

### СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (Часть 1)

**В.Н. ИВАНОВ**, кандидат экономических наук, Институт народнохозяйственного прогнозирования РАН, Москва, Россия

**А.В. СУВОРОВ**, доктор экономических наук. E-mail: asuvor@ecfor.ru, Институт народнохозяйственного прогнозирования РАН, Москва, Россия

*В статье (часть 1) проанализирована динамика показателей, характеризующих состояние здоровья российского населения. Проведен сравнительный анализ развития здравоохранения в России и других странах. Подтвержден вывод о том, что основной проблемой развития российского здравоохранения является недостаточный объем общественного финансирования. Оценены недостатки и ограниченные возможности принятой модели финансирования. Предложен возможный способ увеличения общественного финансирования. Показано, что в результате так называемой оптимизации здравоохранения снижается доступность медицинской помощи. Рассмотрен возможный способ совершенствования территориальной организации медицинского обслуживания. Оценена эффективность российской системы здравоохранения в борьбе с коронавирусной пандемией.*

*Ключевые слова:* российское здравоохранение; состояние здоровья населения; доступность медицинской помощи; общественные расходы на здравоохранение; COVID-19.

DOI: 10.47711/0868-6351-189-59-71.

Современное состояние отечественного здравоохранения вызывает обоснованную обеспокоенность. Сохраняются высокая заболеваемость и смертность населения России. Социологические исследования фиксируют низкий уровень удовлетворенности населения качеством и уровнем доступности медицинской помощи. Представители медицинского сообщества все чаще выступают с критикой проводимой государством политики в области здравоохранения, принятых направлений реформирования отрасли. При этом многие недостатки реализуемой стратегии организации здравоохранения ярко проявились в ходе эпидемии коронавирусной инфекции COVID-19 и обусловили нанесение значительного ущерба социально-экономическому развитию страны.

**Состояние здоровья населения.** По официальным данным, в 2018 г. общее число зарегистрированных заболеваний у жителей страны составило 240 млн., т.е. в среднем 1,6 болезней на человека<sup>1</sup>. У каждого четвертого присутствует болезнь системы кровообращения; на 100 чел. населения у 13 диагностированы заболевания костно-мышечной системы, у 12 – мочеполовой системы, у 11 – пищеварения, у 10 – глазные болезни, у 8 – заболевания эндокринной системы, у 5 – новообразования.

Наиболее быстро заболеваемость российского населения росла в первой половине 1990-х годов – в период смены общественного строя, характеризовавшимся резким падением уровня и ухудшением условий жизни населения. Рост заболеваемости наблюдался в отношении почти всех классов заболеваний, в том числе излечимых по своей природе болезней, которые в советский период считались почти полностью изжитыми. Так, например, по сравнению с 1991 г. число пациентов с

---

<sup>1</sup> Приводимые здесь и далее показатели, если это не оговорено особо, базируются на официальных данных Росстата, публикуемых в «Российском статистическом ежегоднике», статистических сборниках «Здравоохранение в России», «Демографический ежегодник России», «Социальное положение и уровень жизни населения России», «Регионы России».

впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза увеличилось к середине 1990-х более, чем в 2 раза, а с диагнозом сифилиса – в 30 раз.

В 2000-е годы по сравнению с предшествующим десятилетием темпы роста заболеваемости болезнями системы кровообращения (число зарегистрированных заболеваний у пациентов с диагнозом, установленным впервые в жизни) увеличились, а многими другими классами болезней снизились (табл. 1). При этом уровень заболеваемости в 2019 г. был ниже, чем в 1991 г. лишь в отношении инфекционных болезней. В то же время за последние почти тридцать лет в три с половиной раза возросло число выявляемых болезней эндокринной системы, более чем в три раза – болезней системы кровообращения, в два раза – новообразований. Последние два класса заболеваний, а также внешние причины (несчастные случаи, транспортные травмы, убийства и самоубийства) являются в настоящее время главными причинами смертности населения.

Таблица 1

Заболеваемость населения по основным классам болезней  
(зарегистрировано заболеваний у пациентов с диагнозом,  
установленным впервые в жизни), тыс.

Класс болезней	1991 г.	2000 г.	2019 г.	2000 / 1991, %	2019 / 2000, %	2019 / 1991, %
Инфекционные	4949	6448	3902	130	61	79
Новообразования	855	1226	1744	144	142	204
Болезни системы кровообращения	1631	2483	5136	152	207	315
Болезни эндокринной системы	586	1234	2117	211	171	361
Болезни органов дыхания	52162	46170	52278	89	113	100
Болезни органов пищеварения	4234	4698	4694	111	100	111

В динамике показателя смертности населения можно выделить три временных интервала: 1991-1995 гг., 1995-2005 гг. и 2005-2019 гг. В начале 1990-х годов наблюдался максимальный рост общей смертности населения, обусловленный, прежде всего, существенным ухудшением социально-экономической ситуации в стране: глубоким экономическим спадом, резким падением уровня жизни большинства населения и сопровождающим его ростом социально-психологической напряженности в результате неспособности адаптироваться к новым экономическим условиям [1]. При этом такая неспособность в наибольшей степени была характерна для более молодых возрастных когорт населения. Подтверждением этому служит значительно более высокий рост смертности в трудоспособном возрасте (табл. 2).

