

В.Н. Иванов, А.В. Суворов



### ПРОБЛЕМЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ<sup>1</sup>

*В статье анализируются факторы ухудшения здоровья и повышения смертности населения России в последнее десятилетие. С помощью регрессионных расчетов оценено влияние масштабов финансирования здравоохранения на показатели продолжительности жизни и смертности, показана высокая эффективность общественных расходов в этой сфере. Сформулированы предложения по радикальному пересмотру принципов реформирования здравоохранения в России.*

**Кризисное состояние здоровья населения и его причины.** В последнее десятилетие здоровье населения России резко ухудшилось (табл. 1) [1]. Значительно выросла заболеваемость, в том числе теми болезнями, которые в советский период считались практически изжитыми; резко увеличилась инвалидизация населения. Беспрецедентно для мирного времени возросла смертность населения в целом – более чем на треть, в трудоспособном возрасте – в 1,5 раза. Чрезвычайно высока смертность мужчин в трудоспособном возрасте (в 2,5-4,0 раза выше, чем в западноевропейских странах, США и Японии) [2]. Средняя продолжительность жизни населения России составляет сейчас менее 65 лет, что на 5 лет меньше, чем в конце 80-х годов. По этому показателю, являющемуся обобщающей характеристикой уровня смертности и одним из основных индикаторов оценки здоровья населения, используемых в международных сопоставлениях, Россия переместилась с 35-го места (1975 г.) в мире на 102-е (1999 г.) [3].

Таблица 1

Показатели, характеризующие состояние здоровья населения России

Показатель	1990 г.	2000 г.	2000/1990, %
Больные с диагнозом, установленным впервые, чел. на 100000 населения:			
инфекционными и паразитарными болезнями	3492,0	4462,0	128
из них активным туберкулезом	39,2	90,4	в 2,6 раза
эндокринной системы, нарушением обмена веществ	364,0	854,0	в 2,3 раза
новообразованиями	555,0	849,0	153
системы кровообращения	1123,0	1718,0	153
системы пищеварения	2719,0	3251,0	120
сифилисом	5,3	166,0	в 31 раз
наркоманией	3,1	51,0	в 16 раз
Дети, родившиеся больными или заболевшие, % от числа новорожденных	14,8	38	в 2,6 раза
Осложнения родов, вызванные анемией рожениц, % от числа родов	6,5	26,8	в 4,1 раза
Инвалиды, на 1000 населения	29,3	73,2	в 2,5 раза
в том числе дети-инвалиды, на 10000 детей	43,1	205,7	в 4,8 раза
Смертность населения, чел. на 100000 населения	1117,0	1536,0	137
Смертность мужчин в трудоспособном возрасте, на 100000 мужчин	759,0	1149,0	151

Сложившаяся ситуация тревожна. В частности, она опровергает распространенный тезис о переходе в России от тоталитарного общества к обществу гражданских

<sup>1</sup> Статья подготовлена при финансовой поддержке Российского гуманитарного научного фонда (проект № 03-02-00073а).

свобод как основном направлении проводимых радикальных реформ. Здоровье, как справедливо отмечает лауреат Нобелевской премии по экономике А. Сен, представляет собой одну из фундаментальных свобод и одновременно средство для реализации других свобод [4]. Ухудшение здоровья нации, сверхсмертность, особенно мужчин в трудоспособном возрасте, ставит под сомнение и возможность достижения темпов экономического роста, необходимых для возвращения России в число развитых стран. При быстром росте числа больных работников трудно рассчитывать на повышение производительности труда. Кроме того, в отсутствие обоснованных ожиданий скорого инвестиционного и инновационного бума экономический рост в текущем десятилетии возможен в основном лишь за счет использования простаивающих сейчас производственных мощностей реального сектора и, следовательно, увеличения в нем численности занятых, что невыполнимо при сохранении нынешнего уровня смертности трудоспособного населения. Проблема обеспечения реального сектора трудовыми ресурсами резко обострится уже в ближайшие годы. Это объясняется большой долей работников предпенсионного и пенсионного возрастов, занятых в этом секторе, сокращением численности лиц, вступающих в трудоспособный возраст, снижающимися масштабами подготовки в системе профессионального обучения квалифицированных кадров, невысокой конкурентоспособностью большинства отраслей реального сектора на рынке труда.

Одной из основных причин, обусловивших крайне неблагоприятные тенденции в сфере здоровья населения России в последнее десятилетие, называется рост смертности в эти годы от злоупотребления алкоголем [5, 6]. Такая точка зрения, мягко говоря, спорна. Безусловно, вредные привычки являются факторами риска заболеваемости и смертности. Однако, как показывают многочисленные зарубежные исследования, их роль очевидна лишь на уровне индивидуума, а не популяций. На основании результатов этих исследований ведущие эксперты в области здравоохранения – авторы последнего ежегодного доклада Европейской комиссии ВОЗ констатируют, что огромные различия в состоянии здоровья как населения разных стран, так и разных его групп в отдельных странах обусловлены экономической политикой государств и в первую очередь определяемыми ею социально-экономическими условиями [7]. В научный обиход введены понятия здоровой и нездоровой экономической политики (*healthy and unhealthy economic policies*). В качестве примера нездоровой экономической политики А. Сен приводит российскую, вследствие которой средняя продолжительность жизни мужчин сократилась в начале 90-х годов на 6 лет, а также американскую: в США вероятность дожития негритянского населения до пожилого возраста меньше по сравнению с населением значительно более бедных стран, например Шри Ланка и Коста Рика [4]. Что касается традиционных факторов риска (плохие санитарно-гигиенические условия, недоедание, неправильное питание, курение, потребление алкоголя и др.), то все они детерминируются в основном социально-экономическими факторами. Влияние каждого из них в качестве самостоятельного весьма незначительно: по существующим расчетам, потребление алкоголя, например, «ответственно» лишь за 1,5% смертей в мире [8].

