

**АУДИТОРСКО-КОНСАЛТИНГОВАЯ КОМПАНИЯ ФБК
ИНСТИТУТ СТРАТЕГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА**

СКОЛЬКО СТОИТ РОССИЯ

РАЗДЕЛ 11

**ЗДРАВООХРАНЕНИЕ, ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА И
СОЦИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ**

Москва, 2014 г.

Авторский коллектив: доктор экономических наук И.А.Николаев (руководитель),
Т.Е. Марченко,
О.С. Точилкина,

С.В. Голотюк (информационное обеспечение)

Авторами также по праву можно считать бывших сотрудников ФБК, которые участвовали в реализации аналогичного проекта 10-летней давности: И.Е. Шульгу, С.А. Артемьеву, А.М. Калинина.

Содержание

ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ	4
Общая характеристика	4
<i>Здравоохранение.....</i>	<i>5</i>
<i>Физическая культура.....</i>	<i>6</i>
<i>Социальное обеспечение.....</i>	<i>9</i>
Экономические показатели	11
<i>Динамика развития.....</i>	<i>11</i>
<i>Финансирование.....</i>	<i>13</i>
<i>Состояние фондов.....</i>	<i>14</i>
<i>Трудовые ресурсы.....</i>	<i>15</i>
Международные сопоставления	19
ПОЛИТИКА В ОТРАСЛИ.....	22
Здравоохранение.....	22
Физическая культура.....	27
Социальное обеспечение	30
СКОЛЬКО СТОИТ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ, ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА И СОЦИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ.....	34
ПРИЛОЖЕНИЕ. РАСЧЕТ СТОИМОСТИ	41

Основные показатели

Общая характеристика

В связи с переходом на Общероссийский классификатор видов экономической деятельности (ОКВЭД) отрасль «Здравоохранение, физическая культура и социальное обеспечение» формально перестала существовать как единое целое. Валовая добавленная стоимость (ВДС) отрасли теперь представлена по двум видам деятельности: «Здравоохранение и предоставление социальных услуг» и «Предоставление прочих коммунальных, социальных и персональных услуг» (часть НДС подраздела «Прочая зрелищно-развлекательная деятельность; деятельность информационных агентств; прочая деятельность в области культуры; деятельность в области спорта; прочая деятельность по организации отдыха и развлечений»). При существенном изменении формы содержание осталось прежним. Это по-прежнему важнейшая социальная отрасль в структуре экономики. Указанные виды деятельности включают в себя, как и при существовании Общероссийского классификатора отраслей народного хозяйства (ОКОНХ), деятельность больниц, поликлиник, санаториев, домов отдыха, туристических лагерей, стадионов, спортивных клубов, учреждений социального обеспечения и т.п.

Несмотря на то, что за 10 лет сегмент частных медицинских услуг значительно увеличился, отрасль по-прежнему финансируется преимущественно из бюджета и государственных внебюджетных фондов. Это означает, что НДС отрасли создаётся за счёт оплаты услуг из бюджетных источников и напрямую зависит от объёма государственных расходов на здравоохранение, физическую культуру и социальное обеспечение. С 2002 по 2012 г. доля НДС отрасли в ВВП страны выросла. Если в 2002 г. она составляла 2,7% (259 млрд. руб.), то в 2012 г. НДС только по виду деятельности «Здравоохранение и предоставление социальных услуг» составила 3,3% от ВВП России (в номинальном выражении 2 081,9 млрд. руб.). При этом доля расходов консолидированного бюджета по статьям «Здравоохранение», «Физическая культура» выросла с 297,6 млрд. руб. в 2003 г. до 2 470,1 млрд. руб. в 2012 г. Расходы консолидированного бюджета на социальное обслуживание выросли с 45,2 млрд. руб. в 2003 г. до 325,9 млрд. руб. в 2012 г.

Общее число зарегистрированных в отрасли предприятий и организаций сократилось со 109,2 тыс. на начало 2003 г. до 80,8 тыс. на начало 2013 г. Доля малых предприятий в отрасли выросла почти вдвое: с 17,4% до 33,5%. Соотношение государственных и негосударственных учреждений

значительно поменялось: если в 2005 г. (самые ранние доступные данные) государственных было больше половины, то в 2012 г. их было уже 36,3% от общего числа организаций. Доля предприятий с частной собственностью выросла с 45,9% в 2005 г. до 57,7% в 2012 г.

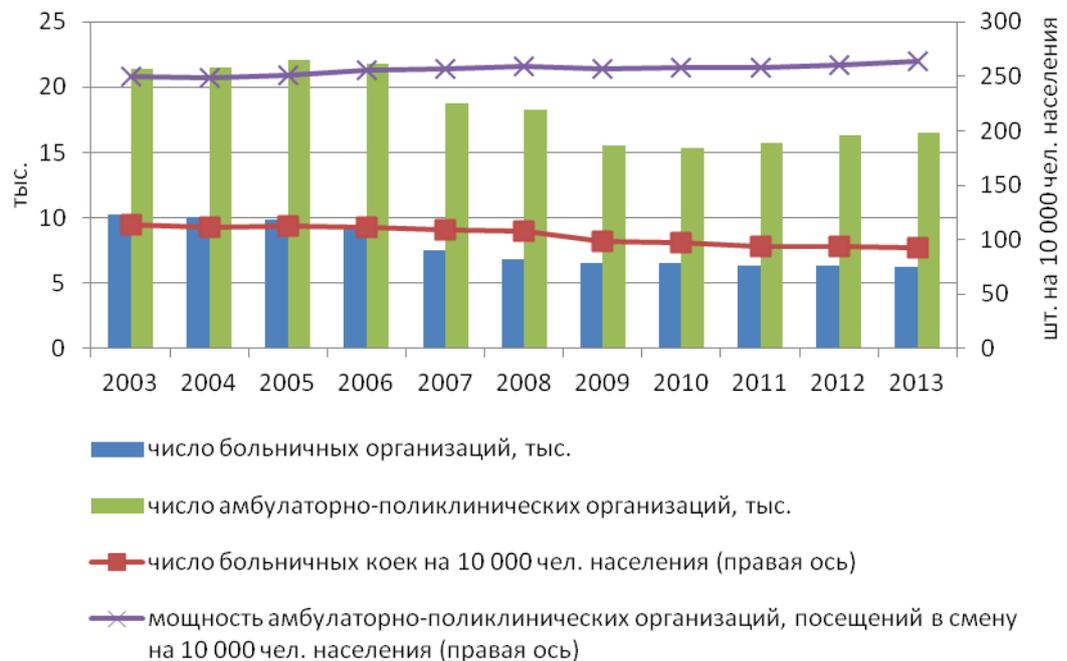
Здравоохранение

Здравоохранение включает деятельность лечебных учреждений (больниц, санаториев), врачебную практику (поликлиники, частная практика), стоматологическую практику, лаборатории, учреждения скорой помощи, а также ветеринарную деятельность.

Число больничных учреждений за прошедшие 10 лет сократилось на 39,8%. Если на начало 2003 г. насчитывалось 10,3 тыс. больничных учреждений, то на начало 2013 г. их число составило всего 6,3 тыс. (Рисунок 1). При этом число обеспечиваемых ими больничных коек сократилось на 17,7%: с 1 619,7 тыс. (113,7 коек на 10 000 чел. населения) до 1332,3 тыс. (92,9 койки на 10 000 чел. населения).

Рисунок 1

Основные показатели здравоохранения в 2003-2013 гг., на начало года



Примечание. Начиная с 2008 г., Росстат предоставляет данные по больничным койкам только круглосуточных стационаров (без коек в дневных стационарах)

Источник: Росстат

Что касается врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений¹, то их число также сократилось, на 22,9% – с 21,4 тыс. в начале 2003 г. до 16,5 тыс. в начале 2013 г. Мощность поликлиник возросла на 6% – с 3 565,2 до 3 780,4 тыс. посещений в смену (с 250,2 до 263,7 на 10 000 чел. населения).

Таким образом, можно констатировать «уплотнение» как больничных коек, так и амбулаторных посетителей при одновременном снижении обеспеченности населения больничными койками и росте интенсивности амбулаторного медицинского обслуживания. В 90-х – начале 2000-х сокращение больничных организаций несколько компенсировалось ростом мощности амбулаторно-поликлинических учреждений (при этом число последних оставалось достаточно стабильным), к тому же коммерческая медицина развивалась довольно бурно. В 2000-х этого уже оказалось не достаточно, поскольку объем амбулаторно-поликлинического обслуживания также сокращался.

Следует отметить, что рассмотренные количественные показатели обладают существенным недостатком: они никак не отражают качественных изменений в системе здравоохранения. Однако других показателей нет, поэтому для сопоставимости приходится использовать то, что есть.

Что касается российского санаторно-курортного комплекса, то здесь также наблюдается сокращение числа учреждений – на 2,3% при одновременном росте их пропускной способности на 2,6%. Если в 2002 г. число санаториев и пансионатов с лечением составляло 1279 учреждений (рассчитанных на 333 тыс. мест), то в 2012 г. их число составило 1250 (рассчитаны на 341,6 тыс. мест). Сокращение в 2012 г. обусловлено тем, что с 2012 г. Росстат публикует статистику по санаториям без учёта микропредприятий.

Физическая культура

В структуре ОКВЭД сфера «физическая культура» представлена двумя подразделами:

- *«Деятельность в области спорта»*, включающая деятельность стадионов, бассейнов, полей для гольфа, боксерских залов, площадок и стадионов для зимних видов спорта, стадионов для занятий легкой атлетикой и т.п., а также организацию и проведение спортивных мероприятий и деятельность спортивных школ, спортсменов, судей и т.п.;

¹ В число врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений включаются все медицинские учреждения, которые ведут амбулаторный прием (поликлиники, амбулатории, диспансеры, поликлинические отделения в составе больничных учреждений и др.).

