УДК 338.012

А. В. Кашепов
ФГБОУ ВПО «Московский государственный педагогический университет»,
Москва, e-mail: avkash@list.ru

ИНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ

Ключевые слова: социальная политика, политика в сфере здравоохранения, институциональные реформы, проблемы финансирования, материально-техническое и кадровое обеспечение отрасли, перспективы развития отрасли.

В представленной статье автор попробовал рассмотреть историю институциональных, в первую очередь законодательных, изменений в системе здравоохранения России с экономической точки зрения. Методология исследования состояла в том, чтобы выявить влияние трансформации институтов на финансовое положение отрасли, и в конечном счете на ее материально-техническую и кадровую базу в период, предшествовавший мобилизации на борьбу с пандемией COVID-19. Были рассмотрены дискуссионные вопросы социальной политики вообще в тесной связи с экономикой, и темы финансирования здравоохранения «по остаточному принципу», «оптимизации» и другие концепции. На основе анализа содержания законодательных актов, указов, национальных проектов и программ была разработана гипотеза об институциональной предрасположенности к недостаточному уровню развития здравоохранения в целом и в том числе его «инфекционного» блока к экстремальной ситуации 2020 года. Были представлены данные государственной статистики о сокращении числа медицинских учреждений, больничных коек (в том числе для лечения инфекционных заболеваний), численности врачей и среднего медицинского персонала в последние десятилетия. Отдельно были рассмотрены проблемы заработной платы работников системы здравоохранения, в двух аспектах – во-первых, в контексте неисполнения государственных решений о ее повышении, и во-вторых, с точки зрения ее отрицательного влияния на численность работников отрасли, эффективность их работы и на процессы трудоустройства молодых специалистов после окончания профильных учебных заведений.

A. V. Kashepov
Moscow state pedagogical University, Moscow, e-mail: avkash@list.ru

INSTITUTIONAL AND ECONOMIC PROBLEMS OF HEALTHCARE IN RUSSIA

Keywords: social policy, health policy, institutional reforms, financing problems, logistics and personnel support of the branch, prospects for the development of the branch.

In this article, the author tried to consider the history of institutional, primarily legislative, changes in the Russian healthcare system from an economic point of view. The methodology of the study was to identify the impact of the transformation of institutions on the financial situation of the industry, and ultimately on its material, technical and human resources base in the period leading up to the mobilization to fight the COVID-19 pandemic. Discussion issues of social policy in General in close connection with the economy, as well as the topics of financing health care “on a residual basis”, “optimization” and other concepts were considered. Based on the analysis of the content of legislative acts, decrees, national projects and programs, a hypothesis was developed about the institutional predisposition to an insufficient level of development of health care in General, including its “infectious” block, to the extreme situation in 2020. State statistics were presented on the reduction in the number of medical institutions, hospital beds (including for the treatment of infectious diseases), the number of doctors and secondary medical personnel in recent decades. Separately, the problems of salaries of health care workers were considered in two aspects: first, in the context of non-implementation of state decisions on its increase, and second, in terms of its negative impact on the number of employees in the industry, their work efficiency, and on the employment processes of young professionals after graduation from specialized educational institutions.

Введение

Основная задача данной статьи – проанализировать некоторые институциональные и экономические итоги нескольких десятилетий реформ здравоохранения, продемонстрировать их статистически наблюдаемые результаты, и предварительно оценить, с какой базой российское здравоохранение встретило пандемию COVID-19. В нашей статье мы следуем пониманию социальной политики, как системы общественного, в

том числе государственного, целеполагания, управления и экономического обеспечения качества жизни, воспроизводства населения, поддержания доходов, занятости, жилья, здоровья, образования, культуры населения. Политика в области здравоохранения рассматривается как неотъемлемая часть государственной социальной политики.

На высоком политическом уровне в 2020 году неоднократно говорилось, что относительно низкая, по сравнению с большинством развитых стран Запада, смертность от коронавируса в РФ обусловлена тем, что в нашей стране сохранилась традиционная система здравоохранения («система Семашко»), в то время как в других странах не было подобных систем, или они были разрушены. Действительно, страны, полностью сохранившие советскую систему здравоохранения, являются лидерами в своих регионах мира по качеству медицинских услуг и продолжительности жизни населения, как например, республика Куба.

