

**СОВМЕСТНЫЙ ПРОЕКТ ТЕЛЕКОМПАНИИ REN TV,  
АУДИТОРСКО-КОНСАЛТИНГОВОЙ КОМПАНИИ ФБК  
И ГАЗЕТЫ «ВЕДОМОСТИ»**

# **Сколько стоит Россия**

**РАЗДЕЛ 10**

**ЗДРАВООХРАНЕНИЕ, ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА И  
СОЦИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ**

Москва, 2004 г.

Авторский коллектив: доктор экономических наук И.А.Николаев (руководитель),  
кандидат экономических наук И.Е.Шульга,  
С.А.Артемьева,  
А.М.Калинин.

## Содержание

<b>ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ .....</b>	<b>4</b>
Общая характеристика .....	4
<i>Здравоохранение</i> .....	4
<i>Физическая культура</i> .....	6
<i>Социальное обеспечение</i> .....	6
Экономические показатели .....	8
<i>Динамика развития</i> .....	8
<i>Финансирование</i> .....	10
<i>Состояние фондов</i> .....	13
<i>Трудовые ресурсы</i> .....	14
Международные сопоставления .....	16
<b>ПОЛИТИКА В ОТРАСЛИ.....</b>	<b>19</b>
Здравоохранение.....	19
Физическая культура.....	21
Социальное обеспечение .....	23
<b>СКОЛЬКО СТОИТ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ, ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА И СОЦИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ .....</b>	<b>26</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ. РАСЧЕТ СТОИМОСТИ .....</b>	<b>31</b>

## Основные показатели

### Общая характеристика

Отрасль «Здравоохранение, физическая культура и социальное обеспечение» является важнейшей социальной отраслью в структуре экономики.

Отрасль включает в себя деятельность больниц, поликлиник, санаториев, домов отдыха, туристических лагерей, стадионов, спортивных клубов, учреждений социального обеспечения и т.п.

Здравоохранение, физическая культура и социальное обеспечение финансируются преимущественно из бюджета и государственных внебюджетных фондов. Это важно учитывать для понимания того, что представляет валовая добавленная стоимость (ВДС) отрасли. ВДС в здравоохранении, физической культуре и социальном обеспечении создается в основном своем объеме за счет оплаты услуг из бюджетных источников. Чем больше тратит государство и местные органы власти на решение соответствующих социальных вопросов, тем выше стоимость. В 2002 г. отрасль обеспечивала 2,7% ВВП страны (4,4% ВДС сектора «производство услуг»), что составляло 259 млрд руб.

Основная организационно-правовая форма организаций отрасли – **бюджетное учреждение**. Создаются такие учреждения государственными или муниципальными органами власти, а их деятельность финансируется из соответствующего бюджета или бюджетов государственных внебюджетных фондов на основе сметы доходов и расходов. К началу 2003 г. одних только федеральных учреждений в отрасли насчитывалось 3 589 единиц. Всего же на начало 2003 г. в отрасли было зарегистрировано 109,2 тыс. предприятий и организаций, из них 2,2% – малые предприятия.

### Здравоохранение

Подотрасль здравоохранение включает деятельность больниц, поликлиник, санаториев, домов отдыха и др. организаций здравоохранения.

На начало 2003 г. насчитывалось 10,3 тыс. больничных учреждений, обеспечивающих 1 619,7 тыс. больничных коек (113,7 на 10 000 чел.

населения), и 21,4 тыс. врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений<sup>1</sup> мощностью 3 565,2 тыс. посещений в смену (250,2 на 10 000 чел. населения).

Данные количественные показатели традиционно использовались советской системой статистики здравоохранения. Они не самым объективным образом отражали уровень развития здравоохранения в те времена. Сегодня они также являются не очень показательными, потому что дают исключительно количественную характеристику. Тем не менее других основных показателей пока нет. Поэтому в целях обеспечения хоть какой-то сопоставимости приходится использовать их.

Начиная с 1990 г., **число медицинских учреждений и их мощность постоянно снижается**. Так, в 1990 г. количество больничных учреждений составляло 12,8 тыс., обеспечивающих 2 037, 6 тыс. больничных коек (137,5 на 10 000 чел. населения). К 2003 г. количество учреждений снизилось на 19,5%, а их мощность – на 20,5%.

Отмеченный выше спад несколько компенсируется амбулаторно-поликлиническим обслуживанием, где количество учреждений достаточно стабильно, а их мощность растет (в 2002 г. наблюдалась самая высокая пропускная способность учреждений этого типа за последние 14 лет).

Этому явлению можно найти объяснение. В настоящее время постепенно развивается медицинское обслуживание на коммерческой основе – открываются частные медицинские центры, стоматологии и т.д. Таким образом, в явном виде для частного капитала открылось, прежде всего, амбулаторно-поликлиническое обслуживание. Поэтому здесь нет снижения показателей. Что касается стационаров, то ситуация с ними сложнее. Хороший стационар – вещь гораздо более капиталоемкая по сравнению, например, с медицинским консультативным центром. Платежеспособность населения также пока не на том уровне, который позволил бы принимать решения об инвестировании средств в строительство частных больниц.

Сейчас постепенно восстанавливается и санаторно-курортный комплекс России. По большей части это заслуга частного капитала. Число санаториев и пансионатов с лечением в 2002 г. составляло 1 279 учреждений, что соответствует уровню 1975 – 1980 гг. При этом, их пропускная способность достаточно высока. Количество мест, на которые рассчитаны российские санатории и пансионаты, в 2003 г. составило 333 тыс. Для сравнения, в 1975 – 1980 гг. количество коек составляло лишь 260 – 280 тыс.

