

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ НАУКИ  
ВОЛОГОДСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР РАН



ИНФОРМАЦИОННЫЙ  
ВЫПУСК № 10  
(2064)

Серия

**«ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ»**

ВолНЦ РАН продолжает знакомить своих подписчиков с наиболее интересными, на наш взгляд, публикациями, затрагивающими актуальные вопросы российской экономики и политики.

В выпуске представлена статья А. Башкатовой «В России нашли виноватых в сокращении населения», опубликованная в «Независимой газете», № 21, 2 февраля 2022 года.

Вологда  
февраль 2022

# В России нашли виноватых в сокращении населения

## Оптимизация здравоохранения внесла свой вклад в смертность граждан

Российское здравоохранение оказалось неэффективным в борьбе с COVID-19 – такова предварительная оценка, которую дали в ходе анализа проблем отечественной медицинской отрасли специалисты Института народнохозяйственного прогнозирования (ИНП) РАН. По их расчетам, избыточная смертность в РФ на первом этапе пандемии была вдвое выше, чем в Австрии, Нидерландах, Франции и Швеции, в три раза выше, чем в Германии, в пять раз больше, чем в Израиле, в 10 раз – чем в Дании и Финляндии. И свой вклад в эти показатели внесла, судя по всему, в том числе «непродуманная», как ее охарактеризовали эксперты, оптимизация здравоохранения РФ.

До тех пор пока не грянула пандемия, властям более или менее удавалось сглаживать все те перекосы, к которым привела, по самому мягкому выражению экспертов, «непродуманная» оптимизация российского здравоохранения. Но в условиях пандемии сначала удар был нанесен по больницам, среди которых обнаружилась прежде всего нехватка инфекционных клиник, а теперь новый удар будет нанесен «микромом» по поликлиникам.

Специалисты ИНП РАН еще в прошлом году начали публиковать результаты своего анализа, посвященного проблемам развития российского здравоохранения. Сейчас они опубликовали вторую часть своего исследования – с акцентом на негативных последствиях «так называемой оптимизации здравоохранения».

С первых же строк авторы исследования сообщили: «Доступность медицинской помощи для населения России наряду с коммерциализацией здравоохранения снизилась в результате резкого сокращения сети медицинских, в первую очередь стационарных (больничных), организаций».

«Свертывание» больничной сети проводилось, по их уточнению, в основном за счет закрытия стационаров в сельских поселениях и небольших городах. «При этом никакой реструктуризации медицинской помощи населению сельских и небольших городских поселений не произошло: число амбулаторно-поликлинических организаций и организаций первичной медико-санитарной помощи – фельдшерско-акушерских пунктов также значительно сократилось», – сообщили они.

По оценкам исследователей, сложившаяся ситуация во многом объясняется тем, что при переходе к модели обязательного медицинского страхования оценка социальной эффективности здравоохранения (обеспечение всеобщей доступности медицинской помощи) была принесена в жертву оценке экономической эффективности (сумма расходов в расчете на одного пациента). И во многих регионах возник большой разрыв в обеспеченности медицинской помощью жителей крупных городов, особенно региональных центров, и остального населения регионов.

Исследователи признают, что реструктуризация медицинской помощи в пользу ее первичного, амбулаторного звена, тенденция к сокращению числа больничных коек действительно характерна для ряда западных стран. Но там оптимизация не была настолько «обвальная», как в России.

«В США, например, за 1990–2018 годы число больниц сократилось на 9%, а среднегодовые темпы сокращения числа больничных коек составляли менее 1%. В Германии за 2000–2017 годы число больниц уменьшилось на 7%, а число больничных коек – на 12%», – сообщил ИНП РАН.

В России же, судя по приведенным в институте данным, число больничных организаций за период 1990–2018 годов сократилось более чем в два раза, больничных коек – почти в два раза, станций скорой помощи, а также фельдшерско-акушерских пунктов – на четверть, амбулаторно-поликлинических организаций – на 6%.

