

# Общественное здоровье и здравоохранение в России

**Т.О. ТАГАЕВА**, доктор экономических наук. E-mail: tagaeva@ieie.nsc.ru

**Л.К. КАЗАНЦЕВА**, кандидат исторических наук, Институт экономики и организации промышленного производства СО РАН, Новосибирский национальный исследовательский государственный университет, Новосибирск

В статье анализируется современная динамика показателей, характеризующих демографические процессы и состояние здоровья населения России. Названы причины худшей ситуации в нашей стране по сравнению с развитыми странами, основной из которых является недофинансирование здравоохранения. Анализируются точки зрения исследователей, рассматривающих влияние государственного финансирования данной отрасли на продолжительность жизни и смертность населения.

*Ключевые слова:* общественное здоровье, ожидаемая продолжительность жизни, смертность, государственная политика в сфере здравоохранения

Ухудшение всех показателей здоровья населения в России с 1990-х гг. придало им статус угроз национальной безопасности. На протяжении многих десятилетий наблюдались следующие проблемы: неблагоприятные показатели младенческой смертности, высокие темпы прироста социальных заболеваний (туберкулез, СПИД, наркомания), низкая средняя продолжительность жизни в сравнении с западными странами, высокий разрыв в продолжительности жизни мужчин и женщин (13 лет), «сверхсмертность» мужчин в трудоспособном возрасте.

## **Незначительный рост продолжительности жизни**

Мировая статистика здравоохранения демонстрирует существенный рост продолжительности жизни, но, к сожалению, не в России. По данным ежегодного статистического доклада ВОЗ [1], в России ожидаемая продолжительность жизни за 1990–2011 гг. увеличилась на 0,6 лет – это самый низкий показатель среди развитых стран (в среднем чуть больше пяти лет).

Средняя продолжительность жизни в 2013 г. в группе стран с высоким уровнем дохода (выше 24 тыс. долл. на душу населения в год по ППС) составила 75,8 лет для мужчин и 82 года –

для женщин. Россия, по статистике ООН, входит в группу стран со средневысоким уровнем дохода (15–24 тыс. долл. ВВП на душу населения), однако по продолжительности жизни она отстает от данной группы стран, а для мужского населения этот показатель ближе к странам со средненизким уровнем дохода (10–15 тыс. долл. на душу населения). Ожидаемая продолжительность жизни мужчин в России в 2013 г. – 65,1, женщины – 76,3 лет, что на четыре года короче, чем в некоторых странах СНГ, и на 10 лет – чем в странах Евросоюза (табл. 1).

В последние годы в России наблюдаются позитивные изменения показателя ожидаемой продолжительности жизни населения. Например, в 2014 г. она выросла на 1,7 года по сравнению с 1990 г. (у мужчин – на 1,6, женщин – на 2,2 года).

Таблица 1. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в некоторых странах мира в 2010–2013 гг., лет

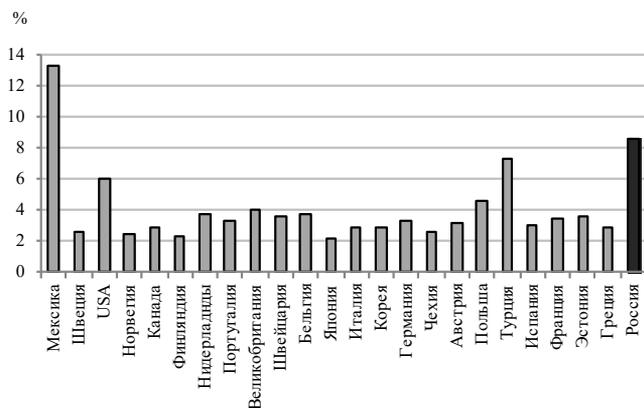
Страна	Год	Все население	Мужчины	Женщины
<b>Россия</b>	2013	70,76	65,13	76,3
<i>Страны СНГ</i>				
Азербайджан	2013	74,2	71,6	76,8
Армения	2013	74,8	71,5	77,9
Беларусь	2013	72,6	67,3	77,8
Казахстан	2013	70,5	65,8	75,1
Киргизия	2013	70,2	66,3	74,3
Республика Молдова	2013	71,9	68,1	75,6
Таджикистан	2013	73,4	71,6	75,3
Узбекистан	2013	73,4	71,1	75,8
Украина	2013	71,4	66,3	76,2
<i>Страны ЕС</i>				
Австрия	2012	81,1	78,4	83,6
Болгария	2012	74,4	70,9	77,9
Венгрия	2012	75,3	71,6	78,7
Германия	2012	81,0	78,6	83,3
Италия	2012	82,4	79,8	84,8
Великобритания	2012	81,0	79,1	82,8
Франция	2012	82,1	78,7	85,4
Швеция	2012	81,8	79,9	83,6

Страна	Год	Все население	Мужчины	Женщины
<i>Другие страны</i>				
Австралия	2012	82,1	79,9	84,3
Канада	2010	81,0	78,7	83,3
Китай	2010	73,3	71,6	75,0
Республика Корея	2012	81,4	78,0	84,7
США	2011	78,7	76,3	81,1
Швейцария	2012	82,8	80,6	84,9
Япония	2012	83,2	79,9	86,4

Источник: [2].