---

<sup>1</sup> 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.).

## Физическая культура

К сфере «физическая культура» относится деятельность стадионов, спортивных клубов, туристических лагерей и т.д.

На начало 2003 г. насчитывалось 2 112 стадионов с числом мест для зрителей 1,5 тыс. и более, 56,1 тыс. спортивных залов, 2 639 плавательных бассейнов. Также, по данным Госкомстата, в 2002 г. действовало более 5 тыс. физкультурно-оздоровительных центров предприятий, учреждений и организаций.

В последние несколько лет активно развивается сектор частных услуг в области физической культуры. Это связано, в первую очередь, с ростом доходов населения, ростом уровня жизни в крупных городах. Только в Москве сейчас насчитывается около 259 частных спортивных клубов («Планета Фитнес», «World Class» и т.д.).

Потенциал развития физической культуры в России поддерживается ростом доходов населения, а также популяризацией здорового образа жизни. В крупных городах становится модным проводить выходные в спортивных заведениях, где можно получить весь комплекс услуг.

Немаловажным является и то, что российский бизнес стал активнее спонсировать большой спорт, а также создавать необходимые условия для занятий физкультурой и спортом работникам собственных предприятий. Понятно, что элемент конъюнктуры в этом есть. Разговоры о необходимости большей социальной ответственности бизнеса родились не на пустом месте. Поэтому «делиться» крупному бизнесу приходится, в том числе в виде финансовой поддержки физкультуры и спорта.

## Социальное обеспечение

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

*Предоставление социальных услуг с обеспечением проживания* включает круглосуточное оказание социальной помощи детям, престарелым и особым категориям лиц с ограниченными возможностями ухода за собой. Отличительной характеристикой подобной деятельности является то, что доля лечения и образования в ней не являются основными.

К организациям подотрасли, оказывающим социальные услуги с обеспечением проживания относятся:

- приюты для сирот (детские дома, дома ребенка);
- дома для престарелых;
- дома (интернаты) для лиц с физическими или умственными недостатками, в т.ч. для слепых, глухих и немых;
- приюты для бездомных и т.п.

На начало 2003 г. в России насчитывалось 1 288 детских домов, в которых проживало 75,5 тыс. детей. При этом число таких заведений растет из года в год достаточно высокими темпами. Также на начало 2003 г. существовало 1 098 учреждений для престарелых и инвалидов-взрослых, обслуживающих 211 тыс. человек. Еще 16,2 тыс. человек стояло на очереди для помещения в эти заведения.

*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.

Среди таких услуг выделяют:

- деятельность по усыновлению;
- посещение престарелых и больных;
- оказание помощи жертвам стихийных бедствий, беженцам, иммигрантам;
- дневной уход за детьми (детские ясли, сады);
- деятельность врачебно-трудовых экспертных комиссий (ВТЭК) и т.п.

На самом деле, перечень социальных услуг без обеспечения проживания чрезвычайно широк. Мало кто знает, к примеру, что есть в нем и такая услуга как **консультирование по домашнему бюджету**. Государство и здесь позаботилось, а мы даже не подозреваем об этом.

## Экономические показатели

### Динамика развития

В системе национальных счетов отрасль «Здравоохранение, физическая культура и социальное обеспечение» разбита на две составляющие: **рыночные** и **нерыночные услуги**<sup>2</sup>. Доля рыночных услуг в выпуске отрасли составляет 24,5%<sup>3</sup>, а в ВДС – 32,3% (рис. 1).

Нужно отметить, что до 1999 г. частный сектор отрасли развивался намного быстрее и эффективнее, о чем свидетельствует рост его доли в выпуске и ВДС отрасли, а также опережающий рост доли в ВДС по сравнению с долей в выпуске. Однако после 1999 г. тенденции изменились. Это связано, в первую очередь, с падением темпов роста в рыночном секторе отрасли.