Рост смертности в 1991-95 гг. отмечен по всем основным классам причин смерти, при этом больше всего выросла смертность от внешних причин, что стало непосредственным следствием роста социально-психологической напряженности. В этой связи следует отметить, что социально-психологический стресс признается экспертами ВОЗ основным среди социально-экономических факторов, негативно влияющим на здоровье населения и приводящим к развитию сердечно-сосудистых заболеваний, росту смертности от несчастных случаев, убийств и суицидов; при этом, наиболее сильно это влияние проявляется в странах, осуществляющих ускоренные экономические трансформации без проведения адекватной социальной политики [2].

Свой вклад в рост смертности населения в первой половине 1990-х годов внесла и деградация системы медицинской помощи. С началом радикальных экономических преобразований произошел обвал финансирования российского здравоохранения. Следствием сокращения финансирования и ухудшения материально-технического

обеспечения системы здравоохранения стал переход к упрощенным медицинским технологиям, которые во многих случаях не обеспечивали достигнутого ранее качества медицинской помощи. Это не могло не привести к снижению ее эффективности.

Таблица 2

Смертность населения по основным причинам смерти  
(умершие от всех причин на 100 тыс. чел. населения)

Причина смерти	1991 г.	1995 г.	2005 г.	2019 г.	2019 / 1991, %
От всех причин, всего	1139	1498	1605	1225	
в % к предыдущей дате		137	107	76	108
в трудоспособном возрасте	488	798	828	482	
в % к предыдущей дате		164	104	58	99
От новообразований, всего	198	203	201	204	
в % к предыдущей дате		103	99	101	103
в трудоспособном возрасте	103	102	88	74	
в % к предыдущей дате		99	87	84	72
От болезней системы кровообращения, всего	621	790	905	573	
в % к предыдущей дате		127	115	63	92
в трудоспособном возрасте	137	224	264	147	
в % к предыдущей дате		163	118	56	107
От внешних причин, всего	142	237	220	94	
в % к предыдущей дате		166	93	43	66
в трудоспособном возрасте	172	311	270	117	
в % к предыдущей дате		181	87	43	68
От других болезней, всего	178	268	279	355	
в % к предыдущей дате		151	104	127	199
в трудоспособном возрасте	76	162	206	145	
в % к предыдущей дате		213	128	70	191

В течение следующего временного интервала (1995-2005 гг.) темпы роста общей смертности значительно сократились. При этом смертность от внешних причин, в первую очередь в трудоспособном возрасте, имела отчетливую тенденцию к снижению, в то время как смертность от сердечно-сосудистых заболеваний (главная причина смертности населения) продолжала расти и по сравнению с 1991 г. увеличилась почти в полтора раза. Именно за счет смертности от болезней системы кровообращения и произошел в рассматриваемом периоде рост общей смертности населения.

Переломить тенденцию роста смертности удалось лишь в середине «нулевых» годов в результате как улучшения социально-экономической ситуации и условий жизни населения, так и совершенствования системы медицинской помощи. Последнему способствовало в первую очередь реализация в рамках стартовавшего в 2006 г. национального проекта «Здоровье» мер по укреплению материально-технической базы здравоохранения: масштабной закупке современного медицинского оборудования, внедрению современных медицинских технологий.

За последние 15 лет (2005-2019 гг.) наиболее значительно сократилась смертность населения от болезней системы кровообращения и внешних причин. С улучшением социально-экономической ситуации в стране смертность от внешних причин стала быстро снижаться и к 2019 г. сократилась на треть по сравнению с 1991 г. Сокращение смертности от болезней системы кровообращения следует отнести – в отличие от снижения смертности от внешних причин – к числу достижений именно здравоохранения в результате проведенной модернизации системы медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями: организации сети сосудистых центров и сосудистых отделений стационаров, кратному увеличению числа хирургических операций на сердце и сосудах. Вместе с тем следует указать, что смерт-

ность от болезней системы кровообращения в России продолжала оставаться на значительно более высоком уровне по сравнению с большинством экономически развитых стран [3]. Существуют также основания полагать, что официально регистрируемые в последние годы показатели смертности от болезней системы кровообращения искусственно занижаются. Эксперты объясняют это тем, что достижение определенных «майскими указами» президента 2012 г. целевых показателей смертности от сердечно-сосудистых заболеваний является одним из критериев оценки деятельности руководителей регионов. В результате регионы с подачи их руководителей нередко указывают в качестве причины смерти другое сопутствующее заболевание пациента [4]. Именно этим, вероятно, и обусловлен труднообъяснимый рост смертности от «других болезней», при этом именно пожилых пациентов, имеющих обычно несколько заболеваний (см. табл. 2).

Обобщающей характеристикой уровня смертности и одним из основных индикаторов оценки здоровья населения и эффективности функционирования системы здравоохранения является показатель средней продолжительности жизни (ожидаемой продолжительности жизни при рождении). В динамике показателя средней продолжительности жизни также выделяются три временных интервала (табл. 3).

Таблица 3

## Средняя продолжительность жизни (лет)

	1990 г.	1995 г.	2005 г.	2019 г.
Мужчины и женщины	69,2	64,5	65,4	73,3
Мужчины	63,7	58,1	58,9	68,2
Женщины	74,3	71,6	72,4	78,2
Разность у женщин и мужчин	10,6	13,5	13,5	10,0

В начале 1990-х годов наблюдалось резкое, беспрецедентное для мирного времени снижение средней продолжительности жизни, в первую очередь мужчин (см. табл. 2). С середины 1990-х годов до середины 2000-х значения этого показателя почти не менялись. Наблюдаемый незначительный рост показателя средней продолжительности жизни при одновременном росте в этот период общей смертности населения объясняется в основном сокращением в этот период смертности от внешних причин из-за значительно меньшего – по сравнению с другими причинами – среднего возраста наступления смерти.

