

БЮДЖЕТНОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В ПРОСТРАНСТВЕ ПЛАТНЫХ УСЛУГ

DOI: 10.47711/2076-318-2020-483-503

Здоровье является обобщающим показателем качества жизни населения, и поэтому сохранение и укрепление здоровья граждан – одно из главных направлений социальной политики государства. Однако по мере того как вектор развития здравоохранения смещался от содержания лечебного процесса в сторону оказания медицинских услуг, на первый план стали выходить показатели экономической эффективности. Между тем, продолжительность жизни как результирующая характеристика состояния национального здоровья находится на первом по значимости месте в совокупной оценке человеческого потенциала.

Среди множества показателей, используемых для оценки качества жизни населения, наибольшее распространение и международное признание получил Индекс человеческого развития (Human Development Index), который ежегодно, начиная с 1990 г. рассчитывается в рамках Программы развития ООН (United Nations Development Program). Он представляет собой среднюю геометрическую из трех индексов, которые учитывают ожидаемую продолжительность жизни, уровень образования (среднее количество лет, потраченных на обучение и ожидаемая продолжительность обучения) и уровень жизни, который оценивается как валовый национальный доход на душу населения по ППС в долларах США.

Со времени распада СССР и до конца 1990-х годов этот индекс в РФ падал и только к 2006 г. достиг начального уровня и продолжил рост, составив в 2019 г. 0,824, что соответствует уровню стран с высоким показателем ИЧР [1].

Некоторые исследователи предлагают ограничиться только показателем ожидаемой продолжительности жизни, учитывая как его среднее значение, так и неравенство в дожитии (ИЧЖ – Индекс человеческой жизни) [2]. Но, на наш взгляд, сама по себе продолжительность не учитывает качество жизни, притом что российская демографиче-

ская наука до последнего времени оперировала показателем продолжительности здоровой жизни¹ преимущественно в узкоспециализированных трудах, а также в виде перспективных целевых показателей. В настоящий момент в нашей стране, по результатам исследований здоровья населения, граждане в возрасте 70 лет и старше имеют по меньшей мере 4 хронических заболевания. [3] Отказ от учета показателей уровня образования и уровня жизни представляется бесперспективным в силу того, что чем выше ступень образования, тем более ответственно человек относится к собственному здоровью, а чем выше показатель дохода, тем легче он может удовлетворить потребность в медицинских услугах.

Тем не менее, несмотря на многообразие методологических подходов, обобщающей характеристикой качества жизни остается здоровье населения, аккумулируя влияние показателей уровня жизни (доходов и потребления), условий жизни (характеристики жилища, условий труда и экологии места проживания) и образа жизни (возможностей самореализации личности). Поэтому здоровью населения во всех его проявлениях: физическом, психическом и социальном (по определению ВОЗ) должно уделяться первостепенное внимание при формулировке целей перспективного развития страны. В связи с этим в последние годы среди приоритетов социальных обязательств государства ведущее место занимает здравоохранение.

Общие тенденции развития здравоохранения. Основным критерием социальной направленности является уровень соответствующих государственных расходов. Общие расходы консолидированного бюджета Российской Федерации и государственных внебюджетных фондов на здравоохранение увеличились в 2018 г. по сравнению с 2015 г. на 15,9%, при этом расходы федерального бюджета возросли только на 4,1%, в то время как государственные внебюджетные фонды израсходовали на 21,3% больше средств, чем в 2015 г. Соответственно доля расходов на здравоохранение в общих расходах федерального бюджета сократилась с 3,3 до 3,2%, а доля государственных внебюджетных фондов в общих расходах увеличилась с 16,5 до 17,9%.

Аналогичная ситуация наблюдается с расходами на здравоохранение на региональном уровне: бюджеты субъектов федерации сократили свои расходы почти на 30%, а территориальные

¹ Официальная методика расчета данного показателя была утверждена только в феврале 2019 г.

внебюджетные фонды в таком же размере их повысили [4]. В результате в 2018 г. субъекты сократили свою долю в общих расходах на здравоохранение до 8% по сравнению с 14,3% в 2015 г. Другими словами, в последние годы прослеживается вполне отчетливая тенденция к перенесению тяжести расходов на здравоохранение с бюджетов всех уровней на внебюджетные фонды.

В процентах к ВВП расходы консолидированного бюджета РФ и государственных внебюджетных фондов сократились с 3,4% в 2015 г. до 3,2% – в 2018 г. Это снижение поровну поделили между собой госбюджет и внебюджетные фонды. Еще в большей степени снизилась доля по отношению к ВВП у бюджетов субъектов федерации: если в 2015 г. она составляла 1,6%, то в 2018 г. понизилась до 0,9%. Между тем, доля государственных расходов на здравоохранение еще в 2016 г. составила в Финляндии 7,3%, Австрии – 7,6%, Великобритании – 7,8%, Бельгии и Нидерландах – 8,4%, Дании – 8,7%, Норвегии – 8,9%, Швеции – 9,1%, Франции – 9,6%, США – 14%. По данным ВОЗ, к 2019 г. в Германии на здравоохранение расходуется 11,1% ВВП, во Франции – 11,5%, в США – 17,1%. Как отмечает Счетная палата, в странах – членах Организации экономического сотрудничества и развития этот показатель составляет не менее 6,5% ВВП [5].

В результате недофинансирования по состоянию на 31 декабря 2018 года по результатам проверки состояния детских поликлиник из общего количества зданий (116 865), где непосредственно оказывается медицинская помощь, 14% находятся в аварийном состоянии, и нуждаются в реконструкции либо капитальном ремонте. В 35 618 зданиях (30,5%) отсутствует водопровод. В 60 899 (52,1%) зданиях отсутствует горячее водоснабжение, в 48 033 (41,1%) – центральное отопление. В 41 220 (35%) зданиях нет канализации. В 819 зданиях канализация имеется, но не работает. В 37 934 (32,5%) зданиях нет телефонной связи. Из 36 290 зданий, оказывающих медицинскую помощь инвалидам, 16 955 зданий (47%) не оснащены пандусами, в 25 161 здании (почти 70%) отсутствуют кнопки звонка вызова медицинского персонала².