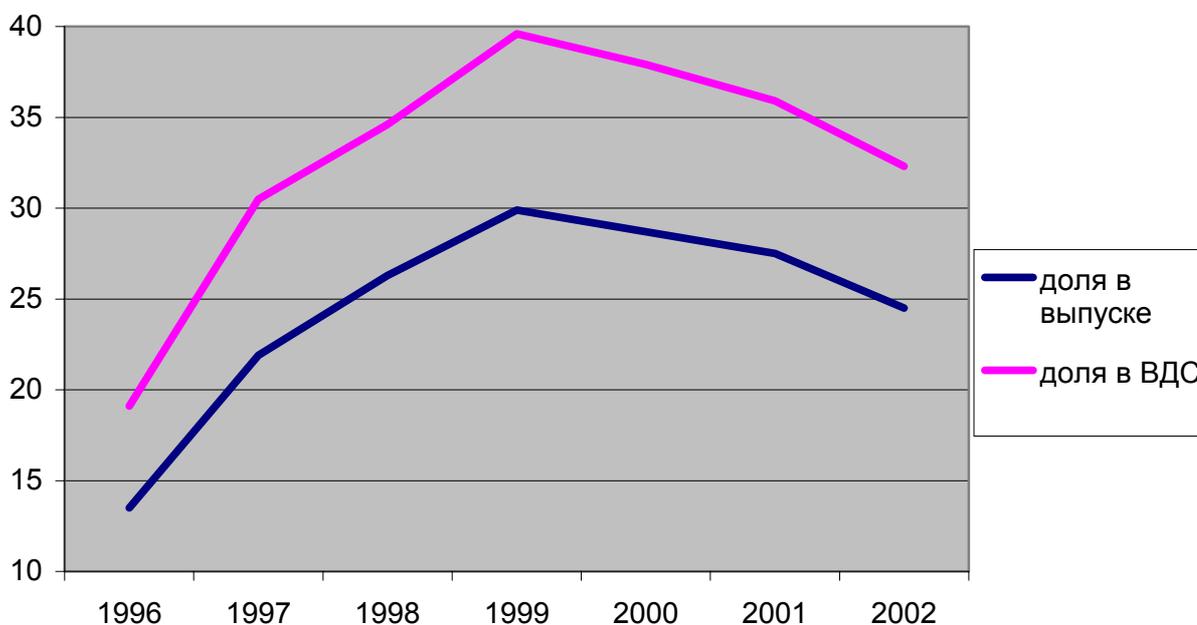
---

<sup>2</sup> К *рыночным* услугам относятся те из них, которые реализуются по экономически значимым ценам, обмениваются по бартеру на другие товары, услуги или активы или предоставляются работодателем своим работникам в качестве оплаты труда в натуральной форме. К *нерыночным* относятся услуги, производимые институциональными единицами для их собственного конечного использования либо предоставляемые бесплатно или по ценам не имеющим экономического значения.

<sup>3</sup> Выпуск услуг учреждений отрасли, финансируемых за счет средств государственного бюджета, определяется по данным о размере текущих расходов на эти цели. Услуги бюджетных учреждений, оказанных по экономически значимым целям, учитываются в выпуске рыночного сектора отрасли. Выпуск негосударственных организаций учитывается в соответствии с ценой реализации услуг.

Рисунок 1

Доля рыночных услуг в отрасли «Здравоохранение, физическая культура и социальное обеспечение», %



Источник: Госкомстат России

Очевидно, что эффективность рыночного сектора отрасли превышает эффективность государственных учреждений. Доля рыночных услуг здравоохранения, физической культуры и социального обеспечения в ВДС значительно больше ее вклада в выпуск отрасли, что говорит о лучшем управлении затратами и, соответственно, большей эффективности. Таким образом, развитие рыночного сектора отрасли является одним из основных факторов роста ее ВДС.

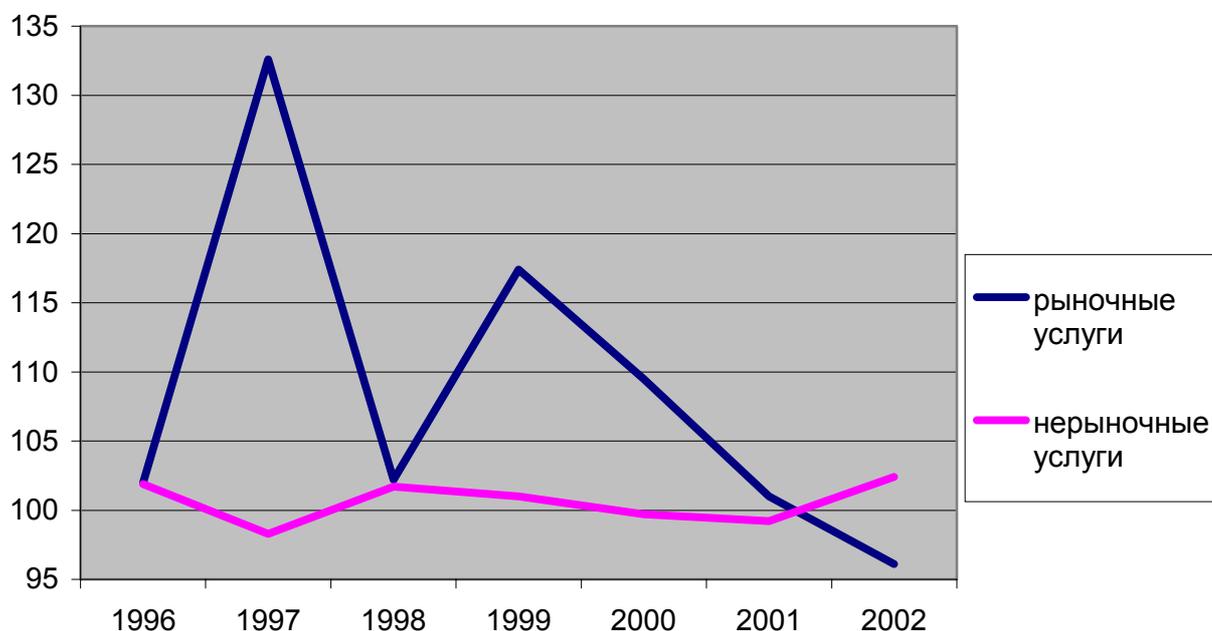
В целом отрасль показывает неоднозначные тенденции роста (рис. 2). Если ВДС в сфере нерыночных услуг отрасли примерно постоянна, то рыночный сектор развивается крайне нестабильно. Основной причиной падения ВДС рыночного сектора является падение реального выпуска, что связано, в первую очередь, со значительным ростом цен. Начиная с 1999 г. рост цен в рыночном секторе здравоохранения, физической культуры и социального обеспечения был не ниже 122% в год. Учитывая, что этот рост цен относится исключительно к услугам организаций отрасли и не включает рост цен на лекарства, спортивный инвентарь и одежду, болеть и заниматься спортом в России стало очень дорого.

Данный тревожный факт – падение ВДС рыночного сектора – свидетельствует, таким образом, о том, что у **политики ценовой экспансии**

**на рынке услуг здравоохранения нет перспектив.** Во-первых, потому что существуют естественные ограничения в виде роста реальных доходов населения. Во-вторых, институт страховой медицины по-прежнему остается неразвитым. Таким образом, ошибочным оказалось убеждение, что «никуда не денутся, все равно придут лечиться». Люди, скорее, предпочтут заниматься самолечением или оплачивать «втемную» врачам госучреждений, чем платить все больше и больше за рыночные услуги здравоохранения.