На протяжении 2005-2019 гг. средняя продолжительность жизни росла, при этом за счет более высоких темпов роста у мужчин снизился и разрыв в средней продолжительности жизни мужчин и женщин (см. табл. 3). Значительный рост средней продолжительности жизни в этот период был обусловлен, в первую очередь, снижением смертности от сердечно-сосудистых болезней и смертности от внешних причин. При этом снижение смертности от внешних причин не только внесло весомый вклад в рост средней продолжительности жизни, но и во многом обусловило сокращение разницы в средней продолжительности жизни женщин и мужчин вследствие меньшего среднего возраста наступления смерти от этой причины при четырехкратном превышении ее уровня у мужчин по сравнению с женщинами. Наряду с сокращением смертности от болезней системы кровообращения к безусловным достижениям отечественного здравоохранения, способствующим росту средней продолжительности жизни, следует отнести и значительное снижение младенческой смертности. Коэффициент младенческой смертности (число умерших детей в возрасте до 1 года на 1000 родившихся живыми) снизился почти в 3 раза: с 11,0 в 2005 г. до 4,1 в 2019 г.

Несмотря на наблюдавшуюся тенденцию роста средней продолжительности жизни населения, Россия и сейчас в рейтинге ВОЗ по этому показателю занимает место лишь во

второй сотне стран мира [5]. В большинстве развитых стран средняя продолжительность жизни населения на восемь-десять лет больше, чем в России, а разность продолжительности жизни женщин и мужчин в два раза меньше (табл. 4). Причины отставания России от других развитых стран имеют более чем полувековую историю и объясняются, в первую очередь, недостаточным финансированием системы российского здравоохранения.

Таблица 4

Средняя продолжительность жизни (в 2019 г.)  
в России и ряде развитых стран, лет

Страна	Мужчины и женщины	Мужчины	Женщины
Россия	73,3	68,2	78,2
Австралия	83,0	81,3	84,8
Австрия	81,6	79,4	83,8
Бельгия	81,4	79,3	83,5
Великобритания	81,4	79,8	83,0
Германия	81,7	78,7	84,8
Испания	83,2	80,8	85,7
Италия	83,0	80,9	84,9
Канада	82,2	80,4	84,1
Новая Зеландия	82,0	80,4	83,5
Норвегия	82,6	81,1	84,1
Финляндия	81,6	79,2	84,0
Франция	82,5	79,8	85,1
Япония	84,3	81,5	86,9

**Финансирование здравоохранения.** Общемировой тенденцией является смена так называемых эпидемиологических революций. К середине XX столетия в развитых странах практически завершилась первая эпидемиологическая революция, которая характеризовалась значительными успехами в борьбе с излечимыми по своей природе болезнями. Одним из основных результатов стало существенное снижение смертности, в первую очередь детской и в трудоспособном возрасте. В итоге в большинстве развитых стран средняя продолжительность жизни увеличилась к 1960 г. примерно до 70 лет.

Вторая эпидемиологическая революция означала смену стратегии «лечения до выздоровления» стратегией профилактики и «отдаления фатальных осложнений» хронических заболеваний (атеросклероз, болезни, связанные с обменом веществ и др.) т. е. «оттеснение смертей от этих причин к старшим возрастам, увеличение среднего возраста смерти от них, в конечном счете, значительный рост ожидаемой продолжительности жизни» [6].

Реализация такой стратегии требует разработки и внедрения новых медицинских технологий, диагностической и лечебной аппаратуры, увеличения численности занятых в здравоохранении, развития фармацевтического производства. Все это приводит к значительному удорожанию медицинской помощи и соответственно к значительному росту расходов на здравоохранение.

Динамика расходов на здравоохранение стала в результате индикатором динамики объемов медицинских услуг того качества, которое необходимо для решения проблем второй эпидемиологической революции. При этом одним из наиболее адекватных показателей не только качества, но и доступности для населения медицинской помощи считается величина общественных расходов на здравоохранение и, в частности, показатель доли этих расходов в валовом внутреннем продукте (ВВП), позволяющий проводить межстрановые сопоставления, в том числе сравнение стран, различающихся по уровню экономического развития. Этот показатель в наибольшей степени отражает состояние здоровья населения, уровень смертности и среднюю продолжительность жизни.

Как показывает анализ, начиная с 60-х годов прошлого века практически во всех зарубежных развитых странах наблюдался быстрый рост расходов на здравоохранение. При этом темпы роста общественного финансирования здравоохранения существенно превышали темпы экономического роста стран, в результате показатель доли этих расходов в ВВП к 1990 г. возрос не менее, чем в два-три раза по сравнению с 1960 г. Одновременно на пять-семь лет увеличилась в большинстве развитых стран средняя продолжительность жизни (см. табл. 4).

В нашей стране проблемы первой эпидемиологической революции были решены достаточно успешно. В результате средняя продолжительность жизни увеличилась с 43 лет в 1926-1927 гг. (данные по европейской части РСФСР) до 68,8 лет в 1960 г. Страна вошла по этому показателю в первую двадцатку стран мира, лишь незначительно уступая странам-лидерам. Однако в последующие 30 лет показатель средней продолжительности жизни не увеличивался и в 1990 г. был равен всего 69,2 года. Одновременно, как показывают расчеты, практически не менялась и исчисленная в доле к ВВП величина общественных расходов на здравоохранение. Данный показатель (табл. 5) в 1990 г. оставался на уровне расходов в большинстве развитых странах в 1960-х годах.