² На фоне такой статистики вызывает недоумение предложение о присвоении лечебным учреждениям, по аналогии с отелями, трех категорий качества: первая- соответствие 8 критериям из 22, вторая- соответствие 15 критериям, третья, высшая – полное соответствие всем критериям, учитывая, что сами критерии должны отвечать понятию «бережливости» не в отношении сохранения здоровья пациентов, а в смысле удобства посещения лечебного учреждения [6].

Таким образом, выделяемые в рамках федеральных и региональных программ по развитию здравоохранения средства на покупку новейшего высокотехнологичного оборудования не могут быть освоены, поскольку состояние пассивной части основных фондов отрасли (зданий и сооружений) не соответствует требованиям к условиям его установки и эксплуатации. Здесь встает вопрос о рациональном администрировании ассигнований.

Вследствие переноса центра тяжести со стационарного на амбулаторное оказание медицинской помощи, число больничных учреждений сократилось в 2018 г. на 16% по сравнению с 2010 г., а амбулаторно-поликлинических учреждений увеличилось на 28,7%. Динамика обеспеченности за период 2015-2018 гг. представлена в табл. 1.

Таблица 1

Динамика обеспеченности медицинскими учреждениями

Показатель	2015 г.	2018 г.	2018/2015, %
Число больничных учреждений, тыс.	5,4	5,3	98,1
Число больничных коек, тыс.	1222	1173	96,0
в том числе детских, тыс.	163,5	157,3	89,5
Ввод в действие больничных коек	4271	2885	67,5
в том числе, в сельской местности	391	372	95,1
Ввод в действие детских больничных коек	278	29	10,4
Число амбулаторно-поликлинических учреждений, тыс.	18,6	20,2	108,6
Мощность амбулаторно-поликлинических организаций (Число посещений за смену), тыс.	3861	3998	103,5
Ввод в действие мощностей амбулаторно-поликлинических учреждений, тыс. посещений в смену	23079	24981	105,4
в том числе в сельской местности	9556	10204	106,8
Ввод в действие детских поликлиник, посещений в смену	1284	1842	143,5

Источник: составлено автором по данным [7].

Несмотря на рост в период 2015-2018 гг. мощности детских поликлиник (+43,5%), числа коек в родильных домах (+5,8%) и мощности женских консультаций более чем в 6 раз, количество врожденных аномалий (пороков развития), деформаций и хромосомных нарушений в расчете на 1000 чел. осталось на прежнем уровне. Свыше трети родивших женщин в процессе беременности страдали анемией, и их удельный вес вырос на 9,6%. Число

родившихся с низкой массой тела (менее 2500 г.) на 100 живорождений увеличилось на 5,1%.

Если обратиться к удельным показателям, то число больничных коек в расчете на 10000 населения сократилось на 15% по сравнению с 2010 г. и на 4% – по сравнению с 2015 г., при этом мощность (число посещений в смену) амбулаторного звена по сравнению с 2015 г. выросла только на 3,4% за счет увеличения врачебной и сокращения сестринской нагрузки. Число фельдшерско-акушерских пунктов, основного источника оказания медицинской помощи в сельской местности, сократилось по сравнению с 2015 г. на 2% [7]. Число станций (отделений) скорой медицинской помощи за этот период уменьшилось более чем на 10%, что не удивительно, поскольку так называемая оптимизация системы здравоохранения была проведена, исходя из задачи снижения издержек.

При этом среднегодовая численность занятых в здравоохранении в период 2010-2018 гг. имела тенденцию к ежегодному снижению и в 2018 г. составляла только 96,7% уровня 2010 г. Численность врачей-педиатров снизилась почти на 7%. На конец 2018 г. уровень обеспеченности врачами в нашей стране составлял 47,9 (в государственных медучреждениях -37,3) на 10000 населения³. По данным ВОЗ, в странах, занимающих лидирующие позиции в мире по величине ИЧР, в 2016 г. в Австрии на 10000 населения было 51,4 врача, в Германии – 42,08, Норвегии – 44,9, Швеции – 53,99. Но даже в относительно бедной, по меркам Евросоюза, Греции на 10000 населения приходилось 45,9 врача, что, несмотря на низкий уровень образования и душевого ВВП, позволило ей за счет долгой продолжительности жизни занимать высокую позицию по показателю развития человеческого потенциала. (Пример Греции и некоторых других европейских стран лишний раз подтверждает, что на продолжительность жизни, помимо численности медперсонала, оказывает воздействие качество медицинских услуг и эффективность организации систем здравоохранения, не считая влияния огромного количества внешних по отношению к медицине факторов).

³ В связи с устойчивой динамикой снижения впервые установленных случаев инфекционных заболеваний, и количество больничных коек, и число специалистов соответствующего профиля постоянно снижались. В результате к концу 2018 г. из общей численности врачей всех специальностей в 703,7 тыс. чел., врачей санитарно-эпидемической группы насчитывалось всего 13,3 тыс. чел., [8] что оказалось явно не достаточно в условиях эпидемии коронавируса. Количество фтизиатров сократилось с 9,5 тыс. в 2005 г. до 7,9 тыс. – в 2018 г.

Численность среднего медицинского персонала в 2018 г., в том числе – акушерок, сократилась на 4% по сравнению с показателем 2015 г.

Общеизвестно, что лучшим способом снижения заболеваемости является профилактика и здоровый образ жизни. Число санаторно-курортных организаций за 2015-2018 гг. выросло на 83,6%, но численность обслуженных ими лиц увеличилась только на 43,2%, причем цены на эти услуги стали выше на 30,7%. Что касается физкультуры и спорта, то основная часть государственных расходов направляется, к сожалению, на «большой спорт» и пафосные международные мероприятия, а не на массовое физкультурное движение. Население вынуждено потреблять физкультурно-оздоровительные услуги, за редким исключением, на платной основе. Численность занимавшихся в физкультурно-оздоровительных клубах, секциях и группах возросло на 24,8%, а цены – на 17,1%.