Коэффициент смертности в России уменьшился с 16,1 на 1000 чел. в 2005 г. до 13,0 в 2013 г., что привело к увеличению ожидаемой продолжительности жизни с 65,3 лет до 70,76 лет [3]. При этом, по данным Росстата, за январь-июнь 2015 г. по сравнению с тем же периодом 2014 г. в Ямало-Ненецком АО смертность выросла на 12%, Республике Карелия – на 9,7%, в Сахалинской области – на 8,9%. Рост смертности превысил 6% и в Республике Хакасия, Крымском федеральном округе, Костромской, Архангельской, Курганской и Саратовской областях [4].

Хотя уровень смертности населения в России снизился по сравнению с серединой 2000-х годов, он все еще существенно выше, чем в странах ЕС (в 1,4 раза) и уровня начала 1990-х годов (12,2 на 1000 чел. в 1992 г.) [5]. Высока смертность населения в трудоспособном возрасте, особенно мужчин. Если в 1990 г. коэффициент смертности для мужчин возраста 40–44 лет был равен 7,7 умерших на 1000 человек этого возраста, то в 2014 г. – 8,7 человек (для женщин – 2,4 и 2,9) [3, 6]. Вероятность умереть в возрасте 15–60 лет в России почти в два раза выше, чем в среднем по Европе: 255 против 146 на 1000 человек населения (2009 г.) [6]. Высока и младенческая смертность (рис.1). Суммарный коэффициент рождаемости (среднее количество детей на одну женщину в репродуктивном возрасте) за 2005–2014 гг. в РФ вырос с 1,29 до 1,75, однако так и не достиг уровня 1990 г. (1,892). Общее количество родившихся на 1000 чел. увеличилось с 10,2 детей в 2005 г. до 13,3 в 2015 г. [8].



Источник: [7].

Рис. 1. Младенческая смертность в 2012 г. (количество случаев смерти в возрасте до одного года на 1000 новорожденных), %

В целом все вышеперечисленные позитивные сдвиги в демографических показателях можно связать с действием следующих факторов:

- изменением в возрастной структуре доли женщин репродуктивного возраста [9];
- мерами демографической политики по стимулированию рождаемости (предоставление государством с 2007 г. материнского капитала женщинам при рождении второго ребенка и другие меры поддержки многодетных семей);
- сокращением потребления алкоголя на душу населения (с 9,7 л абсолютного алкоголя в 2007 г. до 8,9 л в 2010 г.) [5];
- строительством современных больниц и перинатальных центров, расширением масштабов целевых программ по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями, новообразованиями, туберкулезом, по оказанию медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях и т. д.;
- ростом доходов российских граждан, который наблюдался до 2014 г., в том числе и увеличением возможностей приобретать эффективные лекарственные препараты при амбулаторном лечении (реальные располагаемые денежные доходы на душу населения выросли в 2006–2011 гг. в 1,42 раза, а расходы

населения на медикаменты и изделия медицинского назначения в сопоставимых ценах – в 1,94 раза) [5].

Происходящим процессам способствовала социальная политика в области улучшения общественного здоровья, в частности, принятие ряда стратегических документов, определяющих ее направления. Однако принятых мер было недостаточно.

### Рост заболеваемости

О недостаточности принятых мер можно судить по динамике показателей первичной заболеваемости (число впервые выявленных случаев заболеваний с 1990 по 2014 гг. увеличилось с 96,3 до 115 млн) (табл. 2) и общей заболеваемости населения (рост со 107 до 235 млн болезней за этот же период) [5; 10]. Обращает на себя внимание тот факт, что темп прироста общей заболеваемости выше, чем первичной, что свидетельствует об устойчивой тенденции перехода болезней в хроническую форму. По данным опросов, 11,46% респондентов в возрасте 15 лет и старше имеют хронические заболевания. Средняя продолжительность жизни лиц, страдающих тяжелыми хроническими заболеваниями, очень мала и составляет в России 12 лет (в странах ЕС – 18–20 лет) [11].

В Докладе о человеческом развитии в Российской Федерации за 2013 г. [5] названы факторы, оказывающие влияние на рост заболеваемости:

- широкое распространение табакокурения и злоупотребления алкоголем: 35% взрослого населения (55% мужчин и 18% женщин курят и еще примерно 18% являются пассивными курильщиками (подвергаются регулярному воздействию курения другими лицами)), что значительно выше, чем в большинстве развитых и развивающихся стран, где эта доля колеблется от 12 до 18% [7]. В нашей стране 59% населения старше 15 лет употребляют алкоголь, причем 27% употребляют крепкие спиртные напитки не реже нескольких раз в месяц (для сравнения: в США – 8,4%, Италии – 8,1%, Испании – 11,6%, во Франции – 13,6% [7]);
- помимо алкоголя и курения, большую роль в развитии неинфекционных заболеваний у населения РФ играют такие факторы риска, как артериальная гипертензия, повышенное содержание холестерина в крови, недостаточное потребление фруктов и овощей, ожирение, недостаточная физическая активность и неблагоприятные экологические факторы.

