


*О.Н. Болдов, В.Н. Иванов, Б.А. Розенфельд, А.В. Суворов* 

### РЕСУРСНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЫ В 90-Е ГОДЫ<sup>1</sup>

*В статье дан общий анализ динамики и структуры ресурсного потенциала социальной сферы. Приведено обоснование статистических расчетов, необходимых для создания базы в последующих исследованиях. Более детально анализируются проблемы здравоохранения: ресурсы, динамика затрат, а также вопросы коммерциализации сферы медицинского обслуживания, в частности, расширения платности медицинского обслуживания.*

В любом развитом обществе существуют виды благ и услуг, потребление которых тем или иным способом гарантируется всему населению. Перечень этих видов благ и услуг может различаться на разных этапах общественно-экономического развития и в зависимости от традиций конкретной страны. Как правило, он включает, прежде всего, услуги социально-культурного характера (просвещение, здравоохранение, культура). Кроме того, существуют группы населения, которые целиком или частично обеспечиваются обществом: дети, нетрудоспособные, безработные, инвалиды. Предоставление обществом указанных благ и услуг и поддержка определенных групп населения обозначается обычно термином «социальная защита». Соответственно под термином «социальная сфера» в дальнейшем понимается система удовлетворения потребностей семей и индивидов, являющихся объектом социальной защиты. Для учреждений, оказывающих бесплатные, льготные и платные услуги, в дальнейшем принят термин «социально-культурная сфера» (СКС). Ресурсы, расходуемые на текущее функционирование соответствующих учреждений обслуживания, капитальные вложения и социальные выплаты в денежной форме (пенсии, пособия и т. д.) называются ресурсами социальной сферы. В терминах системы национальных счетов (СНС) их величину можно определить как сумму трансфертов населению в натуральной и денежной формах<sup>2</sup>.

Прогнозирование динамики услуг и ресурсного потенциала социальной сферы – один из важнейших моментов обоснования показателей проекта федерального бюджета, а также любых программ развития экономики как средне-, так и долгосрочных. Однако в настоящее время преобладает крайне упрощенный подход к обоснованию перспективной динамики отраслей социальной сферы и применяемых в ней ресурсов. Он сводится к рассмотрению данной сферы исключительно как потребителя ресурсов. Следствие этого – хроническое недофинансирование из госбюджета, попытки расширить участие населения в финансировании социальной сферы без учета его возможностей.

Научно обоснованный подход к составлению программы реформирования социальной сферы предполагает:

– обоснование методов измерения динамики выпуска и добавленной стоимости отраслей СКС;

---

<sup>1</sup> Статья подготовлена при финансовой поддержке Российского гуманитарного научного фонда (проект № 00-02-001499а).

<sup>2</sup> В практике составления национальных счетов к трансфертам населению в натуральной форме относится и объем дотаций жилищному хозяйству, возмещающий разницу между издержками эксплуатации жилого фонда и квартирной платой. В данной работе в составе ресурсов социальной сферы и социальных трансфертов в натуральной форме жилищное хозяйство не учитывается.

- анализ объема и структуры задействованных в ней ресурсов: основных фондов, труда, расходов на текущее функционирование ее учреждений;
- разработку методов оценки параметров замещения живого труда основным капиталом в данных отраслях;
- изучение воздействия на уровень ВВП объема и структуры расходов на социальную сферу;
- измерение зависимости между показателями результатов деятельности отраслей социальной сферы (охват населения разными формами образования, заболеваемость и смертность населения) и показателями объема и структуры финансирования этих отраслей.

В статье отражены результаты исследований по первым двум блокам перечисленных проблем.

**Динамика физических объемов валового выпуска и добавленной стоимости отраслей СКС.** Согласно данным Госкомстата России, валовый выпуск *нерыночных* услуг отраслей СКС изменялся в 1991-1998 гг. следующим образом (%):

	1991 г.	1992 г.	1995 г.	1996 г.	1997 г.	1998 г.
Здравоохранение	100,0	96,7	97,2	99,0	97,3	97,0
Образование и культура	100,0	98,3	93,6	87,7	86,8	85,2

Таким образом, к 1998 г., по данным Госкомстата России, достаточно ощутимо уменьшились лишь услуги образования и культуры, объем же услуг здравоохранения находился практически на уровне 1991 г. Такую же динамику имели и объемы социальных трансфертов населению в натуральной форме. Общее сокращение *нерыночных* услуг СКС значительно меньше, чем официальные цифры падения ВВП (39,2%) и денежных доходов (50%) и расходов населения на товары и платные услуги (21%). Именно это является основанием для широко распространенной точки зрения о необходимости сокращения сохраняющегося большого объема социальных обязательств государства в условиях сужения объема государственных доходов.

На наш взгляд, приведенные выше показатели отражают не фактическую ситуацию, а неадекватную ее статистическую оценку.

В СНС услуги отраслей образования, здравоохранения и культуры подразделяются на рыночные (реализуемые по экономически значимым ценам) и *нерыночные* (предоставляемые бесплатно либо по символическим ценам). Для *нерыночных* услуг существует особая проблема их оценки и измерения динамики физического объема. Валовый выпуск *нерыночного* сектора определяется путем суммирования текущих расходов по всем источникам финансирования и оценки потребления основного капитала. Вычитанием из его величины затрат, относимых на промежуточное потребление, определяется величина добавленной стоимости, входящая в счет производства ВВП. Для динамики *нерыночных* услуг в сопоставимых ценах Госкомстат России использует натуральные индикаторы, характеризующие основные виды деятельности соответствующих отраслей и учреждений (например, численность детей, обучающихся в школах, – для переоценки добавленной стоимости в отрасли «образование» [1, с. 162]). Динамика добавленной стоимости принимается идентичной динамике валового выпуска.

Несомненно, что подход, применяемый Госкомстатом, правомерен, когда речь идет именно о расчетной динамике физического объема потребленных услуг. Однако на их основе неправомерно делать заключения о динамике масштабов обязательств государства, связанных с оказанием населению этих услуг. *Обязательства* характеризуются величиной бюджетных расходов – *объемом затрачиваемых ресурсов*. Поэтому для анализа динамики объема предоставленных государством *нерыночных* услуг, характеризующих его обязательства (направляемые в эти сферы

ресурсы), требуется совершенно иная расчетная процедура. А именно, необходимо переводить в сопоставимые цены с помощью соответствующих индексов цен все статьи расходов по элементам – топливо, коммунальные услуги, оплата труда, оборудование, инвентарь и т. п. – при оказании нерыночных услуг. Динамика добавленной стоимости нерыночных услуг рассчитывается при этом методом двойного дефлятирования, т. е. вычитанием из валового выпуска промежуточного потребления, также переоцененного в сопоставимые цены.

Измерение в сопоставимых ценах реально осуществляемых расходов государства дает принципиально иную картину, чем оценки Госкомстата России, рассчитываемые по численности потребителей услуг. В результате наших расчетов на основе данных о структуре бюджетных расходов, счетов сектора госучреждений и показателей МОБ за 1995 г. получена следующая динамика нерыночных услуг образования и здравоохранения в 1991-1998 гг., оцененная методом дефлятирования издержек (%):

	1991 г.	1992 г.	1995 г.	1996 г.	1997 г.	1998 г.
<i>Образование</i>						
Валовый выпуск	100	62	45	45	52	38
Добавленная стоимость	100	59	41	41	48	29
<i>Здравоохранение</i>						
Валовый выпуск	100	41	42	46	55	30
Добавленная стоимость	100	38	39	43	52	27

Таким образом, расходы государства по предоставлению населению бесплатных услуг образования и здравоохранения сократились к 1998 г. в значительно большей степени, чем денежные доходы и совокупные расходы самого населения на оплату товаров и услуг. Соответственно беспочвенны утверждения о сохранении значительного бремени социальных обязательств, будто бы давящих на государство, завышенная оценка которых – результат методологического недоразумения.

