

МЕХАНИЗМЫ РЕАЛИЗАЦИИ СТРАТЕГИЧЕСКИХ ПРИОРИТЕТОВ УВЕЛИЧЕНИЯ ОЖИДАЕМОЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ

Генчикова И. В.^{ab}

^a Московский государственный университет имени М. В. Ломоносова

^a Министерство здравоохранения Российской Федерации

АННОТАЦИЯ:

Введение. В статье прослежена взаимосвязь между динамикой ожидаемой продолжительности жизни и мерами по ее увеличению в области здравоохранения, а также между динамикой ожидаемой продолжительности жизни и среднедушевыми доходами населения как одного из важных экономических показателей. Новизна подходов состоит в раскрытии комплексного влияния социальных и медицинских факторов на рост ожидаемой жизни в России.

Объекты и методы исследования. Объектом исследования является ожидаемая продолжительность жизни в России и определяющие ее факторы. В статье используется методология стратегирования, обоснованная иностранным членом российской академии наук, доктором экономических наук, профессором В. А. Квинтом.

Результаты и их обсуждение. Приведенный анализ динамики ожидаемой продолжительности жизни среди ряда стран с учетом пандемии COVID-19 выявил ряд особенностей. Отмечено, что при сокращении ожидаемой продолжительности жизни в период пандемии COVID-19 среднедушевые доходы продолжали расти. Описаны ключевые направления, позволяющие обеспечить рост продолжительности жизни в России. Показано, что реализуемые меры по снижению смертности в области здравоохранения обеспечивают рост ожидаемой продолжительности жизни. Выявлена прямая зависимость динамики ожидаемой продолжительности жизни от динамики среднедушевых доходов населения в период 2013–2019 годов. В 2020–2021 годы негативное влияние пандемии оказало влияние на снижение ожидаемой продолжительности жизни в России и ряде других стран, несмотря на рост реальных располагаемых доходов.

Выявление доли медицинской составляющей в структуре факторов, влияющих на состояние здоровья человека, от 10 до 20 % позволяет сделать вывод, что условия жизни, а также социально-экономические факторы, составляющие более 50 %, необходимо учитывать при стратегическом планировании и прогнозировании развития регионов.

Заключение. Исследование показало комплексность задачи повышения продолжительности жизни как одного из ключевых приоритетов современной экономической политики России, позволило определить приоритетные направления политики, направленной на рост продолжительности жизни.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: национальные цели, ожидаемая продолжительность жизни, смертность в трудоспособном возрасте, младенческая смертность, программа модернизации здравоохранения, среднедушевые денежные доходы населения, стратегическое региональное планирование.

ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ: Генчикова И. В. Механизмы реализации стратегических приоритетов увеличения ожидаемой продолжительности жизни // Вопросы управления. 2023. Т. 17, № 3. С. 60-71. EDN IPNRFP. DOI 10.22394/2304-3369-2023-3-60-71.

© Автор(ы) / The Author(s) 2023. **Open Access** This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made.

■ ВВЕДЕНИЕ

Продолжительность жизни, по мнению представителей ООН, является одним из наиболее значимых показателей определения состояния развития человеческого потенциала. Для оценки уровня развития регионов в области человеческого развития на международном уровне обычно используется индекс человеческого развития (*Human Development Index*, HDI), представляющий собой среднее геометрическое трех индексов: ожидаемой продолжительности жизни, образования и дохода.

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении «характеризует число лет, которые в среднем, из поколения родившихся, прожил бы человек, при условии, что на протяжении всей жизни этого поколения повозрастная смертность будет на уровне того года, для которого исчислен показатель» [1, с. 15]. Продолжительность жизни – это сложный интегральный показатель, который рассчитывается с учетом ряда показателей смертности населения. При этом значительную долю при его расчетах занимает смертность населения в трудоспособном возрасте и младенческая смертность. То есть ранняя смертность или смертность в трудоспособном возрасте в целом снижают показатель «ожидаемая продолжительность жизни». Рост смертности, особенно в трудоспособном возрасте, крайне негативно отражается на экономических показателях, так как сокращается социальный и экономический потенциал страны.

Влиянию ожидаемой продолжительности жизни населения на развитие экономики, состоянию здоровья населения, как существенного фактора развития трудовых ресурсов, посвящены исследования W. Petty, A. Smith, D. Ricardo, K. Marx, A. Marshall и других исследователей. В разное время ученые уделяли внимание отдельным аспектам ожидаемой продолжительности жизни как оценке состояния здоровья населения и увязывали этот показатель с экономическими категориями, предлагая разные методологические подходы для оценки [2]. Вопросы изучения здоровья как составной части человеческого капитала отражены и в трудах отечественных ученых А. Н. Добрынина и С. А. Дятлова [3]. И. В. Ильинский рассматривал поддержание и совершенствование здоровья и работоспособности как инвестиции в человеческий капитал и «считал капитал здоровья нацио-

нальным достоянием, несущей конструкцией, основой для человеческого капитала» [4]. М. С. Бедный обосновал и ввел новую научную дисциплину – медицинская демография [5, с. 42–43]. Исследователи Б. А. Коробицын, А. А. Ку克林, Н. А. Никулина предлагали «в качестве величины ущерба от преждевременной смертности» использовать «такой показатель, как уменьшение валового регионального продукта в результате потери лет потенциальной жизни в трудоспособном возрасте вследствие болезней системы кровообращения, злокачественных новообразований и смертности от внешних причин» [6, с. 50].

М. Гроссман также рассматривал здравоохранение с точки зрения экономических категорий, которое продуцирует здоровье в качестве капитала. Он отмечал, «что люди наследуют первоначальный запас здоровья, который со временем обесценивается и может быть увеличен за счет инвестиций» [7, с. 1–10]. При таком подходе М. Гроссман рассматривал только трудоспособное население и для измерения состояния здоровья предлагал использовать число нетрудоспособных дней, пропущенных в результате болезни за год. Р. Барро в своей эконометрической модели экономического роста связывал человеческий капитал, который, по его мнению, включал ожидаемую продолжительность жизни, уровень образования, с ежегодным ростом валового внутреннего продукта (далее – ВВП) и начальным ВВП на душу населения [8].

■ ВЗАИМОСВЯЗЬ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И БЕДНОСТИ. ВЛИЯНИЕ МЕДИЦИНСКИХ ФАКТОРОВ НА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ

Во всех странах ослабление здоровья чаще наблюдается среди наименее обеспеченных слоев населения, что обусловлено в большей степени скудным питанием, отсутствием питьевой воды, что в свою очередь ослабляет защиту организма от инфекции.