**Таблица 2. Первичная заболеваемость населения по основным классам болезней в 1990–2014 гг., на 1000 чел. (зарегистрировано пациентов с диагнозом, установленным впервые в жизни)**

Болезни	1990	1995	2000	2005	2010	2012	2014
<b>Все заболевания, тыс. случаев</b>	<b>96322</b>	<b>100306</b>	<b>106328</b>	<b>105886</b>	<b>111428</b>	<b>113688</b>	<b>114989</b>
<i>На 1000 человек населения</i>							
<b>Все болезни</b>	<b>651,0</b>	<b>676,0</b>	<b>730,5</b>	<b>743,7</b>	<b>780,0</b>	<b>793,9</b>	<b>787,1</b>
Из них:							
инфекционные и паразитарные	34,9	47,1	44,3	37,3	32,8	32,1	30,8
новообразования	5,5	6,6	8,4	9,5	10,8	11,6	11,6
крови и кроветворных органов	3,6	5,5	3,8	4,5	4,9	4,7	4,7
эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ и иммунитета	1,3	2,7	8,5	9,6	10,2	10,6	11,2
нервной системы и органов чувств	45,8	57,9	15,3	15,3	16,4	16,3	16,2
системы кровообращения	11,2	13,2	17,1	23,0	26,1	26,6	28,8
органов дыхания	336,1	294,1	317,2	294,4	324,0	330,9	333,4
органов пищеварения	27,2	36,1	32,3	35,4	33,4	34,8	36,6
мочеполовой системы	19,6	28,8	37,6	46,1	47,9	49,6	49,0
осложнения беременности, родов и послеродового периода*	36,5	37,7	52,9	63,0	77,2	78,0	78,0
кожи и подкожной клетчатки	35,0	47,9	44,0	49,7	48,2	48,0	46,3
костно-мышечной системы и соединительной ткани	24,8	26,6	30,6	33,3	33,5	33,2	31,8
врожденные аномалии (пороки развития)	0,7	1,1	1,5	1,7	2,1	2,1	2,1
травмы и отравления	85,2	87,7	86,2	90,0	91,7	93,8	90,2

\*На 1000 женщин в возрасте 15–49 лет.

Источник: [2, 10].

### Так называемая «оптимизация»

В 2014–2015 гг. Правительство РФ утвердило комплекс мероприятий, названных оптимизацией системы здравоохранения, цель которых заключалась в повышении доступности и качества медицинской помощи. Предполагалось, что оптимизация будет достигнута путем снижения количества врачей за счет роста врачебной нагрузки и укрупнения медицинских учреждений, роста заработной платы медицинских работников и улучшения оснащённости поликлиник и больниц высокотехнологичным оборудованием. Но спустя полтора года известные врачи,

медицинские эксперты, руководители профильных министерств и ведомств забили тревогу и оценили эти преобразования как непродуманные и даже вредные: впервые за много лет в 2014 г. зафиксирован рост смертности трудоспособного населения, что послужило поводом назвать реформу Минздрава «летальной». На форуме «За качественную и доступную медицину», проходившем 6–7 сентября 2015 г. в Москве, эксперты-врачи Общероссийского народного фронта, отмечая достижения в отечественном здравоохранении (особенно в сфере высокотехнологичной помощи и модернизации оборудования), говорили о снижении качества и доступности медицинской помощи в стране [12].

В 2015 г. Счетная палата подвела итоги оптимизации в сфере здравоохранения [13]. Произошло значительное сокращение медперсонала – за год на 90 тыс. чел., при сохранении высокого уровня совместительства – около 140%. Сокращение медработников в регионах проводится без предварительного планирования и учета возможных последствий, – отметили аудиторы Счетной палаты. В наибольшей степени оно коснулось врачей клинических специальностей – более 19 тыс. чел. Реализуемые мероприятия не учитывали ситуацию в регионах и сложившуюся потребность в медицинской помощи. В первую очередь сокращались коечный фонд и медперсонал в сельских больницах, где медицинское обслуживание переводилось на уровень межрайонных и областных учреждений. Всего на конец 2014 г. по медицинским организациям сокращено 33 757 коек, при этом в районных больницах сокращение проводилось более высокими темпами, чем в областных. В итоге число пролеченных сельских жителей уменьшилось на 32 тыс. чел.

В результате такой «оптимизации» значительно снизилась доступность бесплатного медицинского образования: наиболее острыми для населения стали вопросы организации работы первичного звена, о чем говорят наличие очередей и плохая организация приема пациентов. Действительно, только по данным Росстата, среднее число дней ожидания госпитализации в 2014 г. по сравнению с 2011 г. выросло более чем вдвое, как и число людей, обратившихся за медицинской помощью, но по различным причинам так и не получивших ее. На фоне увеличения численности населения количество посещений врачей в 2014 г. сократилось по сравнению с 2013 г. на 7,7 млн, при этом одновременно

почти на 22% выросло число отказов в вызове «скорой помощи» [14]. Рост внутрибольничной летальности в 2014 г. был отмечен в 61 регионе; в 49 из них число умерших увеличивалось на фоне снижения числа госпитализированных больных [13].

Ограничение доступности бесплатного медицинского обслуживания привело к выдавливаю пациентов из государственного здравоохранения в сторону частной медицины. Часто платные услуги навязываются даже в том случае, когда они должны оказываться бесплатно, в итоге только за 2014 г. стоимость платных услуг перевалила за 450 млрд руб. [4]. Замещение бесплатной медицинской помощи платной прежде всего бьет по карману малообеспеченных слоев населения, проблема усугубляется также ограничением доступа к бесплатным и эффективным лекарствам из-за сокращения средств федерального фонда ОМС в 2015 г. на 11,9 млрд руб. (в 2016 г. планируется урезать фонд уже на 330 млрд руб. [15]) и экономических санкций, а также инфляционных процессов, приводящих к росту цен на лекарства и платные медицинские услуги.