Достаточно очевидно, что резкое ухудшение здоровья населения России обусловлено, прежде всего, существенным ухудшением социально-экономической ситуации в стране, в первую очередь, резким падением уровня жизни большинства населения и сопровождающим его ростом социально-психологической напряженности в результате неспособности адаптироваться к новым экономическим условиям. Социально-психологический стресс признается сейчас основным среди социально-экономических факторов, негативно влияющим на здоровье населения и приводящим к развитию сердечно-сосудистых заболеваний, гипертонии, алкоголь

ных психозов, неврозов, росту смертности от несчастных случаев, убийств и суицидов. При этом, по данным экспертов ВОЗ, наиболее сильно это влияние проявляется в странах, осуществляющих ускоренные экономические трансформации без проведения адекватной социальной политики [7]. По данным российских экспертов, уже в 1993 г., т. е. втором году радикальных реформ, следствием стрессовых ситуаций, отмеченных примерно у 40% населения, могут быть серьезные отклонения в здоровье [9]. Согласно последнему ежегодному докладу о ситуации в здравоохранении России, реально распространенность болезней системы кровообращения значительно шире, чем регистрируемая медицинской статистикой: число больных артериальной гипертонией в возрасте старше 15 лет составляет сейчас более 46 млн., или почти 40% взрослого населения; страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями – 20 млн. [1]. Беспрецедентное снижение доходов большинства населения привело к ухудшению структуры питания, сокращению возможностей полноценного отдыха, маргинализации части населения.

**Деградация системы медицинской помощи населению.** Указанными факторами можно объяснить в основном рост заболеваемости, но лишь отчасти – смертности населения. Рост последней произошел за счет резкого увеличения так называемой преждевременной смертности, в том числе от излечимых по своей природе болезней, а также от фатальных осложнений длительно протекающих хронических заболеваний, смерть от которых современная медицина в состоянии значительно отдалить. Поэтому правомерно считать, что рост смертности в стране обусловлен и неадекватной государственной политикой в области здравоохранения, существенным ухудшением функционирования системы медицинской помощи населению, снижением ее доступности. В пользу этого свидетельствует, прежде всего, динамика показателя общественных расходов на здравоохранение. Как показывают наши расчеты в сопоставимых ценах, рассчитанных методом дефлятирования расходов по статьям их бюджетной классификации (подробнее см. [10]), общественные расходы на здравоохранение в РФ в 2000 г. сократились по сравнению с 1991 г. в 2,5 раза, в том числе консолидированного бюджета – более чем в 3 раза. Сравнение общественных расходов на здравоохранение в России и других странах (для таких сопоставлений используют обычно показатель доли этих расходов в ВВП или ВНП страны) показывает, что РФ значительно отстает не только от развитых стран, но и от большинства европейских стран с переходной экономикой (табл. 2) [2, 11, 12].

Таблица 2

Общественные расходы на здравоохранение в РФ  
и других европейских странах с переходной экономикой\*

Страна	Доля расходов в ВВП, %	ВВП на душу населения (в долл. США по ППС)
Российская Федерация	2,8	6795
Белоруссия	4,9	6876
Болгария	3,8	6263
Венгрия	5,2	11504
Латвия	4,2	6624
Литва	4,8	7595
Польша	4,7	9008
Словакия	5,7	11221
Словения	6,6	15813
Украина	3,6	3693
Чехия	6,7	13553
Эстония	5,0	8519

\* РФ – 2000 г., остальные страны – 1999 г.

По доле общественных расходов на здравоохранение в ВВП Россия уступает странам как с более высоким уровнем ВВП на душу населения, так и с близким к российскому и даже более низким его уровнем. Приведенные в табл. 2 данные ставят под сомнение истинность утверждений правительства о невозможности изыскания дополнительных ресурсов для увеличения общественного финансирования здравоохранения. Из них также очевидно, что Россия явно «выпадает» из общей закономерности, характерной для большинства стран, в том числе стран с переходной экономикой – более высокая доля общественных расходов на здравоохранение в ВВП при более высоком уровне ВВП. Последнее подтверждается и динамикой общественных расходов на здравоохранение в РФ в последние годы в условиях роста ВВП (табл. 3) [12 – 15].

Таблица 3

Динамика общественных расходов на здравоохранение в РФ в 1998-2001 гг.

Показатель	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.
Доля расходов в ВВП, %	3,4	2,9	2,8	2,6
в том числе:				
консолидированного бюджета РФ	2,5	2,1	2,1	1,9
средств обязательного медицинского страхования*	0,9	0,8	0,7	0,7

\* Исключая платежи из консолидированного бюджета в фонды обязательного медицинского страхования.

По данным зарубежных исследований, показатель общественных расходов на здравоохранение и производные от него показатели качества и доступности медицинской помощи в наибольшей степени определяют состояние здоровья населения и, в частности, среднюю продолжительность жизни [16, 17]. Наблюдается также связь последней с показателями уровня доходов бедных слоев населения и неравенства в распределении доходов; при этом лучшие показатели здоровья населения отмечаются в странах не с наибольшим национальным доходом, а с меньшей дифференциацией в доходах населения [17, 18]. Средняя продолжительность жизни в разных странах имеет значимую положительную корреляцию с показателем уровня ВВП на душу населения, однако при включении в анализ показателей общественных расходов на здравоохранение и уровня доходов бедных слоев населения добавление показателя ВВП не улучшает результата [17].

Проведенный анализ подтвердил наличие указанных закономерностей и для стран с переходной экономикой. Кроме того, он показал, что важной детерминантой средней продолжительности жизни в этих странах является доступность для населения жизненно важных лекарственных средств. Ниже приводятся результаты построения регрессионной модели средней продолжительности жизни на основе выборки из 12 стран (Россия, Белоруссия, Болгария, Венгрия, Латвия, Литва, Польша, Словакия, Словения, Украина, Чехия, Эстония). Она построена по данным за 2000 г. (Россия) и 1999 г. (остальные страны). В модель включены следующие факторы:

$X_1$  – доля общественных расходов на здравоохранение в ВВП;

$X_2$  – показатель доступности жизненно важных лекарственных средств (в процентах от населения страны) по оценкам ВОЗ [2];

$X_3$  – доля в совокупных доходах 20% наименее обеспеченного населения.

Полученная зависимость для величины средней продолжительности предстоящей жизни  $Y$  выглядит следующим образом:

$$Y = 1,384 X_1 + 0,071 X_2 + 0,104 X_3 + 57,0, \quad v = 2,2\%, \\ (0,64) \quad (0,03) \quad (0,27) \quad (3,5) \quad R^2 = 0,76$$

(здесь и далее  $R^2$  – коэффициент множественной детерминации, скорректированный на число степеней свободы,  $\nu$  – коэффициент вариации, равный отношению среднеквадратической ошибки уравнения к среднему значению  $Y$ , в скобках под значениями оценок параметров уравнения приведены их стандартные ошибки).