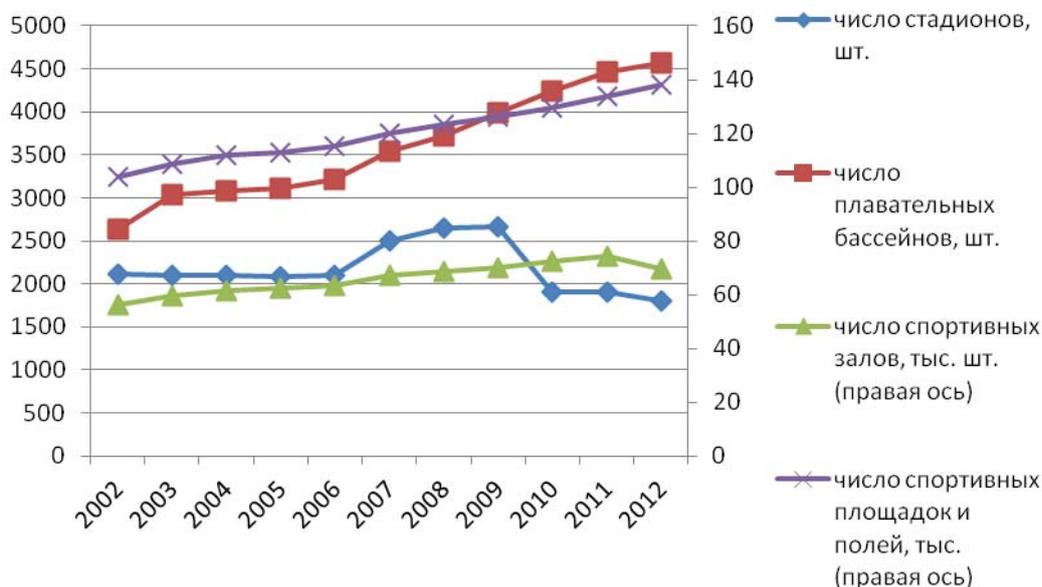
- «Физкультурно-оздоровительная деятельность», включающая деятельность бань, саун, соляриев, курортов с минеральными источниками, салонов для снижения веса и похудения, массажных кабинетов, центров физической культуры и т.п.

Сфера отдыха и туризма (деятельность пионерских и туристических лагерей, кемпингов, экскурсионных бюро и т.п.), ранее также входившая в раздел ОКОНХ «Здравоохранение, физическая культура и социальное обеспечение», в структуре ОКВЭД относится частично к разделу «Деятельность гостиниц и ресторанов», частично – к разделу «Транспорт».

На начало 2003 г. насчитывалось 2 112 стадионов с числом мест для зрителей 1,5 тыс. и более (2012 – 1805, сокращение 14,5%), 56,1 тыс. спортивных залов (2012 – 69,6, рост 24,1%), 2 639 плавательных бассейнов (2012 – 4575, рост 73,4%) (Рисунок 2). Всего в 2012 г. насчитывалось 261,8 тыс. спортивных сооружений; в 2002 г. этот показатель составлял более 200 тыс., рост за 10 лет составил 31%.

Рисунок 2

Динамика числа спортивных сооружений в России в 2003-2012 гг.



Примечание. Резкий рост числа стадионов в 2007-2009 гг. и последующее его сокращение связаны с изменением методики подсчёта. В 2007-2009 гг. подсчитывались стадионы с трибунами (независимо от числа посадочных мест), в 2002-2006 гг. и в 2010-2012 гг. – стадионы с количеством посадочных мест 1500 и более.

Источник: Росстат

Несмотря на рост числа спортивных сооружений, их всё ещё недостаточно. Нормативы обеспеченности населения спортивными сооружениями выполнены в лучшем случае наполовину. Так, обеспеченность спортивными залами составила по итогам 2012 г. 55,5% норматива, спортивными площадками и полями – 26,7% норматива, бассейнами – и вовсе 8,5%².

Число занимавшихся массовыми видами спорта в спортивных секциях за последние 10 лет возросло на 62,4%. Если в 2002 г. спортсменов-любителей было 12,3 млн. чел., то в 2012 г. их число превысило 20 млн. чел., среди них 13,6 млн. мужчин и 6,4 млн. женщин. Самым популярным массовым спортом в России среди мужчин является футбол – в 2012 г. футбольные секции посещало 2,2 млн. мужчин. Среди женщин это волейбол, соответствующие секции посещало в 2012 г. 741,3 тыс. женщин. Учитывая недостаток обеспеченности спортивными сооружениями, можно предположить, что посещение спортивных секций (в удобное время) доступно сейчас далеко не всем желающим; если ситуация будет улучшаться, вероятно продолжение роста популярности массовых видов спорта.

В последнее десятилетие продолжилось развитие сектора частных услуг в области физической культуры (сети спортивных и фитнес-клубов, соляриев, саун, бассейнов и т.д.). Развитие происходило как за счёт расширения существующих сетей, так и за счёт появления новых игроков. Рост реальных доходов населения и повышение качества жизни (особенно в крупных городах) во многом способствовали этому.

Потенциал развития физической культуры в России поддерживается также популяризацией здорового образа жизни, занятий спортом и экстремального отдыха. Растет спрос на велосипеды, горные лыжи и прочий спортивный инвентарь, а также спортивное питание. Так, по оценкам *Businessstat*, объём продаж спортивных велосипедов за 2008-2012 гг. вырос на 25%, транспортных велосипедов – на 16%, предложение лыж выросло за тот же период в 2,5 раза. В 2012 г численность потребителей велосипедов составила 31,5 млн. чел. (по данным *Businessstat*).

² Концепция федеральной целевой программы «Развитие физической культуры и спорта в Российской Федерации на 2016 - 2020 годы». Нормативы установлены Распоряжением Правительства Российской Федерации от 19 октября 1999 г. N 1683-р и составляют для спортивных залов 3,5 тыс. м² на 10 тыс. чел. населения, для плоскостных сооружений - 19,5 тыс. м² на 10 тыс. чел. населения, для бассейнов – 750 м² зеркала воды на 10 тыс. чел. населения.

Социальное обеспечение

К деятельности учреждений социального обеспечения относится предоставление социальных услуг с обеспечением проживания и без такого обеспечения.

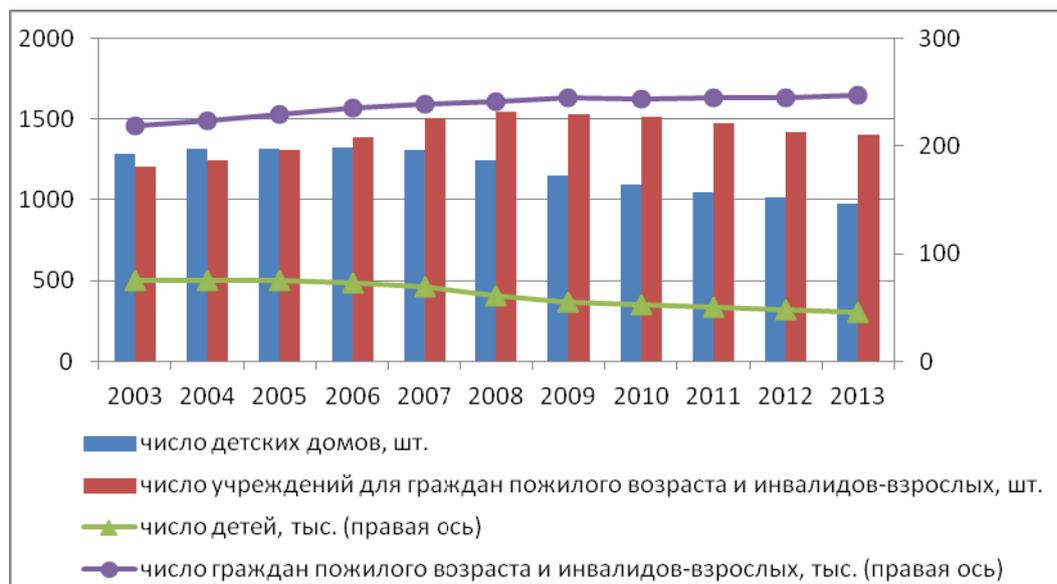
К организациям, оказывающим социальные услуги с обеспечением проживания³, относятся: приюты для сирот (детские дома, дома ребенка), дома для престарелых, интернаты для лиц с физическими или умственными недостатками, приюты для бездомных и т.п.

Число детских домов росло с начала 90-х до середины 2000-х гг., затем стало сокращаться (Рисунок 3). В итоге оно сократилось на 24,4% - с 1288 на начало 2003 г. до 976 на начало 2013 г. Число воспитанников детских домов сократилось за этот период на 39,2% - с 75,5 тыс. детей до 45,9 тыс. детей. Число учреждений для граждан пожилого возраста и инвалидов-взрослых выросло на 16,5% - с 1207 на начало 2003 г. до 1406 на начало 2013 г. Выросло и число проживающих в них – с 219 тыс. человек до 247 тыс. человек, рост составил 12,8%. Отметим, что в 2002-2012 гг. число мест в таких учреждениях превышало число проживающих в них, в среднем превышение составило 3,4%. Также в России действует 132 учреждения для инвалидов-детей, обслуживающих 22 тыс. детей. Число таких учреждений сократилось на 13,2%, число проживающих в них детей – на 24,1% (на начало 2003 г. было 152 учреждения, в которых проживало 29 тыс. детей).

³ Предоставление социальных услуг с обеспечением проживания включает круглосуточное оказание социальной помощи детям, престарелым и особым категориям лиц с ограниченными возможностями ухода за собой. Доля лечения и образования в такой деятельности не являются основными.

Рисунок 3

Динамика числа организаций, оказывающих социальные услуги с обеспечением проживания, и проживающих в них людей (на начало года).



Источник: Росстат

Среди предоставления социальных услуг без обеспечения проживания⁴ выделяют деятельность по усыновлению, посещение престарелых и больных, оказание помощи жертвам стихийных бедствий, беженцам, иммигрантам, дневной уход за детьми (детские ясли, сады⁵), деятельность врачебно-трудовых экспертных комиссий (ВТЭК) и т.д.

Перечень социальных услуг без обеспечения проживания чрезвычайно широк. В нем есть даже такая услуга как консультирование по домашнему бюджету и по вопросам брака и семьи. Эти услуги могут предоставляться государственными службами или частными организациями, оказывающими помощь при стихийных бедствиях, а также национальными и местными организациями взаимопомощи, специалистами, предоставляющими консультационные услуги.

⁴ Предоставление социальных услуг без обеспечения проживания включает оказание услуг социального характера, консультаций, материальной помощи, помощи беженцам и аналогичных услуг отдельным лицам и семьям на дому или в других местах.

⁵ К ним относятся те коммерческие детские сады и ясли, которые не занимаются дошкольным образованием; все остальные относятся к виду деятельности «Образование».