Подходная дифференциация потребления услуг здравоохранения. Планомерное смещение центра тяжести с вспомоществования страждущему в сторону оказания платных медицинских услуг привело к подмене отношений пациента и врача отношениями клиента и обслуживающего персонала. Объем платных медицинских услуг населению в 2018 г. вырос по сравнению с 2010 г. в 2,71 раза, а по сравнению с 2015 г. – на 28,3%, а их удельный вес в общем объеме платных услуг населению вырос с 5,1% в 2010 г. до 6,6% в 2015 г. и 7% – в 2018 г. В то же время индекс потребительских цен на медицинские услуги в декабре 2018 г. составил 142,2% по сравнению с декабрем 2010 г. и 131,2% – по сравнению с декабрем 2015 г.

В среднем домашние хозяйства тратили в 2018 г. на услуги здравоохранения 4,9% от общей суммы расходов на услуги, на санаторно-оздоровительные услуги – 0,6%, причем семьи, имеющие 2 и более детей – 3,5% и 0,1% соответственно. Домохозяйства с детьми в возрасте до 16 лет, имеющие 1 ребенка, тратили в месяц на услуги здравоохранения на 1 члена домохозяйства примерно вдвое больше, чем имеющие трех и более детей. При этом если для однодетных семей душевые расходы снизились за год, то для многодетных они выросли с 203,3 руб. в 2017 г. до 259,2 руб. в 2018 г.

От общей суммы расходов на услуги здравоохранения на долю низшей доходной группы приходилось всего 2%, на долю группы с наивысшими доходами – 26,8% (рис. 1).

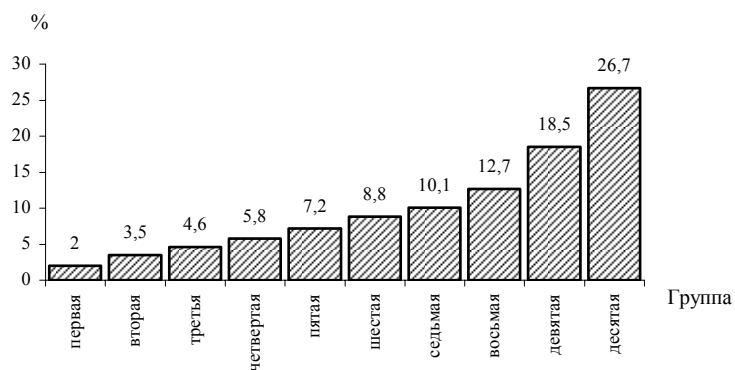


Рис. 1. Распределение общей суммы расходов на услуги здравоохранения между 10-процентными (децильными) группами в 2018 г., %

Источник: Составлено автором по данным [4].

Дифференциация душевых расходов между крайними группами за год снизилась с 14,9 раз до 13,1 раза за счет того, что для «бедных» расходы на услуги здравоохранения увеличились на 7,9%, а для «богатых» сократились на 9,5% (рис. 2).

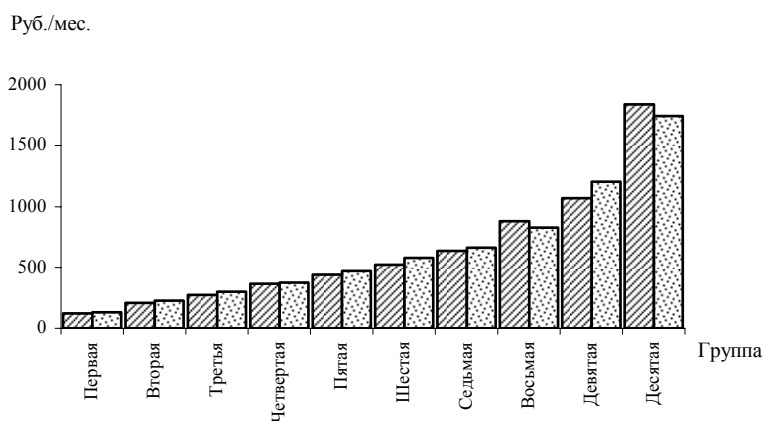


Рис. 2. Расходы на здравоохранение на 1 члена домохозяйства по децильным группам:

▨ 2017 г.; ▩ 2018 г.

Источник: Составлено автором по данным [4].

В 2018 г. домохозяйства, относящиеся к группе с наибольшими располагаемыми ресурсами, тратили в месяц на 1 члена 1743,6 руб., тогда как в группе с наименьшими доходами – 133,1 руб. Из этих данных становится очевидным, что рост объема платных услуг здравоохранения обеспечивается денежными средствами высокодоходных групп⁴.

Рост расходов на здравоохранение при этом определяется не столько увеличением их потребления в натуральном выражении, сколько ростом цен на лекарства, предметы медицинского назначения и медицинские услуги. Только за период 2015-2018 гг. лидерами по росту цен оказались средства оказания первой помощи: бинт подорожал на 28,6%, (по сравнению с 2010 г. в 2,5 раза), вата – на 20,2%, йод – на 16,4%. Такие наиболее часто употребляемые, особенно пожилыми людьми, сердечно-сосудистые средства, как корвалол и нитроглицерин стали дороже соответственно на 24,3% (по сравнению с 2010 г. в 2,2 раза) и на 14,2% на фоне роста заболеваемости сердечно-сосудистыми болезнями на 4,5% на 1000 населения. Более чем на 20% подорожал алмагель, а витамины с макро- и микроэлементами увеличились в цене на 37,5%.

Не углубляясь в вопросы импортозамещения на фармацевтическом рынке (заметим лишь, что за период 2015-2018 гг. импорт лекарственных средств в стоимостном выражении вырос на 17,7%), а также качества и безопасности отечественных лекарств, констатируем рост производства препаратов для лечения сердечно-сосудистой системы на 27,5%, для лечения кожных заболеваний на 30,8% в упаковках и почти в 3 раза – во флаконах, более чем на 20% увеличилось производство препаратов для лечения органов дыхания, на 36% – противоопухолевых препаратов и иммуномодуляторов, вдвое выросло производство витаминов [10]. Однако ни принятие Стратегии лекарственного обеспечения [11], ни ежегодный пересмотр списка жизненно важных препаратов не могут обеспечить доступность медикаментозной помощи в полном объеме.

