



With the support of the
Erasmus+ Programme
of the European Union



**Стратегия устойчивого развития в Европейском Союзе и России:
на пути к общему будущему**
**Sustainable Development Strategy in the European Union and Russia:
on the way to the common future**
(Programme – Jean Monnet Module)
2019 -2022

**Конкурс студенческих проектов
«Устойчивое развитие Евросоюза и России: движение навстречу друг другу»**

ПРОЕКТ
**УСТОЙЧИВОЕ РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ
И СТРАН ЕВРОСОЮЗА**

Авторы проекта

М. С. Володькина
Д. К. Ямбушева

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
1 Современное состояние системы здравоохранения в Российской Федерации.....	7
2 Современное состояние системы здравоохранения в странах Евросоюза	14
3 Разработка рекомендаций по улучшению систем здравоохранения Российской Федерации и стран Евросоюза	18
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	20
ПРИЛОЖЕНИЕ А – Статистические данные по показателям здравоохранения по субъектам Российской Федерации на 2018 год	22

АННОТАЦИЯ

Улучшение здравоохранения является одной из приоритетных задач новой повестки дня в области устойчивого развития до 2030 года. Проблема устойчивости в здравоохранении разрабатывается и решается уже более пятидесяти лет, однако до сих пор остается много нерешенных, спорных вопросов. В этих целях нами было принято решение выбрать цель устойчивого развития №3 «Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте».

В данной работе проведен анализ устойчивого развития систем здравоохранения в Российской Федерации и Евросоюзе. Работа содержит 21 с., 5 табл., 4 рис., 11 источн., 1 прил.

Для анализа статистических данных нами были выбраны следующие методы исследования: кластерный и сравнительный анализ. Обработка данных выполнена с использованием ресурсов «Microsoft Office» и программы «STATISTICA». Для графического представления данных использовались гистограммы и графики.

ВВЕДЕНИЕ

Сегодня в условиях развития экономических систем все большее внимания уделяется вопросам устойчивого развития. Концепция устойчивого развития получила распространение вследствие усиления процесса глобализации мирового хозяйства. В последнее время эта концепция приобрела не только мировой масштаб, но и распространилась на национальные, региональные, муниципальные уровни.

Изучением процесса устойчивого развития экономических систем занималось множество отечественных и зарубежных ученых, таких как: И. Пригожин, И. Стенгерс, Дж. С. Милль, Д. Х. Медоуз, Е. И. Глушенкова, А. Д. Урсул, Д.С. Львов, В. Левашов, Э. Ласло, В.А. Коптюг, Е. С. Ивлева и другие.

Цели в области устойчивого развития являются своеобразным призывом к действию, исходящим от всех стран – бедных, богатых и среднеразвитых. Они нацелены на улучшение благосостояния и защиту нашей планеты, в том числе и в области здравоохранения.

Сегодня одной из наиболее важных составляющих устойчивого развития общества является обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте. Хорошее здоровье людей является ценным ресурсом и источником экономической и социальной стабильности, играет ключевую роль в сокращении масштабов бедности, а также вносит вклад в устойчивое развитие и одновременно пользуется его плодами.

Плохое состояние систем здравоохранения во многих развивающихся странах является одним из самых значительных препятствий на пути расширения доступа к основным видам медико-санитарной помощи. Однако проблемы в области систем здравоохранения не ограничиваются только бедными странами. В некоторых богатых странах большие группы людей не имеют доступа к медико-санитарной помощи из-за несправедливой организации социальной защиты. Другие страны пытаются решить проблему роста цен, вызванного неэффективным использованием ресурсов.

В целом, все шире признается тот факт, что для поддержания и улучшения

здоровья людей в мире правительства должны создать надежные и действенные системы здравоохранения, обеспечивающие эффективную профилактику и лечение болезней для всех женщин, мужчин и детей, независимо от того, кем они являются и где живут.

Согласно экспертным оценкам партнерства ООН «Сеть решений для устойчивого развития (SDSN)» и Bertelsmann Stiftung, по ЦУР 3 «Хорошее здоровье и благополучие» в России наблюдаются улучшения, но цель пока нельзя считать полностью достигнутой (71,1 балл из 100). При этом наибольший прогресс отмечается в таких задачах ЦУР, как снижение смертности детей в возрасте до 5 лет, а также снижение смертности материнской и неонатальной. Первоочередными задачами являются повышение качества и доступности услуг системы здравоохранения, формирование системы профилактики заболеваний, внедрение новых технологий в области репродуктивного здоровья, обеспечение доступности безопасных, эффективных лекарственных средств и вакцин. Их решение обеспечит продолжительную и здоровую жизнь граждан, качественное развитие человеческого потенциала страны.

Объектом исследования выступает Российская Федерация и страны Евросоюза.

Предмет исследования – теоретические и практические подходы устойчивого развития систем здравоохранения в РФ и странах Евросоюза.

Целью проекта является изучение состояния систем здравоохранения в РФ и странах Евросоюза, а также определение рекомендаций к их устойчивому развитию.

Данная цель предполагает решение следующих задач:

- оценить современное состояние системы здравоохранения в Российской Федерации;
- рассмотреть состояние системы здравоохранения в странах Евросоюза;
- выработать рекомендации по улучшению систем здравоохранения Российской Федерации и стран Евросоюза.