Что же касается повышения зарплат медицинских работников, то, по официальным данным, средняя зарплата российского врача составила в начале 2016 г. 48 тыс. руб. Но согласно опросу Фонда независимого мониторинга «Здоровье», лишь 4% врачей из 5 тыс. опрошенных подтвердили, что получают больше 40 тыс. руб. Педиатр в Ростове получает 12,5 тыс. руб., медсестра в Белгороде – 10 тыс., эндокринолог в Ульяновске – 11 тыс., хирург в Брянске – 18 тыс., фельдшер «скорой помощи» в Иваново – 9 тыс. руб. [16]. Чтобы получать «среднюю зарплату», медицинским работникам надо работать на полторы-две ставки, иметь внушительный стаж и хорошие отношения с главврачом, сокращать время приема пациентов до абсурдного минимума (10–12 минут).

Справедливости ради стоит сказать, что модернизация действительно вывела материально-техническую базу отечественной медицины на новый уровень. Улучшилось техническое оснащение лечебно-профилактических организаций. Если в конце 2005 г. на балансе некоммерческих организаций здравоохранения числилось медицинских основных фондов на сумму 266,8 млрд руб., то в конце 2014 г. – 492,1 млрд руб. (в сопоставимых ценах 2005 г. по полной учетной стоимости).

Если в 2005 г. в хорошем техническом состоянии находилось 65,4% всех медицинских организаций, то в 2014 г. – уже 73,1%, сократился средний возраст медицинского оборудования в некоммерческих организациях – с 10 лет в 2005 г. до 9,7 лет в 2014 г. [10]. Очень многие врачи получили новые возможности, которые прежде ограничивались устаревшим оборудованием. Но сказать, что все средства были потрачены с пользой, к сожалению, нельзя. Передко новое медицинское оборудование простаивает и морально устареваает из-за отсутствия квалифицированных кадров, умеющих применять новые технологии обследования и лечения на практике.

По существу программа «оптимизации здравоохранения» является продолжением политики перехода от так называемой «бюджетной» модели финансирования медицины (суть которой – прямая оплата из бюджета расходов на содержание единой общенациональной сети лечебно-профилактических учреждений) к «страховой» модели, которая начала внедряться в начале 1990-х годов. Эта модель предусматривает оплату через страховых посредников (фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС) и частные страховые компании) каждого обращения за медицинской помощью в лечебно-профилактические учреждения. Теперь около 35% расходов на здравоохранение тратится на содержание региональных отделений ФОМС, еще 10% забирают страховые компании [16]. То есть почти половина бюджета здравоохранения уходит на содержание чиновников.

Отметим, что многие из стран, вошедших в список «Топ-30» стран с высокими показателями качества здоровья, по рейтингу информационного агентства Bloomberg, имеют эффективную и развитую медицину и применяют «бюджетную» модель ее финансирования (табл. 3).

### **Главная проблема – недофинансирование**

Для достижения удовлетворительных показателей здоровья объем государственного финансирования здравоохранения должен быть не менее 6,6% ВВП, что составит 75–80% от общих расходов на медицинские цели. В настоящее время эти расходы не превышают 3,5% ВВП, таким образом, доля государственных расходов на здравоохранение в ВВП в РФ в 2,2 раза меньше, чем в странах ОЭСР (7,6%) (табл. 4).

Таблица 3. «Топ-30» стран-лидеров рейтинга здоровья населения, %

Место в рейтинге	Страна	Уровень здоровья	Общая оценка здоровья	Уровень рисков для здоровья
1	Сингапур	89,45	92,52	3,07
2	Италия	89,07	94,61	5,54
3	Австралия	88,33	93,19	4,86
4	Швейцария	88,29	93,47	5,17
5	Япония	86,83	91,08	4,25
6	Израиль	85,97	91,97	6,0
7	Испания	84,36	91,26	6,9
8	Нидерланды	84,09	88,4	4,31
9	Швеция	83,9	89,37	5,47
10	Германия	83,58	88,81	5,23
11	Кипр	83,29	88,87	5,57
12	Австрия	83,10	89,12	6,02
13	Франция	82,99	88,66	5,68
14	Канада	82,46	88,6	6,14
15	Новая Зеландия	81,79	87,87	6,08
16	Греция	81,63	86,4	4,77
17	Гонконг	81,41	86,1	4,69
18	Норвегия	80,53	86,53	6,01
19	Ирландия	79,91	86,48	6,57
20	Бельгия	77,48	82,88	5,4
21	Великобритания	76,84	82,82	5,98
22	Финляндия	76,69	82,12	5,43
23	Португалия	75,15	81,72	6,57
24	Коста-Рика	74,01	79,39	5,38
25	Словения	73,02	80,29	7,27
26	Дания	72,55	78,3	5,75
27	Чили	72,46	79,34	6,87
28	Куба	72,11	77,26	5,16
29	Южная Корея	71,27	76,08	4,81
30	ОАЭ	70,34	77,31	6,97

■ – страны, использующие «бюджетную» модель финансирования здравоохранения;  
□ – страны, использующие «страховую» модель.