Наибольший вклад в вариацию показателя средней продолжительности жизни вносит вариация доли общественных расходов на здравоохранение (57%). Около трети вариации величины средней продолжительности жизни связано с вариацией доступности лекарственных средств, и примерно 8% – с вариацией доли бедного населения в совокупных доходах. Отметим, что различные спецификации уравнения дают сходные результаты. Поэтому несмотря на незначительную выборку результаты расчета можно признать надежными.

Параллельно с сокращением объема общественного финансирования происходит быстрая коммерциализация сферы российского здравоохранения. Доля частных расходов в общем объеме финансирования выросла за 10 лет почти в 12 раз и составила в 2000 г. 35% (табл. 4) (рассчитано по [12, 13]). Увеличение доли частных платежей в общих расходах на здравоохранение в последнее десятилетие характерно для многих стран, и развитых, и с переходной экономикой. Однако по этому показателю Россия уже сейчас значительно опережает как большинство развитых стран (за исключением США), так и практически все европейские страны с переходной экономикой. Важно при этом подчеркнуть, что РФ характеризуется значительно бóльшим уровнем дифференциации доходов населения. По данным выборочных обследований бюджетов домохозяйств, в западно- и восточноевропейских странах (исключая РФ) коэффициент фондов в конце 90-х годов колебался в интервале от 4 до 11, в то время как в РФ в 1998 г. он равнялся 23,3 [2]. Реальный же уровень неравенства в распределении доходов населения России еще выше (в выборочные обследования не попадают, в частности, семьи с наиболее высокими доходами): коэффициент фондов, согласно нашим расчетам, находится в интервале от 37 до 50 [19, 20]. Поэтому коммерциализация сферы здравоохранения в России, особенно с учетом низкого уровня как общественных расходов, так и доходов населения, ведет к гораздо бóльшим негативным последствиям по сравнению с другими странами; т. е. значительно большему, чем в других странах, неравенству в доступности медицинской помощи.

Таблица 4

Структура расходов на здравоохранение в РФ по источникам финансирования, %

Источник расходов	1991 г.	1995 г.	2000 г.
Общественное финансирование	97	82	65
Частное финансирование	3	18	35
В том числе:			
расходы населения на оплату медицинских услуг и взносы	2,4	7	13
в систему добровольного медицинского страхования			
покупка населением медикаментов и товаров	0,6	11	22
медицинского назначения			

По данным табл. 4, в структуре расходов на здравоохранение наиболее высокими темпами, особенно в первой половине 90-х годов, росли расходы населения на покупку медикаментов. Это объясняется резким повышением цен на лекарства, значительно опережавшим общий уровень инфляции, неспособностью государства

ограничить этот процесс и обеспечить необходимый уровень финансирования по соответствующей статье бюджетных расходов. Так, уже в 1994 г., несмотря на увеличение доли расходов по этой статье в 1,5 раза по сравнению с 1991 г., общий объем финансирования по ней в сопоставимых ценах сократился в 3 раза. Повсеместной практикой стало сейчас приобретение пациентами в аптечной сети лекарств, необходимых для лечения в стационаре. Поэтому следует иметь в виду, что разграничение расходов населения на оплату медицинских услуг и покупку медикаментов в определенной степени условно.

Как уже отмечалось, коммерциализация российского здравоохранения неизбежно усиливает неравенство в доступности для населения медицинской помощи. О ее современных масштабах можно судить по уровню дифференциации расходов населения на приобретение лекарств и оплату медицинских услуг. Наши расчеты показывают, например, что на первую и пятую квинтильную группу (20% населения с наименьшими доходами и 20% – с наибольшими) приходилось в 2000 г. соответственно 5 и 55% расходов на лекарства [21]. Учитывая невысокий уровень общественных расходов на лекарственное обеспечение населения и медицинских учреждений и низкое душевое потребление медикаментов в России, такая дифференциация указывает на недоступность лекарств, в том числе жизненно необходимых, для большей части населения. Социологические исследования свидетельствуют, что пациенты из семей с низкими доходами часто не могут себе позволить покупку лекарств, даже если они выписаны им по льготным рецептам [22]. Что же касается платных медицинских услуг, то, по данным бюджетного обследования домохозяйств, коэффициент фондов по соответствующим расходам составил в 2000 г. 80, при этом на пятую квинтильную группу пришлось две трети всех расходов [1].

Коммерциализация сферы здравоохранения, рост расходов населения на эти цели декларировались в качестве одного из направлений реформирования здравоохранения еще в 1992 г. Это объяснялось необходимостью обеспечить свободный выбор населением форм медицинского обслуживания. Сторонниками расширения «соучастия» населения в финансировании здравоохранения утверждалось, что предоставление бесплатной медицинской помощи «должно быть сбалансировано с имеющимися ресурсами» [23-25], что отражено в соответствующем разделе Стратегии развития РФ на период до 2010 г. [26], ставшей основой среднесрочной программы правительства. При этом каких-либо объяснений, почему «имеющиеся ресурсы» в России в отличие от других стран ограничены менее, чем тремя процентами ВВП, в «Стратегии...» не приводится.

Как представляется, главная причина, по которой не обеспечивается адекватный уровень общественных расходов на здравоохранение, заключается в отсутствии у руководства страны политической воли к этому. Данный феномен достаточно убедительно объясняет Ева Орош, венгерский эксперт в области здравоохранения [27]. По ее мнению, отсутствие политической воли, нацеленной на сокращение неравенства в доступности для населения услуг здравоохранения в постсоциалистических странах, явилось следствием потребностей возникшего в 90-е годы высокообеспеченного слоя населения, совпавшего по времени с ухудшением экономического положения этих стран. При этом большая часть политической элиты, независимо от партийной принадлежности, в период социального расслоения – обогащения одних за счет обеднения других – устремилась в наиболее богатую часть общества. Именно поэтому, полагает Ева Орош, существует очевидное противоречие между декларируемыми целями социальной политики: обеспечением равного доступа населения к медицинской помощи и сокращением бедности, с одной стороны, и отсутствием у новой политической элиты какой-либо заинтересованности в соци

альной справедливости с другой. Основой бюджетно-финансовой политики правительств постсоциалистических стран стало сокращение расходов на социальные нужды. К сказанному венгерским экспертом следует лишь добавить, что в Венгрии общественные расходы на здравоохранение существенно выше, а уровень неравенства в доходах населения значительно ниже, чем в России.