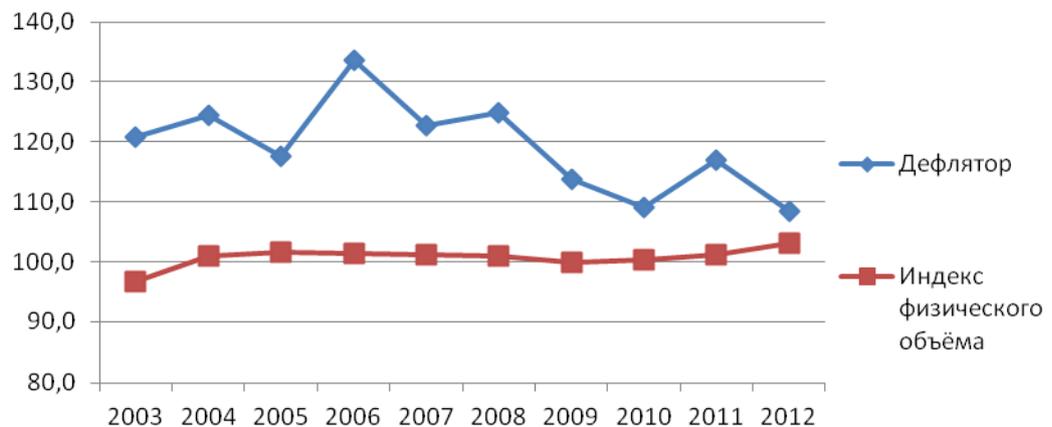
Экономические показатели

Динамика развития

До принятия ОКВЭД в отрасль «Здравоохранение, физическая культура и социальное обеспечение» включались две составляющие: рыночные и нерыночные услуги. Сейчас это разделение не отражается в статистике, данные по валовой добавленной стоимости (ВДС) предоставляются по виду экономической деятельности «Здравоохранение и предоставление социальных услуг». Динамика ВДС представлена на Рисунке 4.

Рисунок 4

Динамика ВДС по виду экономической деятельности «Здравоохранение и предоставление социальных услуг», % к предыдущему году.



Источник: Росстат

Реальный прирост физического объёма ВДС по виду деятельности «Здравоохранение и предоставление социальных услуг» за прошедшие 10 лет редко превышал 1% в год. При этом номинально ВДС выросла в 7,6 раз и составила в 2012 г. 1 964,8 млрд. руб. Рост цен в отрасли до «первой» волны мирового экономического кризиса был очень значительным – порядка 120% ежегодно. В 2002-2012 гг. дефлятор составил 569,3%, это один из самых высоких показателей в экономике. Лечение в России как было, так и остаётся дорогим удовольствием (Таблица 1).

Таблица 1

**Средние потребительские цены на отдельные виды услуг
(на конец года), руб.**

Вид услуг	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Первичный консультативный прием у врача специалиста, за посещение	99,8	116,4	138,8	171,4	197,1	223,3	249,3	304,4	341,3	381,0	422,5
Физиотерапевтическое лечение, за процедуру	28,0	31,9	36,1	47,1	54,0	60,0	72,1	84,3	91,7	96,7	107,8
Общий анализ крови, за анализ	59,2	66,9	78,0	94,6	110,2	128,2	148,3	174,1	195,1	217,7	242,3
Первичный консультативный осмотр пациента у стоматолога, за посещение	38,4	44,4	50,3	60,4	68,1	76,3	87,6	104,5	113,9	126,3	130,9
Удаление зуба под местным обезболиванием, за удаление	152,7	176,7	201,8	246,6	279,2	325,4	396,4	463,1	500,8	554,6	637,4
Изготовление коронки, за шт.	294,8	345,9	400,3	485,4	552,1	633,4	772,8	916,2	1058,8	1125,3	1250,0
Санаторий, за день	551,4	631,8	724,8	822,1	940,6	1100,5	1328,6	1490,3	1561,6	1726,5	1876,6
Дом отдыха, пансионат, за день	426,9	488,8	548,6	608,6	714,2	844,7	1057,4	1150,1	1168,5	1365,2	1410,7
Занятия в плавательных бассейнах, за месяц	312,2	377,2	455,1	552,9	668,8	793,6	1009,8	1194,8	1315,0	1573,2	1648,3
Занятия в группах общей физической подготовки, за месяц	273,8	322,0	397,1	478,3	596,0	724,0	933,5	1051,4	1132,2	1376,9	1496,4

Источник: Росстат

Некоторое представление о масштабах негосударственного сектора услуг здравоохранения даёт статистика по числу негосударственных больниц и поликлиник. Их доля в общем числе больничных учреждений выросла с 0,9% в 2002 г. до 3,6% в 2012 г. В сфере амбулаторных учреждений доля негосударственных клиник выросла с 10,3% в 2002 г. до 22,7% в 2012 г. При этом их мощность выросла с 70,2 тыс. посещений в смену в 2002 г. до 270,7 тыс. посещений в смену в 2012 г. Это в несколько раз ниже мощности государственных поликлиник.

ВДС физической культуры после перехода на ОКВЭД стало затруднительно выделить из общей ВДС по виду деятельности «Предоставление прочих коммунальных, социальных и персональных услуг».

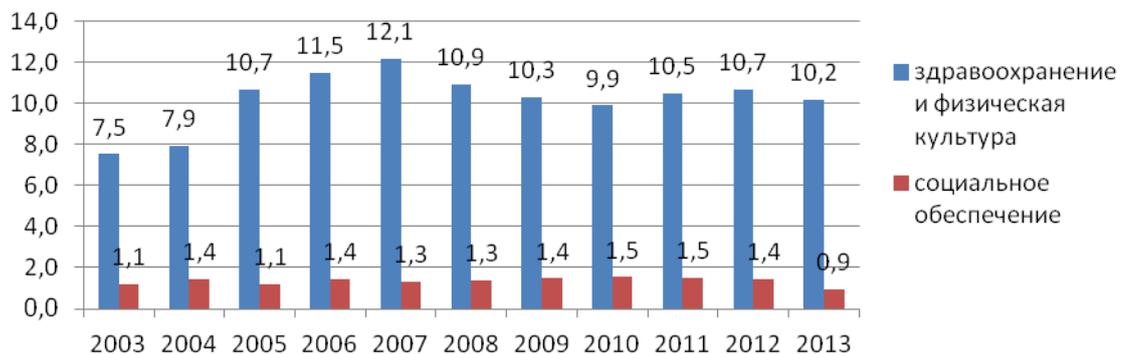
Финансирование

Как уже отмечалось выше, отрасль «Здравоохранение, физическая культура и социальное обеспечение» остаётся во многом бюджетной. Деятельность государственных учреждений отрасли финансируется за счет бюджетов всех уровней, а также из средств внебюджетных фондов.

Доля средств консолидированного бюджета, выделяемых на здравоохранение и физическую культуру, за последние 10 лет выросла и по итогам 2013 г. составила 10,2% всех расходов (Рисунок 5). Резкий рост расходов в 2006-2007 гг. связан с реализацией национального проекта «Здоровье». Доля расходов на социальное обслуживание менялась незначительно, не превышая 1,5%.

Рисунок 5

Доля расходов на здравоохранение, физическую культуру и социальное обеспечение в общей структуре расходов консолидированного бюджета, %



Примечание. Данные по расходам на социальное обеспечение за 2003-2004 гг. взяты по статьям бюджета «Социальная помощь», 2004 – 2013 гг. – «Социальное обслуживание».

Источник: Федеральное казначейство

Основная часть средств по направлению «Здравоохранение и физическая культура» идет в здравоохранение. В «Отчёте об исполнении консолидированного бюджета Российской Федерации и бюджетов государственных внебюджетных фондов» Федерального казначейства доля расходов на здравоохранение составляет 9,3% всех расходов (2,3 трлн. руб.), а на физическую культуру и спорт – только 0,9% (219,3 млрд. руб.).

В структуре расходов на здравоохранение в 2013 г. около половины (1,13 трлн. руб.) составляли расходы федерального Фонда обязательного медицинского страхования. В 2011-2013 гг. бюджет Фонда был стабильно профицитным в связи с тем, что доходов поступало больше, чем планировалось. До этого в отдельные годы возникал дефицит (2,7%

доходной части в 2009 г., 7,2% в 2010 г.). После роста тарифов на обязательное медицинское страхование (ОМС) с 1 января 2011 г. бюджет Фонда, естественно, увеличился. В 2011 г. и в 2012 г. исполнение бюджета фонда выросло, соответственно, в 2,8 раза и в 3 раза.

С 2011 г. повысились тарифы страховых взносов в Фонд обязательного медицинского страхования – с 1,1% до 3,1%. Ставки для территориальных фондов обязательного медицинского страхования остались в 2011 г. на прежнем уровне – 2%. С 2012 г. уплата взносов в территориальные фонды была отменена, а ставка взносов в федеральный фонд увеличилась до 5,1%.

Состояние фондов

Основные фонды в здравоохранении и предоставлении социальных услуг составляют по большей части, во-первых, здания больниц, поликлиник, социальных учреждений, а во-вторых – медицинское оборудование. Величина основных фондов в здравоохранении и предоставлении социальных услуг выросла в номинальном выражении более чем в 3 раза: с 828,8 млрд. руб. на начало 2003 г.⁶ до 2 651,4 млрд. руб. на начало 2013 г. При этом доля основных фондов здравоохранения в общем объеме основных фондов российской экономики снизилась с 2,7% на начало 2003 г. до 2,2% на начало 2013 г.

Степень износа основных фондов в здравоохранении и предоставлении социальных услуг выросла и составила 52,7% на начало 2013 г. против 45,2% на конец 2004 г. (самые ранние доступные данные). Износ основных фондов возрастал в здравоохранении, а в предоставлении социальных услуг – сокращался. Состояние зданий учреждений для престарелых и инвалидов значительно улучшилось (Таблица 2).

Таблица 2

Состояние зданий учреждений для престарелых и инвалидов, на конец года

Показатель	2002 г.	2012 г.
Доля зданий в аварийном состоянии, %	4,9	0,4
Доля зданий в ветхом состоянии, %	6,3	1,7
Доля зданий, требующих реконструкции, %	12,4	3,6

Источник: Росстат

⁶ По отрасли «Здравоохранение, физическая культура и социальное обеспечение».