Что касается медицинского оборудования, то за последние годы увеличилось производство рентгенографических аппаратов, электрокардиографов, ингаляторов, аппаратов ультразвуковой терапии, инвалидных колясок. Однако почти на 30% сократился

⁴ Дифференциация душевых расходов домашних хозяйств на здравоохранение примерно совпадает с величиной коэффициента фондов, отражающего дифференциацию денежных доходов населения [9].

выпуск кардиостимуляторов, на 58,2% – меньше аппаратов микроволновой терапии, на 17,1 % – аппаратов магнитотерапии.

Рост цен на медицинские услуги в 2018 г. по сравнению с 2015 г. составило в зависимости от вида от 1,5 до 3,7 раз, в т.ч. на стоматологические услуги – от 30% до почти 40%, физиотерапевтическое лечение – почти 22%, первичную консультацию у врача-специалиста – 18,6%, общий анализ крови – на 14,3%, лечебный массаж –11,4%. Услуги оздоровительного и профилактического характера также выросли в цене: стоимость одного дня пребывания в санатории – на 14,7%, занятия в группе общефизической подготовки- на 9,8% за месяц, посещение плавательного бассейна – на 8,6% за месяц.

Территориальные различия в потреблении медицинских услуг. Различия в расходах на здравоохранение между городом и селом в процентном отношении от общей суммы потребительских расходов не столь велики: 3,7% в городской местности и 3,4% в сельской в 2018 г. Однако в денежном выражении разница достигает 1,6 раз, причем для сельской местности величина этих расходов увеличилась по сравнению с 2017 г.

При среднем удельном весе расходов на здравоохранение в общем объеме потребительских расходов в 3,7% в 2018 г. (в 2010 г. он составлял 3,2%), этот показатель был превышен в 44 субъектах РФ, причем в 6 из них составил более 5%. Наибольшую долю своих расходов – 9,5% – тратили на услуги здравоохранения жители Ульяновской области, которая по уровню среднедушевых денежных доходов занимала лишь 70-е место среди российских регионов. Меньше всего доля расходов на здравоохранение была в Республике Ингушетия, занимавшей предпоследнее место по уровню среднедушевых денежных доходов, но зато, в отличие от Ульяновской области, на 87% укомплектованная работниками бесплатных медицинских учреждений.

Вторым водоразделом в потреблении услуг здравоохранения, помимо доходных ограничений и состава семьи, является потенциальная возможность получения медицинской помощи, связанная с фактическим наличием учреждений здравоохранения и их обеспеченностью оборудованием и кадрами. В данном контексте основным предметом сопоставлений являются душевые показатели, нивелирующие влияние размеров территории и численности ее населения.

Как видно из табл. 2, процесс сокращения числа больничных коек затронул почти все российские регионы, причем в большей

степени это коснулось самого густонаселенного Центрального ФО, и, в частности, Москвы, которая в 2018 г. занимала 3-е от конца место среди субъектов РФ по числу коек на 10000 населения. При этом Москва занимает 3-е от начала место по численности населения, приходящегося на 1 больничную койку, которая за период 2010-2015 гг. выросла в полтора раза.

Таблица 2

Показатели возможности стационарного обслуживания
больных (на конец года)

Федеральный округ	Всего, тыс. коек		На 10 000 чел. населения			Численность населения на одну больничную койку, тыс.чел.		
	2018 г.	2018/2010	2018 г.	Место в РФ	2018/2010	2018	Место в РФ	2018/2010
РФ	1173	87,6	79,9		85,2	125,2		117,3
Центральный	290,5	81,9	73,8	7	80	135,5	2	125
г. Москва	78,3	72,6	62,1	83	66,5	161,1	3	150,6
Северо-Западный	114,3	90	81,8	3	87,8	122,2	6	114
г. Санкт-Петербург	44,7	102,1	83,1	40	93,1	120,4	46	107,6
Южный	129,9	103,3	79	5	87,1	126,6	4	114,9
Северо-Кавказский	71,5	97,1	72,4	8	92,8	138,1	1	107,7
Приволжский	235,3	85,7	80,1	4	87,2	124,9	5	114,7
Уральский	96,7	85	78,3	6	83,3	127,7	3	120
Сибирский	154,7	86,1	90,1	2	86,1	111	7	116,1
Дальневосточный	79,8	88	97,5	1	89,9	102,6	8	111,3

Источник: составлено автором по данным [12].

Самой высокой удельной обеспеченностью, естественно, обладают малолюдные районы Дальневосточного ФО: в Чукотском автономном округе на 10000 населения приходится 131,3 больничные койки, тогда как в Республике Ингушетия – 44,4, в Чеченской Республике – 58,2. Более того, в Республике Ингушетия этот показатель снизился по сравнению с 2010 г. на 10,5% (несмотря на рост абсолютного числа коек), а в Чеченской Республике – на 29,5%. Всего за период 2010-2015 гг. рост обеспеченности больничными койками в расчете на 10000 населения наблюдался только в шести субъектах федерации: в Саратовской области – на 10,4%, Приморском крае – на 8,4%, Владимирской области – на 7,9%, Ставропольском крае – на 7,6%, Калининградской области – на 5,9%, Республике Дагестан – на 2,5%. При этом во всех случаях

рост был вызван не улучшением возможностей стационарного лечения больных, а сокращением численности населения, приходящегося на 1 больничную койку. Всего больничная нагрузка за период 2010-2018 гг. в 28 субъектах федерации выросла на 20-30%, а в 5 – увеличилась более чем на 30%.

В соответствии с новой концепцией развития здравоохранения [13] сокращение лечения больных в стационаре должно компенсироваться повышением мощности амбулаторно-поликлинического звена (табл. 3).

Таблица 3

Мощность амбулаторно-поликлинических организаций
(на конец года)

Федеральный округ	Всего, тыс. посещений в смену		На 10 000 чел. населения посещений в смену		
	2018 г.	2018/2010	2018 г.	Место в РФ	2018/2010
Российская Федерация	3998	108,5	272,4		105,6
Центральный	1082	104,7	274,9	5	102,3
г. Москва	390,3	104,9	309,4	16	95,9
Северо-Западный	452,1	111,7	323,6	1	109
г. Санкт-Петербург	183	118,7	340	8	108
Южный	392,5	120,3	238,5	7	101,2
Северо-Кавказский	181,1	113,6	183,5	8	108,7
Приволжский	801,5	109,5	272,7	6	111,3
Уральский	356,8	107,2	288,9	3	104,9
Сибирский	499,9	103,6	291,1	2	103,6
Дальневосточный	231,6	108,4	282,9	4	110,7

Источник: составлено автором по данным [12].