Для анализа статистических данных нами были выбраны следующие методы исследования: кластерный и сравнительный анализы. Обработка данных выполнена с использованием ресурсов «Microsoft Office» и программы «STATISTICA». Для

графического представления данных использовались гистограммы и графики.

Для проведения исследования в качестве основных показателей, характеризующих состояние систем здравоохранения РФ и стран Евросоюза были выбраны:

1. Число больничных организаций;
2. Число больничных коек;
3. Количество практикующих врачей;
4. Заболеваемость населения;
5. Смертность населения.

1 Современное состояние системы здравоохранения в Российской Федерации

Как указано во Всемирной декларации по здравоохранению 1998 г., обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав каждого человека.

Первым в мире всеобъемлющим планом устойчивого развития стран в области здравоохранения является Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года, которая служит основой социальной интеграции, сокращения нищеты и защиты окружающей среды.

Задачи в области всемирного здравоохранения сформулированы в Цели 3 как «обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте» и других целях документа включают задачи:

- положить конец предотвратимой смертности новорожденных, детей и беременных женщин;
- ликвидировать эпидемии СПИДа, туберкулеза и малярии;
- обеспечить более широкий доступ к услугам здравоохранения, вакцинам и лекарственным препаратам;
- искоренить все формы недоедания;
- улучшить санитарно-гигиенические условия;
- повысить эффективность реагирования в условиях чрезвычайной ситуации;
- обеспечить всеобщий охват медицинской помощью [9].

Проявляется внимание к устойчивому развитию и в России. В 1996 г. был издан Указ Президента РФ № 440 «О Концепции перехода РФ к устойчивому развитию» [10]. В настоящее время подготовлена Стратегия перехода РФ к устойчивому развитию. Принципиальным в российской Концепции является регулирование процессов улучшения качества жизни людей и социально-экономического развития в пределах хозяйственной емкости биосферы.

С тех пор до 2018 г. включительно большая часть задач, отвечающих целям устойчивого развития, на национальном уровне реализовывалась через

государственные программы социально-экономического развития РФ.

В 2018 году Указом Президента РФ от 8 мая 2019 г. № 204 были определены национальные цели и стратегические задачи развития Российской Федерации на период до 2024 года. Для достижения указанных целей в области здравоохранения были разработаны национальные проекты. [8, с. 16].

В рамках процесса мониторинга прогресса в достижении Целей устойчивого развития все государства – члены ООН как минимум один раз в период до 2030 года в инициативном порядке представляют Добровольный национальный обзор достижения Целей устойчивого развития.

По результатам последнего обзора в РФ наблюдаются следующие достижения, тенденции устойчивого развития системы здравоохранения.

К 2018 году наблюдается снижение показателей смертности: от болезней органов дыхания – на 19,7%, от болезней системы кровообращения на 8,2%, от 51 злокачественных новообразований на 1,2%, а также коэффициент смертности от самоубийств в стране (2015-2018 гг.) с 17,4 до 12,4 или на 28,7%.

По эффективности системы здравоохранения среди всех стран мира Российская Федерация на 2020 год занимает 63 место [3]. Рассмотрим показатели, характеризующие систему здравоохранения в РФ в таблице 1.1.

Таблица 1.1 – Показатели системы здравоохранения за 2010-2019 гг.

Год	Число больничных организаций, тыс.	Число больничных коек, тыс.	Количество врачей	Заболеваемость населения	Смертность населения, тыс.
2010	6,3	1339,5	715 800	111 428	68,94
2011	6,3	1347,1	732 825	113 922	69,83
2012	6,2	1332,3	703 220	113 688	70,24
2013	5,9	1301,9	702 577	114 721	70,76
2014	5,6	1266,8	709397	114 989	70,93
2015	5,4	1222,0	673 040	113 927	71,39
2016	5,4	1197,2	680 916	115 187	71,87
2017	5,3	1182,7	697 088	114 382	72,70
2018	5,3	1152,4	703 748	114 841	72,91
2019	5,2	1124,0	714 163	114 512	73,34

Рассматривая данные таблицы 1.1, мы можем сказать, что в 2019 г. произошло сокращение числа больничных организаций на 17%, числа больничных коек на 16%, числа практикующих врачей на 0,3 %, возросла заболеваемость населения на 2,8 % и

смертность населения на 6,4%. Представленные данные свидетельствуют о негативной динамике развития системы здравоохранения в Российской Федерации.

Далее рассмотрим динамику продолжительности жизни населения Российской Федерации за 2010-2020 гг. [7], представленный на рисунке 1.1.

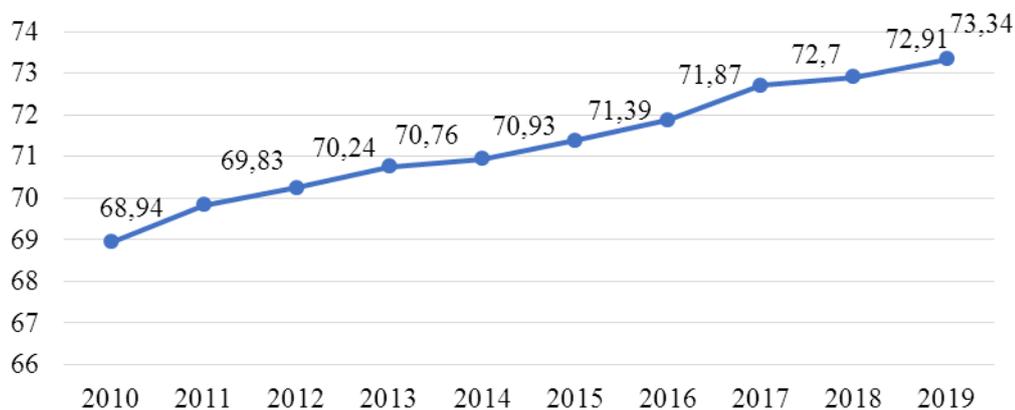


Рисунок 1.1 – Продолжительность жизни населения РФ за 2010-2020 гг.