Инвестиции в основной капитал отрасли выросли с 36,1 млрд. руб. в 2002 г. до 255,5 млрд. руб. в 2012 г. Доля инвестиций в основной капитал в здравоохранении и предоставлении социальных услуг за 10 лет не изменилась, оставшись на относительно невысоком уровне – 2% инвестиций в основной капитал по всей экономике. Интересно, что за этот период поступление иностранных инвестиций возросло с 18,8 млн. долл. США в 2002 г.⁷ до 176,6 млн. долл. США в 2012 г. – в 9,4 раза. Иностранных инвесторов в большей степени привлекают российские санаторно-курортные учреждения, а не медицинские учреждения. Однако в последние годы привлекательность российских медицинских учреждений для иностранных инвесторов значительно возросла. Если в 2005 г. (самые ранние доступные данные) доля иностранных инвестиций в санатории составляла 91,2%, то в 2012 г. этим сектором было привлечено всего лишь 59% инвестиций.

Трудовые ресурсы

В 2002 г. среднегодовая численность занятых в здравоохранении, физической культуре и социальном обеспечении составила 4591 тыс. чел. (7% занятых в экономике). В 2012 г. среднегодовая численность занятых в здравоохранении и предоставлении социальных услуг составила 4573 тыс. чел. (6,7% занятых в экономике). Однако говорить о сокращении численности занятых некорректно, поскольку в связи с переходом на ОКВЭД в здравоохранении и предоставлении социальных услуг не учитывается численность занятых в физической культуре и спорте, которая входила в неё раньше.

Удельный вес женщин в отрасли, снизившись с 81% в 2002 г. до 79,9% в 2012 г., уступил «пальму первенства» по этому показателю образованию, однако по-прежнему остаётся одним из самых высоких по экономике.

Численность врачей выросла на 2,9% – с 682,4 тыс. чел. в 2002 г. до 702,3 тыс. чел. в 2012 г.⁸ Обеспеченность врачами при этом выросла на 2,5% - с 47,9 врачей на 10 000 чел. населения в 2002 г. до 49,1 врачей на 10 000 чел. населения в 2012 г. Численность среднего медицинского персонала⁹

⁷ По отрасли «Здравоохранение, физическая культура и социальное обеспечение».

⁸ В 2012 г. изменилась методология сбора статданных Минздрава России, поэтому в указанную численность не включаются аспиранты, клинические ординаторы и интерны. Численность врачей в 2012 г. сократилась на 4% к уровню 2011 г. (732,8 тыс. чел.).

⁹ Средний медицинский персонал – лица со средним медицинским образованием, занятые в отрасли – фельдшеры, медсёстры, зубные врачи, акушеры, лаборанты, техники и т.д.

продолжила снижаться, хотя и не такими быстрыми темпами, как в 90-е – начало 2000-х. Сокращение составило за 10 лет 2,4% – с 1 557 тыс. чел. (109,3 на 10 000 чел. населения) в 2002 г. до 1 520,3 тыс. чел. (106,1 на 10000 чел. населения). С 1990 г. численность среднего медицинского персонала сократилась на 17,6%.

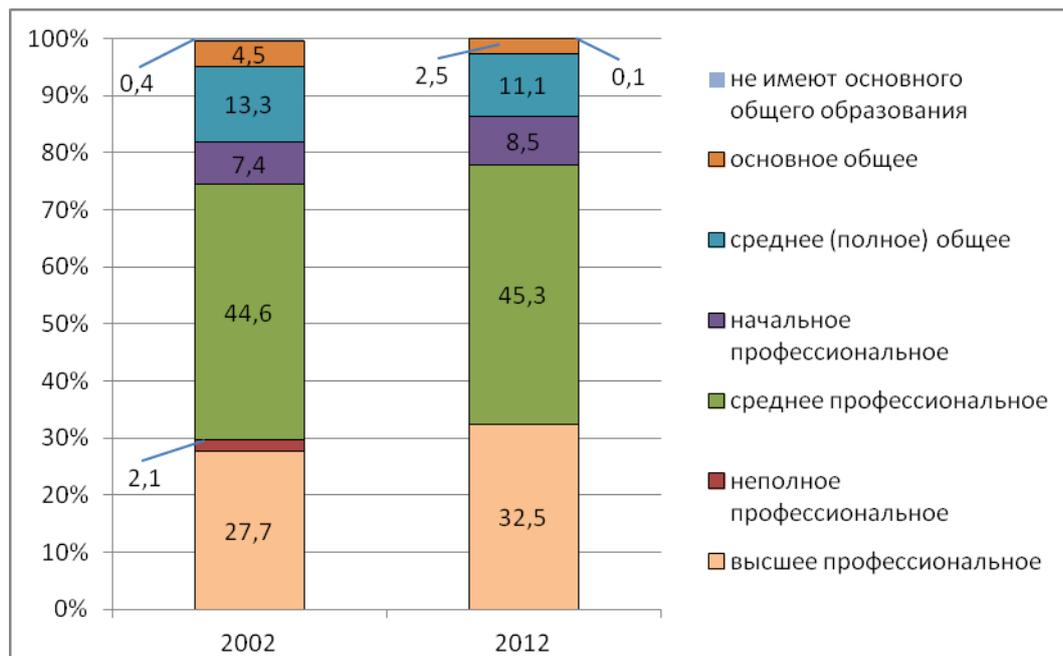
Перечень наиболее многочисленных врачей-специалистов за десятилетие практически не изменился. Больше всего в 2012 г. было, как и 10 лет назад, терапевтов, педиатров, хирургов, стоматологов и акушеров-гинекологов. Они составляют более половины всех врачей. С 2002 г. вырос интерес к неврологии, численность неврологов увеличилась на 15,9%.

Численность работников, занятых в сфере предоставления социальных услуг, выросла с 2002 по 2012 г. очень значительно – на 58,8% - и составила 673,9 тыс. чел. против 424,4 тыс. чел. в 2002 г. В последние несколько лет она сокращается, пик пришёлся на 2010 г., когда численность составила 679,9 тыс. чел. Разрастание социальной сферы связано с тем, что на 2000-е годы пришлось становление профессии социального работника. Особенно это заметно в крупных городах, где социальные работники стали реальными помощниками тех, кто нуждается в соответствующих услугах.

За десятилетие уровень образования в отрасли вырос, работников с различным уровнем профессионального образования стало ещё больше (Рисунок 6). Это неудивительно, учитывая специфику отрасли. Если в 2002 г. работников здравоохранения, физической культуры и социального обеспечения, имеющих различные уровни профессионального образования, было 81,8%, то в 2012 г. их стало уже 86,3%. При этом доли работников с общим образованием и без образования сократились.

Рисунок 6

Уровень образования занятых в отрасли «Здравоохранение, физическая культура и социальное обеспечение» в 2002 г. и по виду деятельности «Здравоохранение и предоставление социальных услуг» в 2012 г., % к итогу



Примечание. Структура предоставляемых Росстатом данных изменилась: из классификации исключили занятых с неполным высшим образованием и внесли занятых с послевузовским образованием. По 2012 г. приведена доля лиц с высшим образованием, включая лиц, имеющих послевузовское образование (их доля в здравоохранении составила 0,3% - самая высокая в экономике)

Источник: Росстат

Небезынтересной представляется статистика по динамике численности спортсменов, имеющих спортивные звания (Таблица 3) и числу чемпионских титулов, завоеванных российскими спортсменами (Таблица 4).

Таблица 3

Численность спортсменов, имеющих спортивные звания

	2002	2013	Рост, разы
Заслуженный мастер спорта	1 285	4 030	3,1
Мастер спорта международного класса	451	2 081	4,6
Заслуженный тренер	432	933	2,2

	2002	2013	Рост, разы
Заслуженный работник физической культуры	231	391	1,7
Судья международной категории	45	138	3,1
Судья всесоюзной (всероссийской) категории	29	84	2,9
Судья республиканской категории	13	47	3,6
Международный гроссмейстер	12	12	1,0
Почетный мастер спорта	15	27	1,8
Почетный судья	3	29	9,7

Источник: Национальная информационная сеть «Спортивная Россия»
<http://www.infosport.ru>

Таблица 4

Число чемпионских титулов, завоеванных российскими спортсменами

	2003	2013	Рост, разы
Чемпион олимпийских игр	881	1 127	1,3
Чемпион мира	663	2 187	3,3
Чемпион Европы	614	3 237	5,3
Чемпион России (СССР)	960	5 274	5,5

Источник: Национальная информационная сеть «Спортивная Россия»
<http://www.infosport.ru>

Динамика впечатляет: за десятилетие число завоеванных титулов и званий выросло в разы. Это говорит, во-первых, о возросшем интересе к профессиональному спорту, а, во-вторых, о том, что Россия, определённо, укрепляет свои позиции мировой спортивной державы, чему способствовало проведение летней Универсиады в Казани в 2013 году и, безусловно, зимних Олимпийских игр в Сочи в 2014 году.

Однако, справедливости ради, надо отметить, что счёт спортивных хваний и чемпионских титулов идёт путём накопления («накопленным итогом»), что несколько приукрашивает картину.

Среднемесячная начисленная заработная плата в отрасли выросла с 3 662,6 руб. (2003 г.) до 24 564 руб. (2013 г.), соотношение со средней зарплатой по экономике выросло с 66,6% до 82%.

Проблема задолженности по заработной плате в отрасли за 2003-2013 гг. была, практически, решена. Задолженность сократилась с 278 млн. руб. на 1 января 2003 г. (0,9% всей задолженности в экономике) до 4 млн. руб. на 1 января 2013 г. (0,26% всей задолженности в экономике). На 1 февраля 2014

г. задолженность составила 1,9 млн. руб. (0,08% всей задолженности) и является самой низкой в экономике.

Международные сопоставления

Сравнительный анализ доли ВДС здравоохранения и предоставления социальных услуг в ВВП свидетельствует о том, что социальным проблемам в России – «социальном государстве»¹⁰ – уделяется не так много внимания, как в развитых европейских странах, причём эта проблема с годами не уходит (Таблица 5).

Таблица 5

Доля ВДС здравоохранения и предоставления социальных услуг в ВВП европейских стран, %

Страна	2002	2012
Дания	10,7	11,4
Швеция	10,6	11,2
Нидерланды	8,2	10,4
Финляндия	8	10,3
Норвегия	9,1	9,8
Франция	7,7	9,2
Бельгия	6,7	7,9
Германия	6,7	7,7
Великобритания	6,8	7,6*
Исландия	8,8	6,8*
Мальта	5,3	6,7
Австрия	5,7	6,4
Испания	5,1	6,3
Португалия	5,4	6,2*
Италия	5	5,8
Люксембург	4,5	5,6
Словения	5	5,5
Греция	3,6	4,8*
Чешская Республика	4	4,4
Кипр	3,7	4,3
Венгрия	4,4	4,3

¹⁰ Конституция России, ст. 7

Страна	2002	2012
Польша	3,7	3,8
Болгария	3,5	3,7
Эстония	2,8	3,4
Литва	2,9	3,4
Румыния	2,8	3,3
Словакия	3,6	3,3
Россия	2,7	3,3
Латвия	2,8	2,6

* данные за 2011 г.

