., Zelder P., Potvin K. Public and private pharmaceutical spending as determinants of health outcomes in Canada. *Health Econ*. 2005;14:107–116.
 3. Babazono A., Hillman A.L. A comparison of international health outcomes and health care spending. *Int J Technol Assess Health Care*. 1994;10:376–381.
 4. Lichtenberg F. Sources of U.S. longevity increase, 1960–1997. National Bureau of Economic Research, working paper 8755, Cambridge, MA.
 5. Miller R.D., Frech H.E. The productivity of health care and pharmaceuticals: quality of life, cause of death, and the role of obesity. Mimeo, University of California at Santa Barbara. 2002.
 6. Shaw J.W., Horrace W.C., Vogel R.J. The productivity of pharmaceuticals in improving health: an analysis of the OECD health data. WUSTL economics working paper archive, HEW series0206001, University Library of Munich, Germany, revised 11 May 2003.
 7. Cochrane A.L., St Ledger A.S., Moore F. Health service 'input' and mortality 'output' in developed countries. *J Epidemiol Community Health*. 1978;32:200–205.
 8. Crémieux P.Y., Ouellette P., Pilon C. Health care spending as determinants of health outcomes. *Health Econ*. 1999;8:627–639.
 9. Hitiris T., Possnett J. The determinants and effects of health expenditure in developed countries. *J Health Econ*. 1992;6:173–181.
 10. Leu R.E. The public-private mix and international health care costs. In: Culyer A.J., Jönsson B., eds. *Public and private health services*. Blackwell Basil: Oxford; 1986:41–63.
 11. Wolfe B.L., Gabay M. Health status and medical expenditures: more evidence of a link. *Sot. Sci. Med*. 1987;25(8):883–888.
 12. Kesselheim A.S., Huybrechts K.F., Ranabhat CL., Atkinson J., Prescription drug insurance coverage and patient health outcomes: a systematic review. *Am J. Public Health*. 2015;105(2):17–30. DOI: 10.2105/AJPH.2014.302240
 13. Park M.B., Kim C.B. and Jakovljevic M. The Influence of universal health coverage on life expectancy at birth (LEAB) and healthy life expectancy (HALE): A multi-country cross-sectional study. *Frontiers in Pharmacology*. 2018;9:960. DOI: 10.3389/fphar.2018.00960
 14. Michael T.E., Christopher L.C. How patient cost-sharing trends affect adherence and outcomes: A literature review. *Pharmacy and Therapeutics*. 2012;37(1):45–55.
 15. Улумбекова Г.Э., Калашникова А.В. Концепция федерального проекта «Обеспечение шаговой доступности медицинской помощи». *ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ*. 2018;3(13):21–40.
- Ulumbekova G.E., Kalashnikova A.V. The concept of the federal project «Increasing the accessibility of nearby medical care». *ORGZDRAV: novosti, mneniya, obuchenie. Vestnik VShOUZ = Healthcare management: news, views, education. Bulletin of VSHOUZ*. 2018;3(13):21–40. (In Russ.).

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Гузель Эрнстовна Улумбекова — доктор медицинских наук, диплом МВА Гарвардского университета (Бостон, США), руководитель Высшей школы организации и управления здравоохранением, председатель правления Ассоциации медицинских обществ по качеству медицинской помощи и медицинского образования, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения, экономики здравоохранения педиатрического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия
vshouz@vshouz.ru

Николай Федорович Прохоренко — кандидат экономических наук, первый проректор Высшей школы организации и управления здравоохранением, сомодератор направления «Демография» и эксперт центрального штаба Общероссийского народного фронта, Москва, Россия
medsovet@lenta.ru

Аргисhti Багратович Гинойн — кандидат экономических наук, ведущий научный сотрудник Института исследований международных экономических отношений, Финансовый университет; ведущий научный сотрудник Научно-исследовательского центра по анализу деятельности системы здравоохранения, Высшая школа организации и управления здравоохранением, Москва, Россия
agrio1q89@hotmail.com

Александра Владимировна Калашникова — научный сотрудник Научно-исследовательского центра по анализу деятельности системы здравоохранения, Высшая школа организации и управления здравоохранением, Москва, Россия
divine8585@mail.ru

ABOUT THE AUTHORS

Ulumbekova Guzel E. — Dr. Sci. (Medicine), MBA from Harvard University (Boston, USA), Head of the Graduate School of Healthcare Organization and Management (VSHOUZ), Chairman of the Board of the Association of Medical Societies for Quality (ASMOK), Assoc. Prof. at the Public Health and Healthcare, Healthcare Economics Department at the Pediatric Faculty, the Pirogov Russian National Research Medical University under the Russian Ministry of Healthcare, Moscow, Russia
vshouz@vshouz.ru

Prokhorenko Nikolay F. — Cand. Sci. (Econ.), First Vice-Rector of the Higher School of Healthcare Organization and Management, Co-moderator of the Demography project and Expert of the Central Staff of the All-Russian Popular Front, Moscow, Russia
medsovet@lenta.ru

Ghinoyan Argishti B. — Cand. Sci. (Econ.), Leading Researcher, the Institute for International Economic Relations Research, Financial University; Leading Researcher at the Research Center for Health System Analysis of the Graduate School of Healthcare Organization and Management, Moscow, Russia
agrio1q89@hotmail.com

Kalashnikova Alexandra V. — Researcher at the Research Center for Health System Analysis of the Graduate School of Healthcare Organization and Management (VSHOUZ), Moscow, Russia
divine8585@mail.ru

Заявленный вклад авторов:

Улумбекова Г.Э. — научное руководство исследованием; подразделы статьи «Введение» и «Национальный проект „Здравоохранение“».

Прохоренко Н.Ф. — подраздел статьи «Национальный проект „Демография“».

Гинойн А.Б. — подраздел статьи «Факторы, влияющие на состояние здоровья населения Российской Федерации и прогнозирование ОПЖ по четырем сценарным условиям до 2024 г.».

Калашникова А.В. — сбор и обобщение статистических материалов; интерпретация полученных результатов.

Author contribution statement:

Ulumbekova G.E. — scientific research management; sections “Introduction” and “Healthcare National Project” of the paper.

Prokhorenko N.F. — section “Demography National Project”.

Ghinoyan A.B. — section “Factors Influencing the Health Status of the Russian Population and Four Scenario Forecasting of Life Expectancy until 2024”

Kalashnikova A.V. — collection and synthesis of statistical data; interpretation of the results.

Статья поступила 22.01.2019; принята к публикации 27.03.2019.

Авторы прочитали и одобрили окончательный вариант рукописи.

The article was received 22.01.2019; accepted for publication 27.03.2019.

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