Исходя из представленных данных рисунка 1.1, можно сделать вывод о том, что продолжительность жизни в РФ в рассматриваемом периоде возрастает. Также прослеживается тенденция снижения смертности населения от дорожно-транспортных происшествий. В период с 2015 по 2018 гг. число погибших от ДТП сократилось на 20,5% с 12,2 до 9,7 на 100 тыс. населения.

Для определения уровня развития системы здравоохранения РФ целесообразно проанализировать уровень заболеваемости при помощи многомерных методов статистики. Для этого, при помощи кластерного анализа, были изучены регионы РФ и их основные показатели, характеризующие заболеваемость населения РФ (Приложение А).

Кластерный анализ проводился в программе проведения статистического анализа данных STATISTICA, используя метод К-средних. Исходные данные были разделены на три кластера, результаты анализа представим на рисунке 1.2.

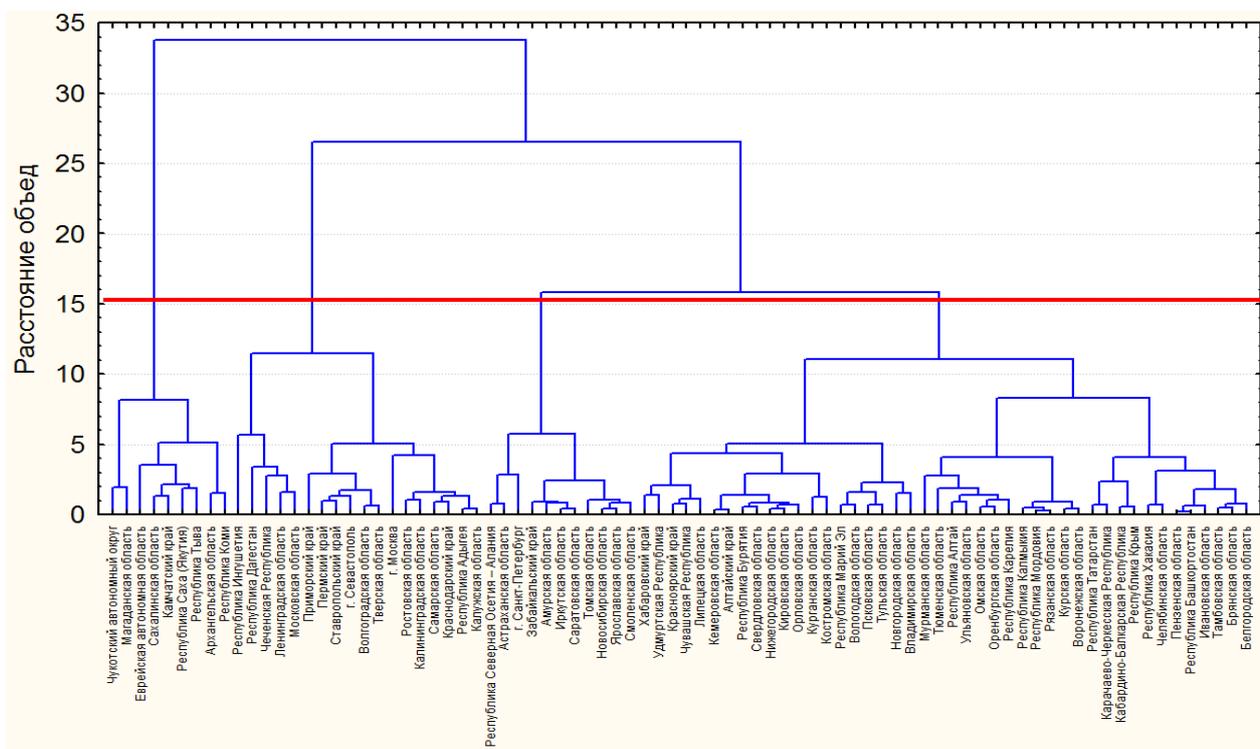


Рисунок 1.2 – Дендрограмма кластерного анализа субъектов РФ

По представленным данным на рисунке 1.2, видно, что в 1 группу кластера входят следующие субъекты: Республика Коми, Архангельская область, Республика Тыва, Республика Саха, Камчатский край, Магаданская область, Сахалинская область, Еврейская автономная область, Чукотский автономный округ. Это регионы с низким уровнем жизни у значительной части населения и тяжелыми природно-климатическими условиями, которые отрицательно сказываются на состоянии здоровья этих регионов. Высокий уровень заболеваемости и, соответственно, смертности, обусловлен снижением числа больничных коек и нагрузки на персонал. Одновременно с этим мы наблюдаем высокий уровень оснащенности амбулаторно-поликлинических отделений, т.е. данные регионы получают необходимую поддержку со стороны государства, но население не пользуется медицинскими услугами.