Число посещений в смену на 10000 населения за период 2010-2018 гг. выросло в диапазоне от 10 до 20% в 31 субъекте федерации, в Республике Мордовия увеличилось на 21,1%, в Республике Северная Осетия – Алания – на 23,7%, в Карачаево-Черкесской Республике – на 32,2%. Этот показатель колебался от 124,1 в Республике Дагестан до 471,6 в Чукотском автономном округе. В 12-ти субъектах РФ показатель посещаемости в смену на 10000 человек населения снизился. При этом причины снижения далеко не всегда кроются в улучшении состояния здоровья.

По данным комплексного наблюдения условий жизни населения [13], из числа лиц в возрасте 15 лет и старше, имевших потребность в медицинской помощи, 34,5% не обращались в медицинские организации, из них 30,7% находились в такой си-

туации раз в год (в возрасте старше 70 лет – 34,8%), 3,5% – один или несколько раз в месяц (в возрасте старше 70 лет – 10,5%). В качестве причин не обращения 30,2% указали неудовлетворительную работу медорганизаций, 21,7% не рассчитывали на эффективное лечение, 14,6% считали, что необходимое лечение можно получить только на платной основе. На нехватку времени сослались 23,8%. Невозможность добраться до медицинского учреждения без посторонней помощи указали в качестве причины обращения 15,7% лиц старших возрастов, 16,1% было тяжело добираться, поэтому 16,7% лиц этой возрастной группы обращалось за консультативной помощью дистанционно, без посещения медучреждения. Всего удаленные консультации получали лишь 12,1% опрошенных. В результате в среднем 51% нуждающихся в медицинской помощи лечились самостоятельно. Такие цифры красноречиво свидетельствуют о недоверии к медицинскому обслуживанию в целом.

В марте 2019 г. правительство исключило из госпрограммы «Здравоохранение» [14] цель «Повышение к 2025 г. удовлетворенности населения качеством медицинской помощи», которую предполагалось довести до 54%. Поскольку теперь данный показатель не отслеживается, окажется утраченной обратная связь между органами здравоохранения и потребителями их услуг, что не будет способствовать улучшению ситуации.

Персонал медицинских организаций. Недовольство работой организаций здравоохранения почти у трети опрошенных и скептицизм по поводу эффективности лечения у пятой их части напрямую связаны с обеспеченностью медицинским персоналом: его количеством, специализацией, нагрузкой. Общая численность врачей всех специальностей на конец 2018 г. была ниже уровня 2010 г. на 1,7%, а в расчете на 10000 населения она снизилась на 4,4% и варьировалась от 29,3 в Чеченской Республике до 81,9 – в занимающем первое место Санкт-Петербурге (табл. 4).

И в абсолютном выражении, и в расчете на 10000 населения численность среднего медицинского персонала за период 2010-2018 гг. также сократилась (табл. 5). Незначительный прирост численности наблюдался только в Северо-Западном ФО (в основном, за счет показателей Санкт-Петербурга), и довольно существенный – в Южном и Северо-Кавказском ФО. При этом Санкт-Петербург, показавший прирост и подушевого показателя, среди субъектов федерации находился в нижней части ранжированного по убыванию списка.

Таблица 4

Численность врачей всех специальностей
по федеральным округам РФ (на конец года)

Федеральный округ	Численность врачей всех специальностей				
	Всего, тыс. чел.		На 10 000 чел. населения		
	2018 г.	2018/2010	2018 г.	Место в РФ	2018/2010
РФ	703,7	98,3	47,9		95,6
Центральный	187,8	91,3	47,7	4	89,2
г. Москва	73,5	81,9	58,3	7	75,0
Северо-Западный	82,1	104,2	58,7	1	101,6
г. Санкт-Петербург	43,7	105,3	81,2	1	95,8
Южный	71,8	116,7	43,6	7	98,2
Северо-Кавказский	42,1	111,4	42,7	8	106,5
Приволжский	136,1	96,5	46,3	5	98,1
Уральский	56,3	101,3	45,6	6	99,1
Сибирский	84	93,3	48,9	3	93,3
Дальневосточный	43,7	96,5	53,3	2	98,3

Источник: составлено автором по данным [12].

Таблица 5

Численность среднего медицинского персонала
по федеральным округам РФ (на конец года)

Федеральный округ	Всего, тыс. чел.		На 10 000 чел. населения, чел.		
	2018 г.	2018/2010	2018 г.	Место в РФ	2018/2010
Российская Федерация	1491	98,9	101,6		96,2
Центральный	361,8	94,3	91,9	8	92,1
г. Москва	104,4	91,0	82,8	81	83,3
Северо-Западный	149,7	101,2	107,2	5	98,8
г. Санкт-Петербург	57,8	118,7	107,4	45	108,0
Южный	155	116,9	94,2	6	98,4
Северо-Кавказский	92,6	110,9	93,9	7	106,1
Приволжский	315,5	94,0	107,3	4	95,5
Уральский	139,2	99,0	112,7	1	96,9
Сибирский	188	97,9	109,5	2	97,9
Дальневосточный	89,4	96,3	109,1	3	98,3

Источник: составлено автором по данным [12].

Хуже всего ситуация с обеспеченностью средним медперсоналом была в Московской области (72,7 чел. на 10000 населения), более чем вдвое отстававшей от занимавшей первое место Магаданской области (159,2 чел., однако в 2016 г. он составлял 167,1 чел.)

Всего показатель удельной обеспеченности средним медицинским персоналом вырос в 23 субъектах федерации, в остальных он сократился в пределах от 0,1% в Тамбовской области до 16,7% в Москве, занимавшей в конце 2018 г. одно из последних мест в списке субъектов с показателем в 82,8 чел. на 10000 населения.