Источник: Евростат, Росстат

Доля здравоохранения и предоставления социальных услуг в ВВП страны в России, хотя и выросла за 10 лет на 0,6 п.п., всё ещё сильно отстаёт от соответствующих показателей развитых стран. Разрыв с некоторыми (Франция, Португалия, Греция, Италия, Дания и др.) даже увеличился за счёт того, что с 2002 г. доля ВДС здравоохранения в ВВП этих стран, и без того превышавшая российскую в разы, ещё больше выросла. Единственное европейское государство, в котором доля ВДС здравоохранения в ВВП оказалась по итогам 2012 г. меньше, чем в России – это Латвия. Таким образом, наша страна сегодня – гораздо менее социальное государство по сравнению с развитыми странами.

Сравнение России с другими странами по натуральным показателям даёт интересные результаты (Таблица 6). Численность населения на 1 врача и на 1 больничную койку в России одни из самых низких, причём такая ситуация была как 10 лет назад, так и сейчас. Средняя загруженность врачей и больниц в развитых странах гораздо выше. При этом зарубежные системы здравоохранения зачастую более эффективны, чем российские¹¹.

¹¹ В рейтинге систем здравоохранения ВОЗ (2000 г.) Россия заняла 130-е место (между Перу и Гондурасом). Первые 3 места были присвоены Франции, Италии и Сан-Марино, на последних, 188-190 местах – Конго, Центральная Африканская республика и Бирма. С тех пор рейтинг не обновлялся.

Таблица 6

Некоторые показатели, характеризующие охрану здоровья населения, в 2002 г. и в 2011-2012 гг.

Страна	2002		2012	
	Численность населения на 1 врача	Численность населения на 1 больничную койку	Численность населения на 1 врача	Численность населения на 1 больничную койку
Россия	211	89	204	108
Австрия	301	119	207*	131*
Азербайджан	278	119	286	214
Армения	279	230	234	248
Беларусь	221	83	194	89
Бельгия	223	145	334*	154
Болгария	284	154	259*	155*
Великобритания	470	250	358	343*
Венгрия	313	127	338*	139*
Германия	274	113	262*	122*
Италия	162	233	244*	292*
Казахстан	277	133	260	150
Киргизия	365	167	424	175
Китай	680	431	667*	364*
Литва	250	112	260*	143*
Норвегия	331	230	269*	302*
Польша	435	203	457*	153*
Республика Корея	606	151	476*	н.д.
Республика Молдова	282	148	279	161
Румыния	524	134	419*	164*
Таджикистан	497	161	490	325
Турция	730	427	593*	397*
Украина	213	103	209	112
Финляндия	317	137	н.д.	181*
Франция	300	128	314	157*
Швеция	307	320	н.д.	370*
Япония	485	68	н.д.	81*

* данные приведены за 2011 г. (последние доступные)

Источник: Росстат

Политика в отрасли

Здравоохранение, физическая культура и социальное обеспечение декларируются государством как приоритет. Это обусловлено как важностью отрасли (поскольку низкий уровень развития отрасли может привести к деградации населения и росту социальной напряжённости), так и тем, что системы здравоохранения, социального обеспечения и физической культуры в России существенно отстают от уровня развитых стран.

Здравоохранение

Главной целью государственной политики в здравоохранении в 2000-х гг. являлось преодоление негативной демографической ситуации. Политика была направлена на возрождение системы профилактики заболеваний, формирование культуры здорового образа жизни, обеспечение доступности и качества медицинской помощи, повышение доступности высокотехнологичных медицинских услуг. Были реализованы такие крупномасштабные проекты, как приоритетный национальный проект «Здоровье», Федеральная целевая программа «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007-2012 гг.)», а также региональные программы модернизации здравоохранения (реализация завершилась к 1 января 2014 г.).

В области правового регулирования достижениями госполитики были принятие закона «Об обязательном медицинском страховании»¹² взамен законов о медицинском страховании, принятых ещё в начале 90-х гг., принятие законов «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»¹³ и «О присоединении Российской Федерации к Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака»¹⁴. Также была подведена законодательная база под обращение лекарственных средств (Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств» и постановлением Правительства Российской Федерации от 29 октября 2010 г. N 865 «О государственном регулировании цен на лекарственные препараты,

¹² Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ.

¹³ Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ.

¹⁴ Федеральный закон «О присоединении Российской Федерации к Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака» от 24 апреля 2008 г. N 51-ФЗ.

включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов»).

Ряд проблем, свойственных здравоохранению начала 2000-х, по-прежнему актуален. К ним относятся неэффективность страховой медицины, недостаточность бюджетного финансирования, неэффективность государственных учреждений здравоохранения, недостаточность активных шагов со стороны государства по направлению стимулирования развития частной медицины. Однако степень остроты этих проблем несколько уменьшилась.

Некоторые меры госполитики оказались довольно действенными, и в результате их реализации были достигнуты неплохие результаты. Так, ожидаемая продолжительность жизни при рождении выросла с 64,95 лет в 2002 г. до 70,24 лет в 2012 г. и 70,7 лет в 2013 г. Тенденция сокращения численности населения была переломлена в 2013 г., когда естественный прирост населения (зафиксированный впервые с 1991 г.) составил 22,9 тыс. человек. Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний (основная причина смерти в России) сократилась на 23,2% с 2002 по 2013 гг. Эффективность скорой медицинской помощи выросла: количество смертей в машинах скорой помощи сократилось с 2006 по 2011 гг. почти в 10 раз¹⁵.

Справедливости ради необходимо учитывать, что 2000-е годы, за исключением 2009 года – это годы заметного экономического роста в России, что, естественно, сопровождалось повышением уровня жизни людей. И именно это является фундаментом тех позитивных изменений, которые выражаются названными выше показателями. Поэтому не стоит переоценивать влияние непосредственно мер госполитики в области здравоохранения.

В прошедший период было принято много программных документов, в соответствии с которыми осуществляется госполитика в сфере здравоохранения сейчас:

- Государственная программа развития здравоохранения Российской Федерации (2013 – 2020 гг.);
- Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года (в части здравоохранения и демографической политики)¹⁶;

¹⁵ Государственная программа развития здравоохранения Российской Федерации (утверждена Распоряжением Правительства Российской Федерации от 24 декабря 2012 г. №2511-р).

¹⁶ Утверждена Распоряжением Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 г. N 1662-р.

- Концепция демографической политики Российской Федерации до 2025 года¹⁷;
- Концепция создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения¹⁸;
- Стратегия развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 года¹⁹;
- Стратегия лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 года;
- Стратегия государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года²⁰;
- Концепция реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года²¹;
- Концепция осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010 - 2015 годы²²;
- Основы государственной политики Российской Федерации в области здорового питания населения на период до 2020 года²³;
- Региональные программы развития здравоохранения до 2020 г. (по всем регионам).

Также отдельные задачи по развитию здравоохранения поставлены в указе Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в области здравоохранения».

Реализация Государственной программы развития здравоохранения Российской Федерации (2013 – 2020 гг.) началась в 2013 г. Её целью является обеспечение доступности медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения,

¹⁷ Утверждена Указом Президента Российской Федерации от 9 октября 2007 г. N 1351.

¹⁸ Утверждена Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 апреля 2011 г. N 364.

¹⁹ Утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2012 г. N 2580-р.

²⁰ Утверждена Указом Президента Российской Федерации от 9 июня 2010 г. N 690.

²¹ Одобрена Распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2009 г. N 2128-р.

²² Утверждена Распоряжением Правительства Российской Федерации от 23 сентября 2010 г. N 1563-р.

²³ Утверждены Распоряжением Правительства РФ от 25.10.2010 N 1873-р.

передовым достижениям науки. Это один из наиболее масштабных социальных проектов за всю историю Российской Федерации. Общий объем финансирования Государственной программы в 2013-2020 годах в текущих ценах составляет 33,7 трлн. рублей, в т.ч. за счет средств федерального бюджета – 2,7 трлн. рублей, средств консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации – 10,5 трлн. рублей, средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования – 17,1 трлн. рублей. Дополнительная потребность в средствах федерального бюджета заявлена в объеме 3,4 трлн. рублей.

Программой предусмотрена система целевых показателей (Таблица 7).

Таблица 7

Некоторые целевые показатели Государственной программы развития здравоохранения Российской Федерации (2013 – 2020 гг.)

Показатель	2013	2020
Смертность от болезней системы кровообращения, случаев на 100 тыс. населения	696,5	622,4
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных), случаев на 100 тыс. населения	201,5	190
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет	70,7	74,3
Смертность от туберкулеза, случаев на 100 тыс. населения	12,5*	11,2
Младенческая смертность, случаев на 1 тыс. родившихся живыми	8,6*	6,4
Материнская смертность, случаев на 100 тыс. родившихся живыми	11,5**	15,5
Смертность от дорожно-транспортных происшествий, случаев на 100 тыс. населения	14,4*	10
Потребление алкогольной продукции (в перерасчете на абсолютный алкоголь), литров на душу населения	12,5*	10
Распространенность потребления табака среди взрослого населения, %	35*	25
Распространенность потребления табака среди детей и подростков, %	25*	15
Соотношение врачей и среднего медицинского персонала	1:2,2	1:3
Средняя заработная плата врачей и работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, представляющих медицинские услуги (обеспечивающих представление медицинских услуг) от средней заработной платы в соответствующем регионе, %	-	200
Средняя заработная плата среднего медицинского (фармацевтического) персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) от средней заработной платы в соответствующем регионе, %	-	100

Показатель	2013	2020
Средняя заработная плата младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) от средней заработной платы в соответствующем регионе, %	-	100

* данные за 2012 г.

** программа была принята в 2012 г., в 2011 г. материнская смертность составляла 16,2 случая на 100 тыс. родившихся живыми.

Источники: Росстат, Росминздрав, Государственная программа развития здравоохранения Российской Федерации (2013 – 2020 гг.).