**Рисунок 2**

**Динамика ВДС отрасли «Здравоохранение, физическая культура и социальное обеспечение» в разрезе рыночных и нерыночных услуг, % к предыдущему году**



Источник: Госкомстат России

Объем ВДС отрасли «Здравоохранение, физическая культура и социальное обеспечение» в 2002 г. составил 259 млрд руб. При этом доля отрасли в ВВП – 2,7%, из них 0,9% – доля рыночных услуг и 1,8% – нерыночных.

## Финансирование

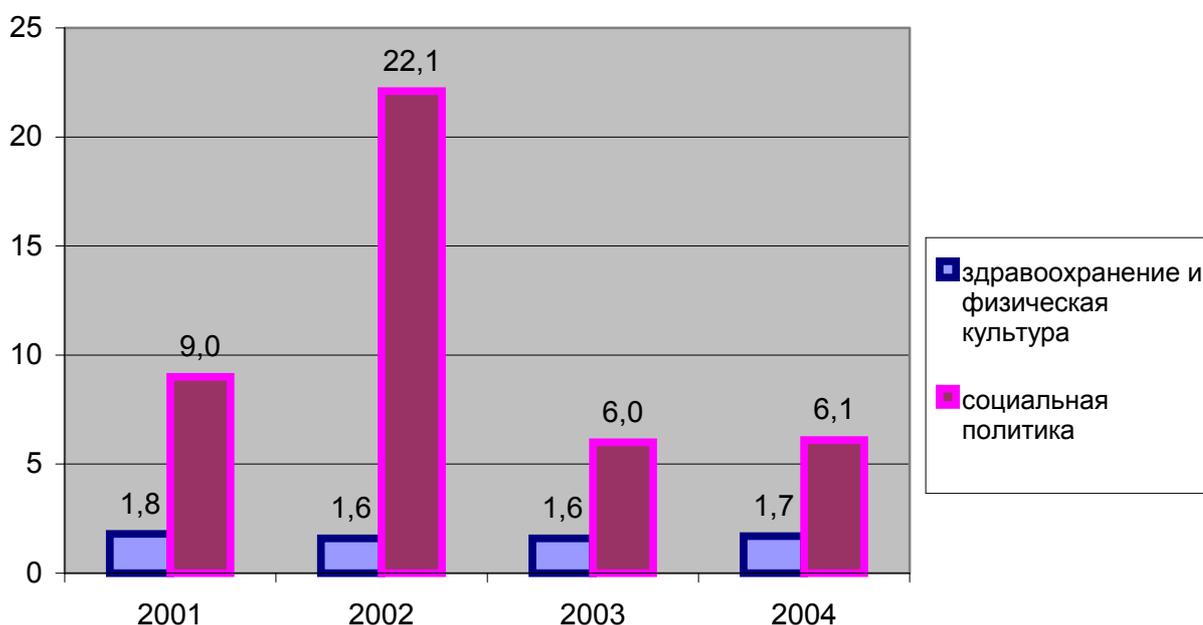
Как уже отмечалось выше, отрасль «Здравоохранение, физическая культура и социальное обеспечение» является преимущественно бюджетной. Деятельность учреждений отрасли финансируется за счет бюджетов всех

уровней, а также из средств внебюджетных фондов, таких как Фонд социального страхования и Фонд обязательного медицинского страхования.

Доля средств федерального бюджета, выделяемых на здравоохранение и физическую культуру за последние несколько лет менялась незначительно (рис. 3), оставаясь на уровне 1,6 – 1,7%.

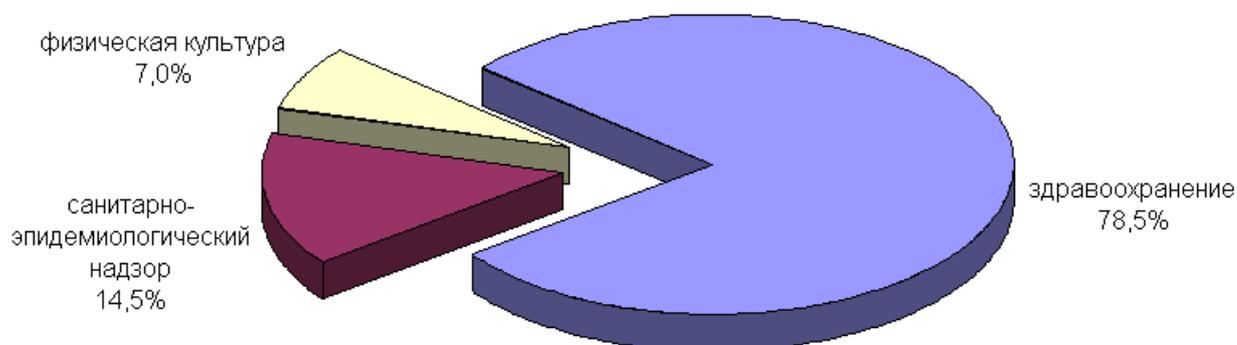
**Рисунок 3**

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



Источник: Федеральные законы «О федеральном бюджете...» за соответствующие годы

Основная часть средств по направлению «здоровоохранение и физическая культура» идет в здравоохранение. В Федеральном законе от 23 декабря 2003 г. № 186-ФЗ «О федеральном бюджете на 2004 г.» доля здравоохранения составляет 78,5% (37 млрд руб.) (рис. 4). Из этих средств 50,5% идут на финансирование больниц, клиник и госпиталей. На санитарно-эпидемиологический надзор в 2004 г. планируется выделить 6,8 млрд руб. (14,5%), а на физическую культуру и спорт – лишь 3,3 млрд руб. (7%).