**Механизм формирования ресурсов и структура финансирования социальной сферы в 90-е годы.** В соответствии с методологией СНС анализ проводится по следующим институциональным секторам: государственный бюджет; внебюджетные фонды; предприятия и организации; население. Государственное финансирование социальной сферы осуществляется через государственный бюджет и внебюджетные фонды социального назначения.

В течение рассматриваемого периода структура финансирования социальной сферы претерпела существенные изменения (табл. 1). Напомним, что население возмещает часть расходов на содержание учреждений СКС (например, доплата за учебу детей в школе и т. п.) и оплачивает полностью некоторые виды их услуг. Поэтому *полный объем* ресурсов социальной сферы, как отмечалось выше, может быть исчислен как сумма социальных трансфертов в натуральной и денежной формах и денежных расходов населения на оплату услуг СКС.

Таблица 1

Структура полного объема ресурсов для текущего функционирования социальной сферы в 1991-1999 гг., %\*

Источник финансирования	1991 г.	1992 г.	1993 г.	1994 г.	1995 г.	1996 г.	1997 г.	1998 г.	1999 г.
Государственный бюджет	92,4	51,2	45,6	49,8	46,3	45,8	42,9	41,6	39,6
Внебюджетные фонды	0,0	43,4	44,8	43,8	46,0	46,5	47,1	47,3	48,5
Предприятия и организации	5,5	3,5	7,5	3,9	4,0	3,3	4,5	3,7	3,5
Население	2,2	2,0	2,0	2,5	3,8	4,5	5,4	7,4	8,5
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

\* Приведенные выше показатели финансирования СКС учтены без потребления основного капитала, поскольку его величина является расчетной и не отражает реальных финансовых потоков.

Как показывают данные табл. 1, после 1992 –1993 гг. доля средств населения в общих ресурсах социальной сферы стала неуклонно расти и достигла примерно 10% от уровня социальных трансфертов. Соответственно по отношению к бесплатным услугам СКС сумма расходов населения составляет около 20%.

Рассмотрим далее структуру финансирования СКС (табл. 2).

Таблица 2

Структура ресурсов СКС в 1991-1999 гг., %

Источник финансирования	1991 г.	1992 г.	1993 г.	1994 г.	1995 г.	1996 г.	1997 г.	1998 г.	1999 г.
Государственный бюджет	94,4	52,2	46,6	51,1	48,1	48,0	45,4	44,9	43,3
Внебюджетные фонды	0,0	44,3	45,7	44,9	47,8	48,6	49,8	51,1	52,9
Предприятия и организации	5,6	3,5	7,7	4,0	4,1	3,4	4,8	4,0	3,8

Если исключить из рассмотрения 1991 г., когда внебюджетные фонды отсутствовали, то основная тенденция анализируемого периода проявилась в постепенном снижении доли государственного бюджета, росте доли внебюджетных фондов, практически стабильной доле предприятий и организаций в общих ресурсах социальной сферы. Данная тенденция окончательно сформировалась в 1994 г., когда начала функционировать система обязательного медицинского страхования (ОМС).

**Динамика и структура капитальных ресурсов отраслей СКС в 1991-1998 гг.**

Параллельно со снижением совокупных текущих расходов на отрасли СКС в 90-е годы происходило и падение капитальных вложений в эту сферу. Как показывают отчетные данные, общая их сумма сократилась к 1998 г. по сравнению с 1991 г. примерно в 3 раза. При этом наиболее существенный их спад имел место в сфере образования. Так, динамика капитальных вложений в отрасли СКС за этот период составила (в сопоставимых ценах):

	1992 г.	1993 г.	1994 г.	1995 г.	1996 г.	1997 г.	1998 г.
Здравоохранение	81	87	70	67	50	51	47
Образование	69	56	42	34	22	22	21
Культура и искусство	64	63	85	87	63	64	59

Динамика вводов отдельных, наиболее значимых видов объектов СКС за счет нового строительства характеризуется более существенным падением, что дает основания для вывода о росте в анализируемом периоде капиталоемкости вновь вводимых мощностей. Этот рост был, видимо, наименьшим в образовании:

	1991 г.	1997 г.	1998 г.	1998 г./1991 г., %
Общеобразовательные школы, тыс. мест	396	155	123	31
Детские дошкольные учреждения, тыс. мест	147	11	7,7	5
Больницы, тыс. коек	22	8,2	7,3	33
Поликлиники, тыс. посещений в смену	86	27,1	21,3	25

В технологической структуре капитальных вложений в 90-е годы по сравнению с дореформенным периодом также произошли достаточно существенные изменения. Если в 1986-1990 гг. доля оборудования в капитальных вложениях составляла около 18%, то усредненное ее значение в 1992-1997 гг. – около 9%. Соответственно увеличилась доля строительно-монтажных работ и прочих капитальных затрат (особенно удельный вес последних).

Однако такие структурные сдвиги не могут быть однозначно оценены как негативные. Они отражают и определенное перераспределение источников поступления основных фондов. Как известно, ввод новых основных фондов осуществляется не только за счет капитальных вложений, но и за счет приобретения оборудования и инвентаря (относимых к основным средствам), не включаемых в соответствии с правилами стати-

## Ресурсный потенциал социальной сферы в 90-е годы

стического учета в капитальные вложения. С учетом этой статьи доля оборудования в суммарных капитальных затратах была значительно выше.

Сравнение усредненных оценок доли оборудования в капитальных вложениях и в суммарных расходах на пополнение основных фондов СКС в 1992-1997 гг. показывает следующую долю оборудования (%):

	В капитальных вложениях	В суммарных расходах на пополнение основных фондов
Здравоохранение	11,8	22,0
Образование	8,3	25,1
Культура и искусство	6,6	9,8

Такие различия обусловлены тем, что расходы на оборудование, не входящие в капитальные вложения, по отношению к величине последних составляли на анализируемом интервале значительную величину – прежде всего в здравоохранении и образовании (около 30%). В то же время в конце 80-х годов это соотношение составляло 10-15%. Частично это следствие того, что свертывание объемов нового строительства происходило на фоне относительно незначительного уменьшения сети больниц и средних школ, поддержание функционирования которых даже в условиях жестких бюджетных ограничений связано с необходимыми расходами на приобретение оборудования (хотя в реальном выражении они также уменьшились). Одновременно замедлилось выбытие основных фондов, что в конечном счете привело к практически стабильной их величине и даже некоторому увеличению на протяжении 90-х годов. Динамика основных фондов отраслей СКС в 1991-1998 гг. и их абсолютный уровень на душу населения в 1998 г. выражены следующими показателями (% к 1991 г.):

	1995 г.	1997 г.	1998 г.	1998 г., руб. на душу
Здравоохранение	105,1	104,3	103,8	1901
Образование	104,6	101,4	100,4	2782
Культура и искусство	102,8	94,4	91,9	764

Как показывают расчеты<sup>3</sup> по результатам переоценок основных фондов, их видовая структура изменилась за эти годы крайне незначительно (табл. 3); доля оборудования несколько возросла во всех отраслях. Для отраслей образования и здравоохранения это обусловлено более высокой долей активной части фондов как во вновь вводимых фондах, так и поступающих по прочим источникам. Что касается культуры и искусства, то указанный рост связан исключительно с поступлением фондов по прочим источникам.