Фактическая нагрузка на медицинский персонал по субъектам федерации также сильно различалась. В Санкт-Петербурге в конце 2018 г. на одного врача приходилось 123,1 чел. населения, в то время как в Чеченской Республике – 341,4 чел., Курганской области – 336,4 чел., Псковской области – 294,5 чел., причем в последней она еще и выросла по сравнению с 2010 г., как и в 36 других российских регионах. При этом в 13 из них прирост врачебной нагрузки составил от 10% до 20%, а в Москве она выросла на треть, хотя и оставалась по среднероссийским меркам относительно невысокой (табл. 6).

Таблица 6

Нагрузка на работников сферы здравоохранения
(на конец года, чел.)

Федеральный округ	Численность населения на одного врача			Численность населения на одного работника среднего медицинского персонала		
	2018 г.	Место в РФ	2018/2010	2018 г.	Место в РФ	2018/2010
РФ	208,6		104,5	98,4		103,9
Центральный	209,7	5	112,1	108,8	1	108,6
г. Москва	171,5	79	133,3	120,8	5	120,1
Северо-Западный	170,3	8	98,4	93,3	4	101,3
г. Санкт-Петербург	123,1	85	104,3	93,1	41	92,5
Южный	229,1	2	101,7	106,1	3	101,5
Северо-Кавказский	234,4	1	93,9	106,5	2	94,2
Приволжский	216,1	4	102,1	93,2	5	104,7
Уральский	219,4	3	101,0	88,7	8	103,1
Сибирский	204,4	6	107,1	91,3	7	102,0
Дальневосточный	187,6	7	101,6	91,6	6	101,7

Источник: составлено автором по данным [12].

При среднем росте по РФ в 104,5%, нагрузка на 1 врача сократилась только в занимающем первое место Северо-Кавказском ФО и занимающем последнее место Северо-Западном ФО, и там, и там – в связи с увеличением численности врачей (см. табл. 4). В Центральном ФО самый высокий рост врачебной нагрузки среди федеральных округов за период 2010-2018 гг. объяснялся, с одной стороны,

сокращением абсолютного числа врачей, а с другой – мощным миграционным притоком населения.

Нагрузка на средний медицинский персонал за это время выросла в 64 субъектах федерации, причем в 56 из них прирост составил до 10%, в 7 – от 10% до 20%, а в Москве – 20,1%. Разрыв в абсолютных показателях «сестринской» нагрузки в 2018 г. превышал 2 раза: в Московской области на одного работника среднего медицинского персонала приходилось 137,6 чел., а в Магаданской области – 62,8 чел.

Неравномерность распределения работников здравоохранения по территории (и соответственно, неравенство возможностей получения медицинских услуг населением) сопровождается структурными диспропорциями. Нехватка врачей отдельных специальностей особенно остро ощущается в небольших населенных пунктах, преимущественно в сельской местности, с затрудненной транспортной доступностью.

По данным аудита Счетной палаты в детском здравоохранении заполняемость штатных единиц по специальности «Педиатр» составляла 67,5%, «Уролог-андролог детский» – 36,8%, «Хирург детский» – 57,6%, «Эндокринолог детский» – 62,4%, «Кардиолог детский» – 64,9%, «Неонатолог» – 64% [5]. Расчетная нагрузка составляет: на одного педиатра 3 912 посещений в год (не считая вызовов на дом), на одного детского кардиолога – 2 910,9 посещений в год, на одного детского эндокринолога – 4 525,4 посещения в год. Несмотря на высокий коэффициент совместительства (в единицах) – 1,4 для врачей и 1,3 – для среднего и младшего медицинского персонала, на конец 2018 г. укомплектованность медицинских организаций для детей врачами не превышала 85,2%, средним медперсоналом – 89,4%, младшим – 86,4%.

Помимо достаточного уровня обеспеченности медицинскими кадрами в целом, важно укомплектовать медицинские организации высококвалифицированными специалистами. При росте общего числа врачей на 0,1% в 2018 г. по сравнению с предыдущим годом, число специалистов высшей категории снизилось в среднем на 1,7%, а первой категории – на 5,8%. Всего же в медицине для детей в 2018 г. суммарное количество специалистов высшей и первой категории не превышало 40% от общего числа врачей, (причем оно уменьшилось по сравнению с 2017 г.), а по специальности «Педиатрия» – лишь 35,6%, по специальности «Детская эндокринология» – 38,8%, «Детская онкология» – 38,2%, учитывая, что по двум последним специальностям счет общего числа специалистов идет на единицы.

Проблемы «взрослого» здравоохранения практически не отличаются от детского ни в смысле проблем финансирования, ни в отношении состояния материально-технической базы, ни в части абсолютного и структурного дефицита кадров и дифференциации территориальной доступности получения медицинской помощи.

В уже упоминавшейся Курганской области, занимающей второе место в стране по величине врачебной нагрузки (336,4 чел. на 1 врача или 29,7 врачей на 10000 населения), наблюдаются высокие показатели смертности от онкологических заболеваний, заболеваний органов дыхания и заболеваний системы кровообращения (сердечно-сосудистой системы) у трудоспособного населения, которые требуют постоянного длительного лечения. При этом штатное расписание медучреждений заполнено лишь на 47%. Кроме того, Курганская область занимает последнее место в Уральском ФО по уровню среднедушевых денежных доходов и 77-е место среди субъектов РФ, и ее жители, не имея условий для бесплатного медицинского обслуживания, также не имеют возможностей для получения услуг здравоохранения на платной основе. Население Курганской области тратит на платные медицинские услуги в три раза меньше, чем их соседи в Свердловской области, не говоря уже об автономных округах Тюменской области.

Самыми неуккомплектованными медицинскими кадрами субъектами, помимо Курганской области, являются Владимирская область (52%), Еврейская АО (51%), Тульская и Псковская области (50%). В отличие от них, в Тюменской области штатное расписание укомплектовано на 85%. Нехватка кадров в государственном здравоохранении в абсолютном выражении сопровождается их оттоком в частную медицину и миграцией медицинских работников из бедных в богатые регионы [15]. И тот и другой процессы имеют единую природу – низкую оплату труда.