Отсутствие или недостаточный доступ к медицинской помощи, плохие жилищные условия, климатические условия также являются факторами, негативно влияющими на состояние здоровья.

Здравоохранение, образование и уровень жизни, содержащий, в том числе такие показатели, как санитарные условия, доступ к питьевой воде, состояние жилья, составляют инте-

Таблица 1 – Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (лет)**Table 1** – Life expectancy at birth (years)

Страна	Год				
	2012	2019	2020	2021	2022
Россия	70,2**	73,3**	71,5**	70,1**	72,8**
Швейцария	82,8	84,0	83,1	84,0	82,1
Япония	83,2*	84,4*	84,7*	84,8*	86,5
Италия	82,4	83,6	82,4	82,9	82,6
Франция	82,1	83,0	82,3	82,5	82,2
Швеция	81,8	83,2	82,4	83,2	82,1
Норвегия	81,5	83,0	83,3	83,2	82,4
Нидерланды	81,2	82,2	81,4	81,5	81,9
Великобритания	80,9*	81,7*	80,4*	80,7*	81,3
Греция	80,7	81,7	81,4	80,3	81,2
Финляндия	80,7	82,1	82,0	82,0	80,7
Германия	80,7	81,3	81,1	80,9	81,3
Ирландия	80,6*	82,4*	82,6*	82,0*	81,4
Дания	80,2	81,5	81,6	81,4	80,2
США	78,9*	79,1*	77,4*	77,2*	79,7
Польша	76,9	78,0	76,5	75,6	78,1
Литва	74,1	76,5	75,1	74,5	77,5

Источник: Eurostat. URL: https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_mlexpec&lang=en%22lang=en (дата обращения: 22.02.2023).

Данные 2022 г.: Life Expectancy (2022) // Geoba.se. <http://www.geoba.se/population.php?pc=world&page=1&type=15&st=rank&asde=&year=2022> (дата обращения: 27.03.2023).

* Источник: Population Division // Unated Nations. URL: <https://population.un.org/dataportal/data/indicators/61/locations/372,392,826,840/start/1990/end/2030/table/pivotbylocation> (дата обращения: 10.03.2023).

** Источник: Федеральная служба государственной статистики. URL: <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/demo26.xlsx> (дата обращения: 10.03.2023).

гральный показатель – Глобальный индекс многомерной бедности (MPI)¹.

В 1980-х годах Всемирная организация здравоохранения (далее – ВОЗ) определила соотношение различных факторов, влияющих на состояние здоровья человека. Впоследствии Межведомственной комиссией Совета безопасности России по охране здоровья населения применительно к России были внесены поправки в данное соотношение: «генетические факторы – 20 % (для России – 15–20 %), состояние окружающей среды – 20 % (для России – 20–25 %), медицинское обеспечение – 7–8 % (для России – 10–15 %), условия и образ жизни людей – 52–53 % (для России – 50–55 %)» [9, 10].

Учёный Ю. П. Лисицин утверждает, «что здоровье на 50 % и более зависит от социально-эко-

номических факторов, на 20 % – от эколого-климатических, на 20 % – от социально-биологических, на 10 % – от медико-организационных» [11].

Доминирующий фактор обеспечения здоровья – условия и образ жизни – является комплексным фактором, учитывающим профессиональные, общественные, социально-культурные, бытовые и другие виды деятельности и характеризуется такими категориями, как уровень, качество и стиль жизни [12, 13].

По мнению И. П. Шибалкова, «значимость медицинского обеспечения ... является самой низкой среди факторов здоровья, однако и недооценивать его нельзя, так как система здравоохранения оказывает самое непосредственное влияние на состояние здоровья человека, особенно в критические для него моменты» [14, с. 50].

Увеличение ожидаемой продолжительности жизни является национальной целью в России. Именно этот показатель включен в перечень оценки эффективности деятельности глав российских регионов и является одним из наиболее чувствительных и значимых индикаторов уровня и качества жизни населения². К 2030 году планируется обеспечить рост ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет. Значения данного показателя по России и другим странам представлены в таблице 1.

Из приведенной таблицы следует: с 2012 по 2019 годы рост ожидаемой продолжительности жизни отмечен во всех странах, но в 2020–2021 годы последствия пандемии COVID-19 оказали крайне негативное влияние на продолжительность жизни населения. В большинстве стран в 2020 году наблюдалось снижение показателя по сравнению с 2019 годом, за исключением Японии, Норвегии и Дании, где продолжался рост ожидаемой продолжительности жизни. Помимо высокого уровня жизни, это, возможно, отчасти объясняется тем, что в большинстве случаев эти государства являются островными. Следовательно, благодаря мерам, ограничивающим въезд и выезд, принятым правительствами этих стран, распространение инфекции не было широко распространено. В ряде стран, таких как Швейцария, Италия, Франция, Великобритания,

¹ Отчет ПРООН (Программа развития Организации Объединенных Наций), ОРНИ (Оксфордская инициатива по борьбе с бедностью и развитию человеческого потенциала) за 2022 год URL: <https://hdr.undp.org/content/2022-global-multidimensional-poverty-index-mpi#/indicies/MPI> (дата обращения: 02.03.2023).

² Об оценке эффективности деятельности высших должностных лиц (руководителей высших исполнительных органов государственной власти) субъектов Российской Федерации и деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации : Указ Президента Российской Федерации от 04.02.2021 № 68.

в 2021 году отмечается некоторый рост; в Нидерландах, Польше рост был незначительным, в то время как в других странах продолжалось снижение продолжительности жизни.

По итогам 2022 года в таких высокоразвитых странах, как Швейцария, Италия, Франция, Швеция, Норвегия, Финляндия, Ирландия, Дания, отмечалось снижение ожидаемой продолжительности жизни, что, вероятнее всего, может быть объяснено отложенными последствиями перенесенного COVID-19 в 2020–2021 гг.

По мнению А. Г. Аганбегяна: «При самых минимальных оценках возможной стоимости жизни в размере 150 тыс. долларов потери нашего общества от излишней смертности в сравнении с развитыми странами ежегодно составят 90 млрд долларов, или около 7 трлн рублей, в сравнении с развивающимися странами и постсоциалистическими странами Европы – вдвое меньше – 45 млрд долларов, или 3,5 трлн рублей» [1, с. 64].