Советская система здравоохранения, созданная Н.А.Семашко, базировалась на идеях российской земской медицины и опыте организации здравоохранения в Германии и других европейских странах начала XX столетия. Программа Н.А.Семашко была истинно радикальной реформой, направленной на развитие (в отличие от некоторых более поздних разрушительных «реформ»), и строилась на следующих принципах: бесплатная всеобщая медицинская помощь объявлялась правом гражданина страны. Все граждане получали право на квалифицированную медицинскую помощь и это право гарантировалось государством. Для практического осуществления этих гарантий государство создавало специальную структуру – Министерство (первоначально – Наркомат) здравоохранения. Все поликлиники, больницы и прочие лечебные учреждения становились государственными предприятиями, а все врачи – государственными служащими и получали финансирование и зарплаты непосредственно из бюджета страны. Профилактика и социальная гигиена объявлялись краеугольным камнем государственной политики здравоохранения. Медицинское обслуживание предлагалось организовать на двух основных принципах: участковом и иерархическом. На уровне фельдшерских пунктов (позже названных ФАП), терапевтического участка и районной больницы лечились самые распространённые заболевания и проводилась профилактика, более сложные случаи с помощью системы направлений передавались в областные, республиканские и всесоюзные институты и больницы [1].

Советская система здравоохранения позволила России примерно в одно время с наиболее развитыми странами мира пройти эпидемиологический переход (сокращение доли инфекционных заболеваний в общей смертности населения) и увеличить среднюю продолжительность предстоящей жизни с 30,5 года в 1896-1897 гг. и 42,9 года в 1926-1927 гг. до 68,8 в 1961-1962 гг. [2;3;4]. В последующие годы продолжительность жизни практически не росла, а во время кризиса 1990-х гг. существенно снижалась, но это отдельная тема, некоторые аспекты которой были затронуты в наших работах по экономическим факторам смертности [6].

К достижениям советского здравоохранения относится создание материально-технической и кадровой базы в отрасли, которая характеризуется ростом числа больничных коек в 1913-1990 гг. с 13 до 137,5 на 10000 человек населения, их абсолютная численность в 1990 году составила в РСФСР 2,04 млн. единиц. Число врачей за тот же период увеличилось с 2 до 46,9 на 10000 населения и достигало в 1990 г. абсолютной численности в РСФСР 694,7 тысячи человек [3, с. 585; 4, с. 258]. Население страны было широко охвачено сетью медицинских учреждений и системой профилактических осмотров (диспансеризации). Разумеется, у советской системы здравоохранения, сложившейся к 1980-м годам, имелись серьезные недостатки – отставание от мирового уровня медицинских и фармацевтических технологий, недостаточная обеспеченность населения высокотехнологичными методами медицинской помощи, недостаток среднего медицинского персонала. К сожалению, среди многочисленных факторов этого отставания основным был относительный дефицит финансирования отрасли («оста-

точный принцип» финансирования). В 1990-е-2000-е годы он так и не был исправлен, более того, стал краеугольным камнем «радикальных реформ».

1. Институциональные изменения в социальной политике и здравоохранении после 1991 года

Вследствие прихода к власти в 1991 году либералов и разрушения единого экономического пространства СССР, в Российской Федерации развился тяжелый экономический кризис. ВВП страны в 1990 -1998 гг. сократился на 44,3%, кроме того, «реформаторы» официально провозглашали, что целью государственной экономической политики является исключительно преодоление инфляции и бюджетного дефицита. Социальная политика стала в 1990-е средством экономии бюджетных расходов, о чем мы уже писали в монографии «Взаимосвязи экономики и демографии» [5, с. 40-41]. Эту точку зрения пропагандировал член Правительства РФ Е.Ясин [7].

В целом по всему спектру направлений социальной политики «реформаторы» 1990-х – 2000-х годов выдвинули принципы ее регионализации, муниципализации и «адресности», ряд других идеологических и финансово-ограничительных принципов. На практике это означало, помимо прямого секвестра (периодически производившегося в 1990-е годы) основных социальных статей государственного бюджета и его косвенного обесценения (вследствие инфляции), передачу полномочий в сфере социальной политики на уровень субъектов РФ и муниципальных органов власти. Полномочия передавались, но деньги оставались в ведении федерального центра. Поэтому каждый акт «реформирования» сопровождался проблемами в финансировании региональных структур управления социальной политикой. После каждой подобной «реформы» приходилось годами налаживать новые финансовые потоки регионального, местного уровня, включая межбюджетные трансферты, общий объем которых в итоге оказывался меньше, с поправкой на инфляцию, чем объем государственного бюджетного финансирования в предшествующий период. «Адресность» означала отказ государства от всеобщей доступности социальных услуг и социальной поддержки в пользу концентрации урезанных финансовых ресурсов на «наиболее нуждающихся» категориях граждан. Степень «нуждаемости» должна была определяться бюрократическими структурами, задача которых формулировалась откровенно, хотя не всегда публично, – минимизировать официально учтенное число нуждающихся и, соответственно, сократить расходы по каждому из направлений социальной политики.