Таблица 5

Общественные расходы на здравоохранение (% к ВВП) и средняя продолжительность жизни (лет) в СССР и других странах в 1960-1990 гг.\*

Страна	Общественные расходы на здравоохранение				Средняя продолжительность жизни			
	1960 г.	1970 г.	1980 г.	1990 г.	1960 г.	1970 г.	1980 г.	1990 г.
СССР	2,8	2,9	3,0	2,9	68,8	68,8	67,5	69,2
Австралия	2,3	3,4	4,3	5,1	70,9	70,8	74,6	77,0
Австрия	3,0	3,3	5,1	5,1	68,7	70,0	72,6	75,5
Бельгия	2,1	3,6	5,5	6,8	70,6	71,0	73,4	76,1
Великобритания	3,3	3,5	5,0	5,0	71,1	72,0	73,2	75,7
Германия	2,7	3,9	5,6	6,4	69,6	70,6	72,8	75,3
Испания	0,9	2,3	4,2	5,1	69,1	72,0	75,6	76,8
Италия	3,0	4,4	5,6	6,1	69,1	72,0	74,0	76,9
Канада	2,3	4,9	5,3	6,6	71,1	72,7	75,3	77,6
Новая Зеландия	3,5	4,1	5,1	5,7	71,2	71,5	73,2	75,4
Норвегия	2,6	4,0	5,9	6,3	73,6	74,2	75,8	76,6
Финляндия	2,1	4,1	5,0	6,2	69,0	70,2	73,4	74,8
Франция	2,4	3,8	5,6	6,4	69,9	71,7	74,1	76,6
Япония	1,8	3,1	4,7	4,6	67,8	72,0	76,1	78,9

\* Данные по РСФСР практически не отличались от данных по СССР. Данные по зарубежным странам рассчитаны по [7; 8].

Развитие отечественного здравоохранения в рассматриваемый период шло по пути наращивания сети лечебных учреждений и роста подготовки медицинских кадров. В результате число больничных коек и численность врачей в РСФСР увеличились более, чем в 2 раза. Учитывая размеры территории страны и характер расселения населения, такое экстенсивное направление развития здравоохранения представляется вполне оправданным способом обеспечения всеобщей доступности медицинской помощи. В то же время недостаточные объемы финансирования не позволили обеспечить повышения качества медицинской помощи за счет технического и технологического перевооружения отечественного здравоохранения, необходимого для решения задач второй эпидемиологической революции. Расчеты показывают, в частности, что затраты на приобретение оборудования в общих расходах на здравоохранение составляли в рассматриваемом периоде всего около 2% [9].

В результате недофинансирования оснащенность медицинских организаций современной диагностической и лечебной аппаратурой, использование передовых медицинских технологий оставались на крайне низком уровне. Весьма низка была и обеспеченность современными лекарственными препаратами. Кроме того, недостаточное финансирование обуславливало и низкую оплату труда в здравоохранении. Несмотря на высокий образовательный и профессиональный уровни занятых в этой отрасли, средняя заработная плата в здравоохранении была на четверть ниже средней по народному хозяйству. По показателю отношения средней величины оплаты труда в здравоохранении к экономике в целом наша страна также значительно отставала от других развитых стран.

В начале 1990-х годов произошел обвал финансирования российского здравоохранения. О масштабах падения общественных расходов свидетельствует, в первую очередь, резкое снижение оплаты труда занятых в здравоохранении, являющейся основной статьей расходов медицинских организаций. Как показывают расчеты, в постоянных ценах этот показатель за первый год радикальных реформ сократился в три раза, а в 1995 г. составил 47% уровня 1991 г. Из-за недостоверности данных статистической отчетности о величине дефлятора элементов ВВП в 1992 г. на основе этих данных трудно дать точную оценку величины падения совокупных общественных расходов на здравоохранение с 1991 по 1995 г. По нашим расчетам, проведенным с корректировкой данных за 1992 г., общественное финансирование здравоохранения сократилось за этот период приблизительно в 2 раза.

Динамика показателя общественных расходов на здравоохранение за период с 1995 по 2018 г. в постоянных ценах, рассчитанных на основе дефлятора конечного потребления как элемента использования ВВП, приведена в табл. 6.

Таблица 6

Общественные расходы на здравоохранение  
(в постоянных ценах 1995 г.) и средняя продолжительность жизни

Показатель	1995 г.	2000 г.	2005 г.	2010 г.	2018 г.
Общественные расходы, млн. руб.*	56160	37425	78071	110889	152315
% к 1995 г.	100	67	139	197	271
Средняя продолжительность жизни, лет	64,5	65,3	65,4	68,9	72,9

\* В 1995 г. – млрд. руб.

Как видно из приводимых данных, во второй половине 1990-х годов общественные расходы на здравоохранение продолжали сокращаться, а в «нулевые» годы вместе с ростом экономики начался и рост финансирования здравоохранения. Учитывая двукратное падение финансирования в первой половине 1990-х годов, этот рост является восстановительным ростом. К уровню финансирования 1991 г. удалось вернуться лишь в 2010 г. Интересно отметить, что и показатель средней продолжительности жизни в 2010 г. (68,9 лет) стал точно таким же, как в 1991 г.