Таблица 3

Видовая структура основных фондов отраслей СКС в 1991-1998 гг., % к итогу

Основные фонды	1991 г.	1995 г.	1998 г.	1991 г.	1995 г.	1998 г.	1991 г.	1995 г.	1998 г.
	Здравоохранение			Образование			Культура и искусство		
Машины, оборудование и инвентарь	21,8	24,2	25,0	11,0	11,9	12,0	22,0	22,5	22,4
Здания, сооружения и передаточные устройства	74,1	71,9	71,0	87,0	86,1	85,8	72,0	69,8	69,9
Прочие	4,1	3,9	4,0	2,0	2,0	2,2	6,0	7,6	7,7

В целом можно констатировать, что нынешний уровень накопленных основных фондов отраслей СКС крайне низок, а их видовая структура отражает ограниченность применения современной техники и новых технологий. Расчеты, проводившиеся в конце 80-х годов в Институте народнохозяйственного прогнозирования РАН в ходе разработки Комплексной программы НТП СССР на 1991-2010 гг., показали, что на протяжении 90-х годов лишь для решения наиболее острых проблем модернизации отраслей социально-культурного обслуживания потребовался бы примерно вдвое больший объем основных фондов этого сектора, а до 2010 г. по отдельным отраслям это увеличение должно было быть 3-4-кратным. Одновременно следовало удвоить долю оборудования. Такой прирост основных фондов должен был означать, прежде всего, увеличение удельной капиталоемкости мощностей. Учитывая, что современное состояние основных фондов в целом ухудшилось по сравнению с концом 80-х годов, приведенные оценки сохраняют свою значимость для прогнозных исследований.

Оценка современного уровня обеспеченности основными фондами СКС возможна и путем международных сопоставлений. Однако проведение такого рода

<sup>3</sup> Расчеты выполнены в сопоставимых ценах 1995 г.

расчетов сопряжено с решением значительного числа статистических проблем: достижение сопоставимости классификации отраслей, переоценка в единую валюту и т. д. В данном случае ограничимся результатами ориентировочных расчетов, основанных на использовании данных об основном капитале отраслей образования и здравоохранения США и Западной Европы, и паритетах покупательной способности валют по валовому накоплению основного капитала. По нашим оценкам, в настоящее время соотношение уровней основного капитала данных отраслей на душу населения в России и в США равно примерно 1:9, а в России и в Западной Европе – 1:6; 1:8. Отставание России от развитых стран по уровню накопленного основного капитала СКС существенно выше, чем по текущему потреблению населения. При всей возможной неточности приведенных оценок они хорошо согласуются с описанными выше результатами расчетов для КП НТП СССР и показывают, что задача наращивания инвестиций в эту сферу даже более важна, чем подъем текущего потребления широких слоев населения.

**Расходы общехозяйственные и связанные с технологией оказания услуг.** Важный аспект исследования ресурсного потенциала СКС – анализ структуры расходов (как текущих, так и капитальных) с точки зрения их связи с применяемыми здесь технологиями. Разделение расходов, хотя бы приблизительное, на 2 группы – общехозяйственные и связанные с технологией – имеет практическую и научную ценность. Так, при изучении взаимосвязи уровня расходов в данной отрасли СКС и конечных результатов ее функционирования в принципе необходимо пользоваться именно показателями «расходов на технологические цели», поскольку вариация уровня общехозяйственных расходов не влияет на эти результаты. Представленные ниже оценки являются предварительными и основываются на структуре расходов по статьям бюджетной классификации.

Доля бюджетных расходов на образование и здравоохранение, связанных с технологией оказания услуг, равнялась (%):

	1995 г.	1996 г.	1998 г.
Образование	64,9	66,0	67
Здравоохранение	75,5	64,5	69

Как показывают приведенные цифры, в то время как в образовании доля «технологических» затрат практически стабильна, в здравоохранении она варьировала достаточно сильно. Видимо, построение длительных временных рядов таких показателей может внести определенные коррективы в сложившиеся представления о динамике ресурсного потенциала социальной сферы.

Более точные и детальные расчеты могут быть выполнены на основе совместного использования информации о исполнении государственного бюджета и дробного межотраслевого баланса, разрабатываемого раз в 5 лет (такая разработка выполнена Госкомстатом России за 1995 г.). К текущим расходам, связанным с технологией, отнесены оплата труда с начислениями, командировочные расходы, приобретение предметов снабжения и расходных материалов, часть прочих расходов, представляющая собой расходы на оплату труда с начислениями, не отражаемую в прямых расходах – эта величина может быть определена лишь приближенно; ориентиром при ее определении служила разность между долей оплаты труда с начислениями в валовом выпуске отраслей и соответствующей долей в текущих расходах бюджета (она составляет примерно 10 п.). Расходы капитального характера представлены затратами на оборудование и инвентарь и оборудованием в составе капитальных вложений.

**Общие итоги анализа динамики и структуры ресурсного потенциала социальной сферы.** Резюмируя приведенные результаты расчетов, можно утверждать, что сложившуюся в 90-е годы ситуацию с ресурсным обеспечением отраслей социальной сферы нельзя назвать иначе, как их деградацией. Большинство учреждений этих отраслей сохраняется лишь «благодаря» сокращению до минимума уровня оплаты труда работников (средняя заработная плата в здравоохранении, образовании и культуре не превышает величину прожиточного минимума), многомесяч-

ным задержкам с выплатой зарплаты, неплатежам (в частности, коммунальным) и значительному снижению качества обслуживания.

Коммерциализация отраслей социальной сферы – перенос на население расходов на эти отрасли – была одной из основных составляющих социальной политики в 90-е годы. В противоположность этому в западных странах на протяжении последних 50 лет доминирует тенденция социализации услуг образования и здравоохранения, увеличения доли общественного финансирования в общем объеме финансирования этих отраслей. Тенденция эта объективно обусловлена: с одной стороны, теми качественными изменениями в системах здравоохранения и образования, следствием которых является как общее удорожание соответствующих услуг, так и рост дифференциации стоимости разных их видов, с другой – тем, что потребности людей в этих услугах сильно дифференцированы, в том числе и каждого человека в разные периоды его жизни (например, из всего объема медицинской помощи ежегодно около двух третей приходится на 10% населения, в основном пожилых). Именно поэтому признанным принципом построения, например системы здравоохранения, является широкое использование механизма перераспределения средств: от молодых к пожилым, от богатых к бедным, от здоровых к больным. Кроме того, в современных условиях уровень образования и здоровья населения – важнейшие факторы, определяющие прогресс страны. Поэтому во всем мире услуги соответствующих отраслей рассматриваются преимущественно как социальные, а не экономические блага.

*Динамика услуг и ресурсы здравоохранения.* Проявлениями кризиса отрасли стали значительное увеличение в последние 10 лет заболеваемости и смертности населения, а также малопродуктивные попытки реформировать здравоохранение путем формального копирования элементов коммерческих и страховых систем медицинского обслуживания. Этим определяется актуальность исследований, направленных на совершенствование методологии макроэкономического анализа и прогноза основных показателей развития здравоохранения, в том числе разработку методов оценки динамики услуг здравоохранения, спроса на эти услуги, взаимосвязи объемов и структуры финансирования здравоохранения и конечных результатов его функционирования. Без этого практически невозможно выявить реальные проблемы здравоохранения и предложить обоснованные способы их решения. Крайне важен анализ зарубежного опыта, в том числе учет как общемировых тенденций здравоохранения, так и специфики функционирования его систем, различающихся способами их организации и финансирования.

Общемировой тенденцией здравоохранения является смена так называемых эпидемиологических революций. К середине XX столетия в развитых странах практически завершилась – во многом благодаря организации здравоохранения – первая эпидемиологическая революция, которая характеризовалась значительными успехами в борьбе с излечимыми по своей природе болезнями. Одним из основных результатов завершения этой революции стало значительное снижение смертности, в первую очередь детской, и смертности в трудоспособном возрасте. В итоге в большинстве развитых стран средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении, являющаяся наиболее адекватной обобщающей характеристикой уровня смертности во всех возрастах, увеличилась примерно до 70 лет.

Вторая эпидемиологическая революция означала смену стратегии «лечения до выздоровления» стратегией профилактики и «отдаления фатальных осложнений» длительно текущих хронических заболеваний (атеросклероз, болезни, связанные с обменом веществ и др.). В системе собственно медицинского обслуживания такое направление требует оснащения медицинских учреждений новейшей аппаратурой и увеличения численности занятых в здравоохранении, стимулирует быстрое раз-

витие медицинской науки и фармацевтического производства. Все это приводит к значительному удорожанию медицинской помощи. Динамика расходов на здравоохранение становится своего рода индикатором динамики медицинских услуг того качества, которое необходимо для решения проблем второй эпидемиологической революции. Показателен в этой связи факт, что во всех развитых странах во второй половине XX века наблюдался быстрый рост расходов на здравоохранение, а средняя продолжительность жизни в большинстве этих стран увеличилась до 75-77 лет к концу 80-х и до 77-80 лет к концу 90-х годов.