Во 2 группу вошли регионы с высоким уровнем финансирования из государственного бюджета и с умеренно-континентальным климатом, в основном это Центральные регионы России. В 3 кластер все остальные регионы со средним или ниже среднего уровнем дохода, но с умеренным климатом.

Для изучения степени влияния факторов на показатель заболеваемости построим матрицу парных коэффициентов корреляции в таблице 1.2. В качестве факторов, влияющих на Y – уровень заболеваемости, были взяты следующие:

- X_1 – численность населения на одну больничную койку,
- X_2 – число больничных коек,
- X_3 – мощность амбулаторных-поликлинических организаций,
- X_4 – численность врачей всех специальностей,
- X_5 – нагрузка на работников сферы здравоохранения,
- X_6 – численность среднего медицинского персонала.

Таблица 1.2 – Степень влияния факторов на показатель заболеваемости на 1000 чел. для 1 кластера

Факторы	Y	X_1	X_2	X_3	X_4	X_5	X_6
Y	1						
X_1	-0,99264	1					
X_2	0,154493	-0,08021	1				
X_3	0,20361	-0,15045	0,592955	1			
X_4	-0,13262	0,119935	-0,63777	-0,60768	1		
X_5	0,178699	-0,16864	0,648838	0,589705	-0,99565	1	
X_6	-0,17446	0,249423	0,566919	0,56188	-0,18634	0,133794	1

Исходя из полученных данных, видно, что между показателями заболеваемости и численности населения ($r_{yx1}=-0,99$) наблюдается сильная обратная корреляционная зависимость, слабая обратная корреляционная связь между показателем заболеваемости и численностью врачей всех специальностей ($r_{yx4}=-0,13$) и слабая обратная корреляционная связь между уровнем заболеваемости и численностью среднего медицинского персонала. Таким образом, высокий уровень заболеваемости в 1 кластере обусловлен снижением численности населения на 1 больничную койку.

Степень влияния факторов на показатель заболеваемости для 2 кластера представим в таблице 1.2.

Таблица 1.3 – Степень влияния факторов на показатель заболеваемости на 1000 чел. для 2 кластера

Факторы	Y	X1	X2	X3	X4	X5	X6
Y	1						
X1	-0,90714	1					
X2	0,392782	-0,47869	1				
X3	0,256053	-0,11964	0,39108	1			
X4	-0,54192	0,43631	-0,16556	-0,33668	1		
X5	0,543981	-0,4485	0,161715	0,314607	-0,99526	1	
X6	0,505104	-0,46693	0,31883	0,31587	-0,4637	0,471317	1

В ходе проведенного анализа в таблице 1.3 для 2 кластера, выявлена высокая обратная корреляционная зависимость между показателями заболеваемости и численности населения на 1 больничную койку ($r_{yx1}=-0,91$), средняя обратная корреляционная зависимость между коэффициентом заболеваемости и численностью врачей всех специальностей ($r_{yx4}=-0,54$), умеренная прямая корреляционная связь с показателями нагрузки на работников сферы здравоохранения и численности среднего медицинского персонала. Высокий уровень заболеваемости в данном кластере обусловлен снижением численности населения и численности врачей всех специальностей.

Далее построим матрицу парных коэффициентов корреляции для 3 кластера в таблице 1.4.

Таблица 1.4 – Степень влияния факторов на показатель заболеваемости на 1000 чел. для 3 кластера

Факторы	Y	X1	X2	X3	X4	X5	X6
Y	1						
X1	-0,82658	1					
X2	0,087797	-0,12892	1				
X3	0,258384	-0,18251	0,008572	1			
X4	0,110552	-0,26783	0,122327	-0,12866	1		
X5	-0,1038	0,291517	-0,1013	0,123424	-0,99461	1	
X6	0,037251	-0,05407	0,512018	-0,06837	-0,03225	0,052013	1

По представленным данным для 3 кластера в таблице 1.3, можно сделать вывод о наличии сильной обратной корреляционной зависимости между показателями заболеваемости и численности населения ($r_{yx1}=-0,82$) и слабая обратная корреляционная связь между показателем заболеваемости и нагрузки на персонал ($r_{yx5}=-0,1$), т.е. рост заболеваемости в данном кластере обусловлен

снижением численности населения на 1 больничную койку.

Таким образом, по результатам проведенного анализа состояния системы здравоохранения в РФ можно сделать вывод о том, что за последний период в РФ наблюдается рост заболеваемости населения. При этом продолжительность жизни населения РФ растет. Развития системы здравоохранения в регионах РФ в основном зависит от уровня жизни населения и природно-климатических факторов. При этом работа в области устойчивого развития здравоохранения ведется на основе следующих документов: рекомендации и принципы Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 года, Указ Президента РФ № 440 «О Концепции перехода РФ к устойчивому развитию», Указ Президента РФ от 4.02.1994 г. № 236 «О государственной стратегии РФ по охране окружающей среды и обеспечению устойчивого развития»

2 Современное состояние системы здравоохранения в странах Евросоюза

В глобализованном мире решение многих ключевых задач в области устойчивого развития здравоохранения все в большей мере требует совместной работы стран. В 2012 г. представителями 53 стран Европейского региона, были утверждены основы новой региональной политики здравоохранения – «Здоровье-2020: основы европейской политики в поддержку действий всего государства и общества», основной целью которой является улучшение здоровья при соблюдении принципа социальной справедливости и сокращение неравенства в отношении здоровья посредством совершенствования лидерства и стратегического руководства в интересах здоровья [7].