Кроме коммерциализации, рост неравенства в доступности медицинской помощи в России был обусловлен, как представляется, сокращением сети больничных учреждений. За 1992-2000 гг. их количество уменьшилось на 16%, а число больничных коек – на 17% [3]. Сокращение больничной сети также заявлено в качестве одного из основных направлений реформирования российского здравоохранения, что мотивируется необходимостью реструктуризации медицинской помощи в пользу ее первичного, догоспитального звена в целях более эффективного использования ресурсов здравоохранения. В настоящее время она сводится, по сути дела, к простому свертыванию сети больничных учреждений. Наиболее интенсивен этот процесс в сельской местности, при этом без какого-либо наращивания мощности амбулаторно-поликлинического звена. Так, только за 1996-2000 гг. количество участковых больниц сократилось на четверть, а мощность врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений в сельской местности за этот период не только не увеличилась, но даже сократилась на 5% (рассчитано по [3]).

**Эффективность инвестиций в здравоохранение.** Для оценки влияния масштабов финансирования и структуры системы медицинской помощи на уровень преждевременной смертности авторами проведено исследование взаимосвязи показателя смертности мужчин в трудоспособном возрасте (за исключением смертности от несчастных случаев, отравлений, травм, убийств и самоубийств) с показателями, характеризующими объем и структуру общественного финансирования здравоохранения и обеспеченность населения медицинскими учреждениями в разрезе регионов – субъектов РФ. Учитывая, что уровень смертности населения может значительно различаться в разных этнических группах, из анализа были исключены те национально-территориальные образования, в которых доля коренного населения выше нескольких процентов, а также те регионы (Москва, Московская область, Санкт-Петербург, края и области Южного федерального округа), где, по имеющейся информации, велика доля мигрантов из республик РФ и других стран (в том числе и не учтенных существующей статистикой). Из анализа были также исключены регионы Сибири и Дальнего Востока, значительно отличающиеся от других природно-климатическими условиями, уровнем цен и дисперсностью расселения населения. Таким образом, регрессионные расчеты проводились на основе показателей 37 регионов России.

На первом этапе был выделен круг основных факторов, которые могут потенциально воздействовать на уровень смертности мужчин в трудоспособном возрасте ( $Y$ ) и по которым имелись следующие статистические данные:

$X_1$  – расходы региональных бюджетов и фондов обязательного медицинского страхования на душу населения, скорректированные на произведение двух коэффициентов: удорожания бюджетных расходов и дисперсности расселения по каждому региону. Эти коэффициенты рассчитываются Минфином РФ в ходе составления проекта федерального бюджета в части распределения между регионами фондов финансовой поддержки [28];

$X_2$  – расходы региональных бюджетов на лекарственные средства на душу населения;

$X_3$  – расходы бюджетов на лекарственные средства на душу в семьях с доходами ниже прожиточного минимума (исходя из крайнего допущения, что бюджетные

средства тратятся исключительно на малоимущих) – косвенный индикатор доступности лекарственных средств для бедного населения;

$X_4$  – обеспеченность населения больничными койками (без учета коек: для детей, гинекологических и для рожениц).

Результаты оценки параметров логарифмически-линейного уравнения регрессии показали необходимость совершенствования его спецификации.

В окончательном варианте модель выглядит следующим образом:

$$\ln(Y) = -0,195 \ln(X_1) + (0,190 X_5 - 0,419) \ln(X_4) - 0,055 \ln(X_3) + 9,407,$$

$$(0,0499) \quad (0,056) \quad (0,227) \quad (0,023) \quad (0,979)$$

$$v = 1,5\%,$$

$$R^2 = 0,66,$$

где  $X_5$  – доля городского населения в регионе.

Статистические характеристики уравнения вполне удовлетворительны, если учитывать, что вариация моделируемого показателя в данном случае неизбежно отражает специфику условий жизни в отдельных регионах. Как показывает построенная модель, увеличение общественных расходов на здравоохранение на 1% ведет к снижению уровня смертности примерно на 0,2%. При средней доле городского населения, характерной для данной выборки, – примерно 75% – увеличение обеспеченности больничными койками на 1% приводит к уменьшению уровня смертности на 0,28%.

Необходимо пояснить причину включения в модель показателя доли городского населения и полученный результат регрессионных расчетов – положительную связь этой переменной с уровнем смертности. Дело в том, что средняя обеспеченность городского населения коечным фондом существенно (примерно вдвое) выше [3], чем сельского населения (при условности таких сопоставлений, связанных с тем, что часть сельского населения госпитализируется в городских больницах). Отсюда следует, что в двух произвольно выбранных регионах с одинаковой средней обеспеченностью населения больничными койками в регионе с большей долей городского населения уровень обеспеченности в обоих типах поселений, как правило, ниже, чем в регионе с меньшей долей горожан. Другими словами, корректная спецификация модели должна была бы состоять как минимум в учете показателей обеспеченности коечным фондом отдельно городского и сельского населения каждого региона. Однако таких данных в региональном разрезе в нашем распоряжении не было. Таким образом, из полученного регрессионного уравнения ни в коем случае не следует, что изменение доли городского населения по России в целом влияет на изменение смертности.

Аналогичные регрессионные расчеты были выполнены и для женщин в трудоспособном возрасте (при этом соответствующим образом корректировались показатели коечного фонда). Их результаты в значительной мере повторяют приведенные выше, хотя коэффициенты эластичности по абсолютной величине несколько меньше.

Модельные расчеты, подтверждая данные исследований в других странах, свидетельствуют о необходимости значительного и скорейшего увеличения общественных расходов на российское здравоохранение, серьезного пересмотра принятой концепции его реформирования. Проиллюстрируем это следующим расчетом, взяв за базу данные 2001 г. Предположим, что в течение последующих пяти лет восстанавливается уровень

<sup>2</sup> Коэффициент вариации для логарифмов. Для абсолютных значений показателя смертности это соответствует коэффициенту вариации, равному 12%.