■ МЕРЫ, РЕАЛИЗУЕМЫЕ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

С 2006 по 2012 годы осуществлялись глубокие преобразования в сфере здравоохранения. Начал осуществляться приоритетный национальный проект «Здоровье», направленный на укрепление кадровой политики, материально-технической базы, развитие первичной и высокотехнологичной медицинской помощи.

В период с 2006 по 2009 годы были построены 15 федеральных центров высоких медицинских технологий. С 2008 года для оказания медицинской помощи пострадавшим при ДТП на всех федеральных автодорогах организовывались травмоцентры 2-го и 3-го уровня. С 2009 года принимались меры, направленные на формирование здорового образа жизни населения, включая снижение употребления алкоголя и табака, организацию центров здоровья для взрослых и для детей.

При этом в период с 2006 по 2011 годы ожидаемая продолжительность жизни увеличилась на 3,1 года (с 66,7 лет до 69,8 лет); показатель смертности снизился на 10,6 % (с 15,1 до 13,5 на 1000 населения), показатель смертности в трудоспособном возрасте снизился на 19,6 % (с 747,2 до 600,9 на 100 тыс. населения); показатель смертности от болезней системы кровообращения, снизился на 12,6 % (с 861,4 до 753,0 на 100 тыс. населения).

С 2012 года стартовали меры, направленные на совершенствование оказания медицинской помощи больным с сосудистыми и онкологическими заболеваниями.

В период 2011–2013 годы реализована программа модернизации здравоохранения, в рамках которой осуществлялось укрепление материально-технической базы медицинских учреждений, внедрение современных информационных систем в систему здравоохранения, стандартов медицинской помощи и повышение доступности амбулаторной медицинской помощи. Также в рамках программы в период 2013–2017 гг. были построены 32 перинатальных центра в 30 российских регионах. Итогом явилось снижение показателя младенческой смертности с 2011 по 2019 годы на 48 % – с 7,4 до 4,9 на 1000 родившихся живыми.

В этот же период ожидаемая продолжительность жизни увеличилась на 3,5 года – с 69,8 до 73,3 лет. Снизились показатели общей смертности на 8,9 % (с 13,5 до 12,3 на 1000 населения), смертности в трудоспособном возрасте на 21,8 % (с 600,9 до 470,0 на 100 тыс. населения), смертности от болезней системы кровообращения на 23,9 % (с 753,0 до 573,2 на 100 тыс. населения).

Как показано на рисунках 1 и 2, существует прямая зависимость: при снижении смертности наблюдается рост ожидаемой продолжительности жизни.

В целом, в период с 2006 по 2019 год благодаря предпринятым мерам ожидаемая продолжительность жизни увеличилась на 9,9 %, или на 6,6 лет, снизились показатели общей смертности на 18,5 %, смертности в трудоспособном возрасте на 37 %, смертности от болезней системы кровообращения на 33,5 %.

В результате проведения масштабных мероприятий в сфере здравоохранения, направленных на снижение смертности, за период с 2000 по 2019 годы ожидаемая продолжительность жизни выросла на 8 лет, или на 12,2 %, при этом показатель общей смертности снизился на 19,6 %, показатель смертности в трудоспособном возрасте – на 35,3 %, младенческой смертности – на 68 %, или в три раза, смертности от болезней системы кровообращения – на 32,2 %.

Снижение ожидаемой продолжительности жизни до 71,5 лет в 2020 году и до 70,06 лет в 2021 году связано с увеличением смертности населения, вызванным влиянием пандемии но-

вой коронавирусной инфекции COVID-19, которая явилась одним из сильнейших вызовов для системы здравоохранения за последнее столетие. Поэтому при сравнении динамики данного показателя и ряда других представляется более показательным учитывать временной интервал с 2000 по 2019 годы. Значение показателя ожидаемой продолжительности жизни, по данным Росстата за 2022 год, составило 72,8 лет, что на 2,7 года выше значения 2021 года (70,1) и на 1,3 выше значения 2020 года (71,5).

Показатель ожидаемой продолжительности жизни существенно варьируется по регионам: от 66,27 лет в Чукотском автономном округе до 78,37 лет в Республике Ингушетия (2022 г.)³.

В разрезе российских регионов прослеживается следующая тенденция: при снижении показателя смертности трудоспособного возраста женщин и особенно мужчин наблюдается рост ожидаемой продолжительности жизни.

Так, при снижении смертности мужчин трудоспособного возраста с 2006 по 2019 годы:

- в Псковской области – с 1898,2 до 886,2 на 100 тыс. населения – ожидаемая продолжительность жизни выросла с 61,2 до 70,7 лет;
- в Новгородской области – с 17231,8 до 999,4 на 100 тыс. населения – рост ожидаемой продолжительности жизни с 62,8 до 70,5 лет;
- в Тверской области – с 1700,8 до 875,7 на 100 тыс. населения – рост ожидаемой продолжительности жизни с 63,0 до 71,2 лет;
- в Республике Тыва – с 1497,4 до 875,7 на 100 тыс. населения – рост ожидаемой продолжительности жизни с 58,2 до 67,6 лет;
- в Кемеровской области – с 1546,6 до 999,2 на 100 тыс. населения – рост ожидаемой продолжительности жизни с 62,9 до 69,8 лет.

³ По предварительным данным Росстата за 2022 год.

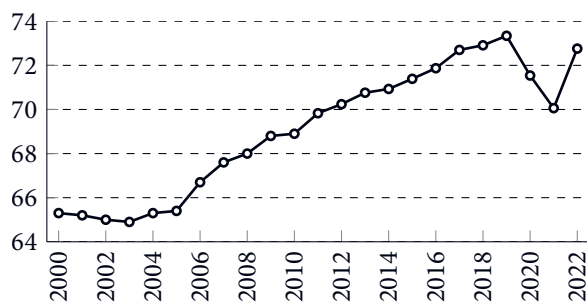


Рис. 1. Ожидаемая продолжительность жизни в России
Fig. 1. Life expectancy in Russia

Кроме того, доля смертности от внешних причин, включая смертность от ДТП, алкоголя, травм в Российской Федерации, несмотря на снижение с 13 % в 2006 году до 7,7 % в 2019 году, занимала третье место в структуре смертности, а в отдельных регионах – первое–второе.

Таким образом, снижение смертности от внешних причин носит межведомственный характер и требует усилий в различных отраслях как в социальной, так и в экономической сфере.