После «майских указов» 2012 г., требующих повышения величины заработной платы в здравоохранении сначала до среднего уровня по региону (для врачей), а затем и вдвое выше, она, действительно, начиная с 2017 г., стала расти более высокими темпами, чем в среднем по видам экономической деятельности, и составила в конце 2018 г. 92% от величины среднемесячной номинальной начисленной заработной платы и 78,3% в среднечасовом исчислении (табл. 7). В отношении всех работников здравоохранения, независимо от квалифи-

кации, их зарплата превышала средний уровень по субъекту только в 14 регионах, а в 11 – была ниже 90%.

Таблица 7

Показатели среднемесячной начисленной заработной платы работников здравоохранения

Федеральный округ	2010 г., руб. в месяц	2018 г., руб. в месяц	Место в РФ в 2018 г.	2018/2010, в разах	Место в РФ по темпам роста	Соотношение со средней заработной платой в субъекте РФ в 2018 г., %
РФ	15794	40027		2,53		91,5
Центральный	20994	50269	1	2,39	8	91,9
г. Москва	39960	84527		2,12	82	100,9
Северо-Западный	18361	48825	2	2,66	2	98,0
г. Санкт-Петербург	20072	62663		3,12	4	103,7
Южный	11793	30954	6	2,62	4	96,7
Северо-Кавказский	10002	26553	8	2,65	3	98,1
Приволжский	11375	30440	7	2,68	1	95,2
Уральский	17936	43797	4	2,44	7	91,6
Сибирский	13664	35157	5	2,57	5	93,0
Дальневосточный	19574	47890	3	2,45	6	92,7

Источник: составлено автором по данным [8].

Что касается непосредственно врачей, то целевой показатель (вдвое выше средней зарплаты по региону) был достигнут в 58 субъектах, еще в 21 составлял от 195 до 199%. При этом фактический рост средних зарплат был достигнут за счет совместительства (его коэффициент составлял в 2019 г. 1,5) и переработок для рядового медицинского состава и ускоренного роста вознаграждений руководящих работников (коэффициент фондов 9,2).

С учетом того факта, что на одну ставку не работает никто из врачей, Минздрав России использует в качестве стандартной нагрузки 1,2 ставки. В 34 регионах врачи работают в среднем на 1,5-2 ставки. А в упомянутых выше Курганской, Тульской, Псковской областях и Еврейской АО на каждого реального врача приходится больше двух ставок. Причем и у врачей общей практики, и у специалистов оклад по тарифу составлял в 2018 г. немногим более 50% от общего заработка. В целом 58% работников здравоохранения имели зарплату на уровне от 1 до 3 прожиточных минимумов в своем субъекте в месяц, еще 16,3% – от 3 до 4 ПМ.

Некоторое увеличение общего числа врачей в последние годы происходит за счет роста их численности в частной медицине. За 2017-2018 гг. число врачей в частных больницах увеличилось на 12,2 тыс. чел. (это 20% их общего числа), в государственных – на 5 тыс. чел., т.е. меньше чем на 1%. Наибольшие потери врачей в государственной медицине – по 5-7% – испытали за 2016-2018 гг. Белгородская, Мурманская, Новгородская, Псковская, Свердловская области, Республика Калмыкия, Еврейская АО (ЕАО). Во всех этих субъектах, кроме Еврейской АО, сокращение числа врачей в государственных медучреждениях компенсировалось ростом их числа в частных. В ЕАО, так же как и в Липецкой, Орловской, Рязанской областях, Ненецком АО, Республике Крым, сократилась численность и тех, и других.

Вторым направлением миграции медперсонала является его переток из регионов с низкими показателями среднедушевого дохода в богатые субъекты федерации: столичные города, города-миллионники, ресурсодобывающие округа. Из многократно упоминавшейся Курганской области со средней зарплатой медиков в 28159 руб. врачи переезжали в Ханты-Мансийский АО с зарплатой в 65442 руб. и в Ямало-Ненецкий АО с зарплатой в 95663 руб. (данные за 2018 г.) Среднемесячная начисленная заработная плата работников здравоохранения в Карачаево-Черкесской Республике, занимавшей по этому показателю последнее место среди субъектов РФ, составляла 24366 руб., т.е. почти в 4 раза меньше, чем в ЯНАО [8]. Столичные клиники и больницы (84527 руб.) притягивают медицинских работников не только из других регионов РФ, но из стран СНГ, «оголяя» провинциальное здравоохранение. По экспертным оценкам в РФ не хватает 60 тыс. врачей, из них 37-40 тыс. в первичном звене – то есть участковых терапевтов и врачей общей практики и 56 тыс. работников среднего медицинского персонала [16].

Большие надежды на сглаживание принципиальных территориальных различий в уровне объемов и качества медицинского обслуживания возлагаются на «электронную медицину». Современное развитие IT-технологий, действительно, позволяет говорить о переводе деятельности медицинского учреждения на цифровой уровень. Однако, в условиях удаленного доступа возможно лишь получение консультации и самых общих рекомендаций по лечению. Осмотр пациента, забор анализов, аппаратные исследования и манипуляции, хирургическое вмешательство осуществляются

непосредственно. Для этого "на местах", как минимум, должен находиться врач, который имеет достаточную квалификацию, чтобы понять полученные рекомендации, и медицинское оборудование, позволяющее их применить. Поэтому фактическая доступность медицинского обслуживания по-прежнему зависит от количества учреждений здравоохранения на данной территории, их оснащенности необходимой медицинской техникой и специалистами.

За период 2010-2018 гг. образовательные заведения, занятые подготовкой кадров для системы здравоохранения, нарастили, в целом, и прием, и численность обучающихся и выпуск специалистов (табл. 8).

Однако следует обратить внимание на несколько моментов. Первый – это сокращение абсолютной численности высококвалифицированных специалистов в области профилактической медицины, призванных в перспективе способствовать уменьшению числа больных и, соответственно, расходов на их лечение.

