

DOI: 10.15838/ptd.2021.1.111.4

УДК 332.1 | ББК 60.8

© Басова Е.А.

## ДОСТУПНОСТЬ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАК ФАКТОР УСТОЙЧИВОГО СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ТЕРРИТОРИЙ



**ЕЛЕНА АЛЕКСАНДРОВНА БАСОВА**

Вологодский научный центр Российской академии наук

г. Вологда, Российская Федерация

e-mail: elbas@yandex.ru

ORCID: [0000-0003-2817-5454](https://orcid.org/0000-0003-2817-5454); ResearcherID: [AAD-4911-2020](https://orcid.org/AAD-4911-2020)

*Устойчивое развитие территорий во многом определяется социально-экономической стабильностью в регионах, в т. ч. уровнем доступности и качества услуг сферы здравоохранения. В связи с этим особую актуальность приобретают исследование масштабов доступности здравоохранения и разработка направлений по ее повышению в целях устойчивого развития территорий. Отмечен низкий уровень доступности медицинских услуг в РФ вследствие ряда негативных тенденций 2010–2018 гг., проявившихся в сокращении бюджетного финансирования сферы здравоохранения и объемов бесплатной медицинской помощи, росте нагрузки на врачей. С использованием многомерных методов статистического анализа проведена типология российских регионов по доступности медпомощи, в т. ч. определено, что в большинстве из них наблюдается недостаточный уровень обеспеченности койко-местами в стационарах. Сделан вывод о наличии прямой коррелируемости доступности здравоохранения и величины заболевших по первично поставленному диагнозу с уровнем расходов на здравоохранение. На основе индикатора потенциальной демографии «потерянные годы потенциальной жизни» оценен потенциальный ущерб в производстве ВРП Вологодской области, вызванный смертностью населения в трудоспособном возрасте. Установлено, что общая величина экономического ущерба вследствие потерь трудовых ресурсов варьировала в 2016–2018 гг. в пределах от 10 до 15% объема ВРП. Изучено собственное восприятие населением доступности и качества медицинской помощи. Для повышения устойчивости территориальных систем предложен ряд управленческих мероприятий с целью не допустить снижение численности трудоспособного населения и повысить доступность здравоохранения.*

**Для цитирования:** Басова Е.А. Доступность здравоохранения как фактор устойчивого социально-экономического развития территорий // Проблемы развития территории. 2021. Т. 25. № 1. С. 68–87. DOI: 10.15838/ptd.2021.1.111.4

**For citation:** Basova E.A. Health care accessibility as a factor of sustainable socio-economic development of territories. *Problems of Territory Development*, 2021, vol. 25, no. 1, pp. 68–87. DOI: 10.15838/ptd.2021.1.111.4

*В перспективе возможны разработка комплексной методики для оценки доступности медицинской помощи (с использованием статистических и социологических индикаторов) и выявление степени взаимовлияния доступности и процессов устойчивого социально-экономического развития территорий.*

*Доступность, здравоохранение, медицинские услуги, устойчивое развитие территорий.*

Доступность и качество функционирования сферы здравоохранения являются важнейшими составляющими территориального развития. Тенденции, складывающиеся в данной сфере, выступают детерминантами устойчивости социально-экономического развития региональных систем. Принятие взвешенных и своевременных управленческих решений влияет на вызовы, возникающие в области оказания медицинских услуг, становится основой формирования человеческого капитала, соответственно, и трудовых ресурсов, которые представляют собой неотъемлемый компонент функционирования и развития территориальной системы [1–4]. Значительная величина экономических потерь, вызванных смертностью населения в трудоспособном возрасте, является одним из препятствий устойчивого регионального развития. Указанные ориентиры актуализируют исследование масштабов и факторов доступности услуг в сфере здравоохранения и разработку направлений по ее повышению.

В качестве важных составляющих устойчивого развития определены «обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте»<sup>1</sup>. В «Повестке дня в области устойчивого развития на период до 2030 года», принятой ООН в 2015 году, как задача в области здоровья и благополучия рассматривается обеспечение к 2030 году всеобщего охвата услугами здравоохранения, включая доступ к качественным медицинским услугам и лекарственным средствам. Для реализации поставленной цели, по оценкам экспертов ВОЗ, необходимо постоянное увеличение ежегодных инвестиций в проекты, связан-

ные со здравоохранением, со 134 млрд долл. США ППС до 371 млрд, или 58 долл. США на человека к 2030 году<sup>2</sup>.

Инвестиции в основной капитал и вложения в человеческий капитал, под которыми понимаются вложения в сферу экономики знаний, являются источником экономического роста на 60–70%. По мнению А.Г. Аганбегяна [5, с. 12], их форсированное ежегодное увеличение на уровне 8–10% позволит возобновить процесс социально-экономического роста в РФ. В противном случае, при сохранении сегодняшних показателей (доля инвестиций в ВВП – 17%, в экономику знаний – 13%), дальнейшая стагнация обеспечена. Для сравнения: в ряде развивающихся государств (совместно с Китаем и Индией) данные показатели составляют 30–35% и 15–20% соответственно, что обеспечивает ежегодный экономический рост на уровне 4–5%.

Здравоохранение и образование должны рассматриваться с позиций высокопроизводительных отраслей как обеспечивающие мощный толчок для социально-экономического развития страны, обладающие сильнейшим мультипликативным эффектом. Оценка человеческого капитала для России, по данным Мирового банка, показала, что, сохраняя жизнь одному человеку, можно сохранить 200 тыс. долл. Однако на сегодняшний день в РФ отмечен значительный показатель смертности (12,4, в развитых странах в той же возрастной структуре – 9). Более того, в развитых государствах 40 лет назад удалось достичь такого уровня показателей смертности и продолжительности жизни, какой в нашей стране был зафиксирован только в 2017 году [5, с. 193].

<sup>1</sup> Цели и задачи устойчивого развития, ООН. URL: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/ru/sustainable-development-goals>

<sup>2</sup> Для 67 стран с низким и средним уровнем дохода. Источник: Оценка стоимости достижений, связанных со здоровьем, целей в области устойчивого развития. URL: <https://www.who.int/features/qa/sdg-pricetag/ru> (дата обращения 23.11.2020).

Реформирование здравоохранения в РФ при сокращении его финансирования, критически низких заработках медицинского персонала по сравнению с зарубежными странами<sup>3</sup> создали ситуацию, при которой пострадали доступность и качество оказываемой медицинской помощи населению. Это прямым образом повлияло на величину заболеваемости и смертность граждан, особенно в трудоспособном возрасте. При увеличении числа заболеваний по первично поставленному диагнозу и количества обращающихся за медицинской помощью возрастает роль качественных высокотехнологических медуслуг. Резкий рост численности обращающихся в амбулаторно-поликлинические учреждения отмечен в 2005 и 2016–2017 гг. (на 53–60 тысяч посещений в смену в среднем по РФ по сравнению с предыдущими периодами).

В России проблемы доступности осложняются отсутствием в среднероссийских регионах высококвалифицированной медицинской помощи, сокращением коечного фонда и специализированного стационарного лечения. Жизненно важную необходимость в части достаточной обеспеченности койко-местами в медицинских учреждениях подтвердили последствия пандемии. Ее результатом стала нехватка мест в стационарах для больных COVID-19, которая привела к строительству быстро возводимых больничных комплексов и расположению больничных мест в торговых центрах. По словам министра здравоохранения Т.А. Голиковой<sup>4</sup>, загруженность коечного фонда свыше среднероссийского уровня (83,4%) наблюдалась в 41 регионе. Особо критичная обстановка отмечена в 17 субъектах с занятостью коек на 90%. В четырех регионах (Республика Хакасия, Чувашская Республика, Ивановская область, Еврейская автономная область) используется более 95% коечного фонда. В целях его разгрузки Правительство РФ приняло решение о выделении до конца 2020 года

более 5 млрд рублей на закупку лекарственных препаратов для лечения в амбулаторных условиях больных новой коронавирусной инфекцией. Предполагается, что такая мера позволит охватить порядка 640,5 тысячи человек, нуждающихся в подобного рода лечении.

Сфера здравоохранения, находящаяся в глубоком кризисе, требует безотлагательных управленческих мер, направленных на снижение социальных рисков и решение первоочередных социальных проблем общества, что будет содействовать достижению социальной устойчивости и устойчивому развитию территориальных систем в целом.

Основная цель исследования включает оценку состояния сферы здравоохранения и последствий ограниченной доступности медицинской помощи, а также разработку на этой основе предложений по повышению доступности и качества услуг для снижения потерь населения в трудоспособном возрасте.

#### **Теоретико-методологические вопросы исследования факторов устойчивости социально-экономических систем**

Понятия «устойчивое развитие», «устойчивый рост» в научном обороте стали употребляться после публикации Комиссией ООН по окружающей среде и развитию в 1987 году доклада «Наше общее будущее». Трактовка «устойчивого развития» в пункте 27 доклада связывалась с тем, что обществу необходимо перейти к удовлетворению потребностей, «не ставя под угрозу способность будущих поколений удовлетворять свои собственные» [6, с. 311]. Однако такой подход существенно ограничивает значимость воспроизводства человеческого капитала как фактора устойчивости развития экономики и общества в целом. Современная концепция устойчивого развития (sustainable development) «увязывает и уравнивает экономическую, социальную и экологиче-

<sup>3</sup> В США заработная плата хирурга составляет около 120 тыс. долл. в год, что примерно в 1,5 раза больше, чем оплата труда профессора среднего университета или почти на уровне – профессора лучшего в мире Гарвардского университета [4, с. 309].

<sup>4</sup> Стенограмма встречи с Заместителем Председателя Правительства Российской Федерации Т.А. Голиковой. URL: [http://komitet2-2.km.duma.gov.ru/upload/site21/Stenogramma\\_na\\_sayt\\_1111.pdf](http://komitet2-2.km.duma.gov.ru/upload/site21/Stenogramma_na_sayt_1111.pdf) (дата обращения 24.11.2020).

скую составляющие устойчивости и самого процесса развития общества, ориентируя рост экономики в долгосрочной перспективе на достижение социальных и экологических целей, обеспечивающих рост уровня и качества жизни людей» [1, с. 986].

Концептуальному обоснованию теории устойчивого развития и факторов устойчивого роста экономических систем посвящены работы Л.И. Абалкина, Е.А. Барбашева, О.М. Белоцерковского, С.М. Бухонова, П. Гленсдорфа, С.Ю. Глазьева, А.И. Карповича, В.Н. Лаженцева, В.Н. Лексина, М. Лайна, М. Портера, Т.В. Усковой, Й. Шумпетера, Х. Ябара, Е.Г. Ясина и др. Проблемы функционирования сферы здравоохранения, а также теоретико-методологические и практические вопросы, связанные с оценкой доступности и качества медицинских услуг, изучались в трудах Е.Ю. Блиновой, Б.А. Коробицына, В.А. Редькина, С.А. Цыба, А.П. Шевченко, R.M. Andersen, S. Cooper, A. Graves и др.

Несмотря на разработанность проблематики устойчивого развития территории и многообразие существующих исследований, до сих пор нет единого общепринятого определения в отношении устойчивости социально-экономических систем. По мнению д.э.н. Т.В. Усковой, данное обстоятельство обусловлено сложностью самого объекта исследования [7, с. 11], в качестве которого могут выступать различные уровни экономической системы: макроэкономика, мезоэкономика, микроэкономика и подсистемы

экономики указанных уровней. Основными подходами к определению устойчивости социально-экономической системы выступают подходы, увязывающие устойчивость с безопасностью и стабильностью; со способностью системы оставаться относительно неизменной; со способностью сохранять динамическое равновесие; со способностью стабильно развиваться и сохранять движение (табл. 1).

Основной задачей устойчивого развития является удовлетворение потребностей и стремлений общества. При этом недостаточно лишь экономического роста, более того, не следует отождествлять данные понятия. Устойчивое развитие предполагает гармоничное развитие социальной, экономической и экологической подсистем в целях удовлетворения потребностей человечества настоящего и будущих поколений [8, с. 8]. Задачи устойчивого развития включают обширный перечень направлений, начиная от устойчивых тенденций повышения темпов экономического роста и численности населения до обеспечения высокого уровня жизни населения, доступности и стандартов здоровьесбережения, образования, экологической безопасности и др. Устойчивого развития невозможно достичь без проведения стабильной социально-экономической и экологической политики в регионе.

На уровень устойчивого развития территорий оказывают влияние различные факторы, имеющие экономическую, социаль-

Таблица 1. Подходы к определению устойчивости социально-экономической системы

Сущность подхода	Сторонники
Устойчивость социально-экономической системы связывается с безопасностью, стабильностью, надежностью, целостностью и прочностью системы	Л.И. Абалкин, А.Л. Бобров, Д.В. Гордиенко, А.Я. Лившиц, Т.М. Конопляник
Устойчивость как относительная неизменность основных параметров социально-экономической системы, способность системы оставаться неизменной в течение определенного времени	А.Л. Гапоненко, С.М. Ильясов, В.Д. Калашников, Т.Г. Краснова, О.В. Коломийченко, В.Е. Рохчин, А.Г. Шеломенцев
Устойчивость трактуется как способность социально-экономической системы сохранять динамическое равновесие	Е.С. Бодряшов, В.А. Кретинин, Н.В. Чайковская
Устойчивость социально-экономической системы связывается со способностью системы стабильно функционировать, развиваться, сохранять движение по намеченной траектории, с саморазвитием	А.И. Дружинин, О.Н. Дунаев, Б.К. Есекин, М.Ю. Калинин, А.М. Озина, Г.Л. Сапаргали, Л.Л. Терехов
Источник: Ускова Т.В. Теория и методология управления устойчивым социально-экономическим развитием региона: автореф. дис. ... д-ра экон. наук. Вологда, 2010. 39 с.	

ную, демографическую, институциональную и иную природу возникновения. При этом острота, степень рисков и проблем, с которыми сталкивается мировое сообщество и отдельные государства в социальной сфере на современном этапе, подчеркивают актуальность социальных параметров в достижении целей устойчивого развития. Важность социальных индикаторов подтверждается тем, что среди 17 сформулированных целей устойчивого развития ООН до 2030 года более половины занимают социально-ориентированные параметры, например ликвидация нищеты, голода, доступность сферы здравоохранения, качество и доступность образования, сокращение неравенства и т. д.

Указанные параметры социального развития отражают ключевые сферы жизнедеятельности общества и связаны с благосостоянием граждан, вопросами социально-экономического неравенства, проблемами формирования и развития человеческого и социального капитала, доступности и качества общественных благ для всех слоев населения. По мнению О.А. Канаевой [9, с. 46], перечень социальных параметров устойчивого развития должен содержать и степень социальной устойчивости каждого гражданина. Личная социальная ответственность формируется под воздействием многих факторов: пола, возраста, уровня здоровья и полученного образования, социального статуса и личных доходов, эффективности системы социальной мобильности.

Однако следует учитывать, что социальная политика является драйвером устойчивого развития в том случае, если она оказывает содействие в достижении ключевых принципов последнего. В первую очередь речь идет о формировании, развитии и воспроизводстве человеческого и социального капитала, создании благоприятных условий для сбалансированного учета интересов всех социальных слоев современного и будущих поколений, активизации личной заинтересованности/ответственности в минимизации социальных рисков и проблем.

Реализация указанных принципов возможна в рамках «многосубъектной и солидарной модели социальной политики», которая способна по своему содержанию и целям противостоять современным вызовам [10; 11].

Одним из социальных ориентиров и факторов устойчивого социально-экономического развития территорий выступает состояние сферы здравоохранения. Его доступность и качество определяются уровнем финансирования за счет бюджетных средств, вложений в основной капитал, материально-техническим оснащением медицинских учреждений, обеспеченностью медицинским персоналом и койко-местами в стационарах, а также стабильностью и степенью работанности системы профилактической помощи.

*Организационно-экономическое преобразование сферы здравоохранения*

Периодом начала оптимизации здравоохранения можно назвать принятие в 2010 году закона «Об обязательном медицинском страховании», который заменил действовавший с 1991 года закон «О медицинском страховании граждан». Первые шаги в направлении реформирования сферы здравоохранения осуществлены в 2003–2005 гг. Они были обусловлены новым витком модернизации в соответствии с национальным проектом «Здоровье», вступившим в силу с 01.01.2006.

Последовавшие вслед за этим этапы реформирования здравоохранения, оформленные в законе от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», законе от 30.11.2011 № 369-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании», а также «Концепции развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года»<sup>5</sup>, не смогли переломить негативные тенденции, а структурно-организационная рационализация здравоохранения была направлена, прежде всего, на совершенствование его инфраструктуры и ее материально-технической базы. Модернизация здравоохранения не удалась, т. к. не улучшила ситуацию в сфере оказания медицинской

<sup>5</sup> Софьин В. Этапы большого пути. О реформах здравоохранения в РФ. 1991–2020 гг. URL: <http://www.sarmedinfo.ru/redactor/2019/10/11/etapy-bolshogo-puti-o-reformakh-zdravookhraneniya-v-rf-1991-2020-gg> (дата обращения 16.11.2020).

помощи, а значительно ухудшила ее [1; 12]. По мнению Ж.Т. Тощенко, «оптимизация здравоохранения только усилила травматическое состояние российского общества» [13, с. 269]. Следует заметить, что оптимизация заключалась в сокращении числа неэффективных больниц и развитии сети высокотехнологичных медучреждений<sup>6</sup>. В результате реформирования здравоохранения в период с 2000 по 2015 год количество больниц в РФ уменьшилось в два раза (с 10,7 тыс. до 5,4 тыс.). По оценкам экспертов Центра экономических и политических реформ<sup>7</sup> в случае сохранения подобных темпов сокращения больниц (примерно на 353 ежегодно) к 2021–2022 гг. количество медицинских учреждений в стране достигнет трех тысяч, то есть уровня Российской империи в 1913 году.

Очередным этапом модернизации сферы здравоохранения, направленным на снижение показателей смертности населения и повышение доступности медицинской помощи в России, следует считать разработку и реализацию с 1 октября 2018 года национального проекта «Здравоохранение». Проект рассчитан на период до 31 декабря 2024 года и является продолжением одноименного нацпроекта, начавшегося в 2016 году. В связи с первоочередными задачами по недопущению распространения коронавирусной инфекции и «с ограничениями по эпидемии» реализация ряда программных пунктов перенесена на более поздний срок. В частности, на полгода отложен старт некоторых пунктов по программе модернизации первичного звена, запланированный ранее на июль – сентябрь 2020 года. Развитие транспортной инфраструктуры, приведение материально-технической базы в соответствие с требованиями (дооснащение/переснащение организаций оборудованием для

оказания медицинской помощи), а также привлечение частных клиник к оказанию медико-социальных услуг населению в возрасте 65 лет и старше и ряд других мероприятий планируется завершить к 2025 году.

Национальный проект «Здравоохранение» включает восемь подразделов (федеральных проектов) и имеет ряд целевых индикаторов. Так, посредством разработанных мероприятий планируется снизить показатель смертности населения трудоспособного возраста: с 484,5 случая на 100 тыс. человек в 2018 году до 350,0 случаев к 2024 году. Достижение целевого ориентира вполне возможно, учитывая фактическую смертность по итогам за 2019 год на уровне 379,4 случая и постепенное уменьшение данного показателя с 2014 года, однако негативные коррективы в положительную динамику снижения смертности вносят последствия новой коронавирусной инфекции. В частности, по оценкам Минздрава, за первый квартал 2019 года умерло 36854 человека в возрасте 18–65 лет, а в 2020 году за такой же период – 37346 человек<sup>8</sup>. Фиксируется большой процент смертей по причине заболеваемости COVID-19. По данным на 21 ноября 2020 года суточное число смертей от коронавирусной инфекции в РФ составило рекордные 467 человек<sup>9</sup>.

### Методы и инструменты

Информационной базой исследования послужили официальные информационные ресурсы Федеральной службы государственной статистики России по вопросам состояния сферы здравоохранения регионов РФ, а также информация федерального статистического наблюдения по условиям жизни

<sup>6</sup> Звездина П. Эксперты предсказали сокращение числа больниц до уровня 1913 года. URL: <https://www.rbc.ru/society/07/04/2017/58e4feb59a794722462a85aa> (дата обращения 16.11.2020).

<sup>7</sup> Голикова признала неудачной оптимизацию здравоохранения в регионах. URL: <https://www.rbc.ru/society/03/11/2019/5dbecba99a79470b57a29e69> (дата обращения 16.11.2020).

<sup>8</sup> Минздрав сообщил о росте смертности трудоспособного населения // Ведомости. URL: <https://www.vedomosti.ru/society/news/2020/05/26/831121-o-roste-smertnosti-trudosposobnogo-naseleniya> (дата обращения 23.11.2020).

<sup>9</sup> В России побит суточный рекорд по смертности от коронавируса. URL: <https://www.rbc.ru/society/21/11/2020/05fb8c7f89a79471b88b334b1> (дата обращения 23.11.2020).

населения<sup>10</sup>. В целях выделения однотипных регионов по уровню состояния и доступности услуг медицинской помощи применен кластерный анализ. Обработка данных проведена с помощью SPSS Statistics и MS Excel.

Социально-экономический ущерб от смертности трудоспособного населения Вологодской области оценен на основе расчета интегрального показателя потенциальной демографии «потерянные годы потенциальной жизни» (ППГЖ) [14–18]. На первом этапе с учетом статистических данных рассчитывается численность умершего в течение года экономически активного населения, занятого в экономике, по пятилетним возрастным группам (15–19 лет, 20–24 года и т. д.) по формуле (1):

$$\text{ППГЖ} = \sum_i d_i a_i, \quad (1)$$

где:

$d_i$  – численность умершего в течение года населения в  $i$ -возрастной группе;

$a_i$  – количество недожитых лет;

$a_i = T - x_i$ ,

где:

$T$  – базовое значение продолжительности жизни – возраст, ранее которого все смерти принято считать преждевременными (65 лет для мужчин и 63 – для женщин);

$x_i$  – середина  $i$ -го возрастного интервала.

На втором этапе рассчитывается стоимость потерянных лет потенциальной жизни на основе данных о преждевременной смертности населения в определенном году:

$$P_r = \text{ППГЖ}_r \times C_r, \quad (2)$$

где:

$P_r$  – стоимость потерянных лет потенциальной жизни в году  $z$ ;

$\text{ППГЖ}_r$  – количество человеко-лет, потерянных вследствие преждевременной смертности населения в году  $z$ ;

$C_r$  – стоимость одного года статистической жизни в году  $z$ .

Стоимостная оценка социальных потерь производится с учетом ВРП на душу населения, занятого в экономике в определенном периоде, и позволяет прогнозировать размер экономических потерь (упущенной выгоды) в результате смертности экономически активного населения в трудоспособном возрасте.

### Основные результаты исследования

В масштабах российского общества существенным фактором, обуславливающим неравенство в доступности услуг сферы здравоохранения, выступают региональные различия в обеспеченности медицинскими организациями, количестве койкомест в стационарах, укомплектованности кадровыми и иными ресурсами. География медицинских ресурсов коррелирует с уровнем социально-экономического развития региона. Чаще всего асимметричное распределение ресурсов [19, с. 129] происходит между сельской местностью и городской средой в результате концентрации ресурсов здравоохранения (лечебные учреждения, кадры, оборудование, финансовые средства) в крупных городах и мегаполисах.

Как свидетельствуют статистические данные (табл. 2), за 2010–2018 гг. численность врачей всех специальностей в РФ сократилась с 50 до 47 человек на 10000 человек населения. При этом наиболее существенное снижение кадровых ресурсов зафиксировано в Центральном федеральном округе (на 11% в 2018 году по сравнению с 2010 годом). Минимальное количество врачей в сфере здравоохранения отмечено в Чеченской Республике (29 человек), даже несмотря на то, что в ней наблюдался некоторый рост данного показателя по сравнению с 2010 годом.

Низкий уровень укомплектованности медицинскими кадрами и рост заболеваемо-

<sup>10</sup> Федеральные статистические наблюдения по социально-демографическим проблемам. Итоги комплексного наблюдения условий жизни населения в 2018 году / Росстат. URL: [https://gks.ru/free\\_doc/new\\_site/KOUZ18/index.html](https://gks.ru/free_doc/new_site/KOUZ18/index.html)

**Таблица 2. Численность врачей всех специальностей на 10000 человек населения (на конец года), чел.**

Регион*	Год									Ранг**	2018 год к 2010 году, раз
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018		
г. Санкт-Петербург	84,8	87,2	80,6	81,2	81,5	73,8	77,5	80,7	81,2	1	0,96
Чукотский автономный округ	76,7	76,5	73,1	73,8	65,5	65,0	69,4	74,8	75,5	2	0,98
Республика Северная Осетия – Алания	70,8	74,5	71,0	71,7	70,3	64,5	66,6	69,2	67,2	3	0,95
Магаданская область	55,6	55,7	56,6	59,5	60,2	61	61,2	61,8	63,8	4	1,15
Астраханская область	68,2	70,3	65,7	65,8	64,4	60,8	61,4	61,9	61,2	5	0,90
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Вологодская область	34,6	34,8	35,3	34,7	35,2	35,2	34,8	35,6	35,3	78	1,02
Владимирская область	33,1	34,8	33,7	33,9	33,8	33,8	33,9	34,4	34,9	79	1,05
Псковская область	34,6	35,5	35,6	35,5	33,6	34,1	34,8	34,7	34,0	80	0,98
Курганская область	29,7	30,2	30,3	30,2	30,2	28,8	29,3	29,8	29,7	81	1,00
Чеченская Республика	28,3	26,8	26,3	27,0	26,5	27,0	28,1	28,0	29,3	82	1,04
Справочно: Российская Федерация	50,1	51,2	49,1	48,9	48,5	45,9	46,4	47,5	47,9	-	0,96

\* Приведены данные по 5 регионам с наилучшими и наихудшими значениями показателя.  
 \*\* Данные ранжированы по регионам за 2018 год.  
 Рассчитано по: Регионы России. Социально-экономические показатели: стат. сб. / Росстат. М., 2015. 1266 с.; Регионы России. Социально-экономические показатели: стат. сб. / Росстат. М., 2019. 1204 с.

сти населения в ряде регионов<sup>11</sup> повышают нагрузку на врачебный персонал. Согласно данным органов статистики (табл. 3), численность населения на одного врача возросла со 199 человек в 2010 году до 208 к концу 2018 года. Крайне высокий уровень нагрузки зафиксирован в 2015 году, когда на одного врача приходилось порядка 217 граждан. Среди субъектов РФ ожидаемо высокой оказалась нагрузка в Чеченской Республике (341 человек), превышающая среднероссийский уровень 2018 года почти в 1,6 раза. В числе лидеров по обеспеченности кадровыми медицинскими ресурсами и низкой нагрузке на врачей является г. Санкт-Петербург, сохраняющий первенство по данным индикаторам среди субъектов РФ с 2014 года. Вологодская область в этом рейтинге за-

нимает 78 место, незначительно улучшив показатель по сравнению с 2010 годом (283 человека на 1 врача в 2018 году против 289 человек в начале исследуемого периода).

Одним из факторов, обуславливающих неравенство в доступе к медицинским услугам, выступает обеспеченность стационаров койко-местами. В целом в России в 2018 году на 10000 человек приходилось 80 койко-мест, что на 15% меньше по сравнению с 2010 годом (94 места). Худшие показатели обеспеченности местами в стационарах отмечены в Республике Ингушетии (44) и Чеченской Республике (58). Лидерами в обеспечении койко-местами являются регионы Дальневосточного федерального округа (Чукотский автономный округ, Еврейская автономная область, Магаданская

<sup>11</sup> По данным Росстата, в 52 из 82 регионов в 2018 году по сравнению с предыдущим годом наблюдался рост числа заболеваемости населения (у пациентов с диагнозом, установленным впервые в жизни). В девяти регионах отмечен ежегодный рост заболеваемости с первичным диагнозом на протяжении нескольких лет за период с 2016 по 2018 год.

В рейтинге регионов РФ по уровню заболеваемости в 2018 году первое место занимал Северо-Западный федеральный округ с показателем 936 случаев заболевания на 10000 человек, что на 20% превышает среднероссийский уровень. Источник: Здравоохранение в России: стат. сб. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/210/document/13218> (дата обращения 17.11.2020).



Таблица 3. Численность населения на одного врача (на конец года), чел.

Регион*	Год									Ранг**	2018 год к 2010 году, раз
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018		
г. Санкт-Петербург	118,0	114,7	124,1	123,1	122,7	135,5	129,1	124,0	123,1	1	1,04
Чукотский автономный округ	130,4	130,7	136,9	135,5	152,7	153,9	144,0	133,7	132,4	2	1,02
Республика Северная Осетия – Алания	141,3	134,3	140,9	139,4	142,2	155,1	150,1	144,6	148,7	3	1,05
Магаданская область	179,9	179,6	176,5	167,9	166,0	163,9	163,4	161,7	156,8	4	0,87
Астраханская область	146,6	142,2	152,1	152,0	155,4	164,5	162,8	161,6	163,3	5	1,11
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Вологодская область	289,1	287,4	283,1	288,5	284,5	284,1	287,3	281,0	282,9	78	0,98
Владимирская область	302,3	287,7	296,7	295,1	295,8	295,6	295,3	291,0	286,4	79	0,95
Псковская область	289,0	281,4	281,0	281,7	298,0	293,0	287,5	288,0	294,5	80	1,02
Курганская область	336,6	331,1	330,5	331,4	331,4	347,3	340,8	335,3	336,4	81	1,00
Чеченская Республика	353,7	372,7	380,4	370,9	376,7	369,7	355,5	357,4	341,4	82	0,97
Справочно: Российская Федерация	199,6	195,2	203,8	204,5	206,2	217,7	215,6	210,7	208,6	-	1,05

\* Приведены данные по 5 регионам с наилучшими и наихудшими значениями показателя.  
 \*\* Данные ранжированы по регионам за 2018 год.  
 Рассчитано по: Регионы России. Социально-экономические показатели: стат. сб. / Росстат. М., 2015. 1266 с.; Регионы России. Социально-экономические показатели: стат. сб. / Росстат. М., 2019. 1204 с.

и Сахалинская области), где обеспеченность составляла от 131 до 113 мест на 10000 человек.

Анализ расходов консолидированных бюджетов субъектов на здравоохранение на душу населения в сопоставимых ценах 2018 года позволяет сделать вывод о сокращении данного вида бюджетных затрат по всей стране. Наименьшее сокращение расходов на медицину отмечено только в Сахалинской области (91% в 2018 году по отношению к 2010 году). В целом по России данный показатель снизился за исследуемый период на 57%. По объему бюджетных затрат на душу населения среди регионов явное первенство удерживают представители Дальневосточного федерального округа, а замыкают рейтинг республики Дагестан и Ингушетия (табл. 4).

Инвестиции в основной капитал на душу населения с учетом инфляции за период с 2010 по 2018 год снизились почти на 30% в целом по РФ. При этом в ряде регионов, наоборот, зафиксировано значительное увеличение данного индикатора. Так, в Ленинградской области рост инвестиций

за анализируемый период составил почти 7 раз. Наименьшее значение затрат на инвестиции в сфере здравоохранения отмечено в 2018 году в Республике Дагестан (293 руб. на человека). Регионы Дальневосточного округа занимают в этом рейтинге первые позиции.

Недостаточное финансирование здравоохранения, низкая обеспеченность кадровыми и иными ресурсами привели к росту объема платных медицинских услуг к 2018 году в 1,4 раза (в сопоставимой оценке) по сравнению с 2010 годом. Минимальная стоимость услуг на одного жителя зафиксирована в Ингушетии на уровне 535 руб. против почти 9800 руб. в г. Санкт-Петербурге.

Доля платных медицинских услуг в общем объеме платных услуг в стране увеличилась в 1,9 раза к 2018 году по сравнению с 2010 годом. В Вологодской области доля платных медуслуг остается достаточно стабильной на протяжении ряда лет (в пределах 8–9%). Самый высокий процент платных услуг в сфере здравоохранения в структуре платных услуг наблюдался в Новгородской области, составив почти 11,6% в 2018 году.

**Таблица 4. Расходы консолидированных бюджетов на здравоохранение на душу населения (с учетом стоимости фиксированного набора товаров и услуг по регионам), руб.**

Регион*	Год									Ранг**	2018 год к 2010 году, раз***
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018		
Чукотский автономный округ	27172	22432	26610	27689	24420	27432	29173	31120	27984	1	0,66
Магаданская область	24429	17728	23590	23819	24320	25309	27423	18947	26706	2	0,62
Сахалинская область	17342	13345	15880	18248	23932	25883	29543	20281	25011	3	0,91
г. Санкт-Петербург	10391	12637	7927	9879	12139	12687	13288	15363	12745	4	0,70
Камчатский край	11782	12801	13968	12625	12985	13531	13677	8914	10663	5	0,56
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Вологодская область	6180	6924	8364	6164	6346	6747	7081	3152	4952	35	0,48
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Саратовская область	5960	6796	6374	5905	6410	7177	6657	1923	2395	78	0,25
Республика Марий Эл	5628	5510	6207	5659	5750	6055	6818	2347	2341	79	0,24
Кировская область	5961	6313	6440	5970	5545	6079	6006	1657	2023	80	0,20
Республика Дагестан	5240	3635	3632	5136	5908	7127	1336	1384	1716	81	0,20
Республика Ингушетия	8771	6110	6920	8138	10925	11736	8367	1821	1543	82	0,11
Справочно: Российская Федерация	8756	8340	9476	8707	8998	9252	8727	5768	6478	-	0,43

\* Приведены данные по 5 регионам с наилучшими и наихудшими значениями показателя, а также Вологодской области.  
 \*\* Данные ранжированы по регионам за 2018 год.  
 \*\*\* В сопоставимых ценах 2018 года.  
 Рассчитано по: Здравоохранение в России: стат. сб. / Росстат. М., 2011. 326 с.; Здравоохранение в России: стат. сб. / Росстат. М., 2015. 174 с.; Здравоохранение в России: стат. сб. / Росстат. М., 2019. 170 с.

Значительное сокращение бюджетно-финансирования, увеличение нагрузки на врачей, снижение объемов и качества бесплатной помощи, рост удельного веса платных медуслуг в расходах на платные услуги в совокупности привели к тому, что для большей части населения услуги сферы здравоохранения являются недоступными, усиливая и без того чрезмерное неравенство по доходам в стране, негативно влияя на динамику смертности в трудоспособном возрасте, а также характер устойчивости социально-экономического развития территориальных систем в целом.

На основе кластерного анализа регионы типологизированы по уровню состояния сферы здравоохранения. В качестве метода для иерархического объединения в кластер выбран метод Уорда, в качестве целевой функции – внутригрупповая сумма квадратов расстояний [20; 21]. Кластеризация про-

ведена по показателю «число больничных коек на 10000 человек», в достаточной степени характеризующему возможность населения иметь доступ к одному из видов медицинской помощи (стационарной). Его выбор дополнительно обусловлен актуальностью степени обеспеченности койко-местами региональных больничных комплексов в современных условиях пандемии.

Результаты кластерного анализа показали наличие четырех уровней доступности сферы здравоохранения по обеспеченности койко-местами: высокий, средний, ниже среднего и низкий (рис.). К числу регионов с высоким уровнем доступности относятся 6 субъектов с показателем обеспеченности койко-местами в количестве 118 единиц, что выше среднероссийского уровня примерно в 1,5 раза. 17 регионов характеризуются как средние по степени доступности медпомощи в стационарах. В состав кластеров ниже



Таблица 5. Средние показатели по четырем выделенным кластерам, 2018 год

Показатель	Уровень доступности сферы здравоохранения				Среднее по РФ
	высокий	средний	ниже среднего	низкий	
Число регионов, %	7	20	62	11	100,0
Число больничных коек на 10000 человек, ед.	118	96	81	63	79,9
В % к среднему по РФ	147,7	120,2	101,4	78,8	100,0
Численность населения на одного врача (на конец года), чел.	186	202	220	246	208,6
В % к среднему по РФ	89,2	96,8	105,5	117,9	100,0
Объем платных медицинских услуг на душу населения (с учетом стоимости фиксированного набора товаров и услуг по регионам), руб.	3 463	3 561	3 653	3 259	4617
В % к среднему по РФ	75,0	77,1	79,1	70,6	100,0
Доля платных медицинских услуг в общем объеме платных услуг, %	5,5	6,7	6,5	6,0	7,0
В % к среднему по РФ	78,6	95,7	92,9	85,7	100,0
Заболееваемость на 1000 человек населения*	794,6	869,9	800,7	681,9	782,1
В % к среднему по РФ	101,6	111,2	102,4	87,2	100,0
Численность врачей всех специальностей на 10000 человек населения (на конец года), чел.	56,5	50,2	46,8	41,9	47,9
В % к среднему по РФ	118,0	104,8	97,7	87,5	100,0
ВРП на душу населения (с учетом стоимости фиксированного набора товаров и услуг по регионам)**, руб.	671661	461046	602822	394648	543939
В % к среднему по РФ	123,5	84,8	110,8	72,6	100,0
Расходы консолидированных бюджетов на здравоохранение на душу населения (с учетом стоимости фиксированного набора товаров и услуг по регионам), руб.	16988	4889	5839	5831	6478
В % к среднему по РФ	262,2	75,5	90,1	90,0	100,0
Инвестиции в основной капитал на душу населения, направленные на развитие здравоохранения (с учетом стоимости фиксированного набора товаров и услуг по регионам), руб.	3708,0	1045,0	1597,0	1528,0	1682
В % к среднему по РФ	220,5	62,1	94,9	90,8	100,0

\* Зарегистрировано заболеваний у пациентов с диагнозом, установленным впервые в жизни.  
 \*\* Прогнозная оценка.  
 Рассчитано по: официальные данные Федеральной службы государственной статистики России. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/210/document/47652> (дата обращения 16.11.2020).

оценкам, показатель упущенной выгоды в производстве ВРП, рассчитанный на основе индикатора потенциальной демографии «потерянные годы потенциальной жизни», составил по Вологодской области в 2016–2018 гг. величину, превышающую уровень расходов на здравоохранение (табл. 6). Объем упущенной экономической выгоды вследствие потерь трудовых ресурсов варьировал в разные годы от 10 до 15% от размера ВРП.

Рассматривая проблему доступности медицинских услуг, нельзя обойти стороной вопросы личностного восприятия населением своего здоровья, а также доступности и качества оказываемой медицинской помощи. Как показали различные социологические опросы, проблема ее доступности становится все более актуальной и нерешенной для значительной части населения. Так, в свете подготовки новой Конституции РФ 95% опрошенных ВЦИОМ назвали обеспе-

**Таблица 6. Потенциальный ущерб в производстве ВРП Вологодской области по причине преждевременной смертности трудоспособного населения в 2016–2018 гг.**

Показатель	2016 год	2017 год	2018 год*
Число недожитых человеко-лет в результате смертности населения, занятого в экономике	82238	56109	71232
Размер ВРП на одного занятого в экономике, тыс. руб.	723,1	796,6	868,9
Размер упущенной выгоды в производстве ВРП, млн руб.	59462,9	44694,7	61892,4
Размер упущенной выгоды в производстве ВРП, руб. на одного занятого в экономике	106833	82676	116712
Доля от ВРП, %	14,8	10,4	13,4

\* Прогнозная оценка.

Рассчитано по: официальные данные Федеральной службы государственной статистики России. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/210/document/47652> (дата обращения 20.11.2020).

чение доступности и качества медицинских услуг как наиболее важную поправку к основному закону страны<sup>12</sup>.

По данным социологического опроса российских граждан [25, с. 105], проведенного НИУ ВШЭ в 2018 году, в топ-5 наиболее болезненных неравенств для общества в целом и лично для респондентов включены: неравенство по доходам (84 и 69% соответственно), в доступе к медпомощи (70 и 51), жилищных условий (64 и 36), в доступе к хорошим рабочим местам 952 и 38) и образованию (48 и 23) (табл. 7).

По информации Фонда «Общественное мнение»<sup>13</sup>, более половины россиян (53%) недовольны процессами, происходящими в российском здравоохранении. Население жалуется на дорогие лекарства, увеличение объема платной медпомощи (12%), низкую квалификацию медперсонала и качество лечения (89%). Каждый четвертый россиянин (аналогичные данные зафиксированы в Вологодской области) недоволен оказанной услугой в медицинской организации<sup>14</sup>. В г. Севастополе и Калининградской области в 2019 году выявлен максимальный уровень недовольности населения медуслугами в госучреждениях (55 и 47% соответственно). В Республике Тыва этот

показатель находится на рекордно низкой отметке по сравнению с другими субъектами (только 6,1% жителей заявили о неудовлетворенности оказанных им медицинских услуг). Интересно, что среди городского населения РФ неудовлетворенность медицинской помощью гораздо больше, чем в сельской местности (27 и 18% соответственно), что практически совпадает с данными для Вологодской области (27 и 20%).

Тревожным симптомом для устойчивого развития территорий выступает низкий уровень самооценки населением состояния своего здоровья. Лишь 9% трудоспособных россиян заявляют о наличии у них «очень хорошего здоровья» и почти треть (34%) граждан – об удовлетворительном, плохом и очень плохом здоровье. Антилидером по последнему показателю стала Смоленская область (56% населения). Вологодская область уступает ей только на 5%. Более того, Вологодская область, по данным за 2018 год, занимала предпоследнее, 81-е, место в рейтинге субъектов по числу доли (82,8%) работающего населения, иногда или постоянно испытывающего нервное напряжение и стрессы на основной работе [26, с. 15], что является опасным обстоятельством, не способствующим укреплению здоровья граждан.

<sup>12</sup> ВЦИОМ: россияне считают важнейшей поправкой в Конституцию пункт о доступности медобслуживания. URL: <https://www.kommersant.ru/doc/4300461> (дата обращения 12.05.2020).

<sup>13</sup> Комраков А. Отечественное здравоохранение оторвалось от населения // Независимая газета. 2019. 27 мая. URL: [https://yandex.ru/turbo/ng.ru/s/economics/2019-05-26/4\\_7582\\_medic.html](https://yandex.ru/turbo/ng.ru/s/economics/2019-05-26/4_7582_medic.html) (дата обращения 16.11.2020).

<sup>14</sup> Федеральные статистические наблюдения по социально-демографическим проблемам. URL: [https://rosstat.gov.ru/itog\\_inspect](https://rosstat.gov.ru/itog_inspect) (дата обращения 16.11.2020).

Таблица 7. Наиболее болезненные неравенства, 2018 год, % от числа опрошенных

Тип неравенства	Болезненные для общества в целом	Болезненные для респондента
Доходов	84	69
В доступе к медицинской помощи	70	51
Жилищных условий	64	36
В доступе к хорошим рабочим местам*	52	38
В доступе к образованию	48	23
В возможностях для детей из разных слоев общества	33	19
В возможностях для отдыха, проведения досуга	22	27
В обладании собственностью	20	16
В наличии знакомств с «нужными людьми»	9	10
В возможностях добраться в нужные места общественным транспортом	9	11
В доступе к культурным, художественным ценностям (театры, музеи, выставки)	7	9
В физических возможностях	6	9
В возможностях пользования компьютером и интернетом	4	4
Таких неравенств нет	2	9

\* В % к числу работающего населения.  
 Источник: Мареева С.В. Социальные неравенства и социальная структура современной России в восприятии населения // Вестник Института социологии. 2018. Т. 9. № 3. С. 105.

Залогом успешного лечения и обязательным условием ранней профилактики заболеваний становится наличие современного оборудования для лечения и проведения диагностики. По данным Федерального наблюдения, в 2019 году только 56% населения РФ было удовлетворено оснащённостью стационарных медицинских организаций оборудованием и 53% респондентов – лекарственными препаратами. В Республике Татарстан отмечен наивысший уровень удовлетворённости степенью оснащённости стационаров оборудованием (82%), во Владимирской области – худший (23%) среди остальных российских субъектов. Вологодская область занимает промежуточное положение с показателем удовлетворённости на уровне 62%. При этом недостаточно комфортные условия пребывания в стационарах отметили 51% россиян и 34% вологжан в частности. Каждый второй житель Рязанской области жаловался на непрофессионализм врачей в стационарных медучреждениях, менее всего недовольных – в Ульяновской области (6%). Среди россиян таковых оказалось почти 27%, среди вологжан – 16%.

Достаточно напряженной остается ситуация с оценкой населением работы поликлиник. В целом по РФ отмечена неудовлетворенность работой участкового врача на уровне 29% от общего числа опрошенных (в Вологодской области – 21%), врачей-специалистов – 60% (58%), отсутствием необходимого оборудования и/или лекарственных препаратов – 49% (53%), длительностью ожидания в очередях – 66% (80%). Неудовлетворенность работой диагностических служб поликлиник (УЗИ, ЭКГ, рентген и т. д.) высказали 45% граждан страны и каждый второй житель Вологодской области.

### Заключение

Сложившаяся в сфере здравоохранения РФ ситуация наглядно демонстрирует снижение доступности медицинской помощи для населения, формирующее неустойчивый характер развития территориальных систем. В результате проведенного анализа удалось выявить следующее.

1. Повышение доступности и стандартов качества здоровьесбережения, образования и экологической безопасности, степень со-

циальной ответственности каждого гражданина, эффективность социальных лифтов и т. д. лежат в основе формирования социальных факторов устойчивого развития территорий. Реализация цели устойчивого роста невозможна без последовательной и стабильной социально-экономической политики в регионе.

2. Оптимизация и модернизация системы здравоохранения РФ, начатые на рубеже XX века и продолжающиеся до настоящего времени, привели к колоссальному сокращению числа медицинских учреждений. Регионами-аутсайдерами по обеспеченности койко-местами в стационарах в 2018 году являлись Ингушетия и Чеченская Республика.

3. Период 2010–2018 гг. «ознаменовался» для страны низким уровнем укомплектованности регионов медицинскими кадрами, увеличением врачебной нагрузки, ростом платных медицинских услуг и заболеваемости населения. В число топ-5 субъектов с минимальным уровнем численности населения на одного врача включены Санкт-Петербург, удерживающий лидерство с 2014 года, Чукотский автономный округ, Северная Осетия – Алания, Магаданская и Астраханская области.

4. Применение кластерного анализа позволило определить уровень доступности здравоохранения в регионах в контексте обеспеченности койко-местами в медучреждениях. Выявлено, что подавляющая часть субъектов (73%) относится к группам с низким и ниже среднего уровнями по доступности со средним числом больничных коек на 10000 человек населения в количестве 81 и 63 единицы соответственно (для сравнения, среднероссийский уровень – примерно 80 койко-мест).

С одной стороны, низкая обеспеченность койко-местами создает дополнительную угрозу жизни и здоровью населения в некоторых субъектах в период пандемии. Так, по данным на 20 декабря 2020 года<sup>15</sup> за-

груженность койко-мест в Ленинградской области достигла критического уровня: «...осталось 27 свободных коек для госпитализации больных COVID-19 – это меньше 1%». Благодаря оперативному вмешательству властей и введению дополнительных мест для COVID-заболевших ситуацию с койко-местами удается держать под контролем. С другой стороны, число койко-мест в регионах зависит от заболеваемости. Территории с низким уровнем обеспеченности койко-местами характеризуются низким уровнем заболеваемости и, как следствие, высокой величиной ожидаемой продолжительности жизни. Однако следует уточнить, что ожидаемая продолжительность жизни зависит не только от числа больничных коек и количества врачей, но и от уровня и образа жизни населения.

5. Важнейшей проблемой доступности здравоохранения в контексте устойчивого регионального развития является предотвращение/снижение смертности граждан в трудоспособном возрасте. Сокращение численности населения РФ усугубляется ростом смертности трудоспособных жителей. Экономические потери в ВРП Вологодской области по причине смертности трудоспособного населения на основе расчета индикатора потенциальной демографии «потерянные годы потенциальной жизни» составили за период с 2016 по 2018 год порядка 10–15% от объема ВРП.

6. Субъективная оценка населением оказываемой медицинской помощи свидетельствует о достаточно низком уровне доступности и качества медуслуг. Тревожная ситуация сложилась относительно работы стационарных медицинских учреждений и поликлинических служб. Речь идет о недостаточной оснащенности современным и высокоточным оборудованием и лекарственными препаратами. Особую тревожность вызывают наличие больших очередей в поликлиниках (в г. Севастополе свыше 90% высказали неудовлетворенность по данному

<sup>15</sup> В Петербурге осталось 27 свободных коек для пациентов с коронавирусом и пневмонией. URL: /<https://www.vedomosti.ru/society/news/2020/12/20/851708-v-sankt-peterburge-ostallos-27-koek-dlya-patsientov-s-koronavirusom-i-pnevmoniei> (дата обращения 21.12.2020).

поводу) и непрофессионализм врачей узкого профиля, что в целом создает негативные предпосылки к неправильной постановке диагнозов, росту заболеваемости и смертности.

На сегодняшний день обеспечение доступности и качества предоставляемых услуг в сфере здравоохранения остается остро-социальной проблемой, влияющей на устойчивое социально-экономическое развитие территориальных систем. С одной стороны, в целях повышения здоровья нации следует поощрять индивидуальную ответственность граждан за свое здоровье, с другой – разрабатывать мероприятия как глобального, так и точечного характера по повышению эффективности социально-экономической политики на федеральном уровне и на местах. Особую актуальность в этом направлении приобретает совокупность действий в области первичной, вторичной и третичной профилактики, ориентированных на снижение причин основных видов заболеваемости и смертности. В связи с этим повышается необходимость мониторинга показателей для межстрановых (региональных) сравнений с определением роли и масштабов влияния сферы услуг здравоохранения на устойчивое развитие территорий.

Преодолеть/нейтрализовать негативные тенденции в сфере здравоохранения невозможно без активизации социальной ответственности населения за собственное здо-

ровье. По словам д.э.н. А.А. Шабуновой, «здоровье должно быть здоровьесберегающим и здоровьеформирующим»<sup>16</sup>. Важен партиципативный подход, основанный на вовлеченности всех заинтересованных сторон в процесс повышения уровня здоровья человека. Разработка системы поощрения индивида за здоровье, с одной стороны, и рост ответственности государства в сфере реализации социально-экономической политики, с другой, являются залогом развития и устойчивого роста сферы здравоохранения и территориальных систем в целом.

Полученные в ходе исследования результаты могут быть использованы в деятельности региональных и муниципальных органов власти при совершенствовании социально-экономической политики, разработке и реализации мероприятий в сфере здравоохранения, направленных на повышение доступности и качества медицинских услуг в целях увеличения числа трудоспособного населения региона.

В перспективе по данной проблематике возможно разработать комплексную методику оценки доступности медицинской помощи (с применением статистических и социологических индикаторов) и выявить степень взаимовлияния (с использованием одномерных методов статистического анализа) доступности медуслуг и процессов устойчивого социально-экономического развития территорий.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Лексин В.Н., Порфирьев Б.Н. Социально-экономические приоритеты устойчивого развития Арктического макрорегиона России // Экономика региона. 2017. Т. 13. № 4. С. 985–1004. DOI: 10.17059/2017-4-2
2. Лаженцев В.Н. Социально-экономическое пространство и территориальное развитие Севера и Арктики России // Экономика региона. 2018. Т. 14. № 2. С. 353–365. DOI: 10.17059/2018-2-2
3. Калачикова О.Н., Калашников К.Н. Доступность и качество медицинской помощи в контексте модернизации здравоохранения // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. 2014. № 2 (32). С. 130–142.
4. Письменная Е.Е., Моженкова Е.М. Доступность и качество медицинских услуг в российской системе здравоохранения // Гуманитарные науки. Вестн. Финанс. ун-та. 2016. Т. 6. № 2 (22). С. 36–39. DOI: 10.12737/18149

<sup>16</sup> Доклад А.А. Шабуновой на Пленарном заседании Российского научного форума «Экология и общество: баланс интересов». URL: <http://www.vssc.ac.ru/activity/view?id=6029>



5. Аганбегян А.Г. О приоритетах социальной политики. М: Дело, 2020. 512 с.
6. *Our Common Future. Report of the World Commission on Environment and Development*. Oxford: Oxford University Press, 1987. 416 p.
7. Ускова Т.В. Управление устойчивым развитием региона: монография. Вологда: ИСЭРТ РАН, 2009. 355 с.
8. Ускова Т.В. Устойчивость развития территорий и современные методы управления // Проблемы развития территории. 2020. № 2 (106). С. 7–18. DOI: 10.15838/ptd.2020.2.106.1
9. Канаева О.А. Социальные императивы устойчивого развития // Вестн. СПбГУ. Экономика. 2018. Т. 34. Вып. 1. С. 26–58. URL: <https://doi.org/10.21638/11701/spbu05.2018.102>
10. Канаева О.А. Социальная политика 2.0 – новая версия для устойчивого развития // Проблемы современной экономики. 2014. № 2 (50). С. 132–137.
11. Бляхман Л.С. Социальная политика как предмет новой политэкономии // Проблемы современной экономики. 2012. № 3. С. 37–46.
12. Национальные проекты 2019–2024 гг.: анализ и ключевые риски их реализации. Социальная сфера: науч.-аналит. изд. / кол. авт.; под науч. рук. А.А. Шабуновой. Вологда: ФГБУН ВолНЦ РАН, 2019. 68 с.
13. Тощенко Ж.Т. Общество травмы: между эволюцией и революцией (опыт теоретического и эмпирического анализа). М.: Весь мир, 2020. 352 с.
14. Шабунова А.А., Калашников К.Н. Экономическая оценка потерь трудового потенциала населения // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. 2008. № 4 (4). С. 53–61.
15. Козлова О.А., Зубарев Н.Ю. Комплексная оценка экономических потерь региона от преждевременной смертности населения // Экономика региона. 2020. Т. 16. Вып. 3. С. 845–858. URL: <https://doi.org/10.17059/ekon.reg.2020-3-13>
16. Орлов В.И., Сабгайда Т.П., Антонюк В.В. Этапы развития методов оценки экономических потерь, связанных со здоровьем населения // Социальные аспекты здоровья населения. 2009. № 1. С. 1–12.
17. Andersson H. willingness to pay for road safety and estimates of the risk of death: Evidence from Swedish contingent valuation study. *Accident Analysis and Prevention*, 2007, no. 39, pp. 853–865.
18. Viscusi W.K. The value of life: Estimates with risks by occupation and industry. *Economic Inquiry*, 2014, no. 1 (42), pp. 29–48.
19. Вялых Н.А. Механизмы дифференциации потребления медицинской помощи в России: методологический поворот в современных социологических исследованиях // Вестн. ТГУ Философия. Социология. Политология. 2018. № 45. С. 122–137. DOI: 10.17223/1998863X/45/13
20. Wooldridge J. *Econometric Analysis of Cross Section and Panel Data*. Cambridge, Mass: MIT Press, 2001. 735 p.
21. Tang S., Zhang L. From virtual clustering analysis to self-consistent clustering analysis: a mathematical study. *Computational Mechanics*, 2018, no. 62, pp. 1443–1460. DOI: [org/10.1007/s00466-018-1573-x](https://doi.org/10.1007/s00466-018-1573-x)
22. Gatzert N., Wesker H. Mortality risk and its effect on shortfall and risk management in life insurance. *Journal of Risk and Insurance*, 2014, no. 81 (1), pp. 57–90.
23. Коробицын Б.А., Куклин А.А., Никулина Н.Л. Ущерб от основных причин смертности для субъектов Российской Федерации и оценка приоритетов по увеличению продолжительности жизни // Народонаселение. 2014. № 3. С. 42–56.
24. Нацун Л.Н. Гендерные особенности инвалидизации российского населения // Социальное пространство. 2019. № 3 (20). URL: <http://socialarea-journal.ru/article/28252>. DOI: 10.15838/sa.2019.3.20.5

25. Мареева С.В. Социальные неравенства и социальная структура современной России в восприятии населения // Вестн. Ин-та социологии. 2018. Т. 9. № 3. С. 102–118.
26. Басова Е.А., Белехова Г.В. Качество трудовой жизни в оценках мужчин и женщин (по материалам социологического опроса Вологодской области) // Вопросы территориального развития. 2020. Т. 8. № 2. DOI: 10.15838/tdi.2020.2.52.4. URL: <http://vtr.isert-ran.ru/article/28524>

### ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ

Елена Александровна Басова – кандидат экономических наук, старший научный сотрудник, Федеральное государственное бюджетное учреждение науки «Вологодский научный центр Российской академии наук». Российская Федерация, 160014, г. Вологда, ул. Горького, д. 56а; e-mail: [elbas@yandex.ru](mailto:elbas@yandex.ru)

**Basova E.A.**

### ACCESSIBLE HEALTH CARE AS A FACTOR OF SUSTAINABLE SOCIO-ECONOMIC DEVELOPMENT OF TERRITORIES

*Sustainable development of territories is largely determined by the regions' socio-economic stability including the level of accessibility and quality of health care. In this regard, the study of the scale of health care accessibility and the elaboration of its improvement directions in order to ensure sustainable development of territories is of particular relevance. The author notes a low level of medical service accessibility in the Russian Federation due to a number of negative trends in 2010–2018. They have manifested in the reduction of budget financing of the health care sector and the volume of free medical care, the increase of the workload on doctors. The article demonstrates a typology of the Russian regions on the medical care accessibility using multidimensional methods of statistical analysis. Moreover, the researcher shows that there is an insufficient level of beds provision in hospitals in most of the regions. The author concludes that there is a direct correlation between the accessibility of health care and the number of cases according to the primary diagnosis with the level of health care costs. Based on the potential demography indicator "lost years of potential life", the paper estimates the potential damage in GRP production in the Vologda Oblast caused by the mortality of the working-age population. The research establishes that the total amount of economic damage due to labor losses varied in 2016–2018 in the range from 10 to 15% of the GRP volume. The author has studied the population's own perception of the accessibility and quality of medical care. To increase the stability of territorial systems, the work proposes a number of management measures to prevent a decrease in the number of working-age population and increase the health care accessibility. In the future, it is possible to develop a comprehensive methodology for assessing the medical care accessibility (using statistical and sociological indicators), and to identify the degree of mutual influence of accessibility and the processes of the territories' sustainable socio-economic development.*

*Accessibility, health care, medical service, territories' sustainable development.*

## REFERENCES

1. Leksin V.N., Porfiriyev B.N. Socio-economic priorities for the sustainable development of Russian Arctic macro-region. *Economika regiona=Economy of Region*, 2017, vol. 13, no. 4, pp. 985–1004. DOI: 10.17059/2017-4-2 (in Russian).
2. Lazhentsev V.N. Socio-economic space and territorial development of the North and the Arctic of Russia. *Economika regiona=Economy of Region*, 2018, vol. 14, no. 2, pp. 353–365. DOI: 10.17059/2018-2-2 (in Russian).
3. Kalachikova O.N., Kalashnikov K.N. Accessibility and quality of medical service in the context of health care modernization. *Ekonomicheskie i sotsial'nye peremeny: fakty, tendentsii, prognoz=Economic and Social Changes: Facts, Trends, Forecast*, 2014, no. 2 (32), pp. 130–142 (in Russian).
4. Pismennaya E.E., Mozhenkova E.M. Access and quality of medical care in the Russian health service. *Gumanitarnye nauki. Vestnik finansovogo universiteta=Humanities and Social Sciences. Bulletin of the Financial University*, 2016, vol. 6, no. 2 (22), pp. 36–39. DOI: 10.12737/18149 (in Russian).
5. Aganbegyan A.G. *O prioritetax sotsial'noi politiki* [On the Priorities of Social Policy]. Moscow: Delo, 2020. 512 p.
6. *Our common future. Report of the World Commission on Environment and Development*. Oxford: Oxford University Press, 1987. 416 p.
7. Uskova T.V. *Upravlenie ustoichivym razvitiem regiona: monografiya* [Management of the Region's Sustainable Development: Monograph]. Vologda: ISERT RAN, 2009. 355 p.
8. Uskova T.V. Territories' sustainable development and modern management methods. *Problemy razvitiya territorii=Problems of Territory's Development*, 2020, no. 2 (106), pp. 7–18. DOI: 10.15838/ptd.2020.2.106.1 (in Russian).
9. Kanaeva O.A. Social imperatives of sustainable development. *Vestnik SPbGU. Ekonomika=St. Petersburg University Journal of Economic Studies*, 2018, vol. 34, iss. 1, pp. 26–58. Available at: <https://doi.org/10.21638/11701/spbu05.2018.102> (in Russian).
10. Kanaeva O.A. Social politics of Russian companies 2.0: new version for sustainable development. *Problemy sovremennoi ekonomiki=Problems of Modern Economics*, 2014, no. 2 (50), pp. 132–137 (in Russian).
11. Bliakhman L.S. Social politics as the subject of new political economy. *Problemy sovremennoi ekonomiki=Problems of Modern Economics*, 2012, no. 3, pp. 37–46 (in Russian).
12. *Natsional'nye proekty 2019–2024 gg.: analiz i klyuchevye riski ikh realizatsii* [National Projects for the period of 2019–2024: Analysis and Key Risks of Their Implementation. Social Sphere: Scientific and Analytical Edition]. Group of authors. Under the scientific supervision of A.A. Shabunova. Vologda: FGBUN VolNTs RAN, 2019. 68 p.
13. Toshchenko Zh.T. *Obshchestvo travmy: mezhdru evolyutsiei i revolyutsiei (opyt eoreticheskogo i empiricheskogo analiza)* [Society of Trauma: between Evolution and Revolution (Experience of Theoretical and Applied Analysis)]. Moscow: Ves Mir, 2020. 352 p.
14. Shabunova A.A., Kalashnikov K.N. Economic evaluation of vital potential losses in the Vologda region. *Ekonomicheskie I sotsial'nye peremeny: fakty, tendentsii, prognoz=Economic and Social Changes: Facts, Trends, Forecast*, 2008, no. 4 (4), pp. 53–61 (in Russian).
15. Kozlova O.A., Zubarev N.Yu. Comprehensive assessment of economic losses from premature mortality of the population in regions. *Economika regiona=Economy of Region*, 2020, vol. 16, iss. 3, pp. 845–858. Available at: <https://doi.org/10.17059/ekon.reg.2020-3-13> (in Russian).
16. Orlov V.I., Sabgayda T.P., Antonyuk V.V. Stages of development of methods for assessing economic losses related to population health. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya=Social Aspects of Population Health*, 2009, no. 1, pp. 1–12 (in Russian).

17. Andersson H. Willingness to pay for road safety and estimates of the risk of death: Evidence from Swedish contingent valuation study. *Accident Analysis and Prevention*, 2007, no. 39, pp. 853–865.
18. Viscusi W.K. The value of life: Estimates with risks by occupation and industry. *Economic Inquiry*, 2014, no. 1 (42), pp. 29–48.
19. Vyalykh N.A. Differentiation mechanisms of medical care consumption in Russia: a methodological turn in contemporary sociological research. *Vestnik TGU. Filosofiya. Sotsiologiya. Politologiya=Tomsk State University Journal of Philosophy, Sociology and Political Science*, 2018, no. 45, pp. 122–137. DOI: 10.17223/1998863X/45/13 (in Russian).
20. Wooldridge J. *Econometric Analysis of Cross Section and Panel Data*. Cambridge, Mass: MIT Press, 2001. 735 p.
21. Tang S., Zhang L. From virtual clustering analysis to self-consistent clustering analysis: a mathematical study. *Computational Mechanics*, 2018, no. 62, pp. 1443–1460. DOI: org/10.1007/s00466-018-1573-x
22. Gatzert N., Wesker H. Mortality risk and its effect on shortfall and risk management in life insurance. *Journal of Risk and Insurance*, 2014, no. 81 (1), pp. 57–90.
23. Korobitsyn B.A., Kuklin A.A., Nikulina N.L. Losses of the constituent entities of the Russian Federation from main death causes and assessment of the priorities for raising life expectancy. *Narodonaselenie=Population*, 2014, no. 3, pp. 42–56 (in Russian).
24. Natsun L.N. Gender feature of disability of the Russian population. *Sotsial'noe prostranstvo=Social Area*, 2019, no. 3 (20). Available at: <http://socialarea-journal.ru/article/28252>. DOI: 10.15838/sa.2019.3.20.5 (in Russian).
25. Mareeva S.V. Social inequities and the social structure of modern Russia as perceived by the population. *Vestnik instituta sotsiologii=Bulletin of the Institute of Sociology*, 2018, vol. 9, no. 3, pp. 102–118 (in Russian).
26. Basova E.A., Belekhova G.V. Quality of work life as estimated by men and women (Case study of the sociological survey in the Vologda Oblast). *Voprosy territorial'nogo razvitiya=Territorial Development Issue*, 2020, vol. 8, no. 2. DOI: 10.15838/tdi.2020.2.52.4. Available at: <http://vtr.isert-ran.ru/article/28524> (in Russian).

#### INFORMATION ABOUT THE AUTHOR

Elena A. Basova – Candidate of Sciences (Economics), Senior Researcher, Federal State Budgetary Institution of Science “Vologda Research Center of the Russian Academy of Sciences”. 56A, Gorky Street, Vologda, 160014, Russian Federation; e-mail: elbas@yandex.ru