«Реформы» здравоохранения в целом развивались по тому же общему для всей социальной политики сценарию. Отметим, что в профессиональном медицинском сообществе всегда находились и находятся люди, стоящие на позиции защиты интересов населения и пациентов против «реформаторов». И в этом смысле врачи и пациенты находятся не по разные, а по одну сторону административных «баррикад».

Ведущий эксперт в области экономики здравоохранения А.Л. Пиддэ в качестве первых по времени наиболее важных институциональных реформ в данной сфере называет вступление в действие в 1993 году Закона об ОМС, организацию Фондов ОМС, принятие Основ законодательства «Об охране здоровья граждан» [8, с. 565-566]. Отметим, что создание системы ОМС происходило на фоне снижения реального (с учетом инфляции) объема финансирования здравоохранения, что касается внутренних достижений и недостатков этой системы, то они многократно описаны экспертами в этой области, повторение апологетики или критики ОМС не входит в число наших задач. Для нас центральной является проблема снижения фактического уровня финансирования медицины.

Закон «Об охране здоровья граждан», действовавший с 1993 по 2011 год, в общих выражениях подтверждал существование конституционных, а также международно-конвенциальных прав граждан РФ на охрану здоровья [9]. Наряду с общими принципами, в том числе действовавшими в советский период, и множеством организационно-управленческих позиций, обобщающих отраслевую практику, в нем постулировалась передача полномочий с федерального

на региональный уровень (статья 5.1). Предполагалось финансирование региональных полномочий за счет субвенций из федерального бюджета (последующее развитие событий показало их недостаток в большинстве регионов). Согласно ст.8 закона часть полномочий (в том числе, например, организация скорой медицинской помощи) передавалась на вовсе обделенный бюджетными ресурсами местный (муниципальный) уровень власти. К позитивным аспектам реформы 1993 года относилась институционализация ранее созданных в форме кооперативов, хозрасчетных организаций и т.д. частных медицинских учреждений. Однако в тот период они мало повлияли на общий уровень оказания медицинских услуг, вследствие низкой платежеспособности абсолютного большинства населения. В ст.17 говорилось о праве граждан на охрану здоровья, но не было указано что государство гарантирует такую охрану в условно-бесплатном виде (то есть за счет налогов или взносов, уплаченных этими гражданами в бюджет или внебюджетные фонды). Только в ст.20 предусматривалась разработка Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи – в качестве отдельного подзаконного акта.

Действующий в настоящее время Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 31.07.2020) «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», безусловно, является с юридической точки зрения более зрелым и подробно проработанным документом, чем его предшественник, и содержит меньше деклараций и больше точных формулировок, отражающих различные аспекты политики, экономики, прав и обязанностей различных субъектов в сфере медицины. Однако идеология закона осталась прежней. Норм прямого действия относительно равной для всех условно-бесплатной медицинской помощи по широкому кругу заболеваний и случаев, и о федеральных обязательствах по ее финансированию в законе нет. В статье 10 п.5 содержится ссылка на программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. В ст. 80 формулируется «Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи», которая включает первичную медико-санитарную помощь, в том числе доврачебную, врачебную и специализированную, высокотехнологичную медицинскую помощь, скорую медицинскую помощь и паллиативную медицинская помощь в медицинских организациях. Конкретный список случаев, подпадающих под данную статью, содержится в подзаконных нормативных актах. Порядок планирования государственных расходов на сферу здравоохранения в законе не рассматривается.