В структуре распределения смертности по возрастам доля умерших старше трудоспособного возраста выросла с 69,9 % в 2000 году до 78,1 % в 2019 году, доля умерших моложе трудоспособного возраста снизилась с 1,6 до 0,7 %, доля умерших в трудоспособном возрасте снизилась с 28,5 до 21,2 %.

При этом оказание медицинской помощи лицам старше трудоспособного возраста, в том числе развитие гериатрии, потребует дополнительных ресурсов и государственной поддержки.

Таким образом, для достижения целевого показателя ожидаемой продолжительности жизни 78 лет к 2030 году (то есть прирост 8 лет к 2030 году против 70 лет в 2021 году) необходимо практически вдвое снизить показатель смертности в трудоспособном возрасте, который занимает существенную долю при расчете интегрального показателя «ожидаемая продолжительность жизни», и показатель смертности от болезней системы кровообращения, доля которого составляет более 50 % в структуре смертности от основных причин.

При этом принимаемые меры в области оказания медицинских услуг и лекарственного обеспечения, несомненно, имеют резервы для снижения. Но чтобы процесс шел быстрее и эффективнее, по мнению автора, важно направить усилия на создание благоприятных условий,

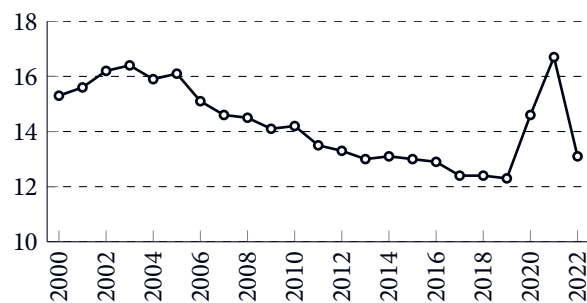


Рис. 2. Динамика общей смертности в России
Fig. 2. Dynamics of total mortality in Russia

способствующих снижению бедности, созданию рабочих мест, развитию производства, роста экономики в целом, а также обеспечению возможности равного доступа населения к образованию на всех уровнях.

При этом пристальное внимание необходимо уделять трудоспособному населению. По мнению Б. И. Алехина, «занятое население оказывает сильное положительное влияние на подушевой доход» [15, с. 136].

■ СТРАТЕГИЧЕСКИЕ ПРИОРИТЕТЫ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Как считают И. П. Шибалков и О. П. Недоспасова, «среди стратегий социально-экономического развития более чем в трети регионов России данный показатель [ожидаемая продолжительность жизни – примечание автора] отсутствует среди целевых, т.е. можно сказать, что в основном стратегическом документе многих регионов нет концептуального понимания того, как связано развитие человеческого потенциала и развитие экономики и что является приоритетом» [14].

В. Л. Квинт утверждал, что при разработке стратегии необходимо предусмотреть ресурсы. Так, например, одно из положений Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года⁴ содержало задачу по обеспечению ожидаемой продолжительности жизни на уровне 75 лет. В. Л. Квинт отмечал: «Не было обоснования, почему именно 75, а не 77 или 68. Не было предусмотрено соответствующее этой задаче выделение средств на улучшение экологии, медицинское оборудование, фармацевтику, новые клиники, подготовку врачей» [16].

Также он подчеркивал: «Стратегия должна начинаться с изучения ценностей населения, регионов, страны, ...интересов регионов и отраслей. Для реализации этих интересов разрабатываются приоритеты, а под них — цели» [16].

Учитывая актуальность темы, предлагается рассмотреть, какие стратегические приоритеты могут способствовать увеличению ожидаемой продолжительности жизни. В связи с тем что на рост ожидаемой продолжительности жизни

существенное влияние оказывают младенческая смертность и смертность населения в трудоспособном возрасте, а структуре смертности ведущая роль принадлежит смертности от болезней кровообращения и онкологических заболеваний, а также ряда хронических неинфекционных заболеваний, таких, например, как сахарный диабет, по мнению автора, выделяют следующие стратегические приоритеты.

1. Реализация мер, направленных на борьбу с сердечно-сосудистыми заболеваниями: оснащение медицинским оборудованием региональных сосудистых центров и первичных сосудистых отделений, обеспечение бесплатными лекарствами пациентов после перенесенного сердечно-сосудистого события (инфаркт, инсульт, операционные вмешательства) и находящихся под диспансерным наблюдением. Так, за 2022 год более 824 тыс. таких пациентов получили бесплатные лекарственные препараты.

2. Реализация мер, направленных на борьбу с онкологическими заболеваниями: дооснащение (переоснащение) медицинским оборудованием медицинских организаций, где проходят лечение онкологические больные; раннее выявление пациентов со злокачественными заболеваниями (на I–II стадиях); дальнейшее создание центров амбулаторной онкологической помощи.

3. Реализация мер по борьбе с сахарным диабетом, направленных на снижение смертности и осложнений от болезней, ассоциированных с сахарным диабетом, повышения качества жизни таких пациентов.

4. Реализация мер, направленных на мотивацию населения к здоровому образу жизни, в первую очередь, это отказ от курения и снижения потребления алкоголя, формирование привычек, способствующих здоровому питанию (включение в рацион большего количества овощей и фруктов, уменьшение потребления соли и сахара).

5. Укрепление первичного звена здравоохранения в целях повышения доступности первичной медико-санитарной помощи: строительство (реконструкция, капитальный ремонт) центральных районных больниц, участковых больниц, врачебных амбулаторий, фельдшерско-акушерских пунктов; оснащение (переоснащение) медицинским оборудованием; подготовка медицинских кадров для первичного звена.

6. С целью приближения медицинской помощи для жителей труднодоступных и сельских

⁴ Об утверждении Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 год: Распоряжение Правительства Российской Федерации от 17.11.2008 № 1662-р.

территорий требуется дальнейшее развитие санитарной авиации, а также выездных форм работы, например, передвижные мобильные бригады. В отдаленных территориях Дальнего Востока и Крайнего Севера необходимы курсирующие морские суда с медицинской бригадой на борту, выполняющей профилактические осмотры и осуществляющей диспансеризацию населения. При необходимости такое судно забирает пациента, нуждающегося в дообследовании или оперативном лечении.

7. Реализация профилактических мероприятий: проведение диспансеризации и профилактических осмотров взрослых и детей, вакцинация.

8. Реализация мер по сокращению материнской и младенческой смертности: дооснащение (переоснащение) детских поликлиник, строительство детских больниц, проведение расширенного неонатального скрининга, который позволит на популяционном уровне диагностировать дополнительно более 50 врожденных и наследственных заболеваний. Не менее важно повышение квалификации специалистов в области перинатологии, неонатологии и педиатрии в симуляционных центрах.