Таблица 8

Динамика подготовки медицинских кадров
по основным специальностям, 2018 г. к 2010 г., %

Показатель	Принято студентов	Численность студентов	Выпущено специалистов	Разница между выпуском и приемом в 2018/2019 учебном году, тыс. чел.
Специалисты высшего звена (бакалавры, специалисты, магистры)				
Всего	144,7	130,7	123,0	-19,0
лечебное дело	165,8	156,1	137,9	-12,0
педиатрия	141,5	133,5	120,4	-3,3
медико-профилактическое дело	100,0	87,5	93,75	-0,3
Средний медицинский персонал				
Всего	130,9	142,0	102,5	-30,8
лечебное дело	105,4	96,3	64,6	-5,1
акушерское дело	155,9	174,7	112,5	-1,7
сестринское дело	127,1	150,4	114,2	-17,9
лабораторная диагностика	94,6	118,5	78,1	-1,0

Источник: составлено автором по данным [4].

Второй – снижение численности среднего медицинского персонала общего профиля. Третий – уменьшение и без того ограниченного числа специалистов лабораторной диагностики, что вызывает особую озабоченность, поскольку именно она создает

объективную основу для постановки диагноза и последующего лечения. Четвертый – выпуск студентов, окончивших курс обучения, ниже показателей приема по всем направлениям, что, с учетом приведенной выше экспертной оценки относительно нехватки специалистов, также имеет негативный характер.

Наконец, из 20,8 тыс. выпускников высшего звена (бакалавров, специалистов, магистров) государственных и муниципальных организаций высшего образования, обучавшихся на бюджетной основе по очной форме обучения по специальностям, входящим в группу «Здравоохранение», только 6,6 тыс., или 31,7% получили направление на работу. Для справки, в 2010 г. направление на работу получили 44% выпускников, в 2005 г – 56,6%.

Для исправления ситуации на государственном уровне принято решение о целевой подготовке медицинских кадров на бюджетной основе по направлениям из регионов по наиболее востребованным специальностям с последующей отработкой по месту направления. По специальности «Педиатрия» 75% бюджетных мест отдается под целевой прием абитуриентов, по специальности «Лечебное дело» – 70%. Минздрав России определил список из 48 врачебных специальностей для полностью целевого поступления в ординатуру на бюджетные места, в том числе по специальности «Онкология», «Сердечно-сосудистая хирургия», «Кардиология», «Детская кардиология». В перспективе такой подход должен обеспечить приток высококвалифицированных кадров в регионы.

Доклад о человеческом развитии ООН 2019 г. был посвящен проблемам неравенства во всех его проявлениях и его негативным последствиям как для индивида, так и для глобального социума. В частности, анализировались потери от невозможности доступа к качественным услугам в области здравоохранения, измеренные в годах продолжительности здоровой жизни. Однако перед всеобщим вызовом в виде вирусной пандемии нового типа оказались бессильны системы здравоохранения ведущих стран мира, независимо от конфигурации их устройства и уровня государственных и частных расходов, посчитавшие полностью ликвидированной глобальную эпидемическую угрозу, что, соответственно, изменило структуру потребностей в медицинской помощи. Поэтому ко всем проблемам российского здравоохранения добавляется необходимость восстановления мобилизационной медицины.

Безусловно, взаимосвязь между показателями заболеваемости, смертности и продолжительности жизни и состоянием здравоохранения в конкретном субъекте федерации далека от линейной, поскольку присутствуют такие факторы как экология, отраслевая специализация, социально-демографический состав населения и пр. Однако очевидно, что дистанция между бесплатной бюджетной и платной частной медициной не способствует улучшению здоровья ни на уровне отдельного человека, ни общества в целом, и в конечном счёте замедляет темпы роста экономики.

Литература и информационные источники

1. *Human Development Report 2019. Beyond income, beyond averages, beyond today: Inequalities in human development in the 21st century.* Электронный ресурс. Режим доступа: <http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2019.pdf>
2. Представлен новый индикатор оценки качества жизни населения <https://social.ranepa.ru/novosti/item/predstavlen-novuj-indikator-ocenki-kachestva-zhizni-naseleniya> [электронный ресурс].
3. Айзинова И.М. Социально-экономические проблемы старшего поколения: качество жизни населения старших возрастов // Проблемы прогнозирования. №4. 2017. с.121-131.
4. Здравоохранение в России. 2019. Стат.сб. М.: Росстат, 2019. 170 с.
5. Отчет о результатах экспертноаналитического мероприятия «Оценка эффективности расходования в 2018–2019 годах средств федерального бюджета, направленных на развитие материально-технической базы детских поликлиник и детских поликлинических отделений медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь» <http://audit.gov.ru/upload/iblock/5ba/5babe645f62bcc644f941f962ed930d2.pdf>
6. Минздрав разработал многоуровневую систему оценки медучреждений <https://tass.ru/obschestvo/7885875> [электронный ресурс].
7. Социальное положение и уровень жизни населения России. 2019. Стат.сб. М.: Росстат, 2019. 352 с.
8. Приложение к сборнику «Здравоохранение в России» (информация в разрезе субъектов Российской Федерации). <https://www.gks.ru/folder/210/document/13218>
9. Российский статистический ежегодник. 2019. Стат.сб. М.: Росстат, 2019. 708 с.
10. Промышленное производство в России. 2019. Стат.сб. М.: Росстат, 2019. 286 с.
11. Стратегия лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 г. https://rg.ru/pril/article/70/89/78/Strategiya_lek_obespecheniya_131112.doc
12. Регионы России. Основные характеристики субъектов Российской Федерации. 2019. Стат.сб. М.: Росстат, 2019. 766 с.
13. Комплексное наблюдение условий жизни населения, 2018. Раздел III. Здоровье и медицинское обслуживание. Росстат. https://gks.ru/free_doc/new_site/KOUZ18/index.html [электронный ресурс].
14. Национальный проект «Здравоохранение». http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_300629/a2837c1d40cef8fa3abc26772857d8f87142ba27/
15. Исследование о том, как в России перестали лечить бедных.. Электронный ресурс.. <https://www.tks.ru/politics/2020/01/20/0007> [электронный ресурс].
16. Росстат: в России не хватает 60 тысяч врачей.. Электронный ресурс. Режим доступа: http://www.przrf.ru/news/full/main_news/Rosstat-v-Rossii-ne-hvataet-60-tysyach-vrachej/