В Советском Союзе проблемы первой эпидемиологической революции также были решены достаточно успешно. В первую очередь это касалось профилактики и лечения инфекционных заболеваний, значительного снижения детской смертности. Средняя продолжительность жизни увеличилась с 43 лет в 1926-1927 гг. (данные по европейской части РСФСР) до 68,6 лет в 1958-1959 гг., что почти соответствовало уровню развитых стран. Однако завершить вторую эпидемиологическую революцию не удалось. С середины 60-х годов средняя продолжительность жизни практически не увеличивалась, а в отдельные периоды даже снижалась (1964-1965 гг. – 70,4 лет; 1970-1971 гг. – 69,4; 1974-1975 гг. – 68,8; 1980-1981 гг. – 67,7; 1985-1986 гг. – 69,0; 1990 г. – 69,3).

Ответственность за подобную ситуацию, конечно, несет не только здравоохранение. Продолжительность жизни определялась значительно более высокой по сравнению с другими развитыми странами смертностью от внешних воздействий: несчастные случаи, отравления, травмы, убийства, самоубийства. Данная причина смерти, которая лишь отчасти может объясняться недостатками организации экстренной медицинской помощи, была и остается в настоящее время в России главной причиной смерти мужчин в трудоспособном возрасте. Как показывают расчеты, без учета смертности от внешних воздействий показатель средней продолжительности жизни в РСФСР был на 3-4 года выше, примерно на столько же была ниже разность в средней продолжительности жизни женщин и мужчин (по последнему показателю Россия, как известно, опережает практически все страны мира). Так, в 1989 г. средняя продолжительность жизни населения РСФСР составляла 69,6 лет (мужчины – 64,2, женщины – 74,5). При исключении из расчетов смертности от внешних воздействий средняя продолжительность жизни всего населения составляла бы 72,7 года, в том числе мужчин – 68,9, женщин – 75,8 лет. Заметим также, что при исключении из расчетов указанной причины смерти отставание России от других развитых стран по показателю средней продолжительности жизни не превышало в конце 80-х годов 4-6 лет, хотя и увеличивалось в 70-е – первой половине 80-х годов. В первую очередь это происходило за счет того, что на высоком уровне, существенно превышавшем показатели других развитых стран, оставалась смертность от хронических заболеваний (в основном болезней системы кровообращения), в том числе в более молодых возрастных группах. Высокими темпами росла в 70-е – 80-е годы и численность инвалидов, признанных таковыми в связи с хроническими заболеваниями.

Все это свидетельствовало о менее эффективном – по сравнению с развитыми странами – функционировании отечественного здравоохранения. Это относится к здравоохранению как в широком смысле, включая систему различных социально-экономических мероприятий по профилактике хронических заболеваний, так и в узком, включая собственно медицинские учреждения, фармацевтическое производство, производство медицинской техники, соответствующие научные исследования, т. е. «медицинскую индустрию», ответственную за своевременную диагностику и отдаление фатальных осложнений хронических заболеваний.

Сравнение показателей расходов на здравоохранение в СССР и других развитых странах (в качестве обобщающего показателя используют обычно долю рас-



ходов на здравоохранение в ВВП или ВВП страны) свидетельствует о том, что в СССР доля расходов на здравоохранение в ВВП была значительно ниже и в 70-х – первой половине – 80-х годов практически не росла, оставаясь на том уровне, который большинство развитых стран превзошло уже в середине XX столетия. Расходы на здравоохранение в СССР и развитых странах составили (% к ВВП):

	1970 г.	1980 г.	1985 г.	1990 г.
Развитые капиталистические страны <sup>4</sup>	5,5	7,3	7,6	7,8
СССР <sup>5</sup>	3,1	3,1	3,0	3,6

Из-за недостаточного финансирования здравоохранения оснащенность медицинских учреждений современной диагностической и лечебной аппаратурой оставалась в течение 70-х – начале 80-х годов на крайне низком уровне. Для большинства из них были практически недоступны эндоскопические и ультразвуковые методы исследования, не говоря уже о коронарографии, длительном ЭКГ-мониторировании, компьютерной томографии. Количество производимых в СССР хирургических операций по лечению ишемической болезни сердца было на несколько порядков ниже, чем в других развитых странах. Весьма низка была и обеспеченность населения лекарственными препаратами: достаточно указать, что даже по официальным данным заявки на сердечно-сосудистые препараты удовлетворялись лишь на 40-60% [4, с. 491].

Со второй половины 60-х и до начала 80-х годов техническая и технологическая оснащенность лечебных учреждений практически не изменилась. Расчеты показывают, в частности, что доля материальных затрат в общих расходах на здравоохранение снизилась с 28% в 1965 г. до 22% в 1980 г. Еще более показательны расчеты затрат на приобретение оборудования. Их доля в общих расходах на здравоохранение с 1970 по 1980 г. практически не изменилась, составляя всего около 2%. Период с конца 60-х до начала 80-х годов был, по сути, периодом стагнации советского здравоохранения, что не могло не сказаться на конечных результатах его деятельности.

Ситуация начала меняться только в 80-х годах, особенно во второй их половине: доля расходов на здравоохранение в ВВП выросла с 1985 по 1990 г. в 1,2 раза. Расходы на приобретение оборудования в общих расходах на здравоохранение увеличились в 1990 г. по сравнению с 1980 г. почти в 3 раза, а в расчете на одну больничную койку – в 4 раза.

Можно считать, что именно в 80-е годы в отечественном здравоохранении началось освоение современных медицинских технологий, укрепление и обновление его материально-технической базы. В первую очередь – путем создания системы оснащенных современной аппаратурой национальных медицинских центров, профилированных по видам заболеваний и играющих важную роль, во-первых, как центров освоения и разработки новых технологий и во-вторых, как лечебных учреждений, оказывающих медицинскую помощь пациентам со сложными видами патологии, направляемым в эти центры местными учреждениями здравоохранения. Стала разворачиваться в крупных городах и сеть филиалов этих центров. Значительно выросла также сеть амбулаторно-поликлинических учреждений, существенно увеличились масштабы проводимых ими профилактических осмотров, позволяющих осуществлять раннюю диагностику хронических заболеваний.

Период интенсивного развития советского здравоохранения был, к сожалению, очень непродолжительным. Тем не менее именно в этот период произошли определенные позитивные изменения в смертности от хронических заболеваний, которые являются основной причиной смерти при второй эпидемиологической революции. Обобщенной характеристикой смертности от хронических заболеваний являются данные об ожидаемой продолжительности жизни без учета смертности «от внешних воздействий».

	1984-1985 гг.	1985-1986 гг.	1986-1987 гг.	1988 г.	1989 г.	1990 г.
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в СССР, лет						
с учетом смертности от внешних воздействий	68,1	69,0	69,8	69,5	69,5	69,3
без учета смертности от внешних воздействий	71,1	71,2	71,3	72,0	72,3	72,2

Приведенные данные представляют, на наш взгляд, интерес с точки зрения интерпретации результатов известной антиалкогольной кампании середины 80-х годов. Общепризнан факт, что определяющее воздействие на динамику ожидаемой продолжительности жизни при рождении в 1985-1987 гг. (при учете смертности от всех причин) оказало значительное снижение смертности от внешних воздействий (см., например, [5]). Вместе с тем одновременно со снижением смертности от всех причин снижалась и смертность от хронических заболеваний. Более того, послед-

<sup>4</sup> В среднем по 18 странам (14 стран Европы, Австралия, Канада, США, Япония). Рассчитано по [2].

<sup>5</sup> Расходы из государственного бюджета и других источников на здравоохранение и физическую культуру (доля последней незначительна). Рассчитано по [3].