9. Лекарственное обеспечение, направленное на ускорение и упрощение закупок лекарственных препаратов, в том числе путем закупки у единственного поставщика, возможность перерегистрации цен на лекарственные препараты из перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов с привязкой к курсу национальной валюты страны-производителя, установление предельных сроков отгрузки лекарственных препаратов организациями оптовой торговли.

10. Важно не просто построить новые поликлиники и больницы, оснащенные современным медицинским оборудованием. Стратегически важным направлением является обеспечение медицинскими кадрами – это подготовка врачей и медицинских сестер и фельдшеров, особенно для работы в первичном звене здравоохранения, увеличение целевого приема студентов в вузы, оказание мер социальной поддержки медицинским работникам (предоставление льгот по ипотеке, передача служебных жилых помещений посредством приватизации в собственность медицинских работников, предоставление компенсации расходов по оплате аренды, обеспечение служебными жилыми по-

мещениями, предоставление в безвозмездное пользование земельных участков для индивидуального жилищного строительства или ведения личного подсобного хозяйства, предоставление в первоочередном порядке мест в детские сады для детей медицинских работников).

В целях социальной поддержки медицинских работников первичного звена здравоохранения Правительством Российской Федерации установлены специальные социальные выплаты наиболее уязвимым категориям медицинских работников в размере от 4 500 рублей до 18 500 рублей ежемесячно⁵. А регионам рекомендовано установить за счет средств регионального бюджета специальные социальные выплаты для медицинских работников, оказывающих не входящую в базовую программу обязательного медицинского страхования скорую медицинскую помощь, первичную медико-санитарную помощь гражданам, включая диспансерное наблюдение граждан по основному заболеванию (состоянию).

■ СРЕДНЕДУШЕВЫЕ ДЕНЕЖНЫЕ ДОХОДЫ НАСЕЛЕНИЯ

С 2013 года Всемирный банк включил Россию в категорию стран с высоким уровнем доходов, она вошла во II группу стран и среди 150 стран заняла 50-е место. При этом, по мнению А. Г. Аганбегяна, «Россия относится к странам с высокой дифференциацией в доходах, превышающей 15 раз. В стране 1 % самых богатых россиян концентрирует 71 % личных активов – это один из самых высоких показателей среди ведущих стран мира» [17, с. 398]. «Разница между самым богатым и самым бедным регионом по ВРП на душу населения составляет 16 раз» [17, с. 399]. При дифференциации населения по доходам выделяются децильные группы (по 10 %), разница определяется между средним душевым доходом высшей и низшей таких групп. Для сравнения разница в доходах 10 % богатых и 10 % бедных на душу населения составляет в США 21,5, в Великобритании – 15,0, в Италии – 13,2, в Канаде – 9,6, в Индонезии – 8,4, в Польше – 8,0, в Индии – 7,8, в Германии – 7,4, в Казахстане – 5,7, в Швеции – 5,6.

⁵ О дополнительной государственной социальной поддержке медицинских работников медицинских организаций, входящих в государственную и муниципальную системы здравоохранения и участвующих в базовой программе ОМС либо территориальных программах ОМС: Постановление Правительства Российской Федерации от 31.12.2022 № 2568.

В странах с развитой экономикой, где в целом решены проблемы основных факторов жизнеобеспечения населения, индикатором состояния здоровья, социального обеспечения является не бедность, но неравенство доходов.

По мнению Н. Н. Михеевой, «среднедушевые доходы в российских регионах различаются эластичностью по отношению к мерам государственной политики, направленным на повышение доходов населения» [18, с. 35]. При этом рост доходов зависит от ее структуры. Современные тенденции отличает «увеличение в структуре денежных доходов населения доли оплаты труда и социальных выплат» [18, с. 35].

При этом отмечается тенденция снижения среднедушевых доходов населения по отношению к прожиточному минимуму. В 2019 г. эта разница составила 3,2 раза, а в 2020 году – 3,1 раза⁶.

По мнению Т. И. Гуляевой и Е. В. Такмаковой, «воздействие на социальную сферу может выразиться в росте среднедушевых денежных доходов населения» [19].

Руководством страны определены национальные цели, стратегически важные для дальнейшего развития. Так, для достижения одной из национальных целей до 2030 года «Сохранение населения, здоровье и благополучие людей» определен показатель «снижение уровня бедности в два раза по сравнению с показателем 2017 года»⁷.

С целью оказания методической помощи регионам Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации разработаны рекомендации «по разработке региональных программ снижения доли населения с доходами ниже прожиточного уровня»⁸.

В период с 2013 по 2022 год среднедушевые денежные доходы населения выросли на 112 % – 25 684 руб. в 2013 году до 54 466 в 2022 году, особенно за последние 2 года (в 2021 году – 40 040 руб.)⁹. При этом с 2019 года минимальный размер оплаты труда (далее – МРОТ) впервые превысил величину прожиточного минимума в России.

⁶ Федеральная служба государственной статистики. URL: <https://www.gks.ru> (дата обращения: 04.03.2023).

⁷ О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года : Указ Президента Российской Федерации от 21.07.2020 № 474.

⁸ Об утверждении методических рекомендаций по разработке региональных программ снижения доли населения с доходами ниже прожиточного уровня : Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 11.06.2020 № 326.

⁹ Среднедушевые денежные доходы населения Российской Федерации // Федеральная служба государственной статистики. URL: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Urov_11kv-nm.xlsx (дата обращения: 12.03.2023).

Минимальный прирост показателя среднедушевых доходов населения в порядке возрастания по субъектам Российской Федерации за последние 10 лет отмечен в Ненецком автономном округе – на 59 %, в Томской области – на 70 %, в Ханты-Мансийском автономном округе – на 72 %, в Самарской области – на 74 %, в Свердловской области – на 75 %, в Челябинской области – на 77 %, в Тюменской области – на 80 %, в Пермском крае и Астраханской области – на 81 %, в Оренбургской и в Калужской областях – на 82 %.

Максимальный прирост показателя среднедушевых доходов населения за данный период отмечен в Кабардино-Балкарской Республике – на 186 %, в Санкт-Петербурге – на 159 %, в Республике Адыгея – на 156 %, в Республике Саха (Якутия) и в Ростовской области – на 143 %, в Магаданской области – на 142 %, в Ленинградской области – на 141 %, в Алтайском крае – на 137 %, в Республике Калмыкия – на 135 %, в Орловской области – на 131 %. Примеры минимального и максимального прироста представлены в табл. 2 и 3¹⁰.