Во второй половине «нулевых» годов при относительно высоких темпах роста общественных расходов (среднегодовой прирост составлял 2,8%) улучшилось состояние материально-технической базы здравоохранения. Коэффициент обновления основных фондов увеличился в несколько раз – до 6% в 2010 г. При этом в структуре основных фондов возросла доля машин и оборудования (до 39% в 2010 г.). Как отмечалось выше, в эти годы в рамках реализации национального проекта «Здоровье» были проведены масштабные закупки современного диагностического и лечебного оборудования, что позволило перейти к использованию, по крайней мере частью медицинских организаций, передовых меди-

цинских технологий. В первую очередь это относится к федеральным специализированным медицинским центрам, сеть которых существенно увеличилась, в том числе за счет создания таких центров за пределами Москвы и С.-Петербурга.

В целом все это привело к повышению качества медицинской помощи и соответственно к росту ее эффективности. Впервые в российской истории средняя продолжительность жизни превысила в 2010-е годы порог в 70 лет и до последнего времени продолжала расти. Вместе с тем успехи российского здравоохранения меркнут на фоне большинства развитых зарубежных стран. Отставание России от этих стран по средней продолжительности жизни за последние три десятилетия не только не сократилось, но и увеличилось. Аналогичная тенденция наблюдается и в отношении разницы в общественных расходах на здравоохранение, исчисленных в доле этих расходов в ВВП. Что же касается общественных расходов в расчете на душу населения в сопоставимых ценах по паритету покупательной способности (ППС), то масштабы отставания России от большинства развитых стран особенно велики. По величине душевого финансирования Россия отстает от средней по странам Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) почти в три раза, а от таких стран, как Австрия, Германия, Канада, Норвегия, Франция, Япония, в 3,5-5 раз (табл. 7).

Таблица 7

Общественные расходы на здравоохранение и средняя продолжительность жизни в РФ и других странах в 2018 г.\*

Показатель	Расходы, % к ВВП	Расходы на душу населения в долл. США по ППС**	Средняя продолжительность жизни, лет
Российская Федерация	3,2	1030	72,9
Австралия	6,4	3453	82,6
Австрия	7,6	3992	81,7
Бельгия	8,0	3807	81,6
Великобритания	7,7	3215	81,3
Германия	8,7	4669	81,1
Испания	6,3	2359	83,4
Италия	6,5	2537	83,0
Канада	7,8	3631	82,0
Новая Зеландия	7,3	3099	81,9
Норвегия	8,7	5258	82,7
Финляндия	7,0	3249	81,7
Франция	8,6	3823	82,6
Япония	9,2	4003	84,2
В среднем по странам ОЭСР	6,2	2835	80,7

\* Данные по странам ОЭСР приведены по [10]. Расходы на душу населения рассчитаны по ППС конечного потребления в ВВП.

На фоне низкого общественного финансирования в постсоветской России стали быстро расти частные расходы на здравоохранение: расходы населения на приобретение медикаментов и медицинских товаров, оплату медицинских услуг, а также взносы на добровольное медицинское страхование. За период 1995-2018 гг. в сопоставимых ценах расходы на покупку лекарств и медицинских товаров повысились почти в 12 раз, на оплату медицинских услуг – почти в 7 раз. С опережающим ростом частных расходов увеличилась и их доля в общих расходах на здравоохранение.

Как видно по данным табл. 8, очевидной тенденцией стала коммерциализация российского здравоохранения.



Вектор развития был при этом прямо противоположен наблюдавшемуся в большинстве развитых зарубежных стран. Исторически совершенствование систем здравоохранения в этих странах шло по пути усиления роли государства, перехода от частного финансирования к общественному.

Таблица 8

Структура расходов на здравоохранение и их доля в ВВП в 1995 и 2018 г., %

Расходы	1995 г.	2018 г.
Все расходы	100	100
Общественные	84	61
Частные	16	39
в том числе на покупку лекарств и товаров медицинского назначения	10	25
на оплату медицинских услуг	4	12
на добровольное медицинское страхование	2	2
Доля всех расходов в процентах к ВВП	4,7	5,2
Доля общественных расходов в процентах к ВВП	3,9	3,2
Доля частных расходов в процентах к ВВП	0,8	2,0

В результате в настоящее время доля частного финансирования в общих расходах на здравоохранение в развитых зарубежных странах (23% – в Бельгии и Франции, 22% – в Германии, 21% – в Великобритании, 16% – в Японии, 15% – в Норвегии [10]) значительно ниже, чем в России (39%).

Как показал многолетний мировой опыт, общественное финансирование не только обеспечивает всеобщую доступность медицинской помощи, но и позволяет более эффективно использовать ресурсы здравоохранения. В России был проигнорирован этот опыт, в том числе выводы экспертов о том, что «частное финансирование здравоохранения угрожает его ценностям и неэффективно в сравнении с государственным финансированием» [11]. В этой связи следует отметить, что наиболее затратно здравоохранение в США, в которой до последнего времени превалировало частное финансирование. Так, общие расходы на здравоохранение составили в США в 2018 г. 16,9% ВВП, что почти в 2 раза больше, чем в среднем по странам ОЭСР [10]. При этом США по показателю средней продолжительности жизни (78,6 лет) занимают одно из последних мест среди стран с высоким уровнем экономического развития.