Для отслеживания прогресса в достижении целевых ориентиров в области здоровья и благополучия в государствах-членах Европейского региона ВОЗ, применяются показатели здоровья, которые выступают в качестве ориентиров для Тринадцатой общей программы работы на 2019–2023 гг. (ОПР-13) и Европейской программы работы (ЕПР).

Рассмотрим показатели, характеризующие уровень развития системы здравоохранения в странах Евросоюза (на 2021 г. 27 стран) [5], представленные в таблице 2.1.

Таблица 2.1 – Показатели систем здравоохранения стран Евросоюза

Страна	Индекс здравоохранения (на 2021 год)	Количество больничных коек (на 2018 год)	Количество практикующих врачей (на 2018 год)
Франция	80.99	399 865	117 414
Дания	79.96	14 077	10 498
Испания	78.80	139 061	121 561
Австрия	78.40	64 285	23 246
Финляндия	76.40	19 921	-
Нидерланды	75.76	54 547	34 525
Чехия	75.37	70 351	34 441
Бельгия	75.20	64 248	22 062
Германия	73.77	661 448	274 644
Эстония	72.83	6 046	3 508
Португалия	71.93	34 953	26 814
Окончание таблицы 2.1			
Литва	70.97	18 025	9 997

Швеция	68.80	21 753	-
Мальта	67.12	2 088	1 058
Италия	66.77	192 548	187 303
Словения	65.28	9 183	5 012
Хорватия	64.23	22 960	10 568
Латвия	62.18	10 587	4 956
Словакия	60.89	31 026	-
Польша	58.25	251 537	-
Греция	56.96	45 053	55 161
Болгария	56.13	53 173	25 303
Румыния	56.09	135 691	44 442
Ирландия	52.78	14 475	6 977
Венгрия	51.64	68 555	25 903
Люксембург	-	2 720	-
Кипр	-	2 272	2 632

Рассмотрев представленные данные в таблице 2.1, мы можем сказать, что странами-лидерами по эффективности систем здравоохранения являются Франция, Дания, Испания. Стоит сказать, что тройка лидеров периодически меняется местами, что говорит о практически одинаковой развитости систем здравоохранения в этих странах. Одной из причин, эффективности систем здравоохранения в данных странах является доля расходов ВВП на здравоохранение: Франция – 11,3%, Дания – 10,1%, Испания – 8,9%, что связано с высокими расходами на систему здравоохранение. Наибольшее количество больничных коек на 2018 год представлено в Германии, Франции и Польше. Возможно, это обусловлено численностью населения в данных странах. Наибольшее количество практикующих врачей (всех специальностей) представлено в Германии, Италии и Испании.

Далее рассмотрим показатели смертности по странам Европейского союза за 2018 год [5], представленные на рисунке 2.1.

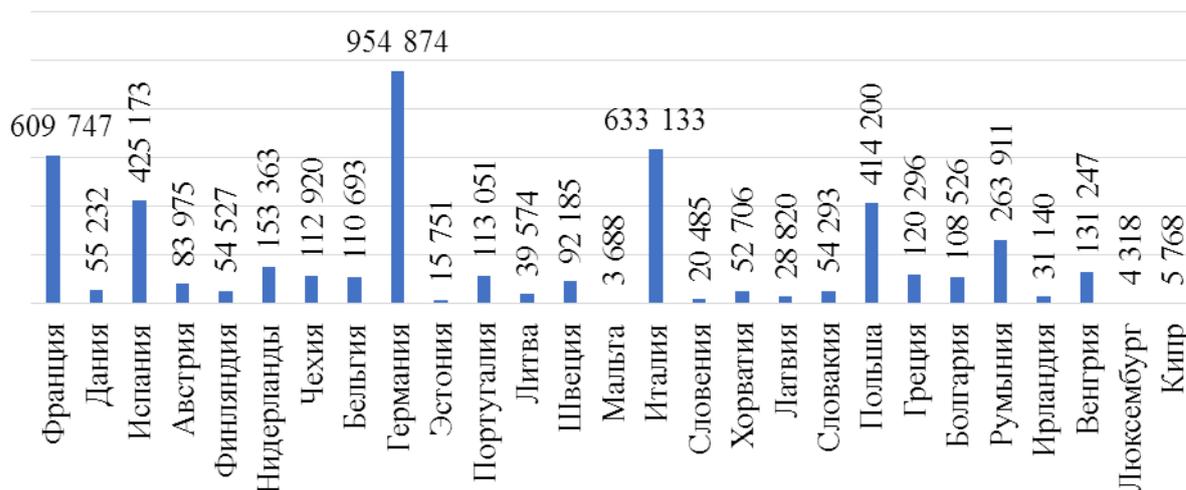


Рисунок 2.1 – Показатели смертности по странам ЕС за 2018 год [5]

Анализируя представленные данные, мы можем сделать вывод, что высокий показатель смертности населения наблюдается в Германии, Италии и Франции, что обусловлено высокой численностью населения.