Очевидно, что достижимость целевых показателей (прямо скажем, не слишком амбициозных) напрямую связана с объёмом финансирования. В настоящее время часть расходов на медучреждения была переложена на плечи регионов и территориальных фондов обязательного медицинского страхования (ОМС). Так, расходы федерального бюджета на федеральные медучреждения сократятся на 35% в 2014 г. и на 50% в 2015 г. и в 2016 г. Учитывая неблагоприятную макроэкономическую ситуацию, проблемы с выполнением бюджета быстро не решатся, а скорее всего, будут нарастать. Возможности региональных бюджетов и страховых фондов явно переоцениваются. По мере ухудшения экономического положения наполняемость и тех и других будет падать. Следовательно, финансирование здравоохранения будет сталкиваться со всё большими проблемами. Таким образом, реальность достижения некоторых показателей под вопросом.

С 2014 г. в систему ОМС были включены некоторые виды высокотехнологичной медицинской помощи, в 2015 г. процесс перевода такой помощи на ОМС должен быть завершён. Расходы федерального бюджета на эти цели, соответственно, сокращаются. А поскольку доля ОМС в финансировании ряда клиник весьма невелика, то расходы на лечение перекладываются на плечи больных. Особое беспокойство вызывает лечение онкологических заболеваний на ранних стадиях, эффективность которого в разы превышает эффективность операций по удалению опухолей. Оно относится к высокотехнологичному и дорогостоящему, и вполне вероятно, что многие пациенты не будут иметь возможность его получить.

Ещё одно нововведение касается службы скорой помощи. Она была разделена на экстренную и неотложную с 1 января 2014 г.²⁴ и переведена на финансирование по системе ОМС с 1 января 2013 г.²⁵ То есть

²⁴ Приказ Минздрава России "Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи" от 20.06.2013 N 388н.

²⁵ Федеральный закон "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации"

финансируется «скорая» теперь из территориальных фондов ОМС (за счёт субсидий из региональных бюджетов) – за каждого пациента, получившего лечение.

Проводимые мероприятия в области здравоохранения с точки зрения долговременных последствий не являются бесспорно необходимыми. Много нареканий и жалоб, к примеру, вызывает укрупнение медучреждений.

Некоторые государственные инициативы и вовсе спорны. К таким относится предложение Минпромторга²⁶ запретить с 1 апреля 2014 г. закупку медицинского оборудования, произведённого за рубежом (за исключением Беларуси и Казахстана). В перечень, состоящий из 67 наименований, входит как высокотехнологичное оборудование (томографы, маммографы, инкубаторы интенсивной терапии новорожденных, наборы микрохирургических инструментов для офтальмологии, коронарной и сосудистой хирургии и т.д.), так и относительно простые медицинские инструменты и расходные материалы (повязки и т.п.). Соответствующий документ направлен в органы здравоохранения субъектов РФ, чтобы получить мнение широкого круга специалистов (организаторов здравоохранения, практикующих врачей) и представителей общественности.

Физическая культура

Основное изменение законодательной базы физической культуры в России 2002 г. изменилась. С апреля 2008 г. вступила в силу новая редакция закона «О физической культуре и спорте в Российской Федерации»²⁷.

В 2006 г. начала реализовываться ФЦП «Развитие физической культуры и спорта в Российской Федерации на 2006 - 2015 годы»²⁸. Цель программы звучит как «создание условий для укрепления здоровья населения путем развития инфраструктуры спорта, популяризации массового и профессионального спорта (включая спорт высших достижений) и приобщения различных слоев общества к регулярным занятиям физической культурой и спортом». Среди задач - повышение интереса населения к

²⁶ Проект постановления Правительства Российской Федерации «Об установлении запрета на допуск товаров (отдельных видов медицинских изделий), происходящих из иностранных государств, для целей осуществления закупок для обеспечения государственных и муниципальных нужд в целях защиты внутреннего рынка Российской Федерации».

²⁷ Федеральный закон от 04.12.2007 N 329-ФЗ «О физической культуре и спорте в Российской Федерации».

²⁸ Утверждена Постановлением Правительства Российской Федерации от 11 января 2006 г. N 7.

занятиям физической культурой и спортом, развитие инфраструктуры для занятий массовым спортом, развитие материально-технической базы спорта высших достижений, в том числе для подготовки олимпийского резерва и пр. Программа предусматривает развитие двух направлений – массовый спорт и профессиональный спорт; для каждого из направлений предусмотрен свой комплекс мер. В результате реализации должен быть достигнут ряд целевых показателей. Общий объем финансирования Программы (с учетом прогноза цен на соответствующие годы) составляет 159,6 млрд. руб., из них на капитальные вложения предполагается направить 154,3 млрд. руб.

Предварительные итоги реализации ФЦП по состоянию на 2012 г. подведены в Концепции ФЦП «Развитие физической культуры и спорта в Российской Федерации на 2016 - 2020 годы»²⁹ (Таблица 8). В рамках Программы по итогам 2012 года профинансировано строительство 815 различных спортивных объектов, 476 объектов по направлению массового спорта введены в эксплуатацию. По направлению, связанному со спортом высших достижений, по 38 олимпийским видам спорта (из 52) создана инфраструктура для тренировок спортсменов спортивных сборных команд Российской Федерации. При этом значения 4 из 16 целевых индикаторов Программы на 2006 - 2015 годы в 2012 году не достигнуты. Так, показатель, касающийся доли граждан, занимающихся в специализированных спортивных учреждениях, в общей численности детей 6 - 15 лет по итогам 2012 года отстает от планового значения на 27 процентов; показатель, касающийся доли граждан, занимающихся в системе спортивных школ на этапах подготовки по зимним видам спорта, в общей численности населения Российской Федерации - на 10 процентов.

Таблица 8

Некоторые целевые показатели федеральной целевой программы «Развитие физической культуры и спорта в Российской Федерации на 2006 - 2015 годы».

Наименование	2005	2012	2015
Доля граждан Российской Федерации, систематически занимающихся физической культурой и спортом, %	12,5	22,5	30
Обеспеченность спортивной инфраструктурой - объектов, прошедших добровольную сертификацию, на 100 тыс. жителей	10	211	30
Количество квалифицированных тренеров и тренеров-преподавателей физкультурно-спортивных организаций, работающих по специальности, тыс. человек	250	324,2	300

²⁹ Утверждена Распоряжением Правительства Российской Федерации N 2-р от 2 января 2014 г.

Наименование	2005	2012	2015
Доля граждан, занимающихся в системе спортивных школ на этапах подготовки по зимним видам спорта, %	0,246	0,24	0,278
Доля спортсменов, включенных в список спортсменов, подлежащих тестированию как в соревновательный, так и во внесоревновательный период, прошедших процедуру допингового контроля	60	100	100

Источник: Распоряжение Правительства Российской Федерации от 2 января 2014 г. N 2-р

Помимо указанной ФЦП, в России сейчас действует Государственная программа Российской Федерации «Развитие физической культуры и спорта» (2013-2020 гг.)³⁰, Стратегия развития физической культуры и спорта в Российской Федерации на период до 2020 года³¹, разработана концепция ФЦП «Развитие физической культуры и спорта в Российской Федерации на 2016 - 2020 годы». Цели этих стратегических документов также направлены на развитие массового с профессионального спорта и схожи между собой. По направлению массового спорта цель – создание условий, обеспечивающих возможность для граждан страны вести здоровый образ жизни, систематически заниматься физической культурой и спортом, получить доступ к развитой спортивной инфраструктуре. По направлению спорта высоких достижений – повышение эффективности подготовки спортсменов в спорте высших достижений, повышение конкурентоспособности российского спорта, успешное проведение в России международных спортивных соревнований. Целевые показатели во многом повторяют показатели из ФЦП 2006-2015 гг. Интересно, что среди них появились такие показатели, как доля российских спортсменов, ставших призерами Игр Олимпиад, в общем количестве участвующих российских спортсменов, и доля российских спортсменов, ставших призерами Олимпийских зимних игр, в общем количестве участвующих российских спортсменов.

Финансирование программ довольно внушительно. Госпрограмма предполагает финансирование из консолидированного бюджета в объёме 1,7 трлн. руб. за весь период – в среднем по 212,5 млрд. руб. в год.

³⁰ Утверждена Распоряжением Правительства РФ от 20.03.2013 N 402-р.

³¹ Утверждена Распоряжением Правительства от 07.08.2009 N 1101-р.

Социальное обеспечение

Государственной политике в социальном обеспечении было свойственно реформаторство – как в 2000-е годы, так и сейчас. Среди наиболее крупных реформ можно отметить монетизацию льгот³² в 2004-2005 гг. и реформу социальной помощи и социального обслуживания (с 2013 г.).

Монетизация льгот. Масштабность проблемы, запутанность прежней системы льгот предопределили необходимость реформирования³³. С 2005 г. натуральная форма предоставления трёх льгот – на проезд в городском транспорте и пригородных электричках, бесплатные лекарства и права на бесплатное санаторно-курортное обслуживание – должна была быть заменена выплатой соответствующих денежных компенсаций. Однако механизмы реализации новой системы были недостаточно проработаны, компенсации за отмену натуральных льгот предусматривались явно в недостаточном объёме. Поэтому сбои в реализации реформы были вполне предсказуемы. Реформа вызвала волну протестов пенсионеров практически по всей России, в результате часть льгот была оставлена в натуральном виде, по ряду льгот уровень компенсаций был увеличен до степени, устраивающей льготников. Реформа так или иначе затронула более 40 млн. человек: около 14 млн. федеральных льготников (например, инвалидов, военнослужащих, участников Великой отечественной войны, чьи льготы оплачивал федеральный бюджет), и до 30 млн. региональных (ветеранов труда, пенсионеров, издержки по предоставлению льгот которым лежали на местных бюджетах).

Некоторые льготы в ряде регионов были впоследствии «демонетизированы», т.е. возвращены из денежной формы в натуральную. Например, в г. Волгограде в 2014 г. предусмотрены меры поддержки малообеспеченным семьям с детьми первого и второго года жизни в виде

³² Федеральный закон «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российской Федерации в связи с принятием федеральных законов "О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон "Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации" и "Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации"» от 22 августа 2004 года N 122-ФЗ.

³³ Формально предоставление льгот не относится к социальному обеспечению (см. раздел «Общая характеристика»). Однако влияние этого аспекта на социальную сферу в целом столь велико, что не включать льготы в данный раздел было бы, по мнению авторов, неправильно.

бесплатной молочной продукции³⁴ (вместо ежемесячных выплат в 300 рублей на ребёнка, действовавших в 2013 г.³⁵).

Цели реформы – снижение нагрузки на бюджет, уменьшение коррупции и достижение большей справедливости в распределении льгот – в целом не были достигнуты.