Источник: [17].

Таблица 4. Расходы на здравоохранение в мире в 2013 г.

Страна	% от ВВП		Подошвые, долл.	
	государственные	общие	государственные	общие
США	8,1	17,1	4308	9146
ОЭСР	7,6	12,3	2856	4652
Франция	9,1	11,7	3770	4864
Швейцария	7,6	11,5	6122	9276
Германия	8,7	11,3	3845	5006
Австрия	8,3	11,0	4108	5427
Канада	7,6	10,9	3991	5718
Япония	8,5	10,3	3256	3966
Греция	6,8	9,8	1491	2146
Швеция	7,9	9,7	4629	5680
Нидерланды	7,7	9,7	4904	6145
Норвегия	8,2	9,6	8306	9715
Австралия	6,2	9,4	4069	6110
Финляндия	7,1	9,4	3350	4449
Италия	7,1	9,1	2461	3155
Великобритания	7,6	9,1	3004	3598
Словакия	5,7	8,2	1018	1454
Венгрия	5,1	8,0	672	1056
Чехия	6,4	7,2	1207	1367
Корея	3,8	7,2	1004	1880
Люксембург	5,9	7,1	6680	7981
Польша	4,7	6,7	623	895
Россия	3,5	6,5	460	957
Мексика	3,2	6,2	343	664
Турция	4,3	5,6	471	608

Источник: [18].

Данные таблицы 4 свидетельствуют, что в 2013 г. в России на одного человека из государственных источников тратилось 460 долл. (в текущих ценах), что в 5–6 раз меньше, чем в среднем в развитых странах, и в 2–3 раза, чем в бывших социалистических и странах СНГ. Это означает, что государства с развитой рыночной экономикой более социально ориентированы, чем Россия, в вопросе обеспечения государственных гарантий медицинской помощи. Отметим, что в Советском Союзе в 1960–1970 гг. государственные расходы на здравоохранение, приходящиеся на душу населения, были примерно на уровне США и развитых стран Европы в те годы.

О необходимости роста государственных расходов на здравоохранение для улучшения состояния общественного здоровья говорят результаты корреляционного анализа. Существуют прямая зависимость значений ожидаемой продолжительности жизни и обратная зависимость общего коэффициента смертности от подушевого государственного финансирования здравоохранения. Такие зависимости на основе данных мировой статистики за 2005–2006 гг. в виде линейных функций для государственных расходов на душу населения в диапазоне от 0 до 1500 долл. (по ППС 2006 г.) были получены экспертами Комиссии по разработке концепции развития здравоохранения до 2020 г. [19. С. 34, 35]. Из построенных графиков следует вывод, что для достижения ожидаемой продолжительности жизни 75 лет и общего коэффициента смертности, равного 10, необходимы подушевые государственные расходы на здравоохранение не менее чем 1200 долл. (по ППС 2006 г.), в то время как в РФ данные расходы составили в 2006 г. 471 долл. Нами были получены аналогичные (только в виде степенных функций) зависимости для стран, построенные на информации Мирового банка [18] (2013 г.):  $y=29,67x^{-0,15}$  ( $R^2=0,48$ ) и  $z=61,82x^{0,03}$  ( $R^2=0,62$ ), где  $x$  – государственные подушевые расходы на здравоохранение (текущих долл. США / чел.),  $y$  – общий коэффициент смертности (случаев на 1000 населения) и  $z$  – ожидаемая продолжительность жизни (лет).

Обратная зависимость коэффициента смертности от подушевого государственного финансирования здравоохранения (правда, с более низким коэффициентом детерминации) была обнаружена и на примере российских регионов:  $y=116,95x^{-0,24}$  ( $R^2=0,37$ ). Зависимость построена для 2014 г. по 80 регионам России (исключены республики Дагестан и Ингушетия, в которых низкая смертность объясняется другими факторами (в основном, генетическими и климатическими), а также Чеченская Республика и регионы Крымского ФО, в которых отсутствует достоверная информация).

Подушевые государственные расходы на здравоохранение определялись делением общих расходов консолидированных бюджетов региональных субъектов (с учетом расходов по федеральным медицинским центрам на соответствующей территории, за исключением средств государственных внебюджетных фондов)

на численность населения регионов (на конец 2014 г.) [20. С. 37, 38]. Данные об общих региональных коэффициентах смертности также были предоставлены статистикой Росстата [20. С. 50]. Левую часть полученной нами степенной функции определили такие регионы, как Тверская, Тульская, Псковская и Новгородская области, где отмечаются высокие коэффициенты смертности (более 17 случаев на 1000 населения в 2014 г.) и низкое подушевое финансирование государством сферы здравоохранения (менее 8 тыс. руб./чел.), правую – регионы с относительно невысокой смертностью (с коэффициентами от 5 до 12) и расходами выше 27 тыс. руб./чел. в 2004 г.