Далее рассмотрим показатели продолжительности жизни в странах Европейского союза на 2019 год [5], представленный на рисунке 2.2.

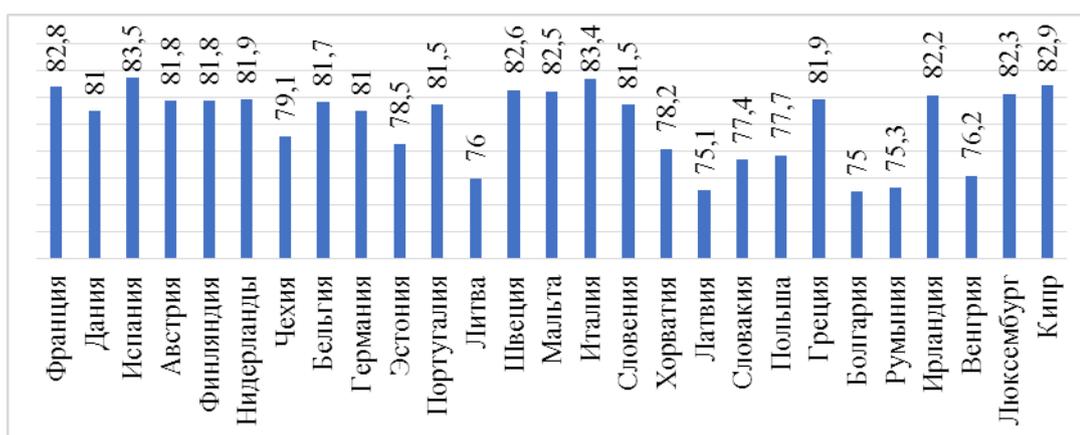


Рисунок 2.2 – Показатели продолжительности жизни в странах ЕС на 2019 год [5]

Анализируя представленные данные, можно сделать вывод, что странами с

наибольшей продолжительностью жизни населения являются Испания, Италия и Кипр. Данные страны располагаются в зоне субтропического средиземноморского климата, что, возможно, является одной из причин высокой продолжительности жизни населения.

В целях оказания странам ЕС поддержки в выполнении своих обязательств по реализации Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. и Глобального плана действий по обеспечению здоровой жизни и благополучия для всех людей утверждена Европейская программа работы на 2020–2025 гг. «Совместные действия для улучшения здоровья жителей Европы» (ЕПР). В ней определяются приоритетные задачи на ближайшие пять лет, начиная с того, каких действий жители Региона справедливо ожидают от органов управления здравоохранением своих стран [1, с. 1].

Таким образом, по результатам проведенного анализа состояния системы здравоохранения в странах Европейского союза можно сделать вывод о том, что странами-лидерами по эффективности систем здравоохранения являются Франция, Дания, Испания. Анализируя данные о уровне смертности и продолжительности жизни населения стран Европейского союза, можно сделать вывод, что страной, обладающая наилучшими характеристиками является Испания. Деятельность стран Евросоюза в области устойчивого развития здравоохранения ведется на основе следующих документов: публикации ВОЗ, политика здравоохранения – «Здоровье-2020: основы европейской политики в поддержку действий всего государства и общества», Европейская программа работы на 2020–2025 гг. – «Совместные действия для улучшения здоровья жителей Европы».

3 Разработка рекомендаций по улучшению систем здравоохранения Российской Федерации и стран Евросоюза

По результатам проведенного анализа системы здравоохранения Российской Федерации, представленные в первой главе, мы пришли к выводу, что в настоящее время, наблюдается отрицательная тенденция развития системы здравоохранения РФ. Этому способствовало несколько причин:

- реформа здравоохранения;
- ежегодное сокращение финансирования системы здравоохранения;
- включение страховых компаний в ОМС.

В качестве рекомендаций, по улучшению системы здравоохранения Российской Федерации можно предложить:

1. Остановка программы оптимизации системы здравоохранения. Восстановить систему здравоохранения, представленную в виде монополии. В настоящее время мы видим децентрализацию в управлении региональным здравоохранением, рассредоточение ключевых функций по охране здоровья в разных ведомствах, наличие массы противоречий в нормативной базе.

2. Увеличение финансирования системы здравоохранения. В 2020 году из-за дополнительных трат в связи с пандемией коронавируса совокупные госрасходы на медицину возросли с 3,5% до 4,1% ВВП. В настоящем году ожидается их сокращение до 3,8% ВВП. По данному показателю Россия занимает 65 место в мире. Недостаток финансирования приводит к неравномерно распределению медицинских кадров по регионам (в связи с разным уровнем заработной платы), повышенной нагрузке на медиков, и не равенству в доступе к качественному медицинскому обслуживанию. В совокупности эти факторы влияют на увеличение смертности населения.

3. Исключение неоптимальной для РФ, дорогостоящей страховой модели финансирования здравоохранения и рыночные подходы в компенсации затрат медицинских организаций.

4. Создание системы всеобщего лекарственного обеспечения в амбулаторных

условиях.

5. Восстановление инфраструктуры медицинских организаций в соответствии с установленными нормативами, разработка нормативной базы, предусматривающей своевременное обновление их основных фондов.