няя продолжала снижаться – причем более высокими темпами – и после 1987 г., когда антиалкогольная кампания, по сути, сошла на нет, в результате смертность от внешних воздействий снова начала расти. Подобную динамику можно объяснить именно рассмотренными выше изменениями в деятельности здравоохранения, но никак не антиалкогольной кампанией, которой некоторые демографы пытаются объяснить динамику смертности не только в конце 80-х, но и в 90-х годах ([6]).

С 1992 г. здоровье населения России характеризуется стремительным ухудшением. Средняя продолжительность жизни за первые 3 года реформ сократилась на 5 лет (1991 г. – 69,0; 1994 г. – 64,0), что отражает беспрецедентный для мирного времени рост смертности населения. Смертность (число умерших на 1000 чел. населения) увеличилась за эти годы с 11,4 до 15,7, или более, чем на треть. Самыми высокими темпами росла смертность в более молодых возрастных группах: смертность в трудоспособном возрасте возросла с 1991 по 1994 г. более чем на две трети. При этом такой рост не был обусловлен лишь динамикой смертности от внешних воздействий: ее доля в общей смертности населения в трудоспособном возрасте за эти годы практически не увеличилась. С 1995 г. смертность начала снижаться, однако темпы снижения были незначительными (в 1998 г. показатель смертности был на 20% выше, чем в 1991 г.), а период снижения – непродолжительным: до IV квартала 1998 г. С 1999 г. возобновился быстрый рост смертности, а ее уровень в январе-августе 2000 г. в годовом исчислении практически достиг уровня 1994 г. В настоящее время разница в средней продолжительности жизни населения РФ и населения экономически развитых стран достигла 12-15 лет.

Значительно увеличилась в 90-е годы заболеваемость инфекционными и паразитарными болезнями. Заболеваемость активным туберкулезом увеличилась более чем в 2 раза, сифилисом – более чем в 30 раз. Вдвое и более возросла и смертность от инфекционных заболеваний. В России начался, по сути, возврат к типам патологии, характерным для первой эпидемиологической революции. Что касается современных заболеваний, то здесь ситуация также значительно ухудшилась. Особенно это касается увеличения смертности от хронических заболеваний (системы кровообращения, органов дыхания и пищеварения), причем в наибольшей степени (в 1,5-2,0 раза) – в трудоспособном возрасте. Резко возросла (в 7 раз) заболеваемость наркоманией. Значительно увеличилась – треть и более от числа новорожденных – доля детей, родившихся больными, что ухудшает прогноз состояния здоровья населения России на длительную перспективу.

Серьезное ухудшение состояния здоровья населения России в 90-е годы в значительной степени было обусловлено существенным ухудшением социально-экономической ситуации в стране. В первую очередь – падением жизненного уровня населения и сопровождающим его усилением социальной напряженности. По данным экспертов, уже в 1993 г. «около 40% населения отмечали стрессовые ситуации, следствием которых могут быть серьезные отклонения в здоровье» [7, с. 35]. Показательно в этой связи, что быстрый рост смертности (в 1992-1994 гг. и 1999-2000 гг.) следовал за резким падением уровня доходов населения. Значительное снижение доходов большинства населения привело и к ухудшению структуры питания, сокращению возможностей полноценного отдыха. В то же время, как показывает анализ, свой «вклад» в ухудшение состояния здоровья населения внесло и разрушение системы отечественного здравоохранения.

Оценка динамики услуг здравоохранения по показателю доли расходов на него в ВВП (ВНП) страны корректна лишь при условии роста последнего и отсутствия значительных различий в динамике цен и тарифов по отдельным статьям расходов. Для российского здравоохранения эти условия в 90-х годах отсутствовали. По этой причине при очевидных проявлениях упадка российского здравоохранения в пореформенный период динамика доли расходов на здравоохранение в ВВП не отражала реальной ситуации в этой отрасли. Как уже отмечалось, более корректно оценивать динамику медицинских услуг посредством дефлятирования показателей расходов по отдельным статьям бюджетной классификации.

## Ресурсный потенциал социальной сферы в 90-е годы

Используя показатели расходов на здравоохранение по статьям бюджетной классификации расходов в 1991 г., индексы цен и тарифов в 1992-1999 гг. по этим статьям и показатели расходов на здравоохранение в эти годы, нами были рассчитаны индексы-дефляторы общих расходов на здравоохранение и показатели динамики этих расходов в 1992-1999 гг. по отношению к расходам 1991 г. Расчеты проводились применительно к расходам социальных фондов (государственный бюджет и средства фондов обязательного медицинского страхования), т.е. в них не учитывались расходы на санаторно-оздоровительные учреждения (исключая туберкулезные и детские санатории Минздрава РФ), а также расходы на лечебные учреждения из средств предприятий. По данным учреждениям отсутствует информация о исходной (1991 г.) структуре расходов. Исключение указанных учреждений несколько приукрашивает реальную динамику всех расходов на здравоохранение, так как доля расходов на эти учреждения в общих расходах на здравоохранение из социальных фондов (включая средства предприятий) значительно сократилась в 90-е годы, в том числе в результате свертывания сети санаторно-оздоровительных учреждений и передачи медицинских учреждений предприятий на баланс местных органов власти.

Рассчитанные нами показатели расходов на здравоохранение за 1991-1999 гг. позволяют оценить глубину кризиса, в котором оказалось сейчас отечественное здравоохранение. Для сравнения приводятся и показатели расходов на здравоохранение, исчисленные через их долю в ВВП.

	1991 г.	1992 г.	1993 г.	1994 г.	1995 г.	1996 г.	1997 г.	1998 г.	1999 г.
Расходы социальных фондов на здравоохранение в 1991-1999 гг., % к 1991 г.									
всего	100	41	53	55	42	46	55	30	33
в том числе государствен- ный бюджет	100	41	47	44	33	35	42	22	24
Доля к ВВП	2,6	2,4	3,4	3,9	3,3	3,4	3,9	3,2	3,1

Как видно из приведенных данных, расходы на здравоохранение социальных фондов сократились за годы реформ более чем в 3 раза, в том числе расходы государственного бюджета – более чем в 4 раза. В определенной степени снижение расходов социальных фондов было скомпенсировано увеличением расходов на здравоохранение из частных источников (оплата населением медицинских услуг, лекарств и товаров медицинского назначения, страховые выплаты по линии добровольного медицинского страхования). Однако учет и этих расходов принципиально не меняет динамики совокупных расходов на здравоохранение – в 1998 г. они составили 40% от уровня 1991 г.

Динамика расходов на здравоохранение в 1991-1999 гг. в значительной степени обусловлена ростом цен на медикаменты и тарифов на коммунальные услуги. Индексы цен и тарифов по этим статьям существенно выше, чем по другим статьям расходов. Наиболее быстрыми темпами – особенно в 1992-1994 гг. – росли цены на медикаменты, в результате даже при увеличении в 1,5 раза доли расходов по этой статье обеспеченность ими лечебных учреждений в 1994 г. составляла примерно лишь треть от уровня 1991 г. Резкий рост цен на лекарственные препараты при значительном снижении доходов населения ограничил и возможности покупки их больными в аптечной сети. Так, по данным опроса, уже в 1992 г. около 20% жителей указывали, что им не хватает средств для приобретения лекарств [7, с. 38]. Существуют основания полагать, что именно снижение потребления лекарств пациентами с низкими доходами и выявленными хроническими болезнями стало одной из причин роста смертности от этих болезней как в первые годы реформ, так и после августа 1998 г. Для сравнения укажем, что при сопоставимом уровне цен на медицинские препараты (до последнего времени более половины фармацевтического рынка приходилось на импортные, в основном из развитых стран, лекарства; кроме того, отечественные производители используют импортное сырье) и сходной структуре заболеваемости по типам патологии, характерным для второй эпидемиологической революции, Россия по потреблению медикаментов в расчете на одного жителя отстает от стран Западной Европы и США почти на порядок, а от стран Восточной Европы в 4-5 раз [8, с. 28].