Многие авторы отмечают более сложную зависимость между государственными расходами на здравоохранение и ожидаемой продолжительностью жизни. По мнению авторов статьи [21], ожидаемая продолжительность жизни имеет экспоненциальную зависимость от подушевого государственного финансирования здравоохранения, которая до значения 60 лет практически линейна, в интервале от 60 до 75 лет имеет устойчивый прирост и достигает резкого подъема после перехода границы в 75 лет. Таким образом, чтобы дожить до 60 лет, не требуются значительные государственные затраты на поддержание здоровья. Видимо, большую роль в данном возрастном периоде играют частные расходы на медицинские цели (так как население до 60 лет – это дети и трудоспособные граждане), образ жизни и генетический потенциал сопротивляемости организма неблагоприятным условиям. В правую часть полученной авторами экспоненты входят государства, имеющие максимальную ожидаемую продолжительность жизни населения, такие как Япония (82,3 года), Сингапур (82,1), Австралия (81,8), Италия (81,8) и Канада (81,4). В этих странах государственные затраты на здравоохранение варьировались в пределах от 1 500 до 4 400 долл. на душу населения в 2011 г. Государства с наиболее низкими показателями ожидаемой продолжительности жизни образовали левую часть экспоненциальной зависимости: Свазиленд (48,7 лет), Чад (48,3), Нигерия (47,6), Афганистан (45), Ангола (38,8). В этих странах диапазон затрат составил 70–330 долл. на человека.

Г.Э. Улумбекова в работах [22, 23] отмечает обратную зависимость между подушевыми расходами на территориальные программы государственных гарантий (госрасходы на меди-

цинские цели) и уровнем смертности в субъектах РФ, причем прослеживается эта зависимость только с уровня подушевого финансирования более 4,2 тыс. руб. в год (в ценах 2007 г.). Эксперты ВОЗ констатируют, что в бедных странах с низкими затратами на здравоохранение рост медицинских расходов не приводит к сокращению детской смертности, отмечая при этом важность гарантированного финансирования государственных услуг здравоохранения и его положительное влияние на здоровье в развитых странах [24].

Таким образом, исследования показывают, что существует предел минимальных расходов на здравоохранение, ниже которого эта система функционирует неэффективно, а, следовательно, финансовые вложения в нее не приводят к желаемым результатам. Часто в бедных странах наблюдается высокий уровень коррупции, и выделенные деньги оседают в карманах коррумпированных структур. Американский экономист С. Чакраборти [25] предполагает, что такой показатель здоровья, как ожидаемая продолжительность жизни, является возрастающей функцией от общественных затрат на здоровье, описывая при этом «ловушку бедности»: низкие затраты на здоровье и, соответственно, высокая смертность и невысокая продолжительность жизни приводят к низкой норме сбережения, что в свою очередь подразумевает меньшие доходы от сбора налогов и, следовательно, низкие затраты на здоровье.

Реже встречаются работы, в которых опровергается зависимость уровня здоровья от государственного финансирования сферы здравоохранения. По мнению их авторов, объем финансирования не так уж и важен, врач должен уметь ставить диагноз и проводить лечение вне зависимости от уровня материально-технического обеспечения, а болеют и умирают в основном не от тех причин, которые можно было бы предотвратить, а от курения, образа жизни, не способствующего хорошему здоровью, и генетических причин.

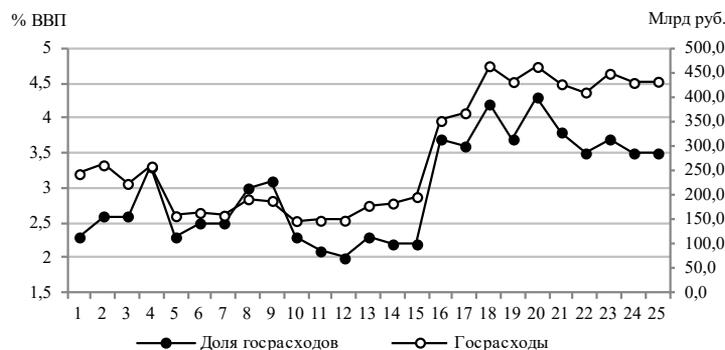
Конечно, своя логика в этих рассуждениях есть. Никто не отрицает многофакторный характер такого сложного явления, как здоровье. По мнению Ю.П. Лисицина [26], на здоровье влияют следующие факторы: образ жизни (49–53% общего влияния всех факторов), генетика (18–22%), окружающая среда (17–20%) и здравоохранение (8–10%). Таким образом, правильнее было бы

строить многофакторные регрессионные модели. Такие исследования также проводятся, например, в работе [27] доказываемая высокая значимость переменной «Доля расходов на здравоохранение в консолидированном бюджете региона» в уравнениях заболеваемости как взрослого, так и детского населения.

Математически обоснованных доказательств отсутствия связи затрат на медицинские цели и характеристик общественного здоровья в литературе не встречается. Хочется вступить в полемику с автором статьи [28], в которой, на первый взгляд, с помощью эконометрической модели доказываемая, что финансовые ресурсы не оказали существенного влияния на результаты деятельности здравоохранения. Однако под этими результатами автор понимает инфраструктурные характеристики оснащенности отрасли здравоохранения – число стационаров, поликлиник, коек, численность медработников и т. д. С этой точки зрения авторская эконометрическая модель позволяет сделать правильные выводы: грамотное и целенаправленное финансирование здравоохранения повышает его эффективность, способствует применению современных технологий диагностирования и лечения, что может привести к сокращению числа врачей, количества койко-мест в стационарах и т. д. Но описываемые «результаты деятельности здравоохранения» на самом деле – все те же ресурсы, только не финансовые, а трудовые и материальные. Под результатами функционирования сферы здравоохранения все же логично понимать показатели, характеризующие улучшение общественного здоровья: рост рождаемости и продолжительности жизни, сокращение смертности и заболеваемости.