общественного финансирования здравоохранения, соответствующий 1990-1991 гг. (который, подчеркнем, и в то время не соответствовал международным стандартам), а в последующие 10 лет он лишь поддерживается неизменным. Дополнительные расходы на финансирование общественного здравоохранения составили бы при этом за 15 лет около 4,4 трлн. руб. в ценах 2001 г. Соответственно за этот период были бы дополнительно сохранены жизни около 1,3 млн. лиц трудоспособного возраста.

Вместе с тем для поддержания объема ВВП на неизменном уровне при условии выбытия такой численности занятых за этот же период потребовались бы инвестиции в основной капитал. Их величина может быть получена, исходя из ориентировочной оценки предельной нормы замещения живого труда основным капиталом. Последняя, как известно, может быть выражена через показатель средней капиталовооруженности (фондовооруженности):

$$r = (\alpha/\beta)(K/L),$$

где  $r$  – норма замещения;  $\alpha$ ,  $\beta$  – коэффициенты эластичности выпуска соответственно по труду и капиталу;  $K$ ,  $L$  – объемы применяемого основного капитала и живого труда соответственно. Необходимые для этого расчета параметры эластичностей взяты из работы [29]:  $\alpha = 0,418$ ,  $\beta = 0,582$ . По данным за 2001 г., средняя фондовооруженность составила 294 тыс. руб., отсюда средняя норма замещения живого труда равнялась 409 тыс. руб. Исходя из этого объем инвестиций на возмещение выбытия 1,3 млн. чел. за 15 лет должен был бы составить 528 млрд. руб. Следует, однако, отметить, что в базовых отраслях экономики фондовооруженность значительно выше указанной средней величины, а стоимость новых инвестиций для замещения одного работника (в ценах 2001 г.) значительно выше уже в силу того, что основные фонды не переоценивались в период 1999-2001 гг. С учетом индексов цен в капитальном строительстве можно полагать, что реальная потребность в инвестициях должна была бы быть значительно больше – примерно 1 трлн. руб.

*Таким образом, на каждый дополнительный рубль расходов на здравоохранение экономия инвестиций составляла бы 0,12-0,27 руб.*, что даже по меркам рыночного сектора свидетельствует о высоком уровне эффективности финансирования здравоохранения. Кроме того, в данном расчете не учтено одновременное снижение смертности населения моложе и старше трудоспособного (в том числе занятого в экономике) возраста и многие другие эффекты, вызываемые ростом финансирования здравоохранения. Полученные результаты согласуются с данными доклада Комиссии по макроэкономике и здоровью, свидетельствующими о высокой экономической эффективности общественных инвестиций в здравоохранение [30]. Отметим также, что уровень общественных расходов на здравоохранение, рекомендуемый данной Комиссией для постсоциалистических стран, составляет 5,5% ВВП.

Возможные источники увеличения общественных расходов на здравоохранение хорошо известны. Во-первых, это рост доходной части консолидированного бюджета РФ за счет повышения уровня собираемости налогов, в том числе подоходного налога, сведения к минимуму скрытой оплаты труда. Это и отказ от плоской шкалы подоходного налога, которая в других странах практически не используется, а в России представляется абсурдной, учитывая огромную дифференциацию в доходах и тенденцию к ее росту. Так, только по официальным данным соотношение заработной платы для 10-процентных крайних групп работающих (с наибольшей и наименьшей заработной платой) увеличилось с 32 раз в октябре 1999 г. до 40 раз в апреле 2001 г. [31]. Предлагаемые меры способны обеспечить не только значительный рост бюджетных доходов, но и почти двукратное снижение ставки начислений на заработную плату (единого социального налога) [32]. Во-вторых, это рост оплаты труда (в первую очередь в реальном секторе и бюджетной сфере),

в том числе за счет снижения начислений на заработную плату. Он позволит не только увеличить базу подоходного налогообложения, но и повысить расходы на здравоохранение путем введения цивилизованной, принятой во многих развитых странах системы соплатежей населения – взносов работников в фонды общественного медицинского страхования. При этом важно, что реализация перечисленных мер приведет и к снижению дифференциации в доходах населения, которая, как отмечалось выше, также является одной из детерминант преждевременной смертности населения.

**Основные направления реформирования системы здравоохранения.** Пересмотр принятой концепции реформирования здравоохранения необходим, прежде всего, в отношении заявленной реструктуризации системы медицинской помощи в пользу ее первичного, стационарного звена. Подобная реструктуризация, сопровождаемая сокращением коечного фонда больничных учреждений, действительно происходила в последние два десятилетия во многих развитых странах. Важно при этом отметить, что сокращение коечного фонда больниц происходило в этих странах при большом увеличении расходов в расчете на одну больничную койку и медленном сокращении доли больничного сектора в общих расходах на здравоохранение. Так, с 1980 по 1998 г. в среднем по странам ОЭСР доля больничного сектора в общих расходах на здравоохранение снизилась с 49 до 44% при увеличении общих расходов на здравоохранение с 7,3 до 9,0% ВВП, расходы на больничный сектор увеличились соответственно с 3,6 до 4,0% ВВП при значительном росте ВВП за этот период<sup>3</sup>. Однако в России слепое копирование опыта этих стран, т. е. только сокращение больничной сети, приводит лишь к снижению доступности медицинской помощи и, как показал регрессионный анализ, росту преждевременной смертности населения. Планируемый же в России «большой скачок» в реструктуризации финансирования медицинской помощи при нынешних его объемах способен лишь резко примитивизировать отечественное здравоохранение. Приходится констатировать, что сторонники такой реструктуризации игнорируют два важных фактора.

Во-первых, не учитывается огромная дисперсность расселения российского населения, обусловленная масштабами территории страны, более высокой долей сельского населения, а также неразвитостью во многих регионах дорожно-транспортной инфраструктуры. По этим причинам объективно обусловлена более высокая по сравнению с другими странами обеспеченность населения России больничными койками. Заметим, что одной из главных рекомендаций Комиссии по макроэкономике и здоровью относительно территориальной организации медицинской помощи является укрепление того ее звена, включая больничные учреждения, которое максимально приближено к пациентам [30].