В дополнение к названным стратегическим документам в разные годы были приняты Концепция развития здравоохранения 10 лет (1997 г.), несколько национальных проектов. Приоритетный национальный проект «Здоровье» (2006 г.). В соответствии с ПНП «Здоровье» предполагалось построить в регионах РФ 14 федеральных центров высокотехнологичной медицинской помощи (в основном сердечно-сосудистой и травматологической, ортопедической специализации. Было предусмотрено укрепление материальной базы «Скорой помощи», других медицинских учреждений, стимулирующие выплаты медицинским работникам. В 2006 году на реализацию проекта из федерального бюджета и государственных внебюджетных фондов направлено 78,98 млрд руб. Кроме того, дополнительные средства были выделены субъектами РФ и муниципальными образованиями. В 2007 году было предусмотрено выделение 131,3 млрд рублей. На 2007–2009 годы были запланированы расходы, связанные с реализацией проекта, в размере 346,3 млрд руб. [11]. Поскольку объем средств, выделенных на реализацию проекта, был незначительным (в сравнении с объемом ВВП, суммой расходов консолидированного бюджета РФ), а в использовании средств наблюдались ошибки и злоупотребления, он не оказал существенного влияния на ситуацию в отрасли, но зафиксировал своего рода «протокол о намерениях» правительства повернуться лицом к здравоохранению, после того как в предшествующие 10-15 лет, такого намерения не было вообще.

Далее была принята Государственная программа РФ «Развитие здравоохранения» (2017 г., действует в редак-

ции от 16.06.2020 г.) – это инструмент текущего планирования деятельности Министерства здравоохранения РФ и региональных органов здравоохранения [12]. Программа рассчитана до 2024 года и увязана с другими государственными плановыми документами на период до 2024 года. В ней были предусмотрены нормативы финансирования по конкретным нормативам медицинской помощи.

Следующий Национальный проект «Здравоохранение» был принят в 2018 г., его цели определялись следующим образом: «снижение смертности населения, снижение младенческой смертности, ликвидация кадрового дефицита в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, обеспечение охвата всех граждан профилактическими медицинскими осмотрами не реже одного раза в год, обеспечение оптимальной доступности для населения медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, упрощение процедуры записи на прием к врачу» и т.д. Проект был рассчитан на перспективу до 2024 года. Паспорт проекта содержал целевые нормативы по смертности от определенных видов заболеваний, укомплектованию врачами медицинских учреждений и т.д. Поскольку культура планирования социальных отраслей в федеральных органах исполнительной власти (методика Госплана) за предшествующие годы была утрачена, в число нормативных показателей были внесены цифры, которые имеют косвенное отношение к здравоохранению, причем прогнозировать и планировать с заданной точностью невозможно (например, показатели общей смертности, продолжительности жизни населения) [13]. Более конкретные цели ПНП следующие: создать более 350 новых фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов и врачебных амбулаторий (это очень важно, так как в предшествующие 20 лет именно эти объекты массово ликвидировались в целях экономии бюджетных расходов – А.К.). К 2022 году запустить более 1300 мобильных медицинских комплексов. К 2025 году охват граждан профилактическими медицинскими осмотрами не реже одного раза в год должен составить 90%. Число граждан, которые прошли профилактические осмотры, составит 132 миллиона человек в год. В ПНП 2018 года были заложены значительно большие объемы финансирования, чем в аналогичные предыдущие документы – 1725,8 млрд. рублей в расчете на 6 лет, из них 1366,7 млрд из федерального бюджета и 265 млрд. рублей из бюджетов субъектов РФ [14].

Принятая в 2019 году «Стратегия развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года» в определенной мере закрепила тенденцию перехода российских властей с позиций либерального «реформирования» здравоохранения на позиции его реанимации (восстановления) и последующего развития. Первые две основные цели Стратегии были сформулированы как 1) создание условий для повышения доступности и качества медицинской помощи; 2) профилактика заболеваний (что реально соответствует запросам общества). А среди основных задач – также исключительно актуальные «строительство и реконструкцию объектов здравоохранения; развитие инфраструктуры и материально-технической базы медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь, в том числе детям; обеспечение оптимальной доступности для граждан (включая граждан, проживающих в труднодоступных местностях) первичной медико-санитарной помощи, в том числе путем создания фельдшерско-акушерских пунктов; дальнейшее развитие высокотехнологичной медицинской помощи» [15].

В действующей «Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов» было предусмотрено оказание помощи по видам (перечисленным выше) и по перечню случаев, на которые распространяются нормы данного документа. Предусмотрены средние нормативы оказания помощи, в том числе высокотехнологичной, в расчете на 1 лицо, застрахованное в системе ОМС. Перечислены каналы бюджетного и ОМС финансирования и указаны нормативы для расчетов затрат – например, на 1 вызов скорой медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования – 2428,6 рубля. Средние подушевые нормативы финансирования, предусмо-

тренные Программой (без учета расходов федерального бюджета), составляют: за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов (в расчете на 1 жителя) в 2020 году – 3621,1 рубля, 2021 году – 3765,9 рубля и 2022 году – 3972,7 рубля; за счет средств обязательного медицинского страхования на финансирование базовой программы обязательного медицинского страхования за счет субвенций Федерального фонда обязательного медицинского страхования (в расчете на 1 застрахованное лицо) в 2020 году – 12699,2 рубля, 2021 году – 13461,6 рубля и 2022 году – 14193 рубля [16].