**Рисунок 4**
**Структура расходов федерального бюджета 2004 г. на «Здравоохранение и физическая культура», %**


Источник: Госкомстат России

Расходы на социальную политику год из года меняются. Скачок в 2002 г. объясняется значительным объемом средств, выделенных по направлению «Субсидии из федерального бюджета на выплату базовой части трудовой пенсии за счет средств единого социального налога». То есть единый социальный налог, предназначавшийся Пенсионному фонду, проходил через федеральный бюджет по разделу «Социальная политика».

Что касается исполнения федеральных бюджетов, доля расходов на финансирование отрасли лишь незначительно отклонялась от плановых показателей.

В 2004 г. запланированный объем расходов Фонда социального страхования составляет 158,9 млрд руб. В соответствии с Федеральным законом от 16 июля 1999 г. № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования» в структуру расходов Фонда входят:

- оплата медицинскому учреждению расходов, связанных с предоставлением застрахованному лицу необходимой медицинской помощи;
- пенсия по инвалидности;
- пенсия по случаю потери кормильца;
- пособие по временной нетрудоспособности;
- пособие в связи с трудовым увечьем и профессиональным заболеванием;

- пособие по безработице;
- пособие по беременности и родам;
- ежемесячное пособие по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора лет;
- единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности;
- единовременное пособие при рождении ребенка;
- пособие на санаторно-курортное лечение;
- социальное пособие на погребение;
- оплата путевок на санаторно-курортное лечение, оздоровление работников и членов их семей.

Основная доля средств в структуре расходов Фонда идет непосредственно на социальное страхование. В 2004 г. она составила 95%. Из этих средств 56,3% направляется на пособия по временной нетрудоспособности, а 13,8% – на ежемесячные страховые выплаты.

Плановый объем расходов Фонда обязательного медицинского страхования в 2004 г. составляет 6,4 млрд. руб., из них 6,3 млрд. руб. – средства, направляемые непосредственно на обязательное медицинское страхование.

## **Состояние фондов**

Величина основных фондов в отрасли на начало 2003 г., по данным Госкомстата России, составила 501,6 млрд руб., т.е. 1,9% основных фондов российской экономики.

Из общего числа зданий учреждений для престарелых и инвалидов 4,9% находилось в аварийном состоянии, 6,3% в ветхом состоянии, 12,4% требовали реконструкции.

Инвестиции в основной капитал отрасли в 2002 г. составили 34 млрд руб. (2,5% инвестиций в основной капитал по всей экономике). Нужно отметить, что эта доля, начиная с 2000 г. снижается, что говорит о падении привлекательности здравоохранения, физической культуры и социального обеспечения для инвесторов. Данный факт полностью соотносится с ранее отмечавшейся тенденцией снижения ВДС рыночного сектора.

## Трудовые ресурсы

В первом полугодии 2003 г. среднегодовая численность занятых в здравоохранении, физической культуре и социальном обеспечении составила 4591 тыс. чел. (7% занятых в экономике).

На протяжении последних 8 лет численность занятых в отрасли работников возрастала. Исключением стал лишь 2000 г.

**Доля женщин в отрасли «Здравоохранение, физическая культура и социальное обеспечение» самая высокая по экономике – 81%.** Это объясняется спецификой отрасли, т.к. традиционно в социальной сфере работают именно женщины.

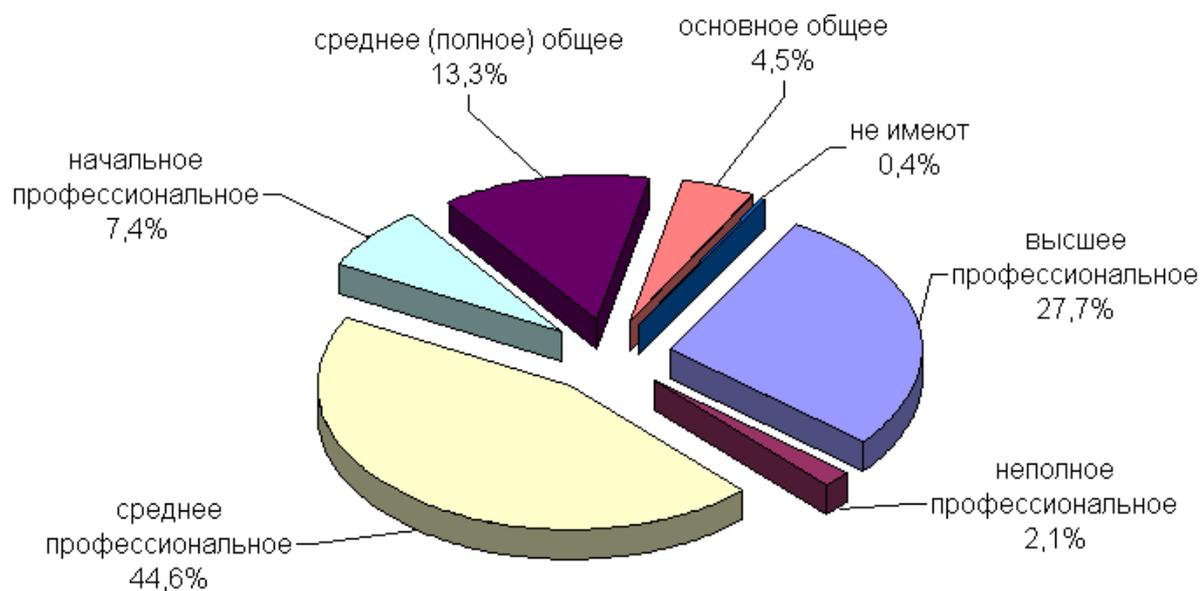
Численности врачей в 2002 г. она составила 682,4 тыс. чел. (47,9 на 10 000 чел. населения). При этом численность среднего медицинского персонала<sup>4</sup> снижается. В 2002 г. специалистов этого типа насчитывалось 1557 тыс. чел. (109,3 на 10 000 чел. населения), что на 15,6% меньше, чем в 1990 г.