При рассмотрении состояния системы здравоохранения стран Евросоюза мы можем сделать вывод, что в настоящее время здравоохранение находится на высоком уровне. Система здравоохранения в Европейском союзе построена на основе общих принципов организации здравоохранения – это абсолютный доступ к лечению и страхованию, и отличный уровень медицинской помощи. Несмотря на значительное сходство существующих европейских систем здравоохранения, каждая отдельно взятая национальная система была создана с учетом влияния экономических, исторических, культурных и политических факторов.

Следует отметить, что сегодня основными стратегическими направлениями в системе здравоохранения Евросоюза выступают такие мероприятия как, активизация охраны здоровья на фоне все более активно стареющего населения Европы, защита населения от угрозы различных заболеваний, создание динамичной системы здравоохранения с учетом новых технологий, а для этого потребуется много материальных и нематериальных ресурсов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1 ВОЗ. Информационный бюллетень. Октябрь 2020 – Текст : электронный // Социальные аспекты здоровья населения. – 2020. – Т.66. – №5. – 16 с. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/voz-informatsionnyu-byulleten-oktyabr-2020> (дата обращения: 17.03.2021).

2 Ковалев Ю. Ю. Политика устойчивого развития ЕС: становление, факторы, перспективы / Ю. Ю. Ковалев // История и современное мировоззрение. – 2020. – Т. 2. – №1. – С. 82-91 – Текст : непосредственный.

3 Официальный сайт базы данных о городах и странах «Numbeo». – URL: https://www.numbeo.com/health-care/rankings_by_country.jsp (дата обращения: 01.04.2021). – Текст: электронный.

4 Официальный сайт свободной энциклопедии «Википедия». – URL: <https://ru.wikipedia.org/wiki/> (дата обращения: 03.04.2021). – Текст: электронный.

5 Официальный сайт статистического управления Европейского союза «Евростат». – URL: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/main/home> (дата обращения: 03.04.2021). – Текст: электронный.

6 Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики «Росстат». – URL: <https://rosstat.gov.ru/statistic> (дата обращения: 01.04.2021). – Текст: электронный.

7 Публикации Всемирной организации здравоохранения: Здоровье-2020 – основы европейской политики и стратегия для XXI века // Европейское региональное бюро ВОЗ. – Копенгаген. – 2013. – 221 с. – Текст : непосредственный.

8 Российская Федерация. Добровольный национальный обзор об осуществлении Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 года – 2020. – 356 с. – Текст : непосредственный.

9 Цель устойчивого развития в области здравоохранения: официальный сайт WHO World Health Report – Текст : электронный. – URL: <https://www.who.int/topics/sustainable-development-goals/targets/ru/> (дата обращения: 20.03.2021).

10 Указ Президента Российской Федерации № 440 «О Концепции перехода РФ к устойчивому развитию» [принят 1 апреля 1996 года]. – Текст : электронный. – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения: 19.03.2021).

11 EUR/RC70/11 Rev.4 Европейская программа работы на 2020–2025 гг. – «Совместные действия для улучшения здоровья жителей Европы». – Европейское региональное бюро ВОЗ. – Текст : электронный // Копенгаген. – 2020. – 32 с. – URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333909/70wd11r-rev4-EPW-200673.pdf> (дата обращения: 17.03.2021).

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Статистические данные по показателям здравоохранения по субъектам Российской Федерации на 2018 год

	Численность населения на одну больницу койку	Число больничных коек	Мощность амбулаторных поликлинических организаций	Численность врачей всех специальностей	Нагрузка на работников сферы здравоохранения	Численность среднего медицинского персонала	Заболелость на 1000 человек
Белгородская область	72,2	138,5	264,4	40,5	93,5	107	709,9
Брянская область	75,8	132	290,3	40,5	89	112,3	767,4
Владимирская область	83,4	119,9	354	34,9	106,8	93,6	919,2
Воронежская область	82,1	121,9	256,3	52,3	91,4	109,4	526,6
Ивановская область	81,9	122	251	44,3	98,1	101,9	902,5
Калужская область	75,8	131,9	272,4	40,4	104	96,2	779,6
Костромская область	95,8	104,4	279,8	37,5	87,5	114,2	736,3
Курская область	85	117,7	264,4	51,3	89,5	111,7	514,8
Липецкая область	81,6	122,6	344	41,4	87,1	114,8	658,6
Московская область	69	145	208,4	38,2	137,6	72,7	701,5
Орловская область	90,8	110,2	282,7	44,7	86,1	116,2	1033,2
Рязанская область	78,1	128,1	259,5	51,5	90,3	110,7	721,5
Смоленская область	95,6	104,6	300,5	51,5	99,2	100,8	724,8
Тамбовская область	76,5	130,7	286,3	38,3	93,3	107,2	621,7
Тверская область	92,4	108,3	237,4	45,7	101,8	98,2	912,2
Тульская область	87,7	114,1	262,2	36,9	100,3	99,7	714,1
Ярославская область	90,8	110,1	274,3	53,7	99,3	100,7	906,2
г. Москва	62,1	161,1	309,4	58,3	120,8	82,8	644,5
Республика Карелия	74,4	134,4	293,9	51,3	86,7	115,3	1173
Республика Коми	100	100	408,6	51,9	69,3	144,2	1119,8
Архангельская область	88,3	113,2	395	56	76,5	130,8	1018,8
Вологодская область	77,2	113,1	308,1	35,3	92,4	108,2	985,4
Калининградская область	82,6	129,5	259,9	45,4	117,2	85,3	848,6
Ленинградская область	64,9	121,1	259,1	38,4	130,8	76,4	658,3
Мурманская область	94,1	154	299,7	52,4	75,1	133,1	831,9
Новгородская область	82,2	106,2	356,6	43,3	95,7	104,5	856,4
Псковская область	84,6	121,6	286,9	34	99,8	100,2	724,7
г. Санкт-Петербург	83,1	118,2	340	81,2	93,1	107,4	1010,7
Республика Адыгея	75,2	132,9	255	38,9	105,4	94,9	665,4
Республика Калмыкия	78,3	127,7	275,3	51,8	92,5	108,2	685,6
Республика Крым	76,3	131,1	185,8	45,7	93,7	106,7	524,9
Краснодарский край	73,5	136,1	236,2	43,4	112,5	88,9	688,4
Астраханская область	88,6	112,9	279,6	61,2	88,5	113	617,5
Волгоградская область	87,7	114	260,6	45,1	101,8	98,2	690,1
Ростовская область	80,3	124,5	242,5	37,5	113,4	88,2	817,1
г. Севастополь	80,1	124,8	199,5	47,3	111	90,1	490,8
Республика Дагестан	69,5	143,8	124,1	41,2	110,2	90,7	791
Республика Ингушетия	44,4	225,5	147,1	45,4	122,6	81,5	567,9
Кабардино-Балкарская Республика	75,1	133,1	215,9	45,3	93,7	106,8	445,9
Карачаево-Черкесская Республика	68,7	145,6	236,6	41,7	90,2	110,9	653
Республика Северная Осетия – Алания	88,8	112,6	269,7	67,2	91,5	109,2	647,4
Чеченская Республика	58,2	171,7	179,4	29,3	130,9	76,4	428,3
Ставропольский край	83,7	119,5	217,2	43,9	102,1	98	613,4
Республика Башкортостан	77,4	129,1	262,9	42,8	95,3	104,9	843,9