Более того, в западных странах в условиях высокого уровня финансирования в стационарах и амбулаторном звене достигнута высокая оснащенность диагностической и лечебной аппаратурой, широко применяются современные медицинские технологии, высока квалификация медицинских работников, перечислили исследователи. В России же в условиях низкого финансирования с этим до сих пор проблемы.

«Особо следует подчеркнуть, что реструктуризация медицинской помощи является оправданной лишь при достаточно высоком уровне развития первичного, амбулаторного звена системы здравоохранения и, в частности, его кадрового потенциала, – продолжили исследователи. – Для России ха-

рактен относительно высокий уровень обеспеченности врачами. Однако наблюдается очевидный дефицит врачей в амбулаторно-поликлиническом секторе». И это провоцирует население заниматься самолечением.

«Суммируя все вышесказанное, следует признать обоснованным мнение медицинского сообщества о том, что проводимая оптимизация системы медицинской помощи, заключающаяся в быстром сокращении больничного сектора, является по меньшей мере непродуманной», – уточнили в ИМП РАН.

Дополнительным стимулом к сокращению больничного сектора стали, как считают исследователи, принятые в 2012 году майские указы, предполагающие существенное повышение зарплат врачей, среднего и младшего медицинского персонала. Необходимость повышения оплаты труда в здравоохранении была полностью оправданна, но для реализации майских указов требовалось адекватное увеличение финансирования медицинских организаций, «что не было сделано», уточнили авторы исследования.

И самый главный тезис исследования: «Судя по величине прироста смертности в 2020 году, можно высказать предположение, что российское здравоохранение оказалось неэффективным в борьбе с COVID-19». Хотя исследователи уточнили, что это пока лишь предварительная гипотеза.

В частности, в ходе «оптимизации» здравоохранения в России «была свернута сеть инфекционных больниц». В результате взрывной рост заболеваемости коронавирусной инфекцией быстро привел к возникновению дефицита инфекционных коек, пришлось перепрофилировать другие больницы, во многих из них в регионах приходилось транспортировать пациентов на большие расстояния, время ожидания приезда машины скорой помощи «для многих пациентов стало исчисляться часами или даже днями», перечислили исследователи.

В ИМП РАН провели межстрановое сравнение по показателям избыточной смертности. Для этого брались данные за период, в течение которого фиксировалась вспышка COVID-19, и за аналогичные временные периоды в среднем за предыдущие годы.

«Показатель избыточной смертности рассчитан нами как разность показателя смертности за период с апреля 2020 года (когда в России были зафиксированы первые 50 случаев смерти, связанной с ко-

видом) по январь 2021 года и среднего значения показателя смертности за соответствующие временные периоды предшествующих пяти лет», – сообщили исследователи.

По их расчетам, за указанный пандемийный период избыточная смертность составила в России почти 351 тыс. случаев, или 240 случаев на 100 тыс. населения.

Затем они проанализировали ситуацию в других странах за те же или близкие временные периоды. Выяснилось, что в России ущерб оказался более значительным. «Величина избыточной смертности в России была более чем в два раза выше, чем в Австрии, Нидерландах, Франции и Швеции, в три с лишним раза выше, чем в Германии, в пять раз выше, чем в Израиле, и в 10 с лишним раз выше, чем в Дании и Финляндии», – перечислили в ИМП РАН.

Они обратили внимание на то, что в Норвегии, Южной Корее и Японии тогда удалось избежать роста смертности населения, и уточнили, что Южная Корея, как и Япония, значительно опережает другие страны по обеспеченности населения больничными койками, а Норвегия – безусловный мировой лидер по уровню занятости в здравоохранении.

В 2021 году проблемы сохранились. Смертность в России за 2021 год выросла почти на 16%, и прирост был связан исключительно с избыточной смертностью от новой коронавирусной инфекции, заявила вице-премьер Татьяна Голикова. Без учета избыточной смертности снизилась на 1%, добавила она.