Во-вторых, количество госпитализаций в России не является чрезмерным, учитывая высокий уровень заболеваемости населения, усложнение патологии и несвоевременные обращения за медицинской помощью, обусловленные стремлением скрыть дефекты собственного здоровья на рынке труда (при значительном росте заболеваемости населения в трудоспособном возрасте число дней с временной утратой трудоспособности в расчете на 100 работников снизилось с 999 в 1990 г. до 784 в 2001 г. [1]). По количеству госпитализаций в расчете на 100 чел. населения Россия лишь незначительно превышает уровень большинства европейских стран: этот показатель в конце 90-х годов в РФ был всего на 10% выше, чем в среднем по странам Европы. Россия уступает большинству развитых стран лишь по показателю, характеризующему интенсивность оказания стационарной медицинской помощи, т. е. средней продолжительности пребывания в больнице. Сторонники ско

<sup>3</sup> Рассчитано по 13 странам (Австралия, Германия, Дания, Исландия, Италия, Канада, Нидерланды, Норвегия, США, Финляндия, Франция, Швейцария, Япония), по которым имеются сопоставимые данные за указанный период [33].

рейшей реструктуризации системы медицинской помощи считают, что «чрезмерное число врачей и избыточная мощность больничных учреждений являются основной причиной длительного пребывания в стационаре» [25]. Однако последнее обусловлено совсем иными причинами и вполне закономерно при низком уровне технического оснащения российских больниц, нехватке в них медикаментов и, подчеркнем, при более низкой по сравнению с развитыми странами численности больничного персонала в расчете на одну больничную койку. В конце 90-х годов этот показатель составлял в среднем по странам ОЭСР около 2,5 чел. [34], в России, по нашим расчетам, – 1,3 чел.

Реструктуризация медицинской помощи возможна лишь при переходе российского здравоохранения к современным медицинским технологиям, техническому перевооружению как больничных, так и амбулаторно-поликлинических учреждений, значительному увеличению обеспеченности их медикаментами, т. е. при существенном увеличении объемов финансирования здравоохранения. Важно отметить, что странам, проводящим такую реструктуризацию, удалось снизить лишь темпы роста расходов на здравоохранение. В целом же такая реструктуризация в странах со значительно более высоким по сравнению с Россией уровнем финансирования здравоохранения и соответственно уровнем использования современных медицинских технологий потребовала дальнейшего увеличения расходов на здравоохранение. Обязательное условие реструктуризации – сохранение всеобщей доступности для населения медицинской помощи, в том числе стационарной. Как отмечалось выше, проводимая сейчас реструктуризация уже привела к существенному сокращению доступности медицинской помощи для сельского населения. О снижении доступности стационарной медицинской помощи для всего населения можно судить по динамике показателя обеспеченности больничными койками определенной специализации. Так, за период с 1990 по 2000 г. обеспеченность такими койками сократилась следующим образом (рассчитано по [3]):

	Рост заболеваемости, раз	Снижение обеспеченности койками, %
Инфекционные	1,3	24
Туберкулезные	2,6	6
Наркологические	16	в 2,3 раза

Весьма низка в России и обеспеченность специализированными кардиологическими койками. Несмотря на то, что уровень смертности от сердечно-сосудистых заболеваний населения России в 2,5-4,0 раза выше, чем в развитых странах, кардиологические диспансеры существуют менее, чем в трети субъектов РФ, а число коек в них составляет всего 5 тыс., или 0,3% коечного фонда стационаров [3].

Неотложная задача российского здравоохранения – обеспечение доступности медицинской помощи, в том числе стационарной, увеличение обеспеченности населения больничными койками в сельской местности и койками определенной специализации. Это не исключает, естественно, необходимости активного внедрения стационарно замещающих технологий и других догоспитальных форм оказания медицинской помощи. Однако даже при значительном увеличении объемов финансирования здравоохранения и высоких темпах технического перевооружения больничного и амбулаторно-поликлинического его секторов планируемое сокращение доли больничного сектора в общем объеме общественных расходов на здравоохранение (с нынешней его доли, равной более 60%, до 40% к 2005 г.), несомненно, ухудшит доступность качественной медицинской помощи и соответственно негативно скажется на здоровье населения России.

К примитивизации медицинской помощи ведет и предлагаемое реформирование ее первичного звена, основу которого должны составить врачи общей практики (семейные врачи) взамен существующей, т. е. амбулаторно-поликлинических учреждений. Парадоксальность этого предложения заключается в том, что сложившаяся в России система первичной медицинской помощи обеспечивает профессиональную кооперацию врачей разных специальностей, к которой сейчас стремятся врачи догоспитального сектора в других странах. Кроме того, она обеспечивает возможность комплексного обслуживания пациентов «под одной крышей» и совместного использования врачами медицинской техники и административно-хозяйственных служб, т. е. она является более удобной (для пациентов) и более экономичной (для здравоохранения) системой. Не случайно эти принципы организации первичной медицинской помощи получили в свое время высокую оценку ВОЗ.

Основной аргумент в пользу предлагаемой реформы догоспитального сектора – избыточная численность врачей узкой специализации [1]. Отметим, однако, что доля врачей общей практики в общей численности врачей амбулаторного звена во многих развитых странах незначительна и имеет тенденцию к сокращению. Например, в США этот показатель сократился с 18% в 1980 г. до 14 в 1998 г., соответственно увеличилось число врачей-специалистов [35]. Данная тенденция закономерна, учитывая развитие медицинских знаний, их возрастающую специализацию. Что же касается якобы имеющейся в России избыточности врачей-специалистов, то на этом вопросе следует особо остановиться. Обеспеченность врачами на 100000 чел. населения в России, действительно, в 1,5-2,0 раза выше, чем в большинстве развитых стран. Это касается как общей численности врачей, так и врачей большинства специальностей. Однако за этим показателем скрывается не общая трудоизбыточность российского здравоохранения, а сложившиеся в советский период и обострившиеся в современной России диспропорции в структуре занятости – врачи вынуждены дополнительно выполнять работу, которая не соответствует уровню их квалификации. В 2000 г. в стране на 100 врачей приходилось всего 140 медицинских сестер (в 1990 г. – 150) [3], в то время как в большинстве развитых стран это соотношение составляет 100 : 300 (в США 100 : 327 [35]). Причина указанной диспропорции в численности врачей и медсестер – крайне низкий уровень оплаты труда последних. Так, в 2000 г. средняя зарплата медицинской сестры составляла лишь 80% величины прожиточного минимума (рассчитано по [12, 36]). При большей обеспеченности врачами Россия, как отмечено выше, отстает от развитых стран по показателю численности больничного персонала в расчете на одну больничную койку. То же относится и к общей численности занятых в здравоохранении. В лечебно-профилактических учреждениях России она составляла в 2000 г. 5,5% общей численности населения, занятого в экономике, в то время как уже в начале 90-х годов в Австралии – 6,9, Нидерландах – 6,6, Норвегии – 9,1, Франции – 6,8, Финляндии – 8,3, Швеции – 10,0, Швейцарии – 9,9 [36]. В США этот показатель составлял в 1990 г. 6,6%, в 2000 г. – 7,4% [35]. Численность занятых в здравоохранении развитых стран имеет устойчивую тенденцию к росту, причем последний опережает рост общей занятости населения. Такая тенденция объясняется, в частности, постоянным освоением новых медицинских технологий, которые не являются трудосберегающими и требуют увеличения численности как медицинского, так и немедицинского персонала лечебно-профилактических учреждений [37].