Следствием произошедшей коммерциализации российского здравоохранения стал рост неравенства в доступности для населения медицинской помощи из-за отсутствия средств на платную медицину у большинства населения, особенно у наиболее бедных его слоев. Так, например, согласно приводимым Росстатом данным выборочного обследования домашних хозяйств, в 2018 г. на долю 20% наиболее обеспеченных граждан приходилось 70% платных медицинских услуг, а на долю 20% наименее обеспеченных – менее 1,5%, или почти в 50 раз меньше. По данным выборочных исследований из-за нехватки денежных средств каждый седьмой житель страны и каждый пятый пенсионер не могли приобрести необходимые для лечения медикаменты.

В начале рассматриваемого периода произошло реформирование общественного финансирования здравоохранения: в дополнение к госбюджетному финансированию в 1993 г. была введена система обязательного медицинского страхования (ОМС), предусматривающая уплату работодателями страховых взносов за наемных работников в государственные федеральный и территориальные фонды ОМС. Следует подчеркнуть, что финансирование по линии ОМС, т.е. за счет введения обязательных платежей за работающее население, первоначально расценивалось именно как дополнение к финансированию из государственного бюджета в условиях резкого сокращения доходов последнего. Это позволило в определенной степени демпфировать падение бюджетного финансирования.

В дальнейшем, однако, система ОМС стала рассматриваться в качестве основной модели финансирования здравоохранения. Был осуществлен переход к одноканальной системе финансирования, при которой бюджеты субъектов РФ перечисляют определенные суммы (взносы) за неработающее население, в территориальные фонды ОМС. Территориальные фонды, получающие также из федерального фонда ОМС страховые взносы работодателей, перечисляют аккумулированные средства частным страховым компаниям, которые и осуществляют финансирование деятельности медицинских организаций. При этом некоторые виды медицинской помощи, а также капитальные затраты, включая закупку дорогостоящего оборудования, финансируются исключительно из госбюджета.

Описанная выше сложная и противоречивая (общественные расходы осуществляют частные страховые компании) схема финансирования здравоохранения является лишь одной из характеристик принятой модели ОМС. Оставляя пока за скобками оценку всех негативных последствий применения этой модели, отметим два важных обстоятельства. Во-первых, как показывают международные сопоставительные исследования, модель ОМС является более затратной по сравнению с системой финансирования из государственного бюджета, не обеспечивающей при этом большей эффективности медицинской помощи, в частности снижения смертности населения (см, напр., [12]).

Во-вторых, несмотря на продекларированный переход к всеобщему обязательному медицинскому страхованию, основным источником общественного финансирования здравоохранения продолжает оставаться государственный бюджет, а не персонализированные страховые взносы за каждого застрахованного, как в других странах, применяющих модель ОМС. Как показывают расчеты, страховые взносы работодателей за наемных работников по законодательно определенной ставке, несмотря на ее повышение с 3,6% во время введения ОМС до 5,1% в последние годы, составили в 2018 г. лишь немногим более трети (36%) общественных расходов на здравоохранение, а остальные почти две трети пришлось на бюджетные ассигнования (рассчитано по [13]).

Исходя из этих двух фактов, возникает закономерный вопрос о целесообразности сохранения финансирования по принятой модели ОМС. В последнее время предложения по возвращению к госбюджетной системе финансирования стали все чаще формулироваться многими экспертами (см., напр., [14-16]), в том числе по причине проявившейся неэффективности модели ОМС в условиях коронавирусной пандемии. В 2020 г. государство выделило дополнительное бюджетное финансирование для развертывания сети ковидных стационаров и доплаты медикам, работающим с коронавирусными пациентами. Одновременно из-за резкого сокращения в условиях пандемии числа пациентов в поликлиниках и нековидных больницах снизилось их финансирование по линии ОМС и образовалась в результате большая кредиторская задолженность медицинских организаций перед оплачивающими их услуги по ОМС страховыми компаниями [17].

Суммируя вышесказанное, нельзя не согласиться с выводом экспертов о том, что все более очевидной становится принципиальная ограниченность финансовых возможностей системы ОМС [16]. Более того, для восстановления экономического роста необходимо повышение потребительского спроса за счет роста доходов населения. Поэтому обоснованным представляется снижение страховой нагрузки на оплату труда работников. В такой ситуации полностью оправданным, по нашему мнению, следует считать отказ от модели ОМС и переход к системе бюджетного финансирования.

Неотложной задачей при этом становится значительный рост расходов госбюджета, необходимый не только для компенсации выпадающих страховых платежей, но и в целом для достижения приемлемого уровня финансирования здравоохранения. Очевидным представляется и способ решения этой задачи – увеличение доходов государственного бюджета. Доходы консолидированного бюджета РФ составляли до последнего времени

лишь 35% величины ВВП. Это значительно меньше, чем в большинстве развитых стран: в среднем по странам Евросоюза этот показатель равен 45%, а в Бельгии, Дании и Финляндии он превышает 50% [18].

В настоящее время одной из основных проблем экономического развития большинства стран признается увеличение разрыва в уровне доходов при возрастающей концентрации доходов у одного процента населения. Важность решения этой проблемы признал в своем выступлении на последнем Давосском форуме и президент РФ [19].

В развитых зарубежных странах снижение концентрации доходов стимулируется высокими ставками налога на доходы самых богатых граждан от трудовой деятельности и от собственности. В результате на долю одного процента налогоплательщиков приходится большая часть собираемого подоходного налога (в США, например, более 40% [20]), являющегося одной из главных статей доходов государственного бюджета.