При этом по российским регионам наблюдается значительный разброс, который не позволяет сделать вывод о том, что рост, как и убывание, шёл в каком-либо заданном направлении – из центра к востоку страны или с запада на юг.

■ СТРАТЕГИЧЕСКИЕ ПРИОРИТЕТЫ ПО УВЕЛИЧЕНИЮ ДОХОДОВ

Государственная политика, направленная на увеличение среднедушевых доходов населения, по сути борьба с бедностью, осуществляется двумя способами – это регулирование доходов населения и перераспределение доходов через бюджет.

1. Регулирование доходов населения в первую очередь направлено на повышение заработной платы, которое законодательно регулируется путем повышения МРОТ. Также государство устанавливает определенные гарантии по выплатам заработной платы.

Немаловажное значение имеет налоговая политика, которая осуществляет регулирование в части направления средств организациям для выплаты заработной платы и доходов, получаемых физическими лицами. Предприятия получают как прямые выплаты, так и налоговые льготы (налоговые каникулы, возврат налога для само-

¹⁰ Среднедушевые денежные доходы населения // ЕМИСС. Государственная статистика. URL: <https://www.fedstat.ru/indicator/57039> (дата обращения: 14.03.2023).

Таблица 2 – Минимальный прирост показателя среднедушевых доходов населения по субъектам Российской Федерации в период с 2013 по 2022 годы (руб.)**Table 2** – The minimum increase in the average per capita income of the population in the constituent entities of the Russian Federation in the period from 2013 to 2022 (rubles)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2022 к 2013	
											%	руб.
РФ	25 684	27 412	30 254	30 865	31 897	33 361	35 506	36 240	40 040	54 466	112	28 782
Ненецкий АО	66 887	66 981	72 146	71 350	73 013	78 549	81 041	84 171	85 193	106 540	59	39653
Самарская обл.	26 341	26 356	27 914	26 956	27 094	28 182	29 422	29 973	32 264	45 922	74	19 581
Свердловская обл.	30 459	31 538	34 113	34 718	35 210	36 737	39 095	37 447	40 274	53 299	75	22 840
Ханты-Мансийск.АО	39 882	40 811	46 221	46 934	48 834	50 831	53 493	54 588	57 001	68 460	72	28 578
Томская обл.	22 874	24 333	26 827	26 165	26 697	27 296	28 381	28 871	30 995	38 788	70	15 914

Таблица 3 – Максимальный прирост показателя среднедушевых доходов населения по субъектам Российской Федерации в период с 2013 по 2022 годы (руб.)**Table 3** – The maximum increase in the average per capita income of the population in the constituent entities of the Russian Federation in the period from 2013 to 2022 (rubles)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2022 к 2013	
											%	руб.
РФ	25 684	27 412	30 254	30 865	31 897	33 361	35 506	36 240	40 040	54 466	112	28 782
Санкт-Петербург	30 498	33 170	37 428	39 853	42 338	45 137	47 472	49 375	57 098	78 960	159	48 462
Респ. Адыгея	18 736	22 078	23 028	25 081	26 478	27 590	29139	30 320	34 556	48 011	156	29 275
Каб.-Балкарск. Респ.	14 982	16 406	18 976	19 767	20 439	20 806	21474	22 016	25 824	42 876	186	27 894
Респ. Саха (Якутия)	30 595	33 054	37 013	38 863	40 554	42 891	45 528	46 344	49 938	74 457	143	43 862
Магаданская обл.	42 228	44 996	50 750	51 367	54 849	59 783	65 367	70 982	75 470	102 264	142	60 036

занятого населения). Так, в период распространения коронавирусной инфекции COVID-19 получили выплаты предприятия наиболее пострадавших отраслей: транспорта, автопрома и др.

С целью защиты доходов населения от инфляции государство осуществляет их индексацию. По итогам 2022 года инфляция в России зафиксирована на уровне 11,92 % и по сравнению с 2015 годом стала максимальной (12,91 %). Минимальные отметки, начиная с 1991 года, зафиксированы в 2017 году на уровне 2,52 %, в 2018 году – 4,27 %, в 2019 году – 3,05 %, в 2020 г. – 4,91 %¹¹.

2. Перераспределение доходов осуществляется посредством сбора налогов и сосредоточение всех денежных средств у государства с последующим предоставлением населению:

- социальных выплат (пособие по уходу за ребенком до 1,5 лет, пособие на детей от 3 до 16 лет, оплата больничных листов не ниже МРОТ, пособие по безработице, доплата врачам и среднему медицинскому персоналу, выплата пенсий);
- социальных услуг в области образования, здравоохранения, культуры, физической культуры и спорта и пр.

¹¹ Таблица уровня инфляции по месяцам в годовом исчислении // Инфляция в России. URL: <https://уровень-инфляции.рф/таблицы-инфляции> дата обращения: 15.03.2023).

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Принятые системные меры по снижению смертности в области здравоохранения с 2006 по 2022 годы планомерно способствовали увеличению ожидаемой продолжительности жизни. В период 2020–2021 годы распространение коронавирусной инфекции оказало негативное влияние на снижение ожидаемой продолжительности жизни в России и ряде других стран, среднедушевые доходы при этом в большинстве российских регионов продолжали расти.

Высокий уровень среднедушевых доходов в последние годы позволял улучшать качество образования, отдыха, жилищных условий, однако, по оценкам специалистов, практически не повлиял на качество обеспечения медицинскими услугами.

Выявление доли медицинской составляющей в структуре факторов, влияющих на состояние здоровья человека, составляет от 10 до 20 %. Это позволяет сделать вывод, что условия жизни, а также социально-экономические факторы, составляющие около 50 % и выше от всей совокупности факторов, определяющих продолжительность жизни, необходимо учитывать при стратегическом планировании и прогнозировании.

вании развития региона. Таким образом, представляется целесообразным рассматривать меры по увеличению ожидаемой продолжительности жизни в области медицины в тесной взаимосвязи с популяризацией здорового образа жизни, занятий физкультурой и спортом, получением бесплатного доступа к качественному

образованию, с мерами, направленными на сохранение благоприятной экологической среды.