Наиболее востребованными медицинскими специальностями являются педиатрия, терапия, хирургия, акушерство и гинекология. За последние несколько лет вырос интерес к стоматологии, дермато-венерологии, неврологии, психиатрии и наркологии.

Специфика отрасли накладывает отпечаток и на уровень образования занятых в ней (рис. 5). Более 80% работников здравоохранения, физической культуры и социального обеспечения имеют различные уровни профессионального образования.

---

<sup>4</sup> Средний медицинский персонал – лица со средним медицинским образованием, занятые в отрасли.

**Рисунок 5**
**Уровень образования занятых в отрасли в 2002 г., %**


Источник: Госкомстат России

Небезынтересной представляется статистика по численности спортсменов, имеющих спортивные звания (табл. 1) и чемпионские титулы (табл. 2).

**Таблица 1**
**Численность спортсменов, имеющих спортивные звания**

Заслуженный мастер спорта	1 285
Мастер спорта международного класса	451
Заслуженный тренер	432
Заслуженный работник физической культуры	231
Судья международной категории	45
Судья всесоюзной (всероссийской) категории	29
Судья республиканской категории	13
Международный гроссмейстер	12
Почетный мастер спорта	15
Почетный судья	3

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

**Таблица 2**
**Численность спортсменов, имеющих чемпионские титулы**

Чемпион олимпийских игр	881
Чемпион мира	663
Чемпион Европы	614
Чемпион России (СССР)	960

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

На основании этих данных можно сделать вывод о том, что Россия остается мировой спортивной державой.

Среднемесячная начисленная заработная плата в отрасли составляет 4 363 руб. (ноябрь 2003 г.), т.е. 73% средней по экономике.

В рассматриваемой отрасли, как и в любой другой отрасли, зависящей от бюджетного финансирования, существует проблема задолженности по заработной плате. Так, в марте 2004 г. задолженность по заработной плате работникам здравоохранения составила 565,3 млн руб., в т.ч. из-за отсутствия бюджетного финансирования – 308,4 млн руб. и из-за отсутствия финансирования со стороны ОМС – 256,9 млн руб.

Низкий уровень оплаты труда и задолженность по заработной плате создают благоприятные условия для нелегальной коммерциализации деятельности в отрасли.

**Международные сопоставления**

Согласно ст. 7 Конституции России, *Российская Федерация – социальное государство, политика которого направлена на создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека.* Однако сравнительный анализ по доле социальных отраслей в ВВП свидетельствует о том, что социальным проблемам у нас уделяется не так много внимания, как в развитых европейских странах (табл. 3).

Таблица 3

## Доля социальных отраслей в ВВП отдельных стран в 2002 г., %

	Отрасли	Доля, %
Россия	Здравоохранение, физическая культура, социальное обеспечение	2,7
Россия	Образование	2,9
Канада	Здравоохранение и социальное обеспечение	5,9
Франция	Образование, здравоохранение, социальное обеспечение	11,7
Норвегия	Здравоохранение, социальное обеспечение и др. персональные услуги	11,2

Источник: Системы национальных счетов соответствующих стран

Доля «Здравоохранения, физической культуры и социального обеспечения» в ВВП страны в России более чем в два раза меньше по сравнению с Францией и почти в четыре раза меньше по сравнению с аналогичным показателем Норвегии. Таким образом, **Россия сегодня – гораздо менее социальное государство в отличие от развитых стран.**

Даже несмотря на некоторые различия в группировке отраслей, можно утверждать, что доля здравоохранения, физической культуры и социального обеспечения в ВВП в России крайне мала. Это вполне подтверждается высоким уровнем социального неравенства и невысоким качеством медицинских услуг.

Интересен тот факт, что Франция и Норвегия имеют принципиально разные модели здравоохранения. В Норвегии медицина преимущественно государственная, т.е. практически все учреждения здравоохранения находятся в ведении государственного и муниципального секторов. Для этой модели характерна жесткая централизация и государственное финансирование. Частная медицина в подобных моделях достаточно дорога, а государственное финансирование возможно благодаря высоким налогам. При этом качественные медицинские услуги доступны большинству населения. С другой стороны, во Франции действует страховая модель здравоохранения, т.е. расходы на содержание отрасли в значительной мере перекладываются на страхователя. При такой модели работодатель перечисляет определенные средства на медицинское страхование своих работников. Государственное финансирование осуществляется преимущественно по направлению целевых программ поддержки малоимущих, профилактики заболеваний и научных исследований в области здравоохранения. Такая модель способствует развитию частного

здравоохранения за счет того, что по медицинскому полису исполнителем может быть как частная клиника, так и государственная. Несмотря на различия моделей, доля отрасли в ВВП в Норвегии и Франции примерно одинаково высокая.