Подводя предварительные итоги институциональных изменений в медицине, отметим, что основное направление реформ в 2010-е годы было сугубо либеральным и именовалось «оптимизация здравоохранения». В рамках «оптимизации» предусматривалась концентрация ограниченных финансовых ресурсов на амбулаторном оказании услуг и сокращение стационаров, коек в них и т.д. – вплоть до закрытия ранее существовавших больниц. При этом «первичное звено» амбулаторной помощи – ФАПы и поликлиники, продолжали сокращаться. Бюрократическая (планы, отчеты) и «цифровая» (ведение электронной документации) нагрузка на врачей в поликлиниках резко увеличивалась, нормативы по количеству приема пациентов увеличивались, время на прием 1 пациента сокращалось. Майские указы президента РФ 2012 года в части повышения заработной платы выполнить было сложно, в отсутствие их достаточного финансового обеспечения. Поэтому их побочными эффектами стали перераспределение премий и надбавок в состав основной оплаты труда по штатному расписанию (без повышения ее суммарного уровня, массовое совместительство с непропорциональным увеличением нагрузки, и сокращение штатов – с перераспределением фонда оплаты труда между оставшимися работниками.

Естественно, либеральные «реформаторы» предпочитают не вспоминать о провалах политики в области здравоохранения, предшествовавшей пандемии COVID-19. Поэтому в монографии «Общество и пандемия. Опыт и уроки борьбы с COVID-19 в России», под редакцией В.М. Мау, в главе 2.1. «Система здравоохранения перед пандемией» о ретроспективе сказано только, что «в состоянии готовности было недостаточно инфекционных и реанимационных коек» [17, с.39]. Несопоставимо более ответственно к анализу прошлого опыта подходит ректор Всероссийской школы организации и управления здравоохранением д.м.н. Г.Э. Улумбекова. Она пишет о том, что многие реформы были сведены к сокращению организаций и кадрового состава отрасли, снижению финансирования и отставанию России по относительному уровню финансирования здравоохранения не только от развитых стран, но и от государств со средним уровнем экономического развития [18].

2. Экономические результаты институциональных изменений

Перейдем к анализу статистических результатов последних десятилетий государственной политики здравоохранения в нашей стране. Согласно рейтингу ВОЗ (WHO), опубликованному в 2020 году, Россия по соотношению суммарных расходов на здравоохранение с ВВП занимает 121 место – 5,3% (по данным Г.Э. Улумбековой, доля государственные расходы в РФ составляют 3,2% ВВП [18, с.87]). Беларусь занимает 105 позицию (5,9%), Украина – 75 (7,0%). Все страны, относящиеся к категории развитых, значительно превосходят Россию по этому рейтингу. Например, Великобритания занимает 26 место (9,6%), Япония – 14 (10,9%), Германия – 11 (11,2%), Франция – 10 (11,3%), США – 2 (17,1%). [19] Анализ национальных систем финансирования здравоохранения мы здесь не производим, в каждой из стран свои проблемы, и свои группы населения, обделенного медицинскими услугами. Все же отметим, что в начале 2010-х годов, когда в России полным ходом шла «оптимизация здравоохранения», инициированная либералами, идеологически ориентированными на США, демократическая администрация США обеспечила принятие «Закон о защите пациентов и доступном здравоохранении» (2010 г.) и соответствующей программы, предусматривавшей выделение в последующие 10 лет дополнительно 940 млрд. долла-

ров (75,2 трлн рублей по курсу доллара на момент написания статьи).