Мероприятия, направленные на увеличение ожидаемой продолжительности жизни, являются стратегическим приоритетом здравоохранения и должны быть взаимосвязаны с мерами, направленными на развитие экономического сектора. ●

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. АГАНБЕГЯН А. Г. Демография и здравоохранение России на рубеже веков : монография. Москва : Издательство «Дело», 2018. 192 с. EDN APFWGK.
2. ЯГУДИН Р. Х. Здоровье как экономическая категория // Современное искусство экономики. 2011. № 1 (1). С. 37–47. EDN PJNBSD.
3. ДОБРЫНИН А. И., ДЯТЛОВ С. А., ЦЫРЕНОВА Е. Д. Человеческий капитал в транзитивной экономике: формирование, оценка, эффективность использования : монография. Санкт-Петербург : Санкт-Петербургская издательско-книготорговая фирма «Наука», 1999. 309 с. EDN TRXRTT.
4. ДЯТЛОВ С. А., МИЭРИНЬ Л. А. Инвестиции в человеческий капитал России: состояние, проблемы, перспективы : монография / под ред. И. В. Ильинского. Санкт-Петербург : Санкт-Петербургский государственный университет технологии и дизайна, 2003. 216 с. EDN OYZNQI.
5. РЯБУШКИН Т. В., УРЛАНИС Б. Ц., БЕДНЫЙ М. С., ГАЛЕЦКАЯ Р. А., КОСТАКОВ В. Г., БОЯРСКИЙ А. Я., ГЕРАСИМОВА И. А., КУЗНЕЦОВА К. С., БРЕВ В. Д., МУДРЕЦОВ А. Ф., ШАРГУНОВ Е. Г., ГАВРИЛЕЦ Ю. Н., МИНЦ А. Е. Воспроизводство населения и трудовых ресурсов : монография. Москва : Издательский дом «Наука», 1976. 300 с. EDN WLJHBJ.
6. КОРОВИЦЫН Б. А., КУКЛИН А. А., НИКУЛИНА Н. А. Ущерб от основных причин смертности для субъектов Российской Федерации и оценка приоритетов по увеличению продолжительности жизни // Народонаселение. 2014. № 3 (65). С. 42–56. EDN SZIQGB.
7. GROSSMAN, M. (1972). *The demand for health: A theoretical and empirical investigation*.
8. BARRO, R. J. (1998). Determinants of economic growth, a cross-country empirical study. *Journal of Comparative Economics*, 26(4), 822–824. <https://elibrary.ru/gxbnin>.
9. БАХТИН Ю. К. Факторы формирования здоровья человека и их значение // Молодой ученый. 2012. № 5. С. 397–400. EDN RFYSAP.
10. ВАЙНЕР Э. Н. Валеология. Москва : ООО «ФЛИНТА», 2016. 448 с. EDN SOTTUV.
11. МИРОЛЮБОВА Т. В., ЗУБАРЕВ Н. Ю. Смертность населения как индикатор замедления социально-экономического развития региона // *Ars Administrandi (Искусство управления)*. 2017. Т. 9, № 1. С. 16–31. EDN YGYEJH.
12. БИКТИМИРОВА З. З. Здоровье – важнейший индикатор качества жизни // *Экономика региона*. 2006. № 3 (7). С. 56–65. EDN JWYXBF.
13. ЧИСТОВАЕВ А. И., СЕМЕНОВА З. А. Эволюция научных представлений о качестве жизни населения // *Общество. Среда. Развитие*. 2013. № 3 (28). С. 247–251. EDN RIEKJL.
14. ШИБАЛКОВ И. П. Комплексная оценка влияния социально-экономических факторов на ожидаемую продолжительность жизни населения регионов России : дис. ... кандидата экономических наук : 08.00.05 / Шибалков Иван Петрович. Томск, 2019. 278 с. URL: <https://viewer.rsl.ru/rsl01010168743>.
15. АЛЕХИН Б. И. Демография и подушевой доход российских регионов // *Пространственная экономика*. 2022. Т. 18, № 1. С. 125–147. EDN OVXXQT.
16. КВИНТ В. А. О выборе приоритетов // *Бюджет*. 2016. № 11. С. 78–81 EDN: YOWNTH.
17. АГАНБЕГЯН А. Г. О приоритетах социальной политики : монография / под ред. Г. А. Барышевой. Москва : Издательство «Дело», 2019. 512 с. EDN STYVKM.
18. МИХЕЕВА Н. Н. Доходы населения как фактор роста российских регионов // *Пространственный анализ социально-экономических систем: история и современность* : сборник докладов Всероссийской конференции с международным участием (Новосибирск, 11-16 октября 2021 г.) / под ред. В. И. Сулова, Л. В. Мельниковой. Новосибирск : Сибирское отделение РАН, 2021. С. 26–37. EDN WHHPQE.
19. ГУЛЯЕВА Т. И., ТАКМАКОВА Е. В. Анализ национальных целей развития Российской Феде-

рации в области доходов населения и показателей бедности // **Национальные цели развития России: вызовы, приоритеты и стратегические задачи** : материалы Всероссийской научно-

практической конференции (Орел, 29 апреля 2022 г.) / под ред. А. В. Агеева, В. В. Востриковой. Орел : Полиграфическая фирма «Картуш», 2022. С. 159–164. EDN **ZYCKJO**.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Генчикова Инесса Витальевна – Московский государственный университет имени М. В. Ломоносова (соискатель Высшей школы государственного аудита; 119991, Россия, Москва, Ленинские горы, 1); Министерство здравоохранения Российской Федерации (заместитель директора департамента мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения; 127994, Россия, Москва, Рахмановский пер., 3); inessa419@yandex.ru. AuthorID РИНЦ: **1186456**, ORCID: **0000-0001-6245-2609**.

Статья получена: 18.03.2023. Заключение рецензента: 24.03.2023. Принята к печати: 05.04.2023.

MECHANISMS FOR IMPLEMENTING STRATEGIC PRIORITIES FOR INCREASING LIFE EXPECTANCY

Genchikova I. V.^{ab}

^a Lomonosov Moscow State University

^b The Ministry of Health of the Russian Federation

ABSTRACT:

Introduction. The article traces the relationship between the dynamics of life expectancy and measures to increase it in the field of healthcare, as well as between the dynamics of life expectancy and average per capita income as one of the important economic indicators. The novelty of the approaches lies in the disclosure of the complex influence of social and medical factors on the growth of life expectancy in Russia.

Objects and methods of research. The object of the study is life expectancy in Russia and its determinants. The article uses the methodology of strategizing, justified by a foreign member of the Russian Academy of Sciences, Doctor of Economics, Professor V. L. Kvint.