Реформа социальной помощи и социального обслуживания. Необходимость реформы обусловлена, во-первых, тем, что дома престарелых и инвалидов сейчас работают, практически, на полную мощность, а в условиях старения населения это в ближайшей перспективе означает их переполнение. Во-вторых, проживание определённой части граждан в таких домах может финансироваться не из бюджета, а их родственниками или ими самими. В-третьих, ряд таких граждан может получать необходимую помощь на дому, что существенно уменьшит бюджетную нагрузку. Все эти факторы подвели к необходимости реформирования системы социального обслуживания.

С 1 января 2015 года вступает в силу Федеральный закон «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации». Он заменит действующий сейчас закон «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации». В соответствии с законом социальное обслуживание граждан будет основываться на заявительном принципе. Предполагается индивидуальный подход к социальному обслуживанию населения исходя из потребностей граждан в конкретных социальных услугах (предусматривается составление индивидуальной программы предоставления социальных услуг с учетом оснований, по которым гражданин был признан нуждающимся в социальном обслуживании). Законом определяются условия предоставления социальных услуг на бесплатной и платной основе и категории граждан, которым социальные услуги должны предоставляться бесплатно.

Закон предусматривает осуществление общественного контроля (надзора) в сфере социального обслуживания. Также в рамках реформы предусматривается развитие частно-государственного партнёрства. Пока оно мало распространено – только в некоторых регионах частные компании успешно предоставляют соцуслуги на дому.

³⁴ Решение Волгоградской городской думы от 9 октября 2013 г. N 2/36 «Об утверждении порядка предоставления дополнительных мер социальной поддержки малообеспеченным семьям с детьми первого - второго года жизни в виде бесплатной молочной продукции».

³⁵ Решение Волгоградской городской Думы от 11.07.2012 N 64/1966 «О мерах социальной поддержки детей первого - второго года жизни».

В числе одного из существенных нововведений – «социальный контракт». Это соглашение между социальной службой и получателем услуги, которое предусматривает определенные действия со стороны получателя (например, человек, находящийся в трудной жизненной ситуации, взамен на выданную денежную сумму обязуется найти центр занятости, пройти там профподготовку и устроиться на работу, и, таким образом, выйти из этой ситуации). Институт социального контракта заработал с 2013 г. В настоящее время приоритет отдаётся семьям с детьми, главным образом многодетным. Размер материальной помощи в среднем равен 30-35 тыс. руб. В отдельных случаях оказывается и более весомая поддержка. Полученные деньги можно направить, к примеру, на развитие своего дела или личного подсобного хозяйства. В большинстве регионов уже сейчас можно заключить соцконтракт, а в ближайшее время эта технология заработает и на всей территории России.

В настоящее время в России действует Государственная программа «Социальная поддержка граждан» (2013 – 2020 гг.)³⁶. Программа преследует 2 цели: повышение благосостояния граждан – получателей социальной поддержки, и повышение доступности социальных услуг. Соответствующих целевых показателей всего два: уровень бедности (должен сократиться с 12,6% в 2013 г.³⁷ до 10,2% в 2020 г.) и доля населения, получившего социальные услуги, в общем числе обратившихся за их получением (рост с 97,9% до 100%). Финансирование программы составит 8,3 трлн. руб. за эти годы.

Концепцией долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 г.³⁸, Указами Президента Российской Федерации³⁹ определен ряд направлений действий и соответствующие целевые показатели в сфере социальной поддержки граждан, в том числе:

- доведение охвата бедного населения государственными социальными программами к 2020 году - до 100%;
- решение к 2015 году проблемы безпризорности;
- решение к 2020 году проблемы полного удовлетворения потребности пожилого населения в постоянном постороннем уходе;

³⁶ Распоряжение Правительства РФ от 27.12.2012 N 2553-р.

³⁷ По итогам 9 мес. 2013 г., по данным Росстата; в 2012 г. уровень бедности составлял 10,9%.

³⁸ Утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 г. N 1662-р.

³⁹ В частности, Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики».

- преобладание к 2020 году семейных форм устройства детей, оставшихся без попечения родителей;
- повышение к 2018 году средней заработной платы социальных работников, включая социальных работников медицинских организаций, - до 100 процентов от средней заработной платы в соответствующем регионе;
- формирование эффективной системы институтов, обеспечивающих поддержку и содействие социальной адаптации граждан, попавших в сложную жизненную ситуацию или находящихся в социально опасном положении.

Эти целевые показатели практически в полном объёме учтены в четырёх подпрограммах Государственной программы – «Развитие мер социальной поддержки отдельных категорий граждан», «Модернизация и развитие социального обслуживания населения», «Совершенствование социальной поддержки семьи и детей» и «Повышение эффективности государственной поддержки социально ориентированных некоммерческих организаций».

Сколько стоит здравоохранение, физическая культура и социальное обеспечение

Согласно используемой методике, для расчета стоимости отрасли «Здравоохранение, физическая культура и социальное обеспечение» выделяются прогнозный и постпрогнозный периоды. Прогнозный период составляет 10 лет – с 2013 по 2022 гг. включительно. Расчеты производятся на основе реальных значений темпов роста, поэтому объем валовой добавленной стоимости считается в ценах 2012 г., а ставка дисконтирования не учитывает инфляцию.

Прогноз строится на основе анализа существующих тенденций развития социальной сферы, показателей динамики объема валовой добавленной стоимости в 2002 – 2012 гг., учета соответствующей государственной политики и экспертных оценок, а также официального Прогноза долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2030 года.

Поскольку ВДС по физической культуре и спорту после перехода с ОКОНХ на ОКВЭД включается в ВДС по виду деятельности «Деятельность по организации отдыха и развлечений, культуры и спорта», для сопоставимости необходимо выделить из последней ВДС по физической культуре и спорту. «Деятельность по организации отдыха и развлечений, культуры и спорта» включает следующие подвиды:

- деятельность, связанная с производством, прокатом и показом фильмов;
- деятельность в области радиовещания и телевидения;
- прочая зрелищно - развлекательная деятельность (театры, выставки, концертные залы и т.п.);
- деятельность информационных агентств;
- прочая деятельность в области культуры (библиотеки, музеи, зоопарки и т.д.);
- деятельность в области спорта;
- прочая деятельность по организации отдыха и развлечений (азартные игры, парки отдыха, прокат спортивного инвентаря, спортивное рыболовство, кастинг и т.п.).

Таким образом, данный вид деятельности - это, фактически, деятельность в области культуры и деятельность в области спорта и физической культуры.

Примем допущение, что величины НДС по указанным видам деятельности соотносятся так же, как объём оказанных услуг по этим видам деятельности.

В структуре платных услуг населению доля услуг физической культуры и спорта составила в 2012 г. 0,6% всех услуг, услуги культуры – 1,7% всех услуг; таким образом, соотношение их составляет примерно 1:2,8. Величина НДС по виду деятельности «Деятельность по организации отдыха и развлечений, культуры и спорта» составила в 2012 г. 568,4 млрд. руб., следовательно, величина НДС физической культуры и спорта составила $568,4 \cdot \frac{1}{1+2,8} = 149,6$ млрд. руб.

Расчётная величина НДС здравоохранения, физической культуры и социального обеспечения в 2012 г. составила, таким образом, 2 114,4 млрд. руб. Доля НДС физической культуры в ней составила 7,1%. В 2003 г. соотношение объёма услуг физической культуры и культуры было 1:5,8, и доля НДС физической культуры составила ещё меньше – 4,6%. При дальнейших рассуждениях примем допущение, что изменение динамики НДС физической культуры не оказывает значимого влияния на общую динамику НДС по отрасли «Здравоохранение, физическая культура и социальное обеспечение».

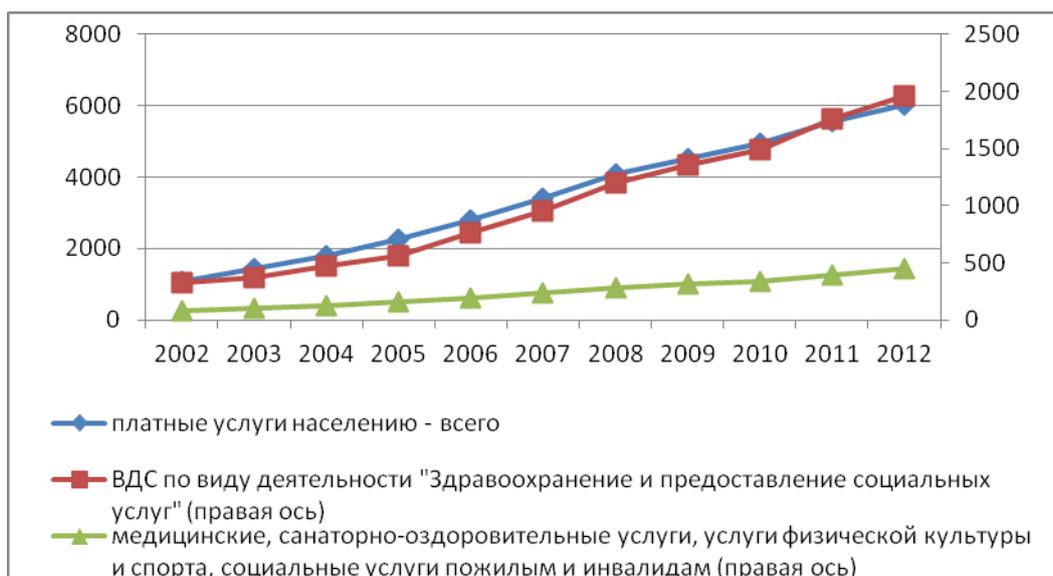
Анализ динамики НДС отрасли «Здравоохранение и предоставление социальных услуг» показывает, что она практически полностью повторяет динамику объёма платных услуг населению (в номинальном выражении) (Рисунок 7). Коэффициент корреляции между этими показателями составляет 99,6%, такое же значение имеет коэффициент корреляции между НДС отрасли и объёмом услуг отрасли. Взаимосвязь между показателями, таким образом, очень высокая.

При этом индексы потребительских цен на услуги отрасли «Здравоохранение, физическая культура и социальное обеспечение» и платные услуги в целом значительно отличаются (Рисунок 8). Однако по мере снижения инфляции различие постепенно сглаживается. Коэффициент корреляции между индексом потребительских цен на услуги и расчётным индексом потребительских цен на услуги отрасли «Здравоохранение, физическая культура и социальное обеспечение»⁴⁰ составляет 96,7%.