Введение в России аналогичной развитым странам высокой ставки подоходного налога применительно к доходам самых богатых граждан следует считать, на наш взгляд, первоочередным шагом в решении задачи роста доходов консолидированного бюджета РФ и соответственно увеличения общественных расходов на здравоохранение. Актуальность такого решения определяется как сверхвысокая. По имеющимся оценкам в России концентрация доходов у одного процента российского населения соответствует аналогичному показателю в США. В обеих странах, особенно в России, власти приходят к осознанию насущной необходимости снижения такой концентрации.

Следует подчеркнуть, что речь идет не о введении в России прогрессивного налогообложения с многоступенчатой шкалой ставок налога. Возражения против введения такой системы в определенной степени являются обоснованными, учитывая низкую величину доходов абсолютного большинства граждан и сложность администрирования такого налогообложения. Предлагается ограничиться лишь установлением повышенной ставки налога на ту часть дохода самых богатых налогоплательщиков, которая превышает определенную пороговую величину, сохранив при этом существующую ставку налога на все доходы ниже установленного порога, т.е. доходы абсолютного большинства населения. Величина порогового дохода, при превышении которого должна применяться повышенная ставка, а также размер этой ставки могут быть определены с учетом опыта налогообложения в развитых зарубежных странах – используемой ими максимальной ставки налогообложения той части дохода физического лица, которая превышает установленную пороговую величину. Соответствующие расчеты для ряда стран [21-23] приведены в табл. 9.

Таблица 9

Максимальная ставка налога на доходы физических лиц и величина годового дохода, при превышении которого применяется максимальная ставка

Страна	Ставка, %	Пороговый годовой доход	
		единиц национальной валюты, тыс.	в пересчете в российские рубли по ППС валют*, млн. руб.
Великобритания	47	150,000	5,290
Германия	47	277,063	8,992
Италия	47	83,263	2,915
США	37	523,600	12,592
Франция	55	587,145	18,434
Япония	45	4000,000	9,127

\* По результатам международных сопоставлений за 2017 г.