Results and its discussion. The above analysis of the dynamics of life expectancy among a number of countries, taking into account the COVID-19 pandemic, revealed a number of features. It was noted that with a reduction in life expectancy during the COVID-19 pandemic, per capita incomes continued to grow. The key directions that allow to ensure the growth of life expectancy in Russia are described. It is shown that the implemented measures to reduce mortality in the field of health care provide an increase in life expectancy. A direct dependence of the dynamics of life expectancy on the dynamics of average per capita incomes of the population in the period 2013–2019 was revealed. In 2020–2021, the negative impact of the pandemic had an impact on the decline in life expectancy in Russia and a number of other countries, despite the growth in real disposable income.

Identification of the share of the medical component in the structure of factors influencing the state of human health, from 10 to 20%, allows us to conclude that living conditions, as well as socio-economic factors that make up more than 50%, must be taken into account in strategic planning and forecasting the development of regions.

Conclusion. The study showed the complexity of the task of increasing life expectancy as one of the key priorities of Russia's modern economic policy, and made it possible to determine the priority areas of policy aimed at increasing life expectancy.

KEYWORDS: national goals, life expectancy, working-age mortality, infant mortality, healthcare modernization program, average per capita income, strategic regional planning.

FOR CITATION: Genchikova, I. V. (2023). Mechanisms for implementing strategic priorities for increasing life expectancy. *Management Issues*, 17(3), 60–71. <https://doi.org/10.22394/2304-3369-2023-3-60-71>.

REFERENCES

1. AGANBEGYAN, A. G. (2018). *Demography and healthcare of Russia at the turn of the century*. Delo Publishing House. <https://elibrary.ru/apfwgk>.
2. YAGUDIN, R. KH. (2011). Health: Economic category. *Contemporary Art of Economics*, (1), 37–47. <https://elibrary.ru/pjnbsd>.
3. DOBRYNIN, A. I., DYATLOV, S. A., & TSYRENOVA, E. D. (1999). *Human capital in a transitive economy: Formation, evaluation, efficiency of use*. St. Petersburg publishing and bookselling company “Nauka”. <https://elibrary.ru/trxrtrt>.
4. DYATLOV, S. A., & MIERIN, L. A. Ilinsky, I. V. (Ed.). (2003). *Investments in the human capital of Russia: State, problems, prospects*. St. Petersburg State University of Technology and Design. <https://elibrary.ru/oyznqi>.
5. RYABUSHKIN, T. V., URLANIS, B. Ts., BEDNYI, M. S., GALETSKAYA, R. A., KOSTAKOV, V. G., BOYARSKIY, A. YA., GERASIMOVA, I. A., KUZNETSOVA, K. S., BREEV, B. D., MUDRETSOV, A. F., SHARGUNOV, E. G., GAVRILETS, YU. N., & MINTS, L. E. (1976). *Reproduction of the population and labor resources*. Nauka Publishing House. <https://elibrary.ru/wljhbj>.
6. KOROBITSYN, B. A., KUKLIN, A. A., & NIKULINA, N. L. (2014). Losses of the RF subjects from main death causes and assessment of the priorities for raising life expectancy. *Population*, (3), 42–56. <https://elibrary.ru/sziqgb>.
7. GROSSMAN, M. (1972). *The demand for health: A theoretical and empirical investigation*.
8. BARRO, R. J. (1998). Determinants of economic growth, a cross-country empirical study. *Journal of Comparative Economics*, 26(4), 822–824. <https://elibrary.ru/gxbnin>.
9. BAKHTIN, YU. K. (2012). Factors in the formation of human health and their significance. *Young Scientist*, (5), 397–400. <https://elibrary.ru/rfysap>.
10. VAYNER, E. N. (2016). *Valeology*. FLINTA LLC. <https://elibrary.ru/sottyb>.
11. MIROLYUBOVA, T. V., & ZUBAREV, N. YU. (2017). Mortality as an indicator of the slowdown in the socio-economic development of the region. *Ars Administrandi*, 9(1), 16–31. <https://doi.org/10.17072/2218-9173-2017-1-16-31>.
12. BIKTIMIROVA, Z. Z. (2006). Health as the quality of life key indicator. *Economy of Regions*, (3), 56–65. <https://elibrary.ru/jwyxbf>.
13. CHISTOBAEV, A. I., & SEMENOVA, Z. A. (2013). The evolution of scientific ideas about the quality of life of the population. *Society. Environment. Development*, (3), 247–251. <https://elibrary.ru/rieklj>.
14. SHIBALKOV, I. P. (2019). Comprehensive assessment of the impact of socio-economic factors on the life expectancy of the population of Russian regions (Publication No. 01010168743) [Advanced Doctor’s degree dissertation]. Russian State Library.
15. ALEKHIN, B. I. (2022). Demography and per head income of the Russian regions. *Spatial Economics*, 18(1), 125–147. <https://doi.org/10.14530/se.2022.1.125-147>.
16. Kvint, V. L. (2026). On the choice of priorities. *Budget*, (11), 78–81. <https://elibrary.ru/yownth>.
17. AGANBEGYAN, A. G. (2019). *On social policy priorities*. Delo Publishing House. <https://elibrary.ru/styblkm>.
18. MIKHEEVA, N. N. (2021). Incomes of the population as a factor in growth of Russian regions. In V. I. Suslov, & L. V. Melnikova (Eds.) *Spatial Analysis of Socio-Economic Systems: Past and Present* (pp. 26–37). Siberian Branch of the Russian Academy of Sciences. https://doi.org/10.53954/9785604607893_26.
19. GULYAEVA, T. I., & TAKMAKOVA, E. V. (2022). Analysis of the national development goals of the Russian Federation in the field of population income and poverty indicators. In A. V. Ageev, & V. V. Vostrikova (Eds.) *Russia’s National Development Goals: Challenges, Priorities and Strategic Objectives* (pp. 159–164). Printing company “Kartush”. <https://elibrary.ru/zyckjo>.

AUTHORS’ INFORMATION:

Inessa V. Genchikova – Lomonosov Moscow State University (competitor of the Higher School of Public Audit; 1, Lenin Hills, Moscow, 119991, Russia); The Ministry of Health of the Russian Federation (deputy director of the Department of Monitoring, Analysis and Strategic Health Development; 3, Rakhmanovsky Lane, Moscow, 127994, Russia); inessa419@yandex.ru. RSCI AuthorID: 1186456, ORCID: 0000-0001-6245-2609.

Article received 03/18/2023; reviewed 03/24/2023; accepted 04/05/2023.