Возвращаясь к вопросу о реформировании амбулаторно-поликлинического звена российского здравоохранения, отметим, что совершенствование его работы, безусловно, необходимо. Оно предполагает техническое перевооружение большинства поликлиник, увеличение численности неврачебного персонала, освобождение врачей от

выполнения работы, не соответствующей уровню их квалификации, укрепление системы послевузовской подготовки и переподготовки врачей, совершенствование их информационного обеспечения. Реализация этих мер потребует увеличения финансирования амбулаторно-поликлинических учреждений. Очевидно, и не менее важно более эффективное использование имеющихся ресурсов, в том числе за счет лучшей координации деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений и стационаров, преемственности в процессе лечения на догоспитальной и госпитальной стадиях, устранения дублирования в работе поликлиник и больниц. Перспективным направлением реформирования является также дальнейшее расширение сети дневных стационаров при амбулаторно-поликлинических учреждениях.

Целесообразно, по нашему мнению, также создание специализированной гериатрической службы, т. е. системы оказания медицинской помощи людям пожилого возраста. В российской статистике отсутствуют данные об объемах медицинской помощи, оказываемой разным возрастным категориям населения. Однако существуют основания полагать, что ситуация в России незначительно отличается от аналогичной в других развитых странах, в которых число посещений врачей пациентами пенсионного возраста в несколько раз превышает соответствующий показатель для лиц трудоспособного возраста, а расходы на лечение больных в возрасте старше 65 лет составляют от трети до половины всех расходов на здравоохранение [38].

Российское здравоохранение уже имеет опыт создания специализированной системы медицинской помощи для определенного возрастного контингента – педиатрической службы. Существуют сейчас и некоторые элементы гериатрической службы – госпитали для ветеранов и инвалидов Великой Отечественной войны и соответствующие отделения в ряде больниц. Создание специализированной гериатрической службы позволит более полно учитывать в лечебном процессе особенности данного контингента больных, эффективно лечить так называемые старческие болезни. Представляется, что такая служба должна быть не чисто медицинской, а медико-социальной. Именно в ней могут получить наибольшее развитие менее ресурсоемкие виды медицинских учреждений – дома сестринского ухода и стационары на дому. Создание специализированной гериатрической службы позволит также повысить профилактическую направленность российского здравоохранения: профилактика и ранняя диагностика заболеваний должны стать приоритетными направлениями деятельности других служб здравоохранения. В настоящее время они плохо выполняют эти функции, в том числе из-за большей загруженности врачей лечением пожилых пациентов.

Крайне важен выбор модели управления и финансирования в здравоохранении. В настоящее время в России действует бюджетно-страховая модель финансирования, однако концепцией реформирования здравоохранения предусматривается переход к чисто страховой модели с расширением добровольного (частного) медицинского страхования [26]. Такое решение весьма спорно, так как последняя является наиболее затратной, не позволяющей эффективно использовать ресурсы здравоохранения (подробнее см. [10]).

Требуется, по-видимому, и определенная централизация финансирования медицинских учреждений. В настоящее время более половины общего объема бюджетного финансирования приходится на местные бюджеты. Из-за отсутствия в большинстве из них необходимых средств создана двухуровневая система трансфертов (из федерального бюджета в бюджеты субъектов РФ, из последних – в местные бюджеты). Однако и при достаточно больших объемах трансфертов наблюдается крайне высокий уровень территориальной дифференциации расходов на здравоохранение. Более эффективным средством снижения такой дифференциации пред

ставляется перенос большей части расходов на уровень субъектов РФ и федеральный уровень с закреплением за каждым из них ответственности за финансирование определенных статей расходов всех лечебно-профилактических учреждений. При этом из федерального бюджета целесообразно, по нашему мнению, финансировать техническое переоснащение больничных и амбулаторно-поликлинических учреждений, по крайней мере, в части приобретения дорогостоящей медицинской техники. Это позволит проводить единую техническую политику и будет способствовать снижению общего объема необходимых расходов на техническое перевооружение здравоохранения за счет размещения крупных заказов на медицинскую технику, в том числе на отечественных предприятиях ВПК.

За федеральным бюджетом целесообразно также закрепить финансирование лекарственного обеспечения медицинских учреждений и населения. Общественные расходы по этой статье должны быть существенно увеличены: низкая доступность лекарств, в том числе жизненно важных, является, как уже отмечалось выше, одним из значимых факторов преждевременной смертности населения. В настоящее время в России при сходной с другими европейскими странами структуре заболеваемости совокупные (общественные и частные) расходы на медикаменты в расчете на душу населения на порядок ниже, чем в Австрии, Бельгии, Германии, Франции, Швейцарии и в несколько раз ниже, чем в Венгрии, Чехии, Словакии [7]. Причем в отличие от этих стран большая часть расходов на медикаменты приходится на население, а не на общественные фонды.

Существуют значительные резервы улучшения лекарственного обеспечения даже при существующих объемах финансирования. Речь идет о высоком уровне предельных наценок – оптовой и розничной. В результате наценки и налоги (НДС и налог с продаж) составляют более 50% розничной цены медикаментов. Предельные наценки устанавливаются субъектами РФ и в среднем по стране составляют сейчас: оптовая – 25%, розничная – 40% [39]. При закреплении финансирования лекарственного обеспечения за федеральным уровнем ему следует делегировать право установления предельных торговых наценок, которые сейчас существенно завышены. При этом имеет смысл дифференцировать ставки наценок на дорогие (оригинальные) и дешевые (дженерики) медицинские препараты, что будет способствовать росту импорта более дешевых лекарств и росту отечественного фармацевтического производства. Для сдерживания высокой оптовой наценки достаточно было бы создания государственной (или с участием государства) компании, контролирующей 20-25% оптового рынка медикаментов. Неоправданно высока и розничная наценка: расчеты показывают, что даже при снижении ее до 30% издержки обращения в валовом доходе аптек будут существенно ниже, чем в целом по предприятиям розничной торговли [21].