## Политика в отрасли

Здравоохранение, физическая культура и социальное обеспечение, как и большинство социальных отраслей, является еще и стратегической отраслью. Низкий уровень развития отрасли может привести к деградации населения и социальным беспорядкам. Именно такая стратегическая значимость отрасли требует приоритетного к ней отношения со стороны государства.

Кроме того, провозглашенный лозунг – борьба с бедностью – никак не может быть реализован без значительного увеличения расходов на здравоохранение, физическую культуру и социальное обеспечение. Причем расходы должны увеличиваться как государственные, так и негосударственные.

## Здравоохранение

Бесплатность отечественного здравоохранения, точно также как и многих других социальных услуг, сегодня не более чем фикция. Один только этот факт обязывает предпринимать меры по повышению эффективности проводимой государственной политики в отрасли.

Основную долю услуг в области здравоохранения в настоящее время оказывают государственные бюджетные учреждения. Из этого вытекает ряд проблем, которые обязательно должны быть решены в целях быстрого и эффективного развития здравоохранения.

**Недостаточность бюджетного финансирования.** Несмотря на объявленный лозунг «Борьба с бедностью», это направление государственной политики не нашло отражения в федеральном бюджете 2004 г. в должной мере, впрочем, как и во всех предыдущих бюджетах. Прирост реальных расходов по статье «Здравоохранение и физическая культура» в бюджете 2004 г. составил лишь 8,3%. Прирост в 2003 г. был 7%<sup>5</sup>, в 2002 г. – 24,7%. Интересно, что в проекте бюджета-2004 по статье «Здравоохранение и физическая культура» закладывалась большая сумма планируемых расходов, а на этапе «нулевого» чтения она была увеличена на 156,5 млн руб. Однако утвержденная сумма расходов оказалась меньше

---

<sup>5</sup> См. Аналитический доклад ФБК «Проект бюджета–2004 и перспективы удвоения ВВП», 2003 г.

проектной на 2% именно в части расходов на здравоохранение. Очевидно, что финансирование здравоохранения сейчас недостаточно. Также очевидно, что сейчас государство вполне в состоянии расходовать больше средств на поддержку отрасли.

**Неэффективность основной организационно-правовой формы – бюджетного учреждения.** Среди недостатков бюджетных учреждений можно выделить такие как низкое качество предоставляемых услуг, наличие теневых платежей, негибкость сметного финансирования, ограничение предпринимательской деятельности, ограничение на использование прибыли и т.п.

**Неэффективность страховой медицины.** Основной проблемой страховой медицины является то, что наличие страхового полиса фактически не приводит к появлению отношений и обязательств, традиционно возникающих между страхователем и страховщиком. В настоящее время не налажена система индивидуального учета граждан, обратившихся за медицинской помощью по страховому полису. Также не проводится учет и проверка затрат на предоставление медицинских услуг и качества этих услуг. Отсутствие налаженной системы учета приводит к тому, что сейчас финансируются не болезни, как должно быть в случае страховой медицины, а койки, которые есть в наличии.

**Значительный объем социальных обязательств государства по льготам на предоставление медицинских услуг.** По оценкам ФБК, объем медицинских льгот, гарантированных различными нормативными актами населению России, в 2003 г. составил 133,8 млрд руб.<sup>6</sup>, объем санаторно-курортных услуг – 123,6 млрд руб. Большинство этих льгот предоставляются по принципу профессиональной принадлежности. Это приводит к тому, что многие льготы в области медицинского обслуживания представляются необоснованными. Например, министерские работники имеют право на прикрепление к поликлинике, включающее госпитализацию. Стоимость такого прикрепления, если оценивать по рыночным расценкам, составляет 56 тыс. руб в год. С учетом того что право на бесплатное обслуживание также получают мужья, жены и дети работников, общая сумма получается достаточно внушительной.

Говоря о политике в области здравоохранения, нельзя не упомянуть об активной деятельности Минздрава России в области мониторинга заболеваемости и профилактики некоторых болезней. Сейчас в подотрасли действуют несколько федеральных целевых программ, таких как «Дети России», «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера», «Профилактика в лечении артериальной гипертензии в Российской Федерации», «Комплексные меры противодействия

---

<sup>6</sup> См. Аналитический доклад ФБК «Экономика льгот», 2003 г.

злоупотребления наркотиками и их незаконному обороту». Все они направлены на создание системы мониторинга состояния здоровья населения, на улучшение здоровья население и профилактику особо опасных болезней.

Нужно отметить, что Минздрав России и вне рамок перечисленных федеральных целевых программ регулярно отслеживает ситуацию в области состояния здоровья нации и проводит профилактические мероприятия.

Основным недостатком политики в области здравоохранения является отсутствие активных шагов со стороны государства по направлению стимулирования развития частной медицины. Когда предельно ясно, что государственные медицинские учреждения не способны полностью удовлетворить спрос населения на их услуги из-за недостатка финансирования, необходимо создать благоприятные условия для появления новых игроков на рынке, которые смогут стабилизировать ситуацию, обеспечив тем самым оптимальный уровень социальной безопасности нации.

## Физическая культура

В основе государственной политики в области физической культуры лежит Федеральный закон от 29 апреля 1999 г. № 80-ФЗ «О физической культуре и спорте в Российской Федерации». Эта сфера рассматривается как *одно из средств профилактики заболеваний, укрепления здоровья, поддержания высокой работоспособности человека, воспитания патриотизма граждан, подготовки их к защите Родины, развития и укрепления дружбы между народами и гарантирует права граждан на равный доступ к занятиям физическими упражнениями и спортом.*

В области физической культуры и спорта государство взяло на себя следующие обязательства:

- финансирование мероприятий в области физической культуры и спорта;
- содержание физкультурно-оздоровительных, спортивных и спортивно-технических сооружений, находящихся в собственности Российской Федерации;
- создание условий для развития физкультурно-спортивных организаций;

- организация обязательной сертификации спортивных изделий и техники в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- обеспечение пропаганды физической культуры и спорта, физкультурно-спортивного движения и олимпийского движения России.