Финансовые итоги реформ здравоохранения РФ за 30 лет подвести сложно, так как не считая *теневых расходов* населения, «белые» расходы делились на частные и государственные, причем эти последние делились на 2 канала – ОМС и бюджетная система, а те, в свою очередь распределялись еще на несколько каналов. Согласно расчетам экспертов ВШОУЗ, опубликованным в 2019 году, в 2012 – 2018 гг. расходы бюджетной системы РФ на здравоохранение в текущих цена выросли с 2283,3 млрд рублей до 2400,3 млрд рублей, при этом с учетом инфляции, в ценах 2012 года сокращение составило 4%. На период 2019-2021 гг. расходы должны были увеличиться до 2400,3 млрд рублей и возрасти на 9% в реальном исчислении [18, с. 79-85]. Если бы финансовый план до 2021 года был исполнен, это бы означало повышение расходов за 10 лет на 5% в реальном исчислении. В реальном исчислении на душу населения рост еще меньше, вследствие присоединения Республики Крым, которое увеличило численность населения РФ на 1,3%. Между тем, многие из предшествовавших такого рода планов, даже в части самого минимального увеличения социальных расходов – не исполнялись.

Когда в 2020 г. началась пандемия COVID-19, это потребовало от федеральных и региональных органов исполнительной власти осуществления экстренных расходов, суммарный объем которых будет, вероятно, опубликован в I квартале 2021 года.

«Реформаторская» фракция в федеральных органах исполнительной власти РФ стремится вновь перейти к сокращению расходов на здравоохранение после пандемии. Об этом свидетельствует представленный в Государственную Думу проект федерального бюджета на 2021-2023 гг. Согласно проекту, «бюджетные ассигнования по разделу «Здравоохранение» в 2021 году составят 1 118 991,4 млн рублей, в 2022 году – 1 123 959,2 млн рублей и в 2023 году – 1 091 422,2 млн рублей. По отношению к объему ВВП соответствующего года доля расходов раздела «Здравоохранение» составит в 2021 году 1%, в 2022 году – 0,9%, в 2023 году – 0,8%» [20].

По данным Росстата, число больничных организаций в РФ в 1990-2018 гг. сократилось с 12,8 до 5,3 тысяч – в 2,4 раза. Число амбулаторно-поликлинических организаций испытывало периоды снижения или роста, в связи с колебаниями официальной политики. В 2010-2018 гг. оно увеличилось с 15,7 до 20,2, постепенно возвращаясь к уровню 1990 года (21,5 тысяч). Отметим, что в рамках политики «оптимизации» массовый характер носило формальное слияние таких организаций, без закрытия и ликвидации, поэтому для анализа положения, предшествовавшего пандемии, необходимо использовать не столько показатели числа организаций, сколько число больничных коек и врачей на 10 тысяч населения [21; 22].

Рассмотрим ключевые показатели материально-технической и кадровой базы здравоохранения. Число больничных коек, которое в советский период постоянно росло, с 1990 г. по 2018 г. сократилось с 2037,6 до 1172,8 тыс. единиц. При этом обеспеченность койками сократилась со 137,4 на 10000 человек населения до 79,9 на 10000 населения [22, с. 218]. Тезис о том, что необходимо сокращать койки ради внедрения в медицину высоких технологий, изначально подвергался сомнению со стороны медицинского сообщества и не поддерживающей «реформы» частью ученых-экономистов. Мы всегда придерживались точки зрения, что для того, чтобы построить новое, не обязательно разрушать хорошо работающее старое. Радикальное обновление основных фондов в здравоохранении (в первую очередь капитальный ремонт и замена зданий старой постройки) и внедрение новых технологий следовало вести более быстрыми темпами, но при этом расширять, или как минимум не уменьшать, количество больничных коек (и площадей медицинских учреждений) на 10000 населения. Наши разногласия с «реформаторами» приобретают особую актуальность во время пандемии Covid-19, на фоне того, что число инфекционных коек в российской медицине было сокращено с 139,9 тысяч в 1990 году (9,4 на 10000 человек населения) [22, с.175] до 59,3 тысячи (4,0 на 10000 населения) в 2018 г. [22, с. 218-219]. По состоянию на октябрь 2020 года ко-

личество «ковидных» инфекционных коек оценивалась министром здравоохранения М.А. Мурашко в 182 тысячи единиц [23]. Статистически сопоставимые данные по структуре коечного фонда будут опубликованы Росстатом по итогам 2019-2020 годов позже. Но пока можно предположить, что разницу порядка 120 тысяч недостающих инфекционных коек пришлось покрывать в основном путем перепрофилирования неинфекционного фонда (то есть ценой отказа от плановой госпитализации большого числа пациентов с другими диагнозами, и вследствие этого – роста смертности по причинам, не связанным с Covid-19). Часть недостающего фонда была построена с нуля в экстренном порядке, но на момент написания данной статьи мы не имеем информации о том, сколько было построено (в коечном исчислении), а сколько перепрофилировано.