Окончание ПРИЛОЖЕНИЯ А

Республика Марий Эл	80,6	124,1	318,6	36,2	96	104,1	936,9
Республика Мордовия	79	126,6	258,6	53,5	89,2	112,1	680,7
Республика Татарстан	63,3	158,1	241,7	42,2	90,9	110,1	775,1
Удмуртская Республика	78	128,2	313	49,3	97	103,1	954,6
Чувашская Республика	82,6	121	334,7	49,4	91	109,9	929,3
Пермский край	81,6	122,6	227,3	51	97,5	102,6	931,3
Кировская область	87,8	113,8	293,9	47	88,3	113,3	752,2
Нижегородская область	89,7	111,5	297,4	47,6	91,7	109,1	905,7
Оренбургская область	80,7	123,9	277,8	46,7	83,6	119,7	841,5
Пензенская область	79,6	125,6	259,8	42,1	95,6	104,6	755,5
Самарская область	73,9	135,3	269,7	47,7	107,2	93,3	897,1
Саратовская область	100,8	99,2	282,5	50,5	91,8	109	733,5
Ульяновская область	79,9	125,1	278,4	41,8	81,1	123,3	874,1
Курганская область	86,7	115,4	260,7	29,7	87,3	114,5	938,6
Свердловская область	84,9	117,8	293,5	43,2	92,1	108,5	734,8
Тюменская область	72,6	137,8	260,7	55,1	76,9	130	869,6
Челябинская область	74,2	147,1	320,1	42	100,9	99,1	874,2
Республика Алтай	74,5	134,2	306,5	45,8	80,1	124,8	916
Республика Тыва	113,2	88,4	306	51,4	67,9	147,3	620,1
Республика Хакасия	70,4	142,1	338,9	42,1	95,7	104,5	917,9
Алтайский край	92	108,6	304,8	42,7	95	105,3	1089,2
Красноярский край	81	123,5	324,1	49,8	84,6	118,1	790,6
Иркутская область	98,1	101,9	295,3	48,7	90,6	110,4	965,9
Кемеровская область	91,3	109,6	291,4	44,5	94,8	105,5	861,3
Новосибирская область	94,8	105,5	260,8	54	99,5	100,6	783,9
Омская область	80,7	123,9	262,6	50,8	85,2	117,3	757,1
Томская область	99,8	100,2	261,7	58,1	99,7	100,3	731,5
Республика Бурятия	86,1	116,2	272,4	45,6	89,3	112	632,7
Республика Саха (Якутия)	96,8	103,4	294,6	61	72,5	137,9	1015,3
Забайкальский край	98,8	101,2	251,7	50,2	89	112,4	726,9
Камчатский край	109,6	91,2	287,7	54	84,3	118,7	799,6
Приморский край	99,4	100,6	258,8	50,5	119,3	83,8	764,7
Хабаровский край	88,5	113	325,4	57,2	98,9	101,1	691,6
Амурская область	95,7	104,5	285,9	55	91,7	109,1	852,9
Магаданская область	118,6	84,3	438,7	63,8	62,8	159,2	657,6
Сахалинская область	113,8	87,9	255,3	58,1	75,7	132,2	755
Еврейская автономная область	121,1	82,6	283,2	36,2	84,6	118,3	657,2
Чукотский автономный округ	131,3	76,2	471,6	75,5	68,2	146,6	1278,3