Помимо сокращения возможности оказания адекватной медицинской помощи в условиях дефицита лекарственных препаратов медицинские учреждения уже в первые годы реформ начали испытывать и дефицит средств для приобретения диагностического и лечебного оборудования. Начатое в 80-е годы техническое и технологическое перевооружение отечественного здравоохранения практически прекратилось уже в первые годы реформ: в 1994 г. расходы на приобретение оборудования сократились в сопоставимых ценах по сравнению с 1991 г. более чем в 2,5 раза.

Следствием резкого ухудшения материально-технического обеспечения стал переход здравоохранения к упрощенным медицинским технологиям, которые во многих случаях не обеспечивали достигнутого ранее качества медицинской помощи. Это не могло не привести к снижению ее эффективности. Больничная летальность, например, увеличилась в 1994 г. по сравнению с 1991 г. на 21%, а от некоторых болезней (туберкулез органов дыхания, сахарный диабет, пневмония) в 1,4 – 2,3 раза [9, с. 99]. Ситуация усугублялась и усложнением патологии у пациентов, обращавшихся за медицинской помощью в лечебные учреждения. Последнее было обусловлено как серьезным ухудшением условий жизни большинства населения, так и снижением обращаемости в лечебные учреждения трудоспособного населения из-за боязни обнаружить дефекты собственного здоровья на рынке труда. Так, число случаев временной нетрудоспособности в расчете на 100 работающих в 1994 г. составило лишь 66% от уровня 1990 г. [9, с. 63]. В результате ограничили возможности ранней диагностики и коррекции возникшей патологии амбулаторно-поликлинической службой.

За 1992-1999 гг. количество больничных учреждений в стране сократилось на 13%, а число больничных коек – на 17%. Это привело также к снижению доступности отдельных специализированных видов медицинской помощи, особенно для сельского населения [10]. Учитывая, что сельская местность по сравнению с городской характеризуется меньшей доступностью амбулаторно-поликлинической помощи, это не могло не привести к существенному ухудшению медицинского обслуживания сельского населения. Рост смертности сельского населения в 90-е годы был более значительным по сравнению с городским населением, а ее уровень в 1998 г. превысил соответствующий показатель для городского населения в 1,2 раза.

Что касается второй составляющей – снижения доступности отдельных специализированных видов стационарной медицинской помощи – то здесь следует отметить, прежде всего, сокращение числа коек для больных инфекционными заболеваниями, туберкулезом, наркоманией, венерическими болезнями при значительном росте числа соответствующих больных. Такое сокращение было вызвано, прежде всего, свертыванием сети туберкулезных, кожно-венерологических и наркологических диспансеров: только за первую половину 90-х годов их количество сократилось на 12%. Напомним при этом, что именно организация сети диспансеров позволила отечественному здравоохранению успешно решить в свое время такие проблемы, как снижение заболеваемости туберкулезом и венерическими болезнями. Свертывание сети диспансеров и снижение их роли в борьбе с распространением соответствующих болезней – один из факторов резкого роста заболеваемости ими.

В условиях хронического недофинансирования здравоохранения в 90-е годы экономия издержек производилась в первую очередь за счет оплаты труда работников: в результате доля оплаты труда в общих расходах на здравоохранение снизилась в 2 раза и составляет в настоящее время лишь около четверти всех расходов. Средняя зарплата в отрасли с 1991 г. снизилась в сопоставимых ценах более чем в 3 раза и находится сейчас на уровне прожиточного минимума. Это не может не сказаться на качестве медицинского обслуживания и создает реальную угрозу

деградации кадрового потенциала, являвшегося наиболее сильным звеном отечественной медицины. Тем более, что условия их работы в 90-е годы существенно осложнились за счет роста заболеваемости, увеличения доли запущенных форм болезней у впервые обратившихся к врачу пациентов, распространения болезней, которые считались изжитыми и с которыми большинство работающих сейчас врачей на практике ранее не сталкивались, а также из-за значительного износа и соответственно снижения качества работы медицинского оборудования, дефицита лекарственных средств.

Выход из кризисной ситуации возможен только на основе увеличения расходов на здравоохранение при обеспечении наиболее эффективного использования выделяемых ресурсов. При этом требуется определить, из каких источников можно и целесообразно увеличить расходы на здравоохранение и какими мерами следует обеспечить их эффективное использование. Сторонники либеральных реформ предлагают увеличение расходов населения на оплату медицинских услуг. Коммерциализация социальной сферы, в том числе здравоохранения, увеличение объема оплачиваемых населением медицинских услуг декларировались первым реформаторским правительством в качестве одного из приоритетных направлений социальной политики. Необходимость расширения платных медицинских услуг рассматривалась не только как дополнительный источник финансирования здравоохранения, но и как возможность свободного выбора населением разных форм медицинского обслуживания.

Расходы населения на здравоохранение в 90-е годы действительно выросли, причем значительно. Если в 1991 г. на их долю приходилось не более 3-4 % совокупных расходов на здравоохранение (более точная оценка невозможна из-за отсутствия достоверных данных о расходах населения на приобретение лекарств и товаров медицинского назначения), то к концу 90-х годов эта доля выросла до 24%. Из общей суммы частных расходов на здравоохранение около половины приходилось на оплату медицинских услуг населением и страховые выплаты по линии добровольного медицинского (частного) страхования. Объемы платных медицинских услуг в сопоставимых ценах выросли за этот период более чем в 3 раза. Однако расширение платности медицинского обслуживания создало возможности выбора лишь для высокодоходных групп, составляющих незначительную часть населения. Дифференциация потребления платных медицинских услуг весьма высока. Так, согласно расчетам, базирующимся на данных обследований бюджетов домохозяйств и статистике платных услуг, около 70% платных медицинских услуг приходится не более чем на 20, в том числе более половины – на 10% населения с наибольшими доходами. Для подавляющего же большинства процесс расширения платности обслуживания реально ухудшил условия получения медицинской помощи, так как пошел не по пути создания новых фондов, а часто нерегулируемого использования государственных и муниципальных медицинских учреждений.

В настоящее время сторонники дальнейшего расширения платности медицинского обслуживания объясняют его необходимость отсутствием у государства необходимых средств, Предлагается, в частности, пересмотреть конституционные гарантии бесплатного медицинского обслуживания, введя систему соплатежей населения за потребляемые медицинские услуги и сохранив бесплатную медицинскую помощь для малообеспеченных и больных с определенными болезнями (см., например, [11, с. 382]). Не говоря уже о том, что подобные предложения противоречат общепризнанному в мире принципу социальной солидарности в организации здравоохранения и тенденциям его финансирования в развитых странах, реализация их неспособна привести к сколько-нибудь существенному росту общих расходов на здравоохранение. Так, расчеты показывают, что если даже считать малообеспеченными, для которых сохраняется бесплатная медицинская помощь, только лиц с доходами ниже прожиточного минимума, а рост платного обслуживания 4-кратным, общие расходы на здравоохранение в 1999 г. выросли бы по сравнению с фактическими расходами всего на 30%. Доля частных расходов в общем финансировании здравоохранения увеличилась бы в этом случае до 42%, т. е. до уровня таких стран, как Мексика и Турция (табл. 4).

## Структура финансирования здравоохранения в разных странах, %\*

Страна	Финансирование	
	социальные фонды	частное
Норвегия	95	5
Бельгия	88	12
Великобритания	84	16
Дания	83	17
Швеция	83	17
Испания	79	21
Нидерланды	78	22
Франция	78	22
Ирландия	76	24
Россия	76	24
Швейцария	72	28
Италия	71	29
Мексика	58	42
Турция	58	42
США	44	56

\* Россия – 1999 г., остальные страны – 1993 г. (см. [12]).