Если посмотреть на то, как решаются задачи профилактики заболеваний и укрепления здоровья, то вряд ли политику в области физической культуры можно оценить положительно. К примеру, в 2002 г. по сравнению с 1995 г. заболеваемость населения России болезнями системы кровообращения возросла на 43,1%, болезнями эндокринной системы, расстройством питания и нарушением обмена веществ – на 89,2%.

Даже учет того, что здоровье зависит и от многих других факторов, не позволяет смягчить ранее сделанную негативную оценку. **Проблема подотрасли состоит в том, что она сама резко размежевалась на физическую культуру и спорт.**

Однако спорт не оказывает прямого положительного воздействия на здоровье нации. Спорт, большой спорт все больше превращается в самостоятельный бизнес с многомиллионными контрактами спортсменов и теневым оборотом. Сюда вкладываются большие объемы частных капиталов.

Однако у государства есть что финансировать – развитие физической культуры. За годы реформ в этой области произошло следующее.

В последнее время модной стала тема социальной ответственности бизнеса. Проблема действительно есть, однако ясно и то, что это – спровоцированная тема. Понятно, что физическая культура и спорт могут только выиграть от всего этого. К сожалению, похоже, что выигрывает только спорт. И понятно почему: если кто-либо из представителей крупного бизнеса желает быть очень «социально ответственным», то заявляет это, в первую очередь, в том случае, если объектом его спонсорского внимания станет известный спортивный клуб.

В целом, государству пока не удалось добиться заметных успехов именно в развитии физической культуры. Хотя определенные успехи есть, в той же пропаганде здорового образа жизни.

## Социальное обеспечение

В ст. 7 Конституции Российской Федерации за Россией, как уже отмечалось выше, закрепляется статус социального государства, *политика которого направлена на создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека.* По основному закону страны в Российской Федерации охраняются труд и здоровье людей, устанавливается гарантированный размер оплаты труда, обеспечивается государственная поддержка семьи, материнства, отцовства и детства, инвалидов и пожилых граждан, развивается система социальных служб, устанавливаются государственные пенсии, пособия и иные гарантии социальной защиты.

Российское государство приняло на себя большое количество социальных обязательств, однако реализовать их все оно не в состоянии.

В основе социальной политики России лежит система льгот. По оценке ФБК<sup>7</sup>, потенциальный объем социальных льгот в 2003 г. составлял 2,8 трлн руб. или 21,5% ВВП.

Помимо отсутствия средств на финансирование заявленных обязательств, сама система этих обязательств далека от совершенства. Лишь 20% льгот реально попадают нуждающимся в них. Этот факт говорит о безадресности социальной помощи. Несмотря на существование заявительного принципа эта проблема достаточно остра, особенно на фоне роста социального неравенства.

Основными проблемами сферы «Социальное обеспечение» являются:

- инфраструктурная необеспеченность;
- несоответствие льгот прожиточному минимуму;
- безадресность системы;
- избыток социальных обязательств.

Причин появления и углубления перечисленных проблем достаточно много. Во-первых, это социалистическое прошлое нашей страны, которое привило нам уверенность в том, что государство должно заботиться о каждом гражданине, вне зависимости от его нуждаемости в такой заботе. Это привело к сильной деформации системы социального обеспечения в сторону необоснованности многих льгот, а также к тому, что средств на помощь

---

<sup>7</sup> См. Аналитический доклад ФБК «Экономика льгот», 2003 г.

всем просто не хватает. В итоге, особо нуждающиеся слои населения получают помощь лишь незначительно отличающуюся от той, которую получают более обеспеченные граждане. Немаловажную роль в раздувании системы социальных льгот сыграло и кризисное развитие отечественной экономики. Введение новых льгот рассматривалось и до сих пор рассматривается как инструмент снятия социальной напряженности в обществе. Соответственно, вопрос об обоснованности новых льгот и способности государства отвечать по этим обязательствам отходит на второй план. Также в качестве причин раздувания системы социальных льгот в России стоит выделить депутатский популизм и отраслевой лоббизм.

Очевидно, что система социальных льгот в России требует безотлагательного реформирования. Программа социально-экономического развития Российской Федерации на среднесрочную перспективу (2003 – 2005 гг.), утвержденная распоряжением Правительства Российской Федерации от 15 августа 2003 г. № 1163-р, основывается на принципе адресной направленности социальной помощи на основе проверки нуждаемости и предлагает следующие меры:

- изменение форм предоставления льгот;
- расширение финансирования по факту предоставления;
- развитие принципа государственного социального заказа;
- введение конкурсного механизма для государственных и негосударственных организаций, занимающихся предоставлением услуг, входящих в набор социальных льгот;
- перевод льгот в денежную форму;
- информатизация системы социальных льгот.

Нужно отметить, что вариант отмены отдельных льгот в этом списке не предложен. Однако без этой меры решить проблему громоздкости системы не представляется возможным.

Также необходимо повышение адресности предоставляемых льгот. По оценкам экспертов, лишь 20% социальной помощи получают нуждающиеся в ней. Соответственно, повышение адресности предоставления льгот будет способствовать росту эффективности социальной системы и снижению нагрузки на бюджеты всех уровней.

Нужно отметить, что позитивные сдвиги в решении проблемы социальных льгот в России уже наметились. Так, