

УДК 338.984
ББК 65.9 (2Р) 30-2

А 437 **Актуальные проблемы развития Новосибирской области и пути их решения** / под ред. А.С. Новоселова, А.П. Кулаева. В 2 ч. Часть 1. – Новосибирск: ИЭОПП СО РАН, 2014. – 312 с.

ISBN 978-5-89665-283-0

В сборнике представлены результаты исследований сотрудников Института экономики и организации промышленного производства СО РАН и специалистов, которые занимаются проблемами развития Новосибирской области и отдельных ее сфер в современных условиях, а также инструментарии таких исследований и решения проблем.

Рассмотрены проблемы развития Новосибирской области и ее отдельных элементов в современных условиях оценки конкурентных преимуществ территории и привлечения на реализацию этих преимуществ соответствующих государственных и частных инвестиций, разработки целостных взаимосвязанных механизмов выявления этих конкурентных преимуществ, формирования креативного класса жителей Новосибирской области, генерирования инновационных идей использования таких преимуществ, формирования проектов реализации идей, привлекательных для инвесторов, и создания благоприятной среды реализации таких проектов во всех сферах социально-экономической деятельности.

Сборник предназначен для широкого круга специалистов, занимающихся научной, преподавательской и управленческой деятельностью, студентов и аспирантов, изучающих современные проблемы развития Новосибирской области и пути их решения в современных условиях.

УДК 338.984
ББК 65.9 (2Р) 30-2

ISBN 978-5-89665-283-0

© ИЭОПП СО РАН, 2014 г.
© Коллектив авторов, 2014 г.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ФЕДЕРАЛЬНОМ И РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЯХ (НА ПРИМЕРЕ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ)

Современные вызовы системе здравоохранения России

Современный этап развития экономики – экономика знаний – основан на создании, распространении и применении знаний. Понятие экономики знаний неразрывно связано с понятием человеческого капитала, поскольку уровень конкурентоспособности такой экономики зависит от уровня профессиональной подготовки кадров. Основными секторами, осуществляющими вложения в человеческий капитал, в экономике знаний являются образование и здравоохранение.

Система здравоохранения является объектом исследования настоящей статьи. Согласно определению, *система здравоохранения* есть совокупность мер социально-экономического и медицинского характера, проводимых государством с целью организации медицинской помощи, сохранения и повышения уровня здоровья каждого отдельного человека и населения в целом [11]. Следует различать здравоохранение (отрасль деятельности государства) и систему здравоохранения (совокупность различных мер).

Качество человеческого капитала, и, соответственно, его вклад в ВВП и экономическое развитие страны, зависит от уровня образования и здоровья населения. Для поддержания здоровья населения система здравоохранения должна своевременно решать проблемы, связанные со здоровьем нации, а также эффективно организовывать собственную работу. Неэффективность системы здравоохранения и невозможность поддержания здоровья нации в долгосрочном периоде являются прямыми угрозами экономическому росту Российской Федерации.

В соответствии с вышесказанным, целями настоящего исследования являются:

1. выявление наиболее острых проблем в области здоровья населения и в системе здравоохранения в России и Новосибирской области;

2. анализ поставленных государством задач для решения существующих проблем;

3. обсуждение основных направлений развития здравоохранения в соответствии с поставленными задачами и долгосрочными целями.

В статье будет сделан акцент на проблемах и направлениях развития, являющихся первоочередными для системы здравоохранения Новосибирской области.

Какие же проблемы стоят сегодня перед системой здравоохранения нашей страны? Перечислим те из них, которые, по мнению автора, являются наиболее острыми и оказывают наибольшее отрицательное влияние на развитие человеческого капитала в РФ.

Низкий показатель продолжительности жизни населения

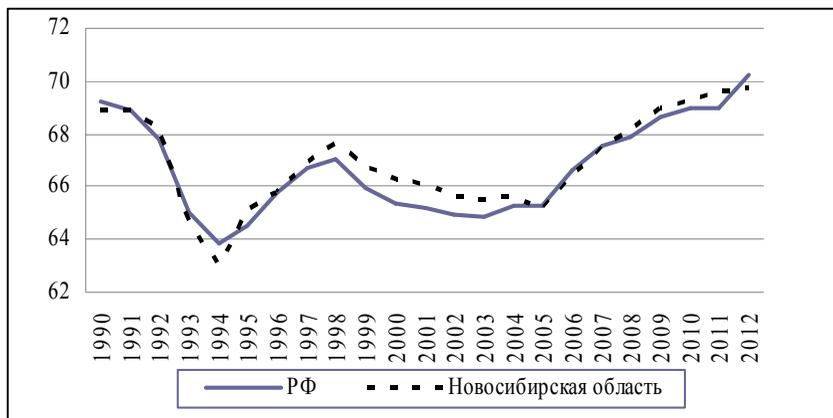
Важнейшим и общепризнанным показателем здоровья населения является показатель продолжительности жизни. В экономике знаний, где основным фактором производства является человеческий капитал, показатель продолжительности жизни становится наиболее актуальным. В современных условиях «учащегося сообщества» (learning society) интеллектуальный уровень индивида формируется только к тридцати-сорока годам, и отдача от полученного образования приходится на вторую половину жизни. Соответственно, чем выше продолжительность жизни, тем выше отдача от человеческого капитала и тем больше производительность экономики.

С 1991 г. и в последующие годы кризиса, связанные с распадом СССР, показатели продолжительности жизни в России начали резко снижаться, при этом падение показателей продолжительности жизни оказалось неравномерным для женщин и мужчин. Наиболее резкое снижение показателя продолжительности жизни при рождении¹ для мужчин произошло в первой половине 1990-х годов: с 1990 по 1994 г. продолжительность жизни при рождении для мужчин снизилась на 6,2 года (с 63,8 до 57,6 лет соответственно) [31]. В 2000 г. разница в показателе продолжительности жизни для мужчинам и женщин в РФ составила 14 лет

¹ Продолжительность жизни при рождении – статистический показатель, измеряющий среднюю (ожидаемую) продолжительность жизни человека в возрасте 0 лет. В статистике показатель рассчитывается как для обоих полов, так и отдельно для мужчин и женщин.

(58 лет и 72 года соответственно). Данный феномен получил в специальной литературе название «Российский кризис смертности»¹ и стал темой исследования большого количество работ по экономике здоровья и демографии, как в нашей стране, так и за рубежом [25, 32 и др.]. Изменение показателя продолжительности жизни для Российской Федерации в целом и отдельно для Новосибирской области представлено на рис. 1. Как следует из рис. 1 падение показателя продолжительности жизни в течение рассматриваемого периода было более выраженным в НСО по сравнению с Российской Федерацией в целом: минимум продолжительности жизни за рассматриваемый период составил в области 63 года (против 63,8 для РФ). И, наоборот: в период с 1998 по 2006 гг. продолжительности жизни в Новосибирской области незначительно превышала аналогичный показатель по России (максимальная разница в показателях составила 0,96 лет в 2000 г.). В целом отклонение показателя продолжительности жизни по области от общероссийского было незначительным.

Рис. 1 иллюстрирует тот факт, что с 2004 г. происходит устойчивый рост индикатора продолжительности жизни при рождении, однако только в 2012 г. показатель превысил дореформенный уровень (70,24 лет и 69,19 лет соответственно). Кроме того, сравнение



Источник: [20].

Рис. 1. Продолжительность жизни при рождении в РФ и НСО за период с 1990 по 2012 гг.

¹ В оригинале – Russian mortality crisis (англ.)

**Ожидаемая продолжительность жизни при рождении:
межстрановое сравнение (2011 г.)**

Ранг	Страна	Продолжитель- ность жизни	Продолжитель- ность жизни у мужчин	Продолжитель- ность жизни у женщин
1	Япония	83	79	86
4	Франция	82	78	85
17	Германия	81	78	83
27	Великобритания	80	79	82
33	США	79	76	81
49	Китай	76	74	77
118	Россия	69	63	75
131	Казахстан	67	62	72

Источник: [30].

России по данному показателю с другими странами (табл. 1) показывает, что уровень здоровья населения РФ значительно ниже, чем в развитых странах. Согласно статистике ВОЗ по продолжительности жизни РФ занимает лишь 118 место среди 193 стран мира.

Смертность от болезней системы кровообращения

Основной причиной низкого показателя продолжительности жизни в России является высокая смертность среди взрослого работающего населения. Так, расчеты на основе показателей смертности для 2010 г. показывают, что в России шансы дожить до шестидесятилетнего возраста для мужчины в возрасте 20 лет составляли 60%, в то время как для двадцатилетнего жителя ЕС шансы равнялись 90% [31]. Основной причиной смертности населения Россия являются болезни системы кровообращения или болезни сердечно-сосудистой системы. Согласно данным Росстата в 2012 г. 55,3% всех смертей в нашей стране были вызваны заболеваниями системы кровообращения, в том числе 29,5% всех смертей пришлось на ишемическую болезнь сердца [8]. По статистике Министерства здравоохранения РФ риск умереть от болезни системы кровообращения в 2012 г. для россиян был более чем в три раза выше (729,3 смерти на 100 000 населения), чем для жи-

теля Европейского союза (225,3 смертей на 100 000) [22]. При этом ситуация в Новосибирской области по смертности от болезней системы еще более серьезная, чем по стране в целом: показатель смертности от болезней системы кровообращения в 2012 г. составлял 761,3 смерти на 100 000 населения [4].

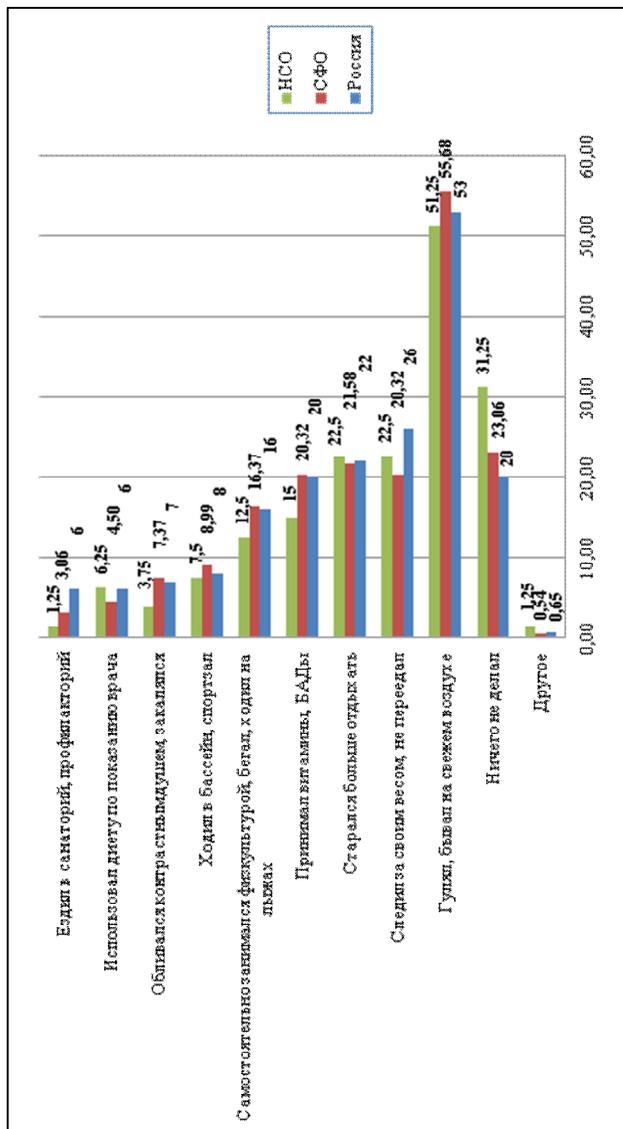
Высокая смертность от сердечно-сосудистых заболеваний среди россиян является результатом влияния целого ряда негативных факторов, среди которых можно назвать курение, злоупотребление алкоголем, плохое питание, недостаточное внимание со стороны населения к проблеме гипертензии, проблемы в организации ухода и оказания своевременной помощи больным с заболеваниями системы кровообращения.

По оценкам ВОЗ ущерб от болезней системы кровообращения в РФ в 2012 г. составил 3% ВВП или 1 трлн руб. С этой оценкой согласна замминистра здравоохранения Т. Яковлевой [22]. При этом основным источником ущерба являются экономические потери от ранней смертности населения, выражаемые в непродуцированной продукции (79% от общего ущерба), а не дополнительные затраты в системе здравоохранения и социальной защиты (21%) [5].

Пассивное отношение россиян к поддержанию собственного здоровья

Ухудшение здоровья россиян также происходит по причине отсутствия активных действий со стороны населения по поддержанию собственного здоровья. В 2011 г. Левада-центр совместно с НИУ ВШЭ провел социологический опрос населения по проблемам здорового образа жизни по выборке 4000 респондентов в возрасте от 15 лет и старше. Опрос является репрезентативным на уровне страны и федеральных округов, но не является репрезентативным на уровне субъектов федерации. На рис. 3 показано распределение ответов на вопрос: «Что из перечисленного Вы делали за последние 12 месяцев для сохранения и поддержания своего здоровья и самочувствия, не считая лечения, %». Данные по СФО и НСО¹ были обработаны автором, данные по РФ в целом взяты из «Отчета о человеческом развитии в Российской Федерации за 2013 г.» [21].

¹ Данные по Новосибирской области не являются репрезентативными по причине малого числа опрошенных (80 респондентов из 4001), однако они иллюстрируют общую тенденцию пассивного отношения жителей региона к собственному здоровью.



Источник: расчеты автора, [21].

Рис. 2. Формы поддержания здоровья населением России (распределение ответов на вопрос: «Что из перечисленного Вы делали за последние 12 месяцев для сохранения и поддержания своего здоровья и самочувствия, не считая лечения, %)

Как показал опрос, 60% российских граждан следят за своим здоровьем [21]. Однако на основе рис. 2 можно сделать вывод о том, что среди форм поддержания здоровья преобладают пассивные практики (пребывание на свежем воздухе – 53% для населения РФ и 55% для населения СФО; стремление не переедать – 26% РФ и 20% в СФО; отдых – 22% в РФ и 21% в СФО). При этом менее 20% опрошенных занимаются физкультурой и спортом в оздоровительных целях (вариант ответа «самостоятельно занимался») и лишь около 8–9% посещают бассейн или спортзал. При этом каждый пятый взрослый житель в РФ и 23% резидентов СФО ни прилагает никаких усилий для поддержания собственного здоровья.

Результаты опроса жителей Новосибирской области позволяют утверждать, что население региона более пассивно в отношении собственного здоровья по сравнению с жителями СФО и РФ в целом. Из форм поддержания здоровья лишь ответы «старался больше отдыхать» и «гулял на свежем воздухе» сравнимы в процентном отношении с общероссийскими показателями и показателями в среднем по округу. При этом более 30% жителей региона не прилагают никаких усилия по поддержанию здоровья (вариант ответа «ничего не делал»), что на 11% выше аналогичного общероссийского показателя.

В качестве препятствий к ведению здорового образа жизни респонденты в первую очередь называли нехватку свободного времени, усталость и недостаток мотивации, и лишь потом нехватку денег или недоступность спортивных объектов. Таким образом, можно сделать вывод о том, что пассивное отношение к поддержанию здорового образа жизни представляет собой значимую угрозу здоровью населения, особенно населению Новосибирской области.

Недостаточное финансирование здравоохранения

На протяжении последнего десятилетия расходы государства на здравоохранение в номинальном выражении в РФ устойчиво возрастали. Если в 2000 г. расходы консолидированного бюджета Российской Федерации на здравоохранение, культуру и спорт составляли 153,4 млрд руб., то в 2005 г. они составляли уже 797,1 млрд руб., а в 2010 г. их сумма возросла до 1708,8 млрд руб. (рост за период 2000–2010 гг. составил 11,1 раза) [8]. Однако если

проанализировать динамику изменения доли государственных расходов на здравоохранение в ВВП за указанный период на основе статистики ПРООН, то можно заметить, что данный показатель не изменился. В 2000 г. и 2010 гг. доля государственных расходов составила 3,2% от ВВП (максимум данного показателя пришелся на 2007 г. и составил 3,5% ВВП). Данные табл. 2 свидетельствуют о том, что в 2010 г. во всех рассматриваемых странах, кроме Казахстана, доля государственных расходов на здравоохранение была выше, чем показатель по РФ, причем во Франции, Германии и США она составила более 9%. Если рассматривать показатель государственных расходов на здравоохранение в процентах от ВВП, то можно видеть, что показатель для России находится на более низком уровне по сравнению с минимальным уровнем финансирования, рекомендуемым ВОЗ – 5% от ВВП.

Переходя к анализу государственных расходов на здравоохранения на душу населения (табл. 3), можно заметить, что госрасходы на душу населения в нашей стране с 1995 по 2011 гг. возросли в 3,5 раза, однако в 2011 г. они составили лишь 31% от аналогичных расходов в Японии и 23,7% от расходов в Германии. Приведенная статистика свидетельствует о том, что в нашей стране в течение последнего десятилетия наблюдалось систематическое недофинансирование здравоохранения. Эту позицию разделяют министерство здравоохранения РФ в лице замминистра Т. Яковлевой [23], а также Л. Рошаль [16].

Таблица 2

Расходы на здравоохранение в процентах от ВВП

	Общие расходы на здравоохранение, % от ВВП (2011) (данные Всемирного Банка)	Государственные расходы на здравоохранение, % от ВВП (2010) (данные ПРООН)
Япония	9,3	7,8
Франция	11,6	9,3
Германия	11,1	9,0
Великобритания	9,3	8,1
США	17,9	9,5
Китай	5,2	5,4
Россия	6,2	3,2
Казахстан	3,9	2,5

Источники: [26], [33].

**Государственные расходы на здравоохранение на 1 человека
по паритету покупательной способности, долл. (данные ВОЗ)**

	1995	2000	2005	2010	2011
Япония	1554,4	1595,0	2031,9	2505,9	2539,6
Франция	1673,1	2021,0	2598,6	3075,0	3135,2
Германия	1853,7	2130,0	2577,0	3333,5	3315,4
Великобритания	1130,4	1446,0	2205,1	2857,3	2747,0
США	1683,1	2031,0	2974,4	3966,7	3954,2
Китай	26,2	41,4	74,1	202,8	241,6
Россия	221,6	221,2	381,1	794,4	786,1
Казахстан	107,4	101,1	219,0	311,8	309,1

Источник: [27].

**Неформальные платежи
и низкое качество услуг здравоохранения**

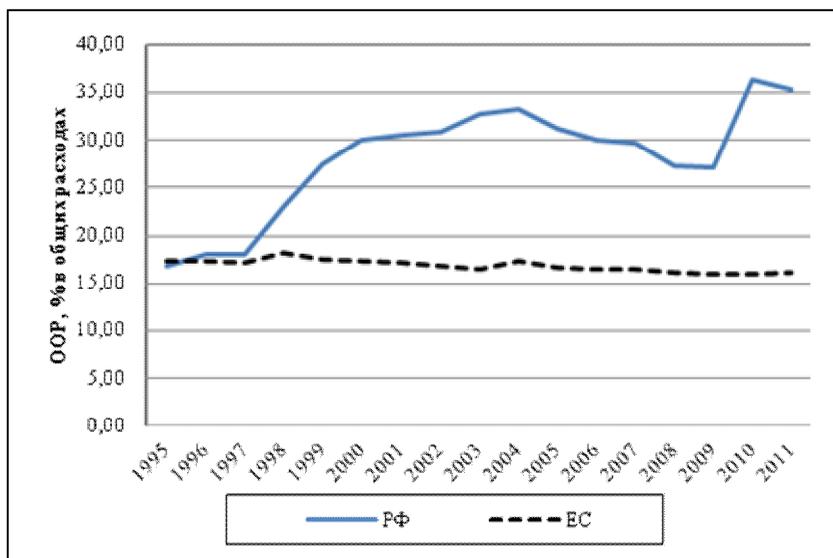
Феномен неформальных платежей, в форме подарков или взяток, появился в системах здравоохранения стран СНГ и Восточной Европы еще в советское время, и до сих пор является проблемой для реформаторов систем здравоохранения указанных стран. Неформальные платежи являются частью частных прямых платежей населения за услуги системы здравоохранения (в зарубежной статистике они носят название «out-of-pocket payments» или ООР и рассчитываются по странам Всемирной организацией здравоохранения).

Частные прямые платежи населения за услуги здравоохранения (как формальные, так и неформальные) усиливают проблему неравенства населения в отдельной взятой стране, поскольку люди с низкими доходами платят большую долю от своего дохода по сравнению с более обеспеченными людьми. Более того, в том случае, если люди вынуждены платить за лечение из своего кармана, высокие цены на услуги здравоохранения могут стать барьером для получения медицинской помощи. Однако наибольшую проблему представляют неформальные платежи: они ухудшают прозрачность системы здравоохранения, становятся причиной неравного отношения медицинского персонала к тем, кто спосо-

бен неформально дополнительно платить и тем, кто не способен осуществлять неформальные платежи, и также как и частные прямые платежи являются барьером к получению качественной медицинской помощи. Иными словами, неформальные платежи оказывают негативное влияние на развитие человеческого капитала в нашей стране.

В РФ на протяжении последних двух десятилетий доля частных прямых платежей населения в общих расходах на здравоохранение возрастала (рис. 3). Согласно данным ВОЗ с 1995 по 2011 г. она увеличилась с 16,9% до 35,4%. Рост доли частных прямых платежей населения в общих расходах в РФ на фоне стабилизации этого показателя на уровне 16–17% в ЕС привел к тому, что индикатор для РФ в 2011 г. более чем в 2 раза превышал европейский (35,4% и 16,7% соответственно) [28].

Рост доли частных прямых платежей населения в общих расходах на здравоохранение привел к росту неформальных платежей. Ряд репрезентативных опросов населения в 1998–2008 гг.



Источник: [28].

Рис. 3. Доля прямых платежей населения в общих расходах на здравоохранение в РФ и ЕС в 1995–2011 гг.

(RLMS¹, CSI² и др.) позволил оценить долю неформальных платежей в расходах на здравоохранения и выявить рост доли неформальных платежей в рассматриваемый период. Согласно опросу RLMS в 2001 г. 5,4% респондентов осуществляли неформальные платежи за амбулаторное лечение за последние три месяца, в то время как доля респондентов неформально оплачивающих стационарное лечение за тот же период составила 7,1%. В 2008 г. опрос CSI показал, что количество неформальных плательщиков значительно увеличилось: за амбулаторное лечение платили уже 17,3% респондентов, а за стационарное – 22,8% [29].

Оценки доли прямых платежей в общих расходах населения делаются на основе данных по стране в целом, без выделения регионов, поэтому у автора нет возможности привести информацию по этому показателю для Новосибирской области. Однако, согласно опросу Левада по проблемам здорового образа жизни в 2011 г. 20% респондентов из числа опрошенных в Новосибирской области высказались в поддержку неформальных платежей работникам медицинского сектора. В целом по стране практику неформальных платежей поддержали 16,5% россиян³.

Неформальные платежи, являясь прямой выплатой медицинскому персоналу, не попадают в систему здравоохранения, а потому неспособны оказать значимого влияния на качество предоставляемых медицинских услуг. Являясь легальными денежными поступлениями в систему здравоохранения, они могли бы использоваться на модернизацию медицинского оборудования, од-

¹ RLMS – Russian Longitudinal Monitoring Survey – Российский мониторинг экономического здоровья населения.

² CSI – The Consumer Sentiment Index Project – Проект расчета индекса потребительских настроений.

³ Это мнение было высказано при ответе на вопрос: «Какой из нижеперечисленных вариантов участия населения вы считаете наиболее предпочтительным? Выберите один ответ: 1. все должны доплачивать небольшие суммы за любую медицинскую услугу через кассу (за каждое посещение врача в поликлинике, за вызов врача и скорой помощи, за каждый день пребывания в больнице и пр.); 2. государство будет бесплатно предоставлять всем гражданам лишь отдельные виды медицинских услуг, для получения остальных медицинских услуг гражданам нужно будет купить страховку или платить в кассу медицинских учреждений; 3. государство будет бесплатно предоставлять все виды медицинских услуг только бедным, остальные граждане должны купить страховку или платить за все медицинские услуги в кассу медицинских учреждений; 4. оставить все как есть, пусть пациенты неформально (в руки) платят медицинским работникам за их услуги; 5. затрудняется ответить».

нако неформальные платежи служат лишь непостоянным средством увеличения дохода медицинского персонала.

Увеличение доли неформальных платежей в здравоохранении происходило на фоне ухудшения качества медицинской помощи в стране. Произошло устаревание медицинского оборудования и общее снижение квалификации медицинского персонала, связанное с обучением по устаревшим программам подготовки в медицинских ВУЗах. В результате ряда негативных процессов в настоящее время наблюдаются проблемы в предоставлении скорой медицинской помощи: данная служба недоукомплектована квалифицированными кадрами и современным оборудованием, а ее работа не соответствует современным международным стандартам (время приезда на вызов, время транспортировки в стационар, догоспитальная летальность) [5]. Не отвечает мировым стандартам и акушерская практика в России [31].

Программно-целевой подход к развитию системы здравоохранения в России: основные инициативы на федеральном и региональном уровнях

Проведенный выше анализ современных проблем позволяет сделать вывод о том, что основной целью государства в области развития системы здравоохранения в настоящий момент является укрепление здоровья населения на основе формирования здорового образа жизни и повышения доступности и качества медицинской помощи. При этом данная цель должна реализовываться одновременно на федеральном, региональном и муниципальном уровнях.

В РФ с целью модернизации отрасли здравоохранения¹ был принят программно-целевой подход. В 2006 г. стартовал приоритетный национальный проект «Здоровье» – комплексная программа по повышению качества медицинской помощи. Основные мероприятия, реализовывавшиеся в рамках данной программы, были направлены на:

1. Повышение оплаты труда врачей общей семейной практики (ВОП), медсестер врачей общей семейной практики, участковых терапевтов и педиатров, а также врачей, фельдшеров и медсестер скорой медицинской помощи, фельдшеров, акушерок и медсестер фельдшерско-акушерских пунктов.

¹Под «модернизацией» здравоохранения в настоящей статье понимается совокупность мер, направленная на сокращение избыточных издержек, повышение доступности и качества медицинской услуг [2].

2. Повышение квалификации и переподготовка участковых терапевтов, участковых педиатров и врачей общей практики.

3. Улучшение оснащенности амбулаторно-поликлинических учреждений и службы скорой медицинской помощи современным диагностическим оборудованием и расходными материалами, пополнение парка машин скорой помощи.

4. Профилактика заболеваний: иммунизация, диспансеризация, обследование новорожденных, пропаганда здорового образа жизни.

5. Обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью.

6. Родовые сертификаты на оплату медицинской помощи, оказываемой женщине в период беременности и родов, включая педиатрическую помощь [7].

Положительные результаты программы позволили частично решить наиболее острые проблемы в области здравоохранения. В систему здравоохранения были привлечены дополнительные средства: с 2006 по 2010 г. по проекту, согласно данным Минэкономразвития России, было выделено 313 млрд руб. Продолжительность жизни возросла с 66,6 лет до 68,98 лет, общая смертность снизилась за период на 11,2%, а смертность от болезней системы кровообращения на 11,4%. В рамках программы по формированию здорового образа жизни в стране были открыты 502 центра здоровья для взрослых [13].

В 2009 г. Министерство здравоохранения и социального развития подготовило «Концепцию развития здравоохранения до 2020 г.» [10]. Основной целью концепции было выявить первоочередные проблемы и способы их преодоления. Несмотря на то, что концепция не была принята ни на правительственном, ни на ведомственном уровне, ее основные положения легли в основу Государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»¹, принятой распоряжением правительства в декабре 2012 г. В государственной программе были сформулированы цели (индикаторы) программы и задачи, которые должны быть решены до 2020 г. для достижения заданного уровня индикаторов. Набор индикаторов в значительной части совпадал с набором индикаторов Концепции. Кроме того, часть показателей была связана с Целями развития тысячелетия (ЦРТ), сформулированными ООН в 2000 г. на период до 2015 г. [12]. Список целей программы «Развитие здравоохранения» приведен в табл. 4.

¹Далее – Государственная программа.

**Перечень целей
государственной программы «Развитие здравоохранения»
и государственной программы «Развитие здравоохранения
Новосибирской области на 2013–2020 гг.»¹**

Цель	Госпрограмма «Развитие здравоохранения»	Программа «Развитие здравоохранения Новосибирской области на 2013–2020 гг.»	Комментарий
1. Снижение смертности от всех причин до	11,4 чел. на 1000 населения	11,0 чел. на 1000 населения	Целевой индикатор для области выше целевого индикатора по стране.
2. Снижение младенческой смертности до	6,4 умерших на 1000 родившихся живыми		ЦРТ: Снижение на две трети уровня младенческой смертности с 1990 по 2015 г. (с 21,5 умерших на 1000 родившихся до 7 умерших на 1000 родившихся) [6]. Уровень развития акушерства находится на уровне, задаваемом ЦРТ.
3. Снижение материнской смертности до	15,5 случаев на 100 тыс. родившихся живыми		ЦРТ: снижение материнской смертности до 11,8 случаев на 100 тыс. родившихся живыми. Наблюдается отставание по достижению данного показателя.
4. Снижение смертности от болезней системы кровообращения до	622,4 случая на 100 тыс. населения		
5. Снижение смертности от ДТП до	10,0 случаев на 100 тыс. населения		
6. Снижение смертности от новообразований (в т.ч. злокачественных) до	190 случаев на 100 тыс. населения		
7. Снижение смертности от туберкулеза до	11,2 случаев на 100 тыс. населения	11,8 случаев на 100 тыс. населения	Более тяжелая ситуация по заболеваемости туберкулезом в НСО по сравнению с РФ в целом привела к установлению менее амбициозной цели.
8. Снижение потребления алкогольной продукции до	10 л на душу населения в год	6,3 л на душу населения в год	Согласно поставленной цели НСО планирует проводить более активную кампанию по снижению потребления алкоголя.

¹ Если не указано иное – временным горизонтом достижения цели является период до 2020 г.

9. Распространенность потребления табака среди взрослого населения	25%		
10. Распространенность потребления табака среди детей и подростков	15%		
11. Снижение уровня заболеваемости туберкулезом до	35 чел. на 100 тыс. населения	55 чел. на 100 тыс. населения	Аналогично цели №7.
12. Увеличение продолжительности жизни до	74,3 лет	74,5 лет	
13. Обеспеченность врачами на уровне	44,8 на 10 тыс. населения	41 на 10 тыс. населения	Разница в количестве врачей в РФ в среднем и в НСО привела к разнице в значениях целевых индикаторов.
14. Соотношение врачей и медицинского персонала на уровне	1:3	1:2,6	Разница в структуре медицинского персонала привела к более низкому индикатору для НСО.
15. Повышение средней заработной платы врачей и работников с высшим медицинским и другим высшим образованием в здравоохранении до	уровня в 200% от средней заработной платы в соответствующем регионе (к 2018 г.)		
16. Повышение средней заработной платы среднего медицинского персонала до	уровня в 100% от средней заработной платы в соответствующем регионе (к 2018 г.)		
17. Повышение средней заработной платы младшего медицинского персонала до	уровня в 100% от средней заработной платы в соответствующем регионе (к 2018 г.)		

Источник: [4, 5, 12].

Государственная программа развития здравоохранения подразделяется на 10 подпрограмм, для каждой из подпрограмм дано описание, перечислены исполнители и определены объемы финансирования. Согласно программе она является «основой для разработки субъектами Российской Федерации в 2013 ... комплексных программ развития здравоохранения субъектов РФ» [5]. При этом программы субъектов федерации должны учитывать региональную специфику размещения медицинских учреждений, населения, дорожной сети, а также сложившуюся систему заболеваемости и смертности региона. На основе учета данной специфики в рамках региональных программ разрабатываются соответствующие подпрограммы. В 2013 г. Министерством здравоохранения Новосибирской области была разработана программа «Развитие здравоохранение Новосибирской области на 2013–2020 гг.»¹ [4]. Список целей программы приведен в табл. 4. Сравнение подпрограмм программы РФ и программы НСО приведено в табл. 5.

¹Далее – Программа Новосибирской области.

**Сравнение подпрограмм
программ развития здравоохранения НСО и РФ до 2020 г.**

№	Подпрограммы «Программы развития здравоохранения Новосибирской области на 2013–2020 гг.»	Подпрограммы государственной программы «Развитие здравоохранения»
1	Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи	Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи
2	Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской эвакуации	Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской эвакуации
3	Развитие государственно-частного партнерства	Развитие и внедрение инновационных методов диагностики, профилактики и лечения, а также основ персонализированной медицины
4	Охрана здоровья матери и ребенка	Охрана здоровья матери и ребенка
5	Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детям	Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детям
6	Оказание паллиативной помощи, в том числе детям	Оказание паллиативной помощи, в том числе детям
7	Кадровое обеспечение системы здравоохранения	Кадровое обеспечение системы здравоохранения
8	Совершенствование системы лекарственного обеспечения, в том числе в амбулаторных условиях	Развитие международных отношений в сфере охраны здоровья
9	Развитие информатизации в здравоохранении	Экспертиза и контрольно-надзорные функции в сфере охраны здоровья
10	Экспертиза и контрольно-надзорные функции в сфере охраны здоровья	Медико-санитарное обеспечение отдельных категорий граждан
11		Управление развитием отрасли

Источник: [4, 5].

Развитие системы здравоохранения в Новосибирской области

В данном разделе рассмотрены задачи и направления развития здравоохранения Новосибирской области, связанные с решением наиболее острых проблем в области здоровья человека, рассмотренными выше. Анализ целей «Программы развития здравоохранения Новосибирской области на 2013–2020 гг.» позволяет сделать вывод о том, что дополнительно к основным вызовам системе здравоохранения в Новосибирской области существуют региональные проблемы в области здоровья ее жителей.

Самая серьезная региональная проблема – это повышенная заболеваемость и, как следствие, смертность от туберкулеза. Согласно данным Министерства здравоохранения Новосибирской области уровень заболеваемости туберкулезом в области в 2012 г. составил 116,2 чел. на 100 тыс. населения, что существенно превышает общероссийский показатель (73 чел. на 100 тыс. населения)¹. Жители нашей области в два раза чаще умирают от туберкулеза: показатель смертности составил 24,6 чел. на 100 тыс. населения против 12,2 чел. на 100 тыс. населения по РФ в целом [1]. Заболеваемость туберкулезом в области связана с бедностью, высоким уровнем безработицы, алкоголизмом, низкой обеспеченностью населения жилой площадью. Острая ситуация с заболеваемостью и смертностью от туберкулеза привела к тому, что в «Программе развития здравоохранения Новосибирской области на 2013–2020 гг.» целевой индикатор по заболеваемости туберкулезом оказался хуже общероссийского (таб. 4). В связи с остротой проблемы распространения туберкулеза в области меры по решению этой проблемы на региональном уровне будут рассмотрены отдельно.

Формирование и стимулирование здорового образа жизни

Основным отличием как государственной, так и региональной программы развития здравоохранения до 2020 г. от предыдущих программ и направлений развития и реформирования отрасли, стал перенос акцента с лечения заболевших на формирование

¹ В 2009 г. уровни заболеваемости составляли 74,26 на 100 тыс. населения в РФ и 98,10 на 100 тыс. населения в НСО, то есть в то время как ситуация в целом в последние 3 года по стране улучшалась, ситуация в Новосибирской области демонстрировала обратную тенденцию.

здорового образа жизни, влияние важности которого на качество человеческого капитала подчеркивали ряд специалистов в области здоровья [9]. Опыт ряда развитых стран (Великобритания, США, Нидерланды и др.) показал, что здоровый образ жизни вносит существенный вклад в укрепление общего уровня здоровья населения и приводит к существенному снижению уровня смертности, в особенности от заболеваний систем кровообращения. Так, вклад профилактических мероприятий был оценен на уровне 55% по сравнению с вкладом лечебных мероприятий на уровне 37% [5]. В связи с переносом акцента с лечения на формирование здорового уровня жизни и профилактику было существенно увеличено финансирование мероприятий в данных областях. В программе развития здравоохранения Новосибирской области в рамках Подпрограммы 1 предусматривается выделение 83,352 млрд руб. (общее финансирование Программы составит 310,404 млрд руб.).

Формирование здорового образа жизни происходит через одновременную реализацию трех видов мероприятий: информирование человека о принципах здорового образа жизни, формирование мотивации к нему и создание условий для реализации здорового образа жизни. При этом законодательной основа данной инициативы была определена на федеральном уровне. В последние годы, в частности, были приняты следующие законы: Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан» (2011) [18] и Федеральный закон № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего дыма и последствий потребления табака» (2013) [19].

На региональном уровне, в Новосибирской области в рамках Подпрограммы 1 были запланированы информационно-коммуникационные кампании о вреде курения, здоровом питании, необходимости ограничения потребления алкогольной продукции и важности регулярной физической активности. Создание мотивации к здоровому уровню жизни будет происходить посредством повышения уровня информированности населения о рисках вредных привычек и их влияния на смертность через индивидуальные консультации граждан с медицинским персоналом. В рамках подпрограммы предполагается развитие инфраструктуры физкультуры и спорта (строительство фитнес клубов, бассейнов, открытие тренажерных залов). При этом при реализации Подпрограммы 1 стоит обратить особое внимание на мероприятия по

здоровому питанию, поскольку жители Сибири в целом менее склонны следить за весом по сравнению с жителями по РФ в целом (результаты опроса Левада-центра, рис. 2).

Лечение и профилактика болезней системы кровообращения

Особенностью смертности от болезней системы кровообращения в нашей стране, помимо ее высокого уровня, является то, что 80% всех смертей являются внегоспитальными. Аналогичный показатель для Японии и США находится на уровне 50–60%. Причинами столь высокой смертности являются недостаточная эффективность системы неотложной помощи (больного не успевают доставить в больницу при инфаркте или других обострениях) и недостаточное количество центров специализированной помощи больным с острой сосудистой патологией (больница отдалена от населенного пункта или наблюдается дефицит коек, используемых при оказании помощи больным сердечно-сосудистыми заболеваниями) [5].

В рамках национальной инициативы по совершенствованию помощи больным с сосудистыми заболеваниями и решения проблемы дефицита коек, с 2008 г. в Субъектах Федерации началось создание «Региональных сосудистых центров». В Новосибирской области в рамках программы реорганизации был открыт Региональный сосудистый центр на базе Новосибирской областной клинической больницы на 60 коек, а также три первичных сосудистых отделения в области: в Бердске, Куйбышеве и Карасуке. Мероприятие 2.5 Подпрограммы 2 предполагает дальнейшее создание сосудистых центров и расширение коечного фонда. При планировании сети первичных сосудистых отделений приоритеты были отданы также и отдаленным районам области с целью приближения специализированной медицинской помощи к их жителям. На основе математических методов оптимизации для области была разработана система маршрутизации пациентов из пунктов проживания в больницы и сосудистые центры.

Еще одной мерой по борьбе с заболеваемостью системы кровообращения в «Программе развития здравоохранения в Новосибирской области на 2013–2020 гг.» является формирование системы медицинской реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда. Ожидается, что система медицинской реабилитации больных окажет значимое влияние, как на повышение качества

жизни, так и на продолжительность жизни населения области. Всего на борьбу с болезнями системы кровообращения (Мероприятие 2.5., Подпрограмма 2) областью предусмотрено 1,26 млрд руб.

В рамках комплексного подхода к борьбе с заболеваниями системы кровообращения в государственной программе развития здравоохранения также предполагается повышения качества оказания медицинской помощи через утверждение и внедрение стандартов медицинской помощи больным сердечно-сосудистыми заболеваниями и применение инновационных методов лечения [22].

Лечение и профилактика туберкулеза

Российская Федерация входит в число 37 стран, в которых заболеваемость туберкулезом находится в преэпидемической стадии. При этом эпидемиологическая ситуация в Новосибирской области по туберкулезу хуже, чем ситуация по России в целом.

На территории Новосибирской области действует Долгосрочная целевая программа «Развитие медицинской помощи больным туберкулезом в Новосибирской области на 2012–2016 гг.», реализуемая в рамках Мероприятия 2.1. Подпрограммы 2 «Программы развития здравоохранения Новосибирской области до 2020 г.». Общее финансирование мероприятий по борьбе с туберкулезом до 2020 г. составит 5,611 млрд руб., что почти в 4,5 раза больше объем средств, выделенных на борьбу с болезнями системы кровообращения.

Приоритетной задачей практической фтизиатрии в области является раннее выявление больных туберкулезом. Такого больного можно гарантированного вылечить; затраты на его лечение меньше, чем на лечение больных на более поздних стадиях заболевания; за период болезни больной заражает минимальное количество человек. Для выявления больных на ранних стадиях в рамках ДЦП предполагается повышение уровня охвата населения флюорографическими осмотрами до 81% населения. Кроме этого, в области разрабатывается закон «О предупреждении распространения туберкулезом в Новосибирской области», который будет регулировать процесс выявления больных. Возможно, закон будет включать меры по принудительному лечению отдельных категорий населения с заразными формами туберкулеза, склонными к нарушению режимов лечения. На федеральном уровне мероприятия по принудительному лечению разрабатываются в рамках Подпрограммы 2 «Программы развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 г.».

В целях совершенствования системы фтизиатрической службы в Новосибирской области также предполагается строительство туберкулезной больницы на 1000 коек, оказание фтизиатрической помощи лицам БОМЖ, организация единой аптеки для туберкулезных больных и создание специализированного веб-сайта по проблемам туберкулеза. На сайте будет размещена подробная информация о заболевании, о современных достижениях в области фтизиатрии и деятельности специализированных противотуберкулезных учреждений Новосибирской области [4].

Дополнительное финансирование системы здравоохранения: механизм государственно-частного партнерства

Сравнительный анализ подпрограмм, реализуемых в рамках государственной программы «Развитие здравоохранения» и «Программы развития здравоохранения в Новосибирской области на 2013–2020 гг.», выявил существенную специфику программы НСО. В течение 2013–2020 гг. в области будут реализованы три подпрограммы, не имеющие федеральных аналогов. Это подпрограммы: «Развитие государственно-частного партнерства», «Совершенствование системы лекарственного обеспечения» и «Развитие системы информатизации в здравоохранении». Остановимся подробнее на подпрограмме «Развитие государственно-частного партнерства (в здравоохранении)».

Государственно-частное партнерство является одним из механизмов реализации «Стратегии развития Новосибирской области на период до 2025 г.» [17]. Его основная роль состоит в привлечении дополнительных средств частного сектора для реализации крупных инновационных проектов в секторах науки, образования и здравоохранения. Привлечение средств частного сектора является одним из возможных решений проблемы недостаточного финансирования здравоохранения со стороны государства, как на федеральном, так и на региональном уровне. Однако, по мнению Л. Рошалья, механизм ГЧП должен использоваться так, чтобы это «не увеличивало платное здравоохранение в ущерб доступной медицинской помощи» [15]. К наиболее перспективным проектам ГЧП можно отнести проекты по взаимовыгодному использованию лабораторного и высокотехнологичного медицинского оборудования, а также проекты, в которых государство предоставляет здания и помещения, а частный сектор предоставляет финансовые ресурсы.

В Новосибирской области на основе механизма государственно-частного партнерства в 2013 г. открылось два центра гемодиализа. Первый центр «Нефролайн» мощностью 30 аппаратов, рассчитанный на 240 пациентов, открылся в марте 2013 г. В июле 2013 г. заработал центр «Б. Браун Авитум Руссланд», рассчитанный на 180 пациентов и оснащенный 40 аппаратами искусственной почки [3]. В дальнейшем планируется открытие диализного центра мощностью 10 аппаратов в Искитиме. По данным Министерства здравоохранения региона, инвестиции компании В. Braun в проект составили более 260 млн рублей [14].

Центры гемодиализа являются примером успешного применения механизма ГЧП в здравоохранении Новосибирской области. Привлечение средств частного сектора позволило увеличить финансирование здравоохранения в регионе путем закупки современного дорогостоящего оборудования, а также решить проблему острой нехватки мощностей для помощи пациентам с хронической почечной недостаточностью. При этом не произошло удорожание данного вида лечения для пациентов: гемодиализ проводится больным бесплатно.

Проекты ГЧП в здравоохранении в рамках «Программы развития здравоохранения Новосибирской области на 2013–2020 гг.» будут софинансироваться областной администрацией. На Подпрограмму 3 из бюджета предусмотрено 4,716 млрд руб.

Совершенствование системы территориального планирования

Программа развития здравоохранения Новосибирской области включает в себя разработку документов по территориальному планированию медицинских учреждений. Разработаны территориальные планы для оказания следующих видов медицинской помощи: первичная помощь, ВИЧ инфекции, фтизиатрия, наркологическая служба, психиатрическая служба, помощь больным сердечно-сосудистыми заболеваниями, онкологическая служба, помощь при ДТП, служба крови, акушерство и гинекология, дерматовенерологическая служба. В ряде случаев (психиатрическая помощь, помощь больным сердечно-сосудистыми заболеваниями, онкология, первичная помощь) планируется строительство новых объектов.

В основе принятия решения о строительстве новых объектов лежат плотность населения, структура заболеваемости населения, а также некоторые дополнительные факторы. Так, например, региональные сосудистые центры и первичные подразделения географически располагаются таким образом, чтобы больной из любой точки мог быть доставлен в больницу в течение 30–40 минут [10]. В случае оказания первичной медицинской помощи региональная программа делает акцент на максимальную доступность помощи населению. В сельской местности предусматривается сохранение и дальнейшее развитие фельдшерско-акушерских пунктов. В населенных пунктах с численностью менее 100 человек и не имеющих на своей территории учреждений здравоохранения будут организованы домовые хозяйства, деятельность которых будет направлена на оказание первой помощи при состояниях, представляющих угрозу жизни человека [4]. Наконец, в основе решения открыть единый областной онкологический центр с современным высокотехнологическим оборудованием в Новосибирске лежит предположение о том, что в крупном городе будет более высока обеспеченность высококвалифицированным персоналом.

Совершенствование системы территориального планирования направлено на повышение доступности медицинской помощи населению, и в долгосрочном периоде способно привести к улучшению состояния здоровья жителей Новосибирской области.

Решение проблемы неформальных платежей в системе здравоохранения

Для решения проблемы неформальных платежей в системе здравоохранения РФ на федеральном уровне в первом десятилетии 21 века использовалась смешанная политика, в которой поощрительные меры сочетались с мерами наказания практики неформальных платежей за услуги здравоохранения [29].

Поощрительные меры были направлены на повышение оплаты труда медицинских работников. При этом предполагалось, что улучшение материального положения врачей и медицинского персонала снизит их стремление к получению неформальных платежей от населения. В результате в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» с 1 января 2006 г. участковым терапевтам и педиатрам, а также врачам общей практики допол-

нительно выплачивается 10 000 руб., а медицинским сестрам, работающим с ними – 5 тыс. руб. В результате данной реформы заработная плата участковых терапевтов в конце 2007 г. составила около 880 долларов [29].

Одновременно органы государственной власти стали вводить и приводить в исполнение санкции против всех видов неформальных платежей (включая подарки), а также медицинских учреждений, которые просили пациентов приносить с собой медикаменты и медицинские принадлежности для лечения в стационаре. Исключения составляли случаи, в которых пациенты могли приобрести за собственные средства медикаменты, считающиеся более эффективными по сравнению с теми, которые были в наличии в медицинском учреждении.

В результате проводимой политики объемы неформальных платежей в здравоохранении несколько снизились, однако уменьшение в разных его сферах было неравномерным. Объем неформальных платежей участковым терапевтам и педиатрам уменьшился, в то время как неформальные платежи врачам узких специальностей возросли. Это в первую очередь было связано с возросшей дифференциацией в оплате врачей общего профиля, заработная плата которых была увеличена в рамках национального проекта «Здоровье» и категорий, которых оно не коснулось (врачей-специалистов).

Для решения проблемы неформальных платежей в рамках государственной программы «Развитие здравоохранения» и выравнивания доходов среди врачей разного профиля было предусмотрено повышение заработной платы врачей всех специальностей, а также повышение заработной платы среднего и младшего медицинского персонала (цели 15–17 табл. 4). Поскольку рост заработной платы работников бюджетной сферы осуществляется на федеральном уровне, эти же цели были декларированы и в «Программе развития здравоохранения Новосибирской области на 2013–2020 гг.». По мнению автора, региональные власти также должны стремиться эффективно использовать собственные полномочия в области строгого надзора и приведения в исполнение наказаний за распространение практик неформальных платежей в здравоохранении. Однако данные меры не обсуждаются в региональной программе развития здравоохранения, а выделение финансовых средств не предусматривается.

Повышение качества медицинской помощи и увеличение продолжительности жизни

На региональном, как и на федеральном уровне, повышение качества медицинской помощи и увеличение продолжительности жизни являются комплексными целями, для достижения которых реализуются все подпрограммы и мероприятия как федеральной, так и областной программы развития здравоохранения.

На повышение качества медицинской помощи в отдельных секторах здравоохранения направлены такие подпрограммы государственной и региональной программ как Подпрограмма 2 (совершенствование системы скорой помощи и оснащение здравоохранение высокотехнологичным оборудованием), Подпрограмма 4 (качественные изменения в акушерстве и педиатрии) и Подпрограмма 6 (совершенствование сектора паллиативных услуг). Можно утверждать, что качество услуг здравоохранения положительно влияет на показатель продолжительности жизни. Однако повышение качества медицинской помощи является не единственным фактором, от которого зависит рост продолжительности жизни. Помимо доступности качественных услуг системы здравоохранения продолжительность жизни определяется отношением индивидов к собственному здоровью и приданию ими важности здоровому образу жизни. Именно поэтому программы развития здравоохранения уделяют особое внимание и выделяют дополнительные средства на мероприятия по формированию здорового образа жизни у населения.

Необходимо также отметить, что показатель продолжительность жизни характеризуется лаговой зависимостью от состояния системы здравоохранения [24, 25, 32]. Поэтому меры по повышению качества системы здравоохранения окажут влияние на продолжительность жизни не сразу, а спустя некоторый период времени. Поддержание высокого качества медицинских услуг будет способствовать устойчивому росту показателя продолжительности жизни в РФ и Новосибирской области в долгосрочном периоде.

Выводы

В настоящее время система здравоохранения нашей страны столкнулась с такими вызовами как: низкая продолжительность жизни населения, высокая смертность от болезней системы кровообращения, высокие показатели заболеваемости туберкулезом в некоторых регионах (включая Новосибирскую область), недостаточное финансирование, пассивное отношение россиян к собственному здоровью и широкое распространение практики неформальных платежей на фоне относительно низкого качества предоставляемых услуг.

Для решения выявленных проблем принят программно-целевой подход. В настоящее время действуют: на федеральном уровне государственная программа «Развитие здравоохранения»; на региональном уровне: «Программа развития здравоохранения Новосибирской области на 2013–2020 гг.». Основными направлениями всех мероприятий программ являются формирование здорового образа жизни и гарантированное обеспечение населения качественной медицинской помощью. В программах задан набор конкретных целей (табл. 4), программы разделены на подпрограммы (табл. 5), в рамках каждой подпрограммы будет реализован набор мероприятий. Вектор развития отрасли здравоохранения, как на федеральном, так и на региональном уровне задается данным набором мероприятий по достижению поставленных целей.

Исследования автора показали, что в Новосибирской области проводятся и/или планируются мероприятия для решения всех из перечисленных острых проблем в области здоровья и здравоохранения. В целом, набор мероприятий, соответствует мероприятиям федерального уровня, однако существуют и расхождения. В области более остро стоит проблема туберкулеза, в связи с чем предполагается разработка и введение в действия закона о туберкулезе. Проблему недостаточного финансирования системы здравоохранения в НСО предполагается частично решать с помощью механизма государственно-частного партнерства (уже запущены два центра гемодиализа работающих на основе ГЧП). Наконец, в рамках направления сокращения объемов неформальных платежей набор рычагов областной администрации ограни-

чен по сравнению с федеральными властями, поскольку предполагаемая мера по решению данной проблемы – повышение заработной платы медицинским работником – является мероприятием федерального масштаба. Региональные власти для снижения объемов неформальных платежей должны опираться на систему мер, препятствующих распространению данной практики в медицинских учреждениях области.

Наконец, успешное развитие здравоохранения в Новосибирской области и решение стоящих перед ней проблем будет зависеть от множества факторов, среди которых можно назвать своевременное финансирование мероприятий в запланированных объемах, совершенствование системы территориального планирования, эффективная работа органов власти – участников программы развития здравоохранения, организация системы контроля за ходом работ. Однако важный шаг в направлении успешного развития – формирование системы целей, индикаторов и планирование мероприятий до 2020 г. – уже сделан. Многие из мероприятий являются продолжениями долгосрочных целевых программ в здравоохранении, реализуемых на территории Новосибирской области, что также дает определенную гарантию успеху будущих реформ.

Литература

1. **Беленкова Т.** Смертность от туберкулеза в Новосибирской области в два раза выше общероссийской. Новосибирские новости, 15.03.2013. URL: <http://nsknews.info/news/130504> (дата обращения 01.11.2013).
2. **В. Путин** обсудил с министрами модернизацию здравоохранения, 21.02.2014. <http://medportal.ru/mednovosti/news/2014/02/21/261modern/> (дата обращения 24.03.2014).
3. **В Новосибирске** заработал второй центр бесплатного гемодиализа. Новосибирский городской сайт, 17.07.2013. URL: <http://news.ngs.ru/more/1268468/> (дата обращения 23.08.2013).
4. **Государственная** программа «Развитие здравоохранения Новосибирской области на 2013–2020 гг.». Министерство здравоохранения Новосибирской области, 2013.
5. **Государственная** программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения». Утверждена распоряжением Правительства РФ № 2511-р от 24.12.2012.

6. **Данишевский А.М.** Сокращение детской смертности и улучшение охраны материнства. Приоритеты в области здоровья для России. Глава 5 в «Цели развития тысячелетия в России: взгляд в будущее». Доклад о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации в 2010 г. ПРООН, 2010.

7. **Журавлева И.В., Иванова Л.Ю.** Улучшит ли национальный проект «Здоровье» состояние здоровья россиян//Россия реформирующаяся, 2009, № 8, С. 373–389.

8. **Здравоохранение** в России 2013. Статистический сборник. Росстат. – М., 2013. – 380 с.

9. **Колосницына М.Г.** Модернизация политики здорового образа жизни. Глава 6 в «Модернизация и развитие человеческого потенциала». Доклад о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации в 2011 г. ПРООН, 2011.

10. **Концепция** развития здравоохранения РФ до 2020 г. (проект). Министерство здравоохранения и социального развития РФ, 2009.

11. **Лисицын Ю.П.** История медицины: краткий курс. – М.: ГЭОТАР-Медиа. 2010. – 304 с.

12. **Официальный** перечень показателей Целей развития тысячелетия ООН. URL: <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/host.aspx?Content=indicators/officiallist.htm> (дата обращения 15.10.2013).

13. **Правительство** подвело итоги пятилетки реализации приоритетных национальных проектов. 28.02.2011. URL: <http://bujet.ru/article/117103.php> (дата обращения 28.10.2013).

14. **Родионова А.** Компания В.Враун открыла диализный центр в Новосибирске. Деловой журнал об индустрии здравоохранения Vademecum. 17.07.2013. URL: <http://vademecc.ru/news/detail1823.html> (дата обращения 05.11.2013).

15. **Рошаль Л.** Государственно-частное партнерство в медицине не должно увеличивать платное здравоохранение. ИА Regnum. 28.06.2010. URL: <http://www.regnum.ru/news/1298721.html> (дата обращения 05.11.2013).

16. **Рошаль** раскритиковал недофинансирование здравоохранения. 27.05.2013. URL: <http://medportal.ru/mednovosti/news/2013/05/27/216groshal/> (дата обращения 24.03.2014).

17. **Стратегия** социально-экономического развития Новосибирской области на период до 2025 г.

18. **Федеральный закон** «Об основах охраны здоровья граждан», № 323-ФЗ от 21.11.2011.

19. **Федеральный закон** «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего дыма и последствий потребления табака», № 15-ФЗ от 23.02.2013.

20. **Федеральная служба государственной статистики** Росстат. URL: <http://www.gks.ru> (дата обращения 29.10.2013).

21. **Шишкин С.В.** Здоровье и устойчивое развитие. Глава 3 в «Устойчивое развитие: вызовы Рио». Доклад о человеческом развитии в Российской Федерации в 2013 г. ПРООН, 2013.

22. **Яковлева Т.В.** Совершенствование системы оказания медицинской помощи больным сердечно-сосудистыми заболеваниями в Российской Федерации. Доклад. Министерство Здравоохранения РФ, 2013.

23. **Яковлева Т.В.** В России сохраняется недофинансирование здравоохранения. 18.05.2012. URL: <http://regions.ru/news/2408180/> (дата обращения 24.03.2014).

24. **Bhattacharya J., Gathman C., Miller G.** The Gorbachev Anti-Alcohol Campaign and the Russia's Mortality Crisis// *American Economic Journal: Applied Economics* 2013, 5(2), P. 232–260.

25. **Brainerd E., Cutler D.** Understanding Mortality in Russia and Former Soviet Union//*The Journal of Economic Perspective*, 2005, Vol. 19, No. 1, P. 107–130.

26. **Health Expenditure by Country.** The World Bank Database. URL: <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS> (дата обращения 06.11.2013).

27. **Health Expenditure per Capita by Country.** World Health Organization Global Health Observatory Data Depository. URL: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.78?lang=en> (дата обращения 06.11.2013).

28. **Health for All Database.** World Health Organization. URL: <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db> (дата обращения 29.10.2013).

29. **Implementing Health Financing Reform: Lessons from Countries in Transition.** Edited by J. Kutzin, C. Chasin, M. Jakab. World Health Organization 2010, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

30. **Life expectancy by country.** World Health Organization Global Health Observatory Data Depository. URL: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.688?lang=en> (дата обращения 06.11.2013).

31. **Rechel B.** et al. Health and health systems in the Commonwealth of Independent States//*Lancet*, 2013, 381, P. 1145–1155.

32. **Stuckler D., Basu S.** “The Post-Communist Mortality Crisis” in *The Body Economic: Why Austerity Kills*. Basic Books Publishers, New York, 2013.

33. **World Development Indicators 2012.** The World Bank Group Publication, Washington DC, 2012.