⁴⁰ Расчёт производился взвешиванием индексов цен на отдельные услуги на объём этих услуг.

Рисунок 7

Динамика номинального объёма платных услуг населению, ВДС по виду деятельности «Здравоохранение и предоставление социальных услуг» и медицинских, санаторно-оздоровительных, социальных услуг и услуг физической культуры и спорта, млрд. руб.



Источник: Росстат

Рисунок 8

Индексы потребительских цен на услуги отрасли «Здравоохранение, физическая культура и социальное обеспечение» и платные услуги, % к предыдущему году.



Источник: Росстат

Примем допущение, что в долгосрочной перспективе индексы потребительских цен на платные услуги и на услуги отрасли «Здравоохранение, физическая культура и социальное обеспечение» примерно сравниваются. Это будет означать, учитывая сильную взаимосвязь между номинальными объемами услуг здравоохранения и всех платных услуг, что реальные темпы роста объема услуг отрасли практически совпадут с реальными темпами роста объема платных услуг, а, значит, и с реальными темпами роста ВДС отрасли.

Поскольку правительством разработан Прогноз долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2030 года, включающий, в том числе, показатели роста объема платных услуг населению, то будут использованы эти данные. В прогнозный период темпы роста составят от 102,2% до 104,1% (Рисунок 9).

Ставка дисконтирования в прогнозный период будет составлять от 4,8% до 6,4%, согласно расчетам (см. Раздел «Оценки и методология»).

Постпрогнозный период будет характеризоваться ежегодным приростом валовой добавленной стоимости на 2,6%, что соответствует среднему значению прироста объема платных услуг населению в 2023-2030 гг. согласно Прогнозу долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2030 года. Если принять допущение, что ставка дисконтирования в постпрогнозный период будет равняться средней ставке развитых стран, то риск этого периода составит 4%. Для постпрогнозного периода темп прироста и ставка являются средними. Реальные темпы прироста будут колебаться вокруг этого значения, при этом могут как превышать, так и быть ниже указанных уровней. В частности, ставка дисконтирования снизится до 4% не резко, а постепенно, в течение нескольких лет.

Рисунок 9

Динамика темпов прироста валовой добавленной стоимости и ставки дисконтирования (в %)

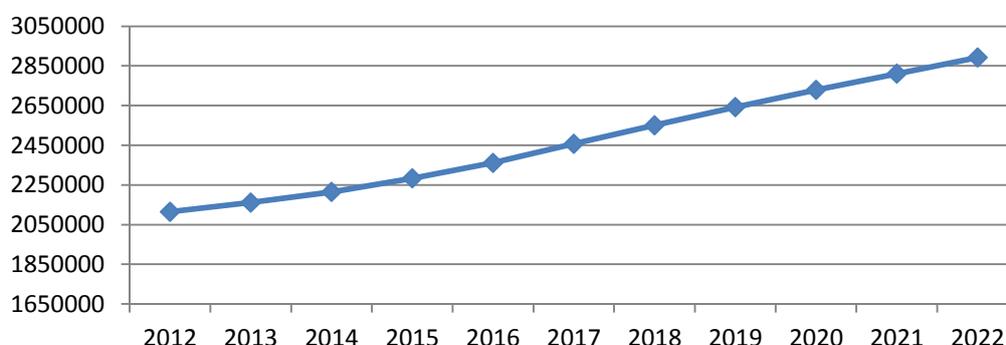


Источники: Росстат, Минэкономразвития России, ФБК

По доходному методу оценки стоимости здравоохранения, физической культуры и социального обеспечения **в прогнозном периоде** объем накопленной валовой добавленной стоимости, приведенной к началу 2013 г., составит **18,8 трлн. руб.** в ценах 2012 г. Объем валовой добавленной стоимости, производимой здравоохранением, физической культурой и социальным обеспечением, составит в 2022 г. порядка 2,9 трлн. руб. в ценах 2012 г. (Рисунок 10).

Рисунок 10

Динамика валовой добавленной стоимости в 2012 – 2022 гг. (в млн. руб., в ценах 2012 г.)



Источник: ФБК

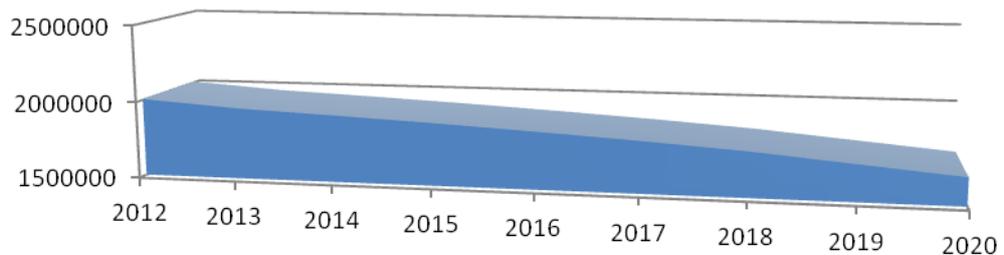
В **постпрогнозный период** будет создано дисконтированной валовой добавленной стоимости на **123,1 трлн. руб.** В итоге здравоохранение, физическую культуру и социальное обеспечение России на начало 2013 г. можно оценить в $(18,8+123,1) = 141,9$ **трлн. руб.** (в ценах 2012 г.)⁴¹.

Для сравнения со стоимостью здравоохранения, физической культуры и социального обеспечения в 2002 г. необходимо перевести полученную 10 лет назад оценку (15,7 трлн. руб.) в цены 2012 г. путём умножения её на цепной индекс – произведение дефляторов валовой добавленной стоимости по здравоохранению, физической культуре и социальному обеспечению за 2003-2012 гг. Цепной индекс в этот период составил 569,3%⁴². Таким образом, в ценах 2012 г. стоимость здравоохранения, физической культуры и социального обеспечения, исходя из условий 2002 года, составила бы 89,7 трлн. руб.

Таким образом, суммарная оценка стоимости здравоохранения, физической культуры и социального обеспечения **выросла** за последние 10 лет **в 1,6 раза**.

Рисунок 11

Динамика дисконтированной валовой добавленной стоимости в прогнозный период (в млн. руб., в ценах 2012 г.)



Источник: ФБК

⁴¹ Если использовать для расчётов не прогнозные, а фактические значения темпа роста ВДС по виду деятельности «Здравоохранение и предоставление социальных услуг» за 2013 г. (опубликовано Росстатом 31.01.2014), составившее 103,1%, то стоимость сельского хозяйства составит $(19+124,2)=143,2$ трлн. руб.

⁴² При расчёте использовались индексы-дефляторы ВДС по виду деятельности «Здравоохранение и предоставление социальных услуг», в соответствии с принятым выше допущением о том, что динамика показателей ВДС физической культуры не оказывает значимого влияния на динамику показателей ВДС в целом по отрасли.

Снижение дисконтированной валовой добавленной стоимости вплоть до конца прогнозного периода, 2022 г. (Рисунок 11), объясняется превышением ставки дисконтирования над темпами роста валовой добавленной стоимости в течение всего периода.

**Стоимость здравоохранения,
физической культуры и социального
обеспечения за последние 10 лет
выросла в 1,6 раза и составила
141,9 трлн. руб.**

ПРИЛОЖЕНИЕ. РАСЧЕТ СТОИМОСТИ

Расчет стоимости здравоохранения, физической культуры и социального обеспечения производится на основе **метода дисконтирования будущей валовой добавленной стоимости**. Будущая ВДС приводится к началу 2013 г.

В прогнозном периоде объем приведенной валовой стоимости будет рассчитываться по следующей формуле:

$$PV_f = \sum_{t=1}^T \left(I_t \prod_{k=1}^t \left[\frac{g_k}{1+r_k} \right] \right)$$

где PV_f – приведенная стоимость (present value) в прогнозный период;

I_t – добавленная стоимость, произведенная в отрасли в год t ;

r_t – ставка дисконтирования на год t ;

t – годы, $t=1$ – первый год прогнозного периода, соответствует 2013 году;

T – последний год прогнозного периода, соответствует 2022 году;

g_t – темп роста добавленной стоимости за год t .

Таблица 9

Расчет приведенной валовой добавленной стоимости в прогнозном периоде

Год	Темпы роста ВДС, %	ВДС в ценах 2012 г., млн руб.	Ставка дисконтирования, %	Коэффициент дисконтирования	Приведенная к 2013 г. ВДС в ценах 2012 г., млн руб.
2013	102,2	2 160 903,9	4,7	0,95483	2 063 293,6
2014	102,5	2 214 926,5	5,4	0,90590	2 006 494,0
2015	103,1	2 283 589,3	5,4	0,85942	1 962 573,5
2016	103,4	2 361 231,3	4,9	0,81958	1 935 212,5
2017	104,1	2 457 487,0	5,7	0,77554	1 905 869,5
2018	103,8	2 550 871,5	5,7	0,73386	1 871 984,7
2019	103,6	2 642 702,8	5,7	0,69447	1 835 277,8
2020	103,3	2 729 218,8	5,7	0,65686	1 792 708,6
2021	103,0	2 811 095,4	6,3	0,61767	1 736 333,4
2022	102,9	2 892 617,1	6,4	0,58079	1 679 990,8
Накопленная приведенная к 2013 г. ВДС, в млн руб., в ценах 2012 г.					18 789 738,3

В постпрогнозный период приведенная валовая добавленная стоимость рассчитывается по формуле Гордона, полученный результат приводится к началу 2013 г.:

$$PV_{pf} = \frac{g}{(1+r-g)} \cdot I_{2012} \cdot \prod_{t=1}^T \left[\frac{g_t}{1+r_t} \right],$$

где PV_{pf} – приведенная стоимость в постпрогножном периоде;

I_{2012} – валовая добавленная стоимость в 2012 г.

g – теоретический (усредненный) темп роста валовой добавленной в постпрогножном периоде;

r – ставка дисконтирования в постпрогножном периоде

r_t – ставка дисконтирования в t -м году прогнозного периода;

$$PV_{pf} = \frac{1,026 \cdot 2114387,4 \cdot 1,022 \cdot 1,025 \cdot \dots \cdot 1,029}{(1+0,04-1,026) \cdot (1+0,047) \cdot (1+0,054)^2 \cdot \dots \cdot (1+0,064)} = 123119327,2 \text{ млн. руб.}$$

Суммарная приведенная ВДС на начало 2013 г. составляет **141 909 065,6 млн. руб.** (18 789 738,3 + 123 119 327,2) в ценах 2012 г.