Кадровая база и оплата труда работников здравоохранения. Как показывают данные Росстата (Таблица 1), врачебный корпус смог продержаться во время первой волны «реформ» 1990-х годов, но в 2010-е годы, с началом «оптимизации», количество врачей сократилось. В 2015-2018 годы их численность немного восстановилась, но осталась значительно ниже уровня 2011 года. При этом проблема среднего медицинского персонала, возникшая еще в советский период, не только не была решена, но и продолжала усугубляться.

Таблица 1

Численность врачей и среднего медицинского персонала в РФ в 1990-2018 гг. (Источник – Росстат [22, с. 219])

Годы	Численность врачей		Численность среднего медицинского персонала	
	Всего, тыс. чел.	На 10000 чел. населения	Всего, тыс. чел.	На 10000 чел. населения
1990	667,3	45,0	1844,0	124,4
2000	680,2	46,8	1563,6	107,6
2010	715,8	50,1	1508,7	105,6
2011	732,8	51,2	1530,4	107,0
2012	703,2	49,1	1520,3	106,1
2013	702,6	48,9	1518,5	105,7
2014	709,4	48,5	1525,1	104,3
2015	673,0	45,9	1549,7	105,8
2016	680,9	46,4	1537,9	104,8
2017	697,1	47,5	1525,2	103,8
2018	703,7	47,9	1491,4	101,6

Таблица 2

Среднемесячная номинальная начисленная заработная плата работников организаций по всем видам деятельности и здравоохранения в 2010-2018 гг., рублей [22, с. 219]

	2010 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.
Всего – средняя по РФ	20592	36709	39167	43724
В т.ч. здравоохранение	15794	29882	31980	40027
Соотношение здравоохранения со средней по РФ, процентов	76,7	81,4	81,7	91,5

Как следует из таблицы 2, несмотря на прямые указания Президента РФ в майских указах 2012 года о доведении заработной платы врачей до 200% от средней, финансово-экономический блок Правительства России не позволил органам здравоохранения поднять отраслевой уровень заработной платы даже до 100% – в результате недостаточного финансирования отрасли. И даже в период борьбы с пандемией COVID-19 периодически возникают проблемы с доведением дополнительных денежных выплат и надбавок до врачей и среднего медицинского персонала.

Отметим, что выпуск специалистов-медиков (бакалавров и магистров) в 2005-2018 году увеличился с 28,3 тысячи человек до 41,2 тысячи человек в год, а специалистов среднего звена с 57,1 тысячи человек до 64,9 тысячи человек [24, с. 116-117]. Но в сложившейся ситуации с заниженной заработной платой медиков подавляющее большинство выпускников ушло в другие отрасли, в первую очередь в торговлю (в том числе торговлю фармацевтической продукцией).

Выводы

Какие уроки из всего происшедшего с нашим здравоохранением до и после пандемии COVID-19 должно извлечь наше общество и федеральные органы власти? Главные уроки достаточно очевидны: здравоохранение имеет для общества, национальной безопасности страны, критическое значение и не может больше рассматриваться как полигон для испытания либерально-реформаторских подходов. Детальная программа развития здравоохранения разработана специалистами ВШОУЗ на основании Указов Президента РФ [24]. Позиция автора данной статьи, как эксперта по вопросам социальной политики, во многих деталях совпадает с мнением профессионалов из отрасли здравоохранения. В то же время мы хотели бы здесь сформулировать собственную позицию. Она состоит в следующем:

1) Наилучшим решением с точки зрения долгосрочных ориентиров охраны здоровья населения было бы восстановление советской системы управления и финансирования отрасли. Полномочия, ответственность и финансовые ресурсы были бы возвращены с регионального на федеральный уровень, с сохранением органов здравоохранения как исполнительных структур. Фонды ОМС были бы упразднены и интегрированы в состав федеральных и региональных органов управления здравоохранением.

2) Более легкий и быстрый вариант «контрреформы» – интеграция ОМС в бюджет (как это было когда-то сделано с Фондом занятости) при сохранении действующей структуры многоуровневого управления здравоохранением.

3) При любом из избранных вариантов институциональных изменений обеспечить увеличение финансирования здравоохранения к 2025 году до 5% ВВП и к 2030 году минимум до 7,5% ВВП. Основное внимание уделить капитальному ремонту и новому строительству объектов здравоохранения с увеличением коечного фонда и надлежащего резервирования части этого фонда на случай эпидемий и других стихийных бедствий. Ускорить создание и увеличить масштабы и темпы введения в строй (в том числе за счет импорта) оборудования для высокотехнологичных диагностических, хирургических и других медицинских процедур, современных лекарственных препаратов. При перестройке, развитии и финансировании медицинской и фармацевтической отраслей промышленности опираться на управленческие практики, отработанные в государственном регулировании оборонной промышленности (государственные программы, заказы, приемка и контроль качества).

4) Не позже 2025 года обеспечить исполнение Указов Президента РФ о повышении заработной платы в здравоохранении до уровня 200% от среднего уровня по экономике РФ, в дальнейшем планировать опережающее увеличение заработной платы с учетом уровней оплаты труда врачей в развитых и среднеразвитых странах мира.

Библиографический список

1. Юдкевич И. Система Семашко – первая в мире настоящая инновация в здравоохранении [Электронный ресурс] Регнум, 20.09.2017. Режим доступа: https://regnum.ru/news/polit/2318307.html.

2. Федеральная служба государственной статистики РФ (Росстат) [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://rosstat.gov.ru/

3. Народное хозяйство СССР за 70 лет. Юбилейный статистический сборник. Госкомстат СССР. М.: Финансы и статистика, 1987.

4. Народное хозяйство СССР в 1990 г. Статистический ежегодник. Госкомстат СССР. М.: Финансы и статистика.

5. Кашепов А.В. Взаимосвязи экономики и демографии. М., 2019.

6. Кашепов А.В. Социально-экономические факторы смертности в период с 2000 по 2020 гг. Социально-трудовые исследования. 2020; 40(3):18-30. DOI: 10.34022/2658-3712-2020-40-3-18-30.

7. Ясин Е. Пересмотр обязательств государства в бюджетной сфере неизбежен. Эксперт. 1997. №49.

8. Социальная политика в современной России: анализ, оценки, взгляд в будущее: коллективная монография / под общ. ред. Н.А. Волгина. М.: Проспект, 2011.

9. Федеральный закон от 22 июля 1993 г. N 5487-1 «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан».

10. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 31.07.2020) «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

11. Национальный проект «Здоровье». Официальный сайт Совета при Президенте России по реализации приоритетных национальных проектов и демографической политике [Электронный ресурс] Режим доступа: https://web.archive.org/web/20070927094424/http://www.rost.ru/projects/health/health_main.shtml.

12. Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения». [Электронный ресурс] Режим доступа: https://minzdrav.gov.ru/ministry/programms/health/info.

13. Приоритетный национальный проект «Здравоохранение». [Электронный ресурс] Режим доступа: http://government.ru/info/35561/.

14. Стратегия 24. [Электронный ресурс] Режим доступа: https://strategy24.ru/rf/health/projects/natsionalnyy-proekt-zdravookhranenie.

15. Указ Президента РФ от 06.06.2019 N 254 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года» [Электронный ресурс] Режим доступа: http://www.kremlin.ru/acts/bank/44326.

16. Постановление Правительства РФ от 7 декабря 2019 г. N 1610 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов» (с изменениями и дополнениями) [Электронный ресурс] Режим доступа: https://base.garant.ru/73187132/.

17. Общество и пандемия. Опыт и уроки борьбы с COVID-19 в России. – Москва: 2020. [Электронный ресурс] Режим доступа: https://www.researchgate.net/publication/344821727_Obsestvo_i_pandemia_Opyt_i_uroki_borby_s_COVID-19_v_Rossii.

18. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение в России: что надо делать. Состояние и предложения: 2019-2024 гг. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019.

19. Рейтинг стран мира по уровню расходов на здравоохранение / Global Health Expenditure. [Электронный ресурс] Режим доступа: https://gtmarket.ru/ratings/global-health-expenditure.

20. На финансирование здравоохранения направят свыше 3,3 трлн руб. в 2021-2023 годах. ТАСС, 17.09.2020 г. [Электронный ресурс] Режим доступа: https://tass.ru/ekonomika/9484327.

21. Российский статистический ежегодник. 1994. Статистический сборник. М.: Госкомстат России, 1994.

22. Российский статистический ежегодник. 2019. Статистический сборник – М.: Федеральная служба государственной статистики, 2019.

23. В России развернули 176 тысяч коек для инфекционных больных. РИА «Новости» Электронный ресурс] Режим доступа: https://ria.ru/20201014/koronavirus-1579706069.html.

24. Здравоохранение в России. 2019. Статистический сборник. М.: Федеральная служба государственной статистики, 2019.