Представляется, что явно завышенные ожидания авторов указанных предложений относительно возможного прироста расходов на здравоохранение при расширении платного медицинского обслуживания обусловлены во многом некорректной оценкой существующих его объемов. Такая оценка базируется на данных одного выборочного социологического исследования [13], результаты которого и приводятся всеми авторами данных предложений в качестве основного аргумента в пользу их реализации. Это не может не вызвать удивления, так как согласно этим результатам, величина расходов на платные медицинские услуги почти на порядок превышает величину расходов на эти цели по данным обследования бюджетов домохозяйств. Последнее является гораздо более репрезентативным исследованием и использует значительно более совершенную методику учета расходов населения.

Негативные последствия реализации предложений по расширению платности медицинского обслуживания очевидны. Во-первых, это снижение своевременной обращаемости за медицинской помощью людей с невысокими доходами: при введении, например, соплатежей населения в размере 40% от общей стоимости лечения их средний размер за одну госпитализацию составил бы в настоящее время более 1,5 тыс. руб. (без учета расходов на лекарства). В результате следует ожидать как дальнейшего осложнения патологии пациентов, обращающихся в лечебные учреждения, так и роста смертности населения из-за не оказанной или не вовремя оказанной медицинской помощи.

Другое очевидное следствие реализации предложений по расширению платности медицинских услуг – неизбежный распад системы медицинского обслуживания на две практически не связанные между собой части: использующую современные медицинские технологии платную элитарную медицинскую помощь для очень незначительной части населения и безусловно и навсегда отстающую медицину для остальных граждан, которым станут недоступны многие современные виды медицинской помощи, в том числе необходимые им по жизненным показаниям. Процесс коммерциализации российского здравоохранения в последние годы идет именно в этом направлении.

Наиболее активно этот процесс развивается в федеральных медицинских центрах, имеющих лучшие фонды, лучшие кадры и в целом – основу инновационного потенциала отечественного здравоохранения. Поэтому грозящий распад системы медицинской помощи не только означает дискриминацию абсолютного большинства, но и способен окончательно разрушить созданную ранее организационную основу решения проблем современной медицины: инновационный потенциал эли-

тарного медицинского обслуживания может быть утерян достаточно быстро, учитывая неизбежную его переориентацию с разработки новых медицинских технологий на максимизацию доходов от оказания медицинских услуг.

Следует также напомнить, что определения платных и бесплатных медицинских услуг достаточно условны, так как последние в конечном счете финансируются населением через налоги в госбюджет и платежи в фонды ОМС. Ликвидация же двойной нагрузки на потребителей платных услуг приведет к сокращению поступлений в социальные фонды, в результате могут сократиться и расходы последних на здравоохранение. Первым шагом в этом направлении стал новый закон о подоходном налоге с физических лиц, в соответствии с которым из налогооблагаемой базы вычитаются расходы на платное медицинское обслуживание. Следовательно, эффект увеличения общих расходов на здравоохранение при расширении платности медицинского обслуживания может оказаться даже меньшим, чем в наших расчетах, результаты которых были приведены выше.

Обеспечить наиболее эффективное использование ресурсов здравоохранения может, по мнению ряда авторов, переход от существующей в России бюджетно-страховой модели финансирования к чисто страховой (см., например, [14]). Сходные предложения выдвигаются и в программе, подготовленной Центром стратегических разработок. По мнению авторов этой программы, завершение перехода к преимущественно страховой форме мобилизации финансовых средств для здравоохранения и к страховому финансированию медицинских учреждений является и способом решения проблемы финансовой необеспеченности государственных гарантий. При этом в данной программе предлагается также расширение добровольного (частного) медицинского страхования. Другими словами, декларируется необходимость перехода к смешанной, государственно-частной страховой медицине.

Представляется, что принятию таких ответственных решений, как реформирование модели организации и финансирования здравоохранения, должен предшествовать тщательный и всесторонний анализ и преимуществ, и недостатков той или иной модели, возможных последствий изменения существующего организационно-экономического механизма. Такой анализ практически невозможен без сравнительного анализа функционирования здравоохранения в других, прежде всего развитых, странах.

Практически все развитые страны используют разнообразные способы финансирования медицинского обслуживания, однако по преимущественному способу финансирования функционирующие в этих странах системы здравоохранения можно разделить на: финансируемые из государственного бюджета; построенные на принципе социального страхования; финансируемые на основе частного страхования и из личных средств населения.

Исторически совершенствование систем здравоохранения в развитых странах шло по пути усиления роли государства в организации здравоохранения, перехода от частного финансирования к коллективному. При этом последнее не только обеспечивает всеобщую доступность медицинской помощи, но и является менее затратным, позволяет более эффективно использовать ресурсы здравоохранения.

Как уже отмечалось, для всех развитых стран характерен рост расходов на здравоохранение, однако темпы этого роста, а также существующий в настоящее время уровень расходов значительно различаются. Наиболее успешно сдерживают рост расходов страны с бюджетной системой финансирования здравоохранения, а наиболее затратным является здравоохранение в США – единственной развитой стране, в которой превалирует частное финансирование; при этом общие показатели здравоохранения, в частности средняя продолжительность жизни, в странах с разными системами финансирования, практически не различаются (табл. 5) (рассчитано по [2]); [15, с. 381-382]. Это позволяет предположить, что при достижении определенного уровня финансирования здравоохранения и соответственно развития медицинских технологий дальнейшее увеличение расходов в значительной степени является избыточным.

Расходы на здравоохранение и средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении в странах с разными системами финансирования

Преимущественный способ финансирования, страны	Расходы на здравоохранение, % к ВВП		Средняя ожидаемая продолжительность жизни в 1998 г., лет	
	1970 г.	1998 г.	мужчины	женщины
Государственный бюджет:				
Великобритания	4,5	6,0	74,7	80,0
Дания	6,1	6,8	73,1	78,4
Социальное страхование:				
Германия	5,9	8,7	74,1	80,3
Франция	5,9	9,2	74,4	82,1
Япония	4,4	8,1	76,9	83,0
Частное страхование и платные услуги:				
США	7,4	16,7	73,5	80,2

Предположение о избыточном финансировании, нерациональном использовании ресурсов здравоохранения в США подтверждается и анализом медицинской практики в этой стране. В США, например, в 3 раза чаще, чем в Великобритании (в расчете на 100 тыс. чел. населения), делают операции по удалению желчного пузыря, в 2,5 раза – щитовидной железы. Американские специалисты сами признают, что подобный разрыв в частоте операций не может быть объяснен различиями в характере заболеваемости и техническими возможностями врачей в этих двух развитых странах [16]. В этой связи следует отметить, что якобы предоставляемое страховой медициной и платным обслуживанием право свободного выбора на рынке медицинских услуг во многом – право виртуальное. Это объясняется спецификой спроса на медицинские услуги. Во-первых, его императивностью, усиливающейся с ростом уровня жизни и повышением социальной ценности здоровья. Во-вторых, ограниченными возможностями пациента самостоятельно оценить целесообразность потребления тех или иных медицинских услуг. В результате при ослаблении роли государства в организации и финансировании здравоохранения на рынке медицинских услуг устанавливается диктат их производителей. Страховые компании, как свидетельствует опыт США, не в состоянии вести эффективный контроль за расходами на здравоохранение, несмотря на то, что именно в этой стране были разработаны многочисленные способы такого контроля. При этом «несмотря на высокий и продолжающий возрастать уровень расходов, число людей, которые лишены легкого доступа к медицинской помощи, увеличилось» [17, с.3].

С учетом вышеизложенного предложения по переходу к чисто страховой модели финансирования здравоохранения с расширением частного страхования представляются сомнительными. Правы, по-видимому, те, кто считает, что переход к страховой модели диктуется идеологическими установками реформаторов, что рыночные механизмы должны быть введены во всех сферах жизни общества без исключения [18, с. 45]. При этом полностью игнорируется опыт тех стран с развитой рыночной экономикой, которые перешли к госбюджетной модели.

Перспективным в плане повышения эффективности использования ресурсов здравоохранения считается реструктуризация системы оказания медицинской помощи путем сокращения удельного веса стационарной помощи, на долю которой приходится в нашей стране около 60% всех расходов социальных фондов на здравоохранение. Подобная реструктуризация, сопровождаемая сокращением коечного фонда, характерна в последнее время для большинства развитых стран. Однако проведение такой реструктуризации в России потребует крупных инвестиций в техническое перевооружение больничных учреждений, существенного роста их текущих расходов на приобретение медикаментов и оборудования. Это обусловлено следующими причинами.

С учетом роста заболеваемости, усложнения патологии, несвоевременной обращаемости населения за медицинской помощью количество госпитализаций в России не представляется чрезмерным. Как показывают расчеты, в среднем за год в стране госпитализируется примерно каждый пятый житель. Такой показатель не очень значительно превышает показатели госпитализации в развитых странах, которые характеризуются лучшим состоянием здоровья населения и лучшей техни-



ческой оснащенностью амбулаторного звена. Показатель средней занятости больничной койки (около 300 дней в году) в России не ниже, чем в развитых странах. Россия значительно уступает этим странам лишь по показателю, характеризующему интенсивность стационарной медицинской помощи. Средняя продолжительность пребывания пациента в больничном учреждении в России (16,7 дней в 1997 г.) почти в 2,5 раза выше аналогичного показателя в США. Однако интенсификация процесса оказания стационарной помощи возможна лишь при переходе на современные медицинские технологии, т. е. при техническом перевооружении больниц, росте их текущих расходов на медикаменты и оборудование.

Приведем для сравнения показатели расходов по этим статьям в России и США. В России в расчете на одного лечившегося в больницах пациента они составили в 1994 г. (наиболее благополучном по уровню финансирования) около 70 ден. руб. В США соответствующий показатель равнялся в 1995 г. более 2 тыс. долл. С учетом оценки паритета покупательной способности валют по этим статьям расходов последние в России были примерно в 45 раз меньше, чем в США. Даже при поправке на чрезмерность американских расходов только по этим статьям необходимо увеличение финансирования как минимум в 10 раз.

Отметим также, что современные медицинские технологии не являются трудосберегающими. Переход на эти технологии, напротив, приводит к увеличению численности как медицинского, так и немедицинского персонала лечебных учреждений. Значительно большая, чем в других странах, обеспеченность населения России врачами маскирует тот факт, что по общей численности занятых в здравоохранении в расчете на 10 тыс. чел. населения Россия начала отставать от стран, перешедших на современные медицинские технологии. При интенсификации процесса оказания медицинской помощи повышаются затраты труда и в больничном секторе здравоохранения (табл. 6) (рассчитано по [19-22]). По этой причине необходимо, следовательно, значительное увеличение расходов на заработную плату.

Таблица 6

Ресурсы и затраты труда в здравоохранении в 1970 и 1995 гг., чел.

	1970 г.			1995 г.		
	Россия*	США	Велико-британия	Россия	США	Велико-британия
Численность занятых в расчете на 10000 чел. населения:						
в здравоохранении	184	164	192	240	275	248
в том числе в больницах		124	110	152	151	154
Больничный персонал в расчете на одного больного в стационаре		1,95	1,63	1,49	3,79	3,05

\* Без учета санаторно-оздоровительных учреждений.

Изложенное выше приводит к выводу, что реструктуризации системы медицинской помощи должно предшествовать значительное увеличение расходов на больничный сектор. Другими словами, более эффективное использование ресурсов здравоохранения путем перераспределения объемов стационарной и амбулаторной медицинской помощи без ущерба для ее качества возможно лишь при достижении определенного уровня финансирования. При нынешнем уровне финансирования российского здравоохранения сокращение больничного сектора приводит, как указывалось выше, только к сокращению доступности больничной помощи.

Существуют тем не менее возможности более эффективного использования ресурсов здравоохранения и в настоящее время. Одна из них – снижение цен на медикаменты. По экспертным оценкам, наценки посредников при продаже лекарств составляют 100-150% и более [8, с. 29]. Помимо мер непосредственного регулирования государством торговых наценок, как это практикуется в развитых странах

(первым шагом в этом направлении стало принятие постановления правительства РФ от 29.03.1999), здесь возможно использование и чисто рыночных механизмов.

Посреднической деятельностью на фармацевтическом рынке в России занимаются несколько тысяч фирм, что на 2-3 порядка выше, чем в других странах. При этом крупных трейдеров в России практически нет. В этих условиях для «сбита» цен на медикаменты достаточно было бы, по-видимому, создания государственной компании, контролирующей не более 15-20% рынка. Компания могла бы стимулировать и определенную переориентацию импорта на традиционных в недавнем прошлом поставщиков, в том числе с поставками медицинских препаратов в счет погашения их долга России (Индия). Это также может способствовать снижению цен на лекарства на российском рынке. Эффективна в этом отношении, как показывает опыт Швеции, и такая мера, как национализация аптек [23].

Другая возможность более эффективного использования ресурсов здравоохранения – это предотвращение роста (еще лучше – снижение) тарифов на коммунальные услуги. Быстрый рост этих тарифов способен опустошить бюджеты лечебных учреждений. При полной оплате коммунальных услуг по действовавшим тарифам соответствующие платежи лечебных учреждений должны были бы составить в 1998 г. около 40% всех расходов на здравоохранение из социальных фондов.

### Литература

1. *Методологические положения по статистике. Вып. 1. М.: Госкомстат России, 1996.*
2. *Health OESD. Facts and Trends. Paris, OESD, 1999.*
3. *Народное хозяйство СССР в 1990 г. М.: Финансы и статистика, 1991.*
4. *Народное хозяйство СССР за 70 лет. М.: Финансы и статистика, 1987.*
5. *Андреев Е.М. Продолжительность жизни и причины смерти в СССР. В сб.: Демографические процессы в СССР. М.: Наука, 1990.*
6. *Вишневский А. Подъем смертности в 90-е годы: факт или артефакт? // Информ. бюлл. Центра демографии и экологии человека ИНИП РАН. № 45, май 2000.*
7. *Доклад о государственной политике в области охраны здоровья граждан и состояния здоровья населения Российской Федерации в 1993 году. М.: Минздрав РФ, 1994.*
8. *Профиль. 1999. № 15.*
9. *Здоровье населения России и деятельность учреждений здравоохранения в 1994 г. (стат. мат.). М.: Минздравмедпром РФ, 1995.*
10. *Медицинское обслуживание сельского населения: проблемы, задачи, перспективы // Экономика сельского хозяйства. 2000. № 9.*
11. *Российская экономика в 1998 году. Тенденции и перспективы. М.: Институт экономики переходного периода, 1999.*
12. *Innovations in health care financing. Proceedings of World Bank conference, March 10-11, 1997. Wash., 1997.*
13. *Бойков В., Филл Ф., Шейман И., Шишкин С. Расходы населения на медицинскую помощь и лекарственные средства // Вопросы экономики. 1998. № 10.*
14. *Шейман И.М. Реформа управления и финансирования здравоохранения. М.: Издатцентр, 1998.*
15. *Демографический ежегодник. М.: Госкомстат России, 2000.*
16. *Knowledge and Industrial organization. Ed. Andersson A.E. et al with contributions by Anderstig C. Attle R. et al: Springer-Verl. 1999 – VIII, p. 210-226.*
17. *Доклад Главного счетного управления Соединенных Штатов Америки. Ноябрь 1991 г. GAO/HRD-92-9.*
18. *Чубарова Т.В., Шестакова Е.Е. Реформы здравоохранения в России и зарубежных странах: направления и перспективы. М.: Эпикон, 1999.*
19. *National Income and Product Accounts of the U.S. 1950-1995. N.Y., 1996.*
20. *Survey of Current Business, 1998, July.*
21. *Statistical Abstract of the U.S., 1997. N.Y, 1998.*
22. *Annual Abstract of Statistics, 1997. London, 1998.*
23. *Littorin S.O. The rise and decline of the Swedish welfare-state. N.Y., 1990.*