## Литература / References

1. Доклад о государственной политике в области охраны здоровья граждан и состояния здоровья населения Российской Федерации в 1993 г. М.: Минздрав РФ, 1994. [Report on the State Policy in the Field of Health Protection of Citizens and the State of Health of the Population of the Russian Federation in 1993. Minzdrav of the Russian Federation. Moscow, 1994.] (in Russ.)
2. The European Health Report 2002. World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe, Copenhagen: 2002.
3. Измеров Н.Ф., Тихонова Г.И., Горчакова Т.Ю. Смертность населения трудоспособного возраста в России и развитых странах Европы: тенденции последнего двадцатилетия // Вестник+ РАМН. 2014. № 7-8. [N.F. Izmerov, G.I. Tikhonova and T.Yu. Gorchakova, Mortality of the population of working age in Russia and the developed countries of Europe: trends in the last twenty years // Vestn. RAMN. 2014. No. 7-8.]
4. Бескаравайная Т. Эксперты РАНХиГС выявили «странности» при анализе причин смертности // Медвестник. 12.03.2018. Электронный ресурс: <https://medvestnik.ru/content/news/Eksperty-RANHiGS-vyyavili-strannosti-pri-analize-prichin-smernosti.html> (дата обращения – 21.03.2021). [T. Beskaravaynaya, Experts of the RANEPА revealed “oddities” in the analysis of the causes of mortality // Medvestnik, Mar. 12 (2018). <https://medvestnik.ru/content/news/Eksperty-RANHiGS-vyyavilistrannosti-pri-analize-prichin-smernosti.html>. Cited March 21, 2021]
5. Life expectancy and healthy life expectancy//World Health Organization, 2020. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghs-life-expectancy-and-healthy-life-expectancy#:~:text=Globally%2C%20life%20expectancy%20has%20increased,reduced%20years%20lived%20with%20disability> (дата обращения – 22.03.2021).
6. Вишневецкий А.Г. Смертность в России: несостоявшаяся вторая эпидемиологическая революция // Демографическое обозрение. 2014. Т. 1. № 4. С. 6-40. [A.G. Vishnevsky, Mortality in Russia: the failed second epidemiological revolution // Demograf. Obozr. 2014. Vol. 1. No. 4. Pp. 6-40.]
7. Oxley H., MacFarlan M. Health Care Reform. Controlling Spending and Increasing Efficiency. Organization for Economic Cooperation and Development (OECD). Paris, 1994.
8. OECD (2007). Health at a Glance 2007: OECD Indicators. OECD Publishing, Paris.
9. Болдов О.Н., Иванов В.Н., Розенфельд Б.А., Суворов А.В. Ресурсный потенциал социальной сферы в 90-е годы // Проблемы прогнозирования. 2002. № 1. С. 47-64. [Boldov O.N., Ivanov V.N., Rozenfeld B.A., Suvorov A.V. Resource potential of the social sphere in the 90s // Problemy Prognozirovaniya. 2002. No. 1. 47–64.]
10. OECD (2019), Health at a Glance 2019: OECD Indicators. OECD Publishing, Paris, 2019.
11. Thomson S., Foubister T., Mossialos E. Financing health care in the European Union. Who regional office for Europe, 2009.
12. Wagstaff A. Social Health Insurance vs. Tax-Financed Health Systems – Evidence from OECD. Policy Research Working Paper 4821 [Text] / A. Wagstaff. Washington, DC: The World Bank, 2009
13. Отчет о результатах деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2018 г. Электронный ресурс: <http://ffoms.ru/upload/medialibrary/6a0/6a027028c1820b87bc18a3f8d280b029.pdf> (дата обращения – 15.03.2021). [Report on the results of activities of the Federal Compulsory Medical Insurance Fund in 2018. <http://ffoms.ru/upload/medialibrary/6a0/6a027028c1820b87bc18a3f8d280b029.pdf>. Cited March, 15, 2021.]
14. Комаров Ю.М. О рациональной системе охраны здоровья и оказания медицинской помощи // Вестник ВШОУЗ. 2018. № 1. С. 39-46. [Yu.M. Komarov. On a rational system of health protection and medical care // Vestn. 2018. VShOUZ. No. 1. Pp. 39-46.]
15. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать. Состояние и предложения: 2019-2024 гг. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. 416 с. [G.E. Ulumbekova, Healthcare of Russia. What to Do. Status and Propositions: 2019-2024. Moscow: GEOTAR-Media, 2019.]
16. Воронин Ю., Гонтмахер Е. Как реорганизовать здравоохранение в России. Нужно отказаться от страховой схемы финансирования // Ведомости, 25 мая 2020. [Yu. Voronin and E. Gontmakher. How to reorganize healthcare in Russia. It is necessary to abandon the insurance financing scheme // Vedomosti, May 25 (2020).]
17. Зарплатный фон. Счетная палата оценила бюджеты больниц и поликлиник // Высшая школа организации и управления здравоохранением, 4 марта 2021. Электронный ресурс: <https://www.vshouz.ru/news/analitika/26386/> (дата обращения – 19 марта 2021) [Salary background. The Accounts Chamber assessed the budgets of hospitals and clinics // Higher School of Health Organization and Management, March 4 (2021). <https://www.vshouz.ru/news/analitika/26386/>. Cited March 19, 2021.]
18. List of government spending as % of GDP. Электронный ресурс: <https://www.economicshelp.org/blog/158853/economics/list-of-government-spending-as-a-of-gdp/> (дата обращения – 19 марта 2021)
19. Владимир Путин выступил на сессии онлайн-форума «Давосская повестка дня 2021», организованного Всемирным экономическим форумом. 27 января 2021 г. Москва, Кремль Электронный ресурс: <http://www.kremlin.ru/events/president/transcripts> (дата обращения - 21 марта 2021. [Vladimir Putin spoke at a session of the Davos Agenda 2021 online forum organized by the World Economic Forum. January 27 (2021), Moscow, Kremlin. <http://www.kremlin.ru/events/president/transcripts>. Cited March 21, 2021.]
20. Erica York Summary of the Latest Federal Income Tax Data, 2021 Update. Электронный ресурс: <https://taxfoundation.org/federal-income-tax-data-2021/> (дата обращения – 21 марта 2021).
21. Erike Asen. Top Individual Income Tax Rates in Europe/ Tax Foundation, May 7, 2020. Электронный ресурс: <https://taxfoundation.org/top-individual-income-tax-rates-in-europe/> (дата обращения 11 марта 2021)
22. 2020-2021 federal income tax brackets and rates. Электронный ресурс: <https://www.bankrate.com/finance/taxes/tax-brackets.aspx> (дата обращения – 11 марта 2021)
23. Individual income tax rates in Japan Электронный ресурс: [https://www.jetro.go.jp/en/invest/setting\\_up/section3/page7.html](https://www.jetro.go.jp/en/invest/setting_up/section3/page7.html) (дата обращения – 11 марта 2021)



Статья поступила 17.05.2021. Статья принята к публикации 03.06.2021.

**Для цитирования:** *В.Н. Иванов, А.В. Суворов.* Современные проблемы развития российского здравоохранения. Часть 1 // Проблемы прогнозирования. 2021. № 6 (189). С. 59-71.  
DOI: 10.47711/0868-6351-189-59-71.

## MODERN DEVELOPMENT PROBLEMS OF RUSSIAN HEALTH CARE (PART 1)

**V.N. IVANOV**, Cand. Sci. (Econ.), Institute of Economic Forecasting, Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia.

**A.V. SUVOROV**, Dr. Sci. (Econ.), professor, Institute of Economic Forecasting, Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia

**Abstract:** Evaluated in the article (part 1) is dynamics of indicators describing health status of the Russian population. The comparative study of healthcare evolution in Russia and other developed countries has been conducted. The deficit of public health expenditure has been postulated as the main problem of the Russian healthcare development. Shortcomings and limitations of the adopted healthcare financing model have been examined. The way to increase public expenditure is proposed. In part 2 it is shown that the so called optimization of healthcare has limited access to care. A possible method to improve territorial organization of healthcare has been considered. The effectiveness of the Russian healthcare system in its struggle with covid-19 pandemic has been examined.

**Keywords:** Russian healthcare, health status of population, access to care, public health expenditure, covid-19 pandemic.

Received 17.05.2021. Accepted 03.06.2021

**For citation:** *V.N. Ivanov and A.V. Suvorov.* Modern Development Problems of Russian Health Care (Part 1) // Studies on Russian Economic Development. 2021. Vol. 32. No. 6. Pp. 631-639.  
DOI: 10.1134/S1075700721060058.