В структуре социальных расходов российское здравоохранение на протяжении многих десятилетий, ещё со времён СССР, характеризуется тенденцией к понижению объемов финансирования. По данным Минздравмедпрома РФ, максимальными доли государственных затрат на здравоохранение в ВВП были в СССР в 1960 г. – 6,6% ВВП; в 1970 г. – 6,1%; в 1980 г. – 5,0%; в 1991 г. – 2,6%; в 1994 г. – 2,4%. Снижение 1990-х гг. понятно в связи с кризисом переходного периода. Но начало прошлого десятилетия сопровождалось экономическим ростом в стране, который тем не менее очень слабо отразился на государственных расходах на здравоохранение: в 2004 г. они составили 2,2% ВВП. Государственное финансирование здравоохранения в 2004 г.

в сопоставимых ценах снизилось до 75% от уровня 1991 г. Лишь с реализацией приоритетного национального проекта «Здоровье» с середины 2000-х годов государственные расходы на здравоохранение начинают существенно увеличиваться как в относительном (4,2% ВВП в 2007 г.), так и в стоимостном выражении (рис. 2), однако после 2009 г. снова сокращаются из-за кризисной ситуации в российской экономике, повлекшей за собой дефицит государственного бюджета.



Источник: [5, 10].

Рис. 2. Динамика государственных расходов на здравоохранение в России (правая шкала), млрд руб., до 1998 г. – трлн руб., цены 2000 г., и их доли в ВВП (левая шкала), %

Несмотря на перекалывание нагрузки по финансированию медицинских услуг с государственного уровня на население, усилившееся во время «оптимизации», частные расходы на здравоохранение в России также низки по сравнению с развитыми странами, они составляли в 2013 г. 497 долл. на душу населения (в странах ОЭСР – 1796 долл., см. табл. 4). К сожалению, не наблюдается перспектив для роста частных расходов населения на медицинские услуги, составляющих значительную часть семейных доходов (10–30%), стабильную на протяжении последних лет. Исследователи утверждают, что для большинства россиян дальнейший рост доли затрат на медицинские нужды невозможен, так как в этом случае снижаются затраты на другие жизнеобеспечивающие статьи семейного бюджета (как правило, на качественные продукты питания), что приводит к еще большему ухудшению здоровья.

## Выводы

Таким образом, недостаточное государственное и частное финансирование здравоохранения в России приводит к низким общим затратам в данной сфере. Доля общих затрат на здравоохранение составила 5,4% ВВП в последнее время, что в 2,8 раза меньше этой доли в США (15,3% ВВП), в 1,7 – чем в странах ОЭСР (около 9% ВВП) и в 1,4 раза – чем в странах Восточной Европы и Балтии. Общие затраты на здравоохранение на душу населения в РФ в 2,2 раза меньше, чем в Чехии, в 1,3 раза – чем в Эстонии и Польше, в два раза – чем в Венгрии, а показатели развитых стран для России просто недостижимы (см. табл. 4).

Между затратами на здравоохранение и уровнем социально-экономического развития государства просматривается четкая связь: чем выше уровень экономического развития, тем системы здравоохранения в их структуре социальных расходов становятся всё более затратными. Так, в странах ОЭСР рост затрат на здравоохранение происходит темпами, опережающими экономический рост, что обусловлено рядом факторов: растущим уровнем индустриализации и техногенности среды, что порождает новые риски для окружающей среды и здоровья населения и повышает уровень патологических явлений и хронических заболеваний; а также ростом продолжительности жизни и старением населения.

На фоне общемировых тенденций в России наблюдается не просто отставание финансирования, а отсутствие концепции собственной социальной политики здравоохранения. Необходима научно обоснованная стратегия развития здравоохранения, которая определит объемы и источники его финансирования, приоритетные направления расходования средств, а также установит механизмы, позволяющие эффективно расходовать выделенные средства [22, 29]. Планируемое отсутствие роста государственных расходов на здравоохранение в 2016–2017 гг. приведет к ухудшению показателей здоровья населения. По мнению экспертов, общий коэффициент смертности в РФ в лучшем случае остановится на показателе 13,0 вместо запланированных 12,1 случаев на 1000 чел. населения в 2017 г., а в худшем – вырастет до 13,9 [30]. Все это приведет к ухудшению социальной обстановки в стране и не позволит достичь поставленной Президентом РФ цели – увеличить ожидаемую продолжительность жизни до 74 лет к 2020 г.