«При этом, если считать достоверными приведенные Росстатом данные о числе смертей, непосредственно вызванных коронавирусом, следует сделать вывод о том, что большая смертность в рассматриваемый период была обусловлена не столько собственно ковидом, сколько несовершенством всей системы медицинской помощи в стране», – добавили в ИМП РАН.

«Реформа здравоохранения была проведена бездарно: повышение зарплат врачей во многих регионах произошло за счет сокращения больниц и коек. В результате обеспеченность медицинской помощью снизилась. Многие квалифицированные врачи ушли на пенсию или уволились», – прокомментировал данные исследования руководитель департамента компании «Универ Капитал» Андрей Верников. Но говорить о том, что избыточная смертность россиян связана исключительно с не-

удачной реформой, по его словам, было бы не совсем верно: сказались еще и отношение части граждан к необходимости соблюдать ограничительные меры.

Конечно, поспешную и во многом непродуманную оптимизацию здравоохранения в России не ругал только ленивый, но важно уточнить, что нищая и архаичная медицина, доставшаяся нам в наследство после Советского Союза, действительно нуждалась в оптимизации, сказал «НГ» доцент Московского университета им. Витте Кирилл Парфенов.

По его словам, идея была здравая – «сокращение стационаров и развитие первичного звена путем расширения, обеспечения современным оборудованием и высококвалифицированными кадрами». «По факту койко-места и сами больницы сократили, а с поликлиниками лучше не стало», – добавил он. И в провалах виноваты не врачи, а система управления.

Но управленческие ошибки не должны ставить под сомнение саму проблему, необходимость оптимизации, считает он. При этом, как следует из комментария эксперта, нужно учитывать, что для того, чтобы поддерживать достаточное количество больничных коек на случай беды, которая может случиться, «нужна сверхбогатая экономика». И в достаточном объеме этого себе не может позволить ни одна страна в мире, в конце концов, с нехваткой

мест для госпитализации столкнулись и США, и некоторые страны Европы.

Как говорит Парфенов, проблематично оценить вклад оптимизации в избыточную смертность: для этого нет надежных данных, сведения о смертности от COVID-19 расходятся даже в официальных источниках.

Но он уточнил: «Хуже всего то, что за почти два года существования в условиях пандемии, мы так и не сумели достаточным образом развить амбулаторное звено». И это при том, что на сегодняшний день основную нагрузку должны принять на себя поликлиники. В условиях нехватки помещений и медперсонала сейчас можно ожидать катастрофических последствий для тех, кто как раз заболел не ковидом, а чем-то еще.

«Поэтому можно предполагать, что в структуре смертности доля потерь от коронавируса сократится», – уточнил Парфенов. А вырастет, видимо, доля умерших от задержек с оказанием медицинской помощи при неинфекционных заболеваниях, из-за отложенных плановых госпитализаций, несвоевременных обследований и иных причин, вызванных не инфекцией, а хроническими заболеваниями российской системы здравоохранения и управления в целом.

**Анастасия Башкатова**

*Зам. зав. отделом экономики «НГ»*

<b>Главные показатели системы здравоохранения РФ</b>			
	<b>2004</b>	<b>2011</b>	<b>2020</b>
Число больничных организаций, на конец года, единиц	9847	6343	5065
Число амбулаторно-поликлинических организаций, на конец года, единиц	22 084	16 262	22 891
Мощность (число посещений в смену) амбулаторно-поликлинических организаций, на конец года, на 10 тыс. населения*	251	261	284
Число станций скорой медицинской помощи, на конец года, единиц	3266	2912	2113
Число фельдшерско-акушерских пунктов, на конец года, единиц	-	35 043	33 618
Численность врачей, на конец года, на 10 тыс. населения*	48	51	50
Численность среднего медперсонала, на конец года, на 10 тыс. населения*	108	107	102
Число больничных коек, на конец года, на 10 тыс. населения*	112	94	81

\*Данные округлены. Источник: Росстат