Как показывают прогнозные расчеты [21], общий объем потребления медикаментов в России (в натуральном исчислении) может быть увеличен к 2005 г. более чем в 2 раза по сравнению с 2000 г. Основными условиями этого являются значительный (в 2,5 раза в сопоставимых ценах) рост общественных расходов на лекарственное обеспечение населения и медицинских учреждений и снижение в 1,5 раза существующей торговой наценки. При этом среднегодовые темпы роста отечественного фармацевтического производства могут составить примерно 10%.

### *Литература*

1. *Здравоохранение в России. Стат. сб. М.: Госкомстат России, 2001.*
2. *Об итогах работы органов и учреждений здравоохранения в 2001 г. и задачах совершенствования медицинской помощи населению в соответствии с Программой социально-экономического развития РФ на среднесрочную перспективу (2002-2004 гг.). М.: Минздрав РФ, 2002.*

3. *Human Development Report 2001*. UNDP. NY, 2001.
4. Sen A. *Health in Development* // WHO bull. 1999. Vol. 77, № 8.
5. Вишневский А. Подъем смертности в 90-е годы: факт или артефакт? // Информ. бюлл. Центра демографии и экологии человека ИИП РАН. № 45, май 2000.
6. Leon D., Chenet L., Shkolnikov V., Zakharov S. et al. Huge Variation in Russian Mortality Rates 1984-94: artefact, alcohol or what? // *Lancet*. 1997. № 350.
7. *The European Health Report 2002*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2002.
8. Murray C.J., Lopez A.D., ed. *The Global Burden of Disease. A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*. Boston, Harvard School of Public Health, 1996.
9. Доклад о государственной политике в области охраны здоровья граждан и состояния здоровья населения Российской Федерации в 1993 г. М.: Минздрав РФ, 1994.
10. Болдов О.Н., Иванов В.Н., Розенфельд Б.Ф., Суворов А.В. Ресурсный потенциал социальной сферы в 90-е годы // Проблемы прогнозирования. 2002. № 1.
11. Результаты международных сопоставлений ВВП России и других стран по данным за 1999 г. – [www.gks.ru](http://www.gks.ru).
12. *Российский статистический ежегодник 2001*. М.: Госкомстат России, 2001.
13. Социальное положение и уровень жизни населения России. Стат. сб. М.: Госкомстат России, 2001.
14. Отчеты об исполнении федерального бюджета РФ и бюджетов субъектов РФ за 2001 г. – [www.minfin.ru](http://www.minfin.ru).
15. Отчеты о поступлении средств в федеральный и территориальные фонды ОМС за 2001 г. – [www.nalog.ru](http://www.nalog.ru).
16. Or Z. *Determinants of Health Outcomes in Industrialized Countries: a Pooled Cross-Country Time-Series Analysis* // OECD Economic Studies. 2000. № 30.
17. Ahand S., Ravallion M. *Human Development in Poor Countries: on the Role of Private Incomes and Public Services* // *Journal of Economic Perspectives*. 1993. № 7.
18. Wilkinson R. *Unhealthy societies. The afflictions of inequality*. London, 1996.
19. Суворов А.В. Доходы и потребление населения: макроэкономический анализ и прогнозирование. М.: МАКС Пресс, 2001.
20. Суворов Н.В., Суворов А.В., Борисов В.Н. Экономический рост, межотраслевые пропорции и приоритеты развития реального сектора в среднесрочной перспективе // Проблемы прогнозирования. 2002. № 4.
21. Иванов В.Н. Фармацевтический рынок России вчера, сегодня и завтра // *Ремедиум*. 2001. № 6-7.
22. Техническое содействие реформе системы здравоохранения: результаты социальной оценки. Проект Всемирного Банка // Материалы семинара. М., 28 марта 2002 г.
23. Бойков В., Фили Ф., Шейман И., Шишкин С. Расходы населения на медицинскую помощь и лекарственные средства // *Вопросы экономики*. 1998. № 10.
24. Стародуров В., Шейман И., Зелькович Р. Концепция реформы управления и финансирования здравоохранения России // *Медицинский вестник*. 1996. № 8.
25. Sheiman I. *From Beveridge to Bismark. Health finance in the Russian Federation – Innovations in Health Care Financing* // *Proceedings of World Bank conference. WB discussion paper № 365*, 1997.
26. Стратегия развития Российской Федерации до 2010 г. М.: Центр стратегических разработок, 2000.
27. Orosz Eva. *The key to overcoming inequality is political commitment* // WHO bull. 2000. Vol. 78, № 1.
28. Финансовые взаимоотношения с регионами – [www.minfin.ru](http://www.minfin.ru).
29. Суворов А.В. Макроэкономический анализ феминизации бедности в России. В сб.: *Феминизация бедности в России*. М.: Весь мир, 2000.
30. *Macroeconomics and Health: Innovations in Health for Economic Development. Report of the Commission on Macroeconomic and Health*. Geneva: WHO, 2001.
31. Заработная плата работников по отраслям экономики, отдельным профессиям и должностям // *Стат. бюлл.* 2001. № 10.
32. Иванов В.Н., Суворов А.В. Важнейшие проблемы государственной политики доходов // *Экономическая наука современной России*. 1999. № 2.
33. *Highlights on Health in the Russian Federation*. Geneva: WHO, 1999.
34. *OECD Health Data 2001* – [www.oecd.org/health](http://www.oecd.org/health).
35. *Statistical Abstract of the U.S. 2001*. NY, 2001.
36. Труд и занятость в России. Стат. сб. М.: Госкомстат России, 2001.
37. Розенфельд Б.А. Охрана здоровья населения СССР. Тенденции и проблемы развития. М.: МЦНТИ, 1991.
38. Хабриев Р. Зачем понадобился контроль? // *Ремедиум*. 2000. № 11.