## Литература

1. Мировая статистика здравоохранения 2013 г. World health statistics 2013. – ВОЗ, 2014. URL: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/81965/7/9789244564585\\_rus.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/81965/7/9789244564585_rus.pdf?ua=1) (дата обращения: 16.07.2016).
2. Российский стат. ежегодник. 2014.: Стат.сб. / Росстат. – М., 2014. – 693 с.
3. Российский стат. ежегодник. 2015.: Стат. сб. / Росстат. – М., 2015. – 728 с.
4. Балтачева М. За летальную оптимизацию здравоохранения расплачиваются граждане // Взгляд. – 2015. – 6 сент. URL <http://www.vz.ru/politics/2015/9/6/765324.html> (дата обращения: 06.06.2016).
5. Доклад ООН о человеческом развитии в Российской Федерации за 2013 г. «Устойчивое развитие: вызовы Рио» / Под общей ред. С.Н. Бобылева. – М: ООО «РА ИЛЬФ», 2013. – 202 с.
6. Юмагузин В. В. Тенденции смертности от внешних причин смерти в России в 1990–2010 гг. // Russian Journal of Earth Sciences. – 2012. – № 10. – С. 23–43.
7. How's Life? 2015: Measuring Well-being // OECD Report, OECD Publishing, 2015. – Paris. URL: [http://dx.doi.org/10.1787/how\\_life-2015-en](http://dx.doi.org/10.1787/how_life-2015-en) (дата обращения: 16.07.2016).
8. Россия в цифрах. 2016: Крат. стат. сб. / Росстат. – М., 2016. – 543 с.
9. Население России 2012: 20-й ежегодный демографический доклад / Ин-т демографии НИУ «Высшая школа экономики». Отв. ред.: А.Г. Вишневский. – М.: Издательский дом НИУ ВШЭ, 2014. – 412 с.
10. Здравоохранение в России. 2015: Стат. сб. / Росстат. – М., 2015. – 174 с.
11. Доклад ООН о человеческом развитии за 2014 г. «Обеспечение устойчивого прогресса человечества: уменьшение уязвимости и формирование жизнестойкости». URL: <http://ba.one.un.org/content/dam/undp/library/corporate/HDR/2014HDR/HDR-2014-Summary-Russian.pdf> (дата обращения: 16.07.2016).
12. Форум ОНФ по вопросам здравоохранения. URL: <http://onf.ru/forum-onf-po-voprosam-zdravoohraneniya/> (дата обращения: 28.10.2016).
13. Фадеичев С., Бобылев С., Павлова С., Машатин В. Счетная палата проверила оптимизацию в сфере здравоохранения, культуры, образования и социального обслуживания // Счетная палата РФ. URL: [http://www.ach.gov.ru/press\\_center/news/21297](http://www.ach.gov.ru/press_center/news/21297) (дата обращения: 01.06.2016).
14. Кукарцева А. Реформа системы здравоохранения оказалась неэффективной // Комсомольская правда. – 2015. – 14 апр. URL: <http://www.nsk.kp.ru/daily/26366/3248216/> (дата обращения: 28.10.2016).
15. Резник И. Общественная порка // Лига защитников пациентов. – 2015. – 7 сент. URL: [http://ligap.ru/news/news\\_8081.html](http://ligap.ru/news/news_8081.html) (дата обращения: 28.10.2016).
16. Завьялов Ю. За доступную и бесплатную медицину // Домовой совет. – 2016. – № 6. – С. 5.
17. Bloomberg: Рейтинг стран мира по состоянию здоровья их жителей в 2012 году // Гуманитарные технологии. URL: <http://gtmarket.ru/news/2012/08/17/4899> (дата обращения: 04.10.2016).
18. Сайт Мирового банка. URL: <http://www.worldbank.org>
19. Комиссия Министерства здравоохранения и социального развития РФ по разработке концепции развития здравоохранения до 2020 года. 2008. URL: <http://docplayer.ru/84028-Koncepciya-razvitiya-zdravoohraneniya-rf-do-2020-goda.html>
20. Регионы России. Социально-экономические показатели. 2015: Стат. сб. / Росстат. – М., 2015. – 1266 с.
21. Хафизьянова Р. Х., Бурькин И. М., Алеева Г. Н. Сравнительная оценка эффективности систем здравоохранения различных стран // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2013. – Сер. 11. – Вып. 2. – С. 214–221
22. Улумбекова Г. Э. Взаимосвязь финансирования здравоохранения и показателей здоровья населения для РФ. Уроки и рекомендации для России // Экономика здравоохранения. – 2010. – № 3. – С. 30–34.
23. Улумбекова Г. Э. Здоровье населения и здравоохранение в России и Республике Татарстан: анализ проблем и перспективы // Казанский медицинский журнал. – 2010. – Т. 91. – № 3. – С. 297–308.
24. Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2000 г. Системы здравоохранения: улучшение деятельности. – Женева: ВОЗ. 2000. – 232 с.
25. Chakraborty S. Endogenous Lifetime and Economic Growth // Journal of Economic Theory. – 2004. – № 116. – P. 119–137.
26. Лисицин Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 512 с.
27. Тагаева Т. О., Гильмундинов В. М. Статистический анализ влияния факторов риска на ухудшение общественного здоровья // Проблемы прогнозирования. – 2015. – № 1. – С. 105–118.
28. Банин С. А. Финансовые ресурсы и количественные результаты здравоохранения: РФ (эконометрическая модель) // ЭКО. – 2016. – № 11. – С. 63–68.
29. Шилова Л. С. Модернизация российского здравоохранения: вызовы, ожидания и реальность // Вестник Института социологии. – 2013. – № 6. – С. 146–162.
30. Хутаба С. Э. Проблемы финансирования здравоохранения в условиях рыночной реформы. URL: <http://www.scienceforum.ru/2015/969/9926> (дата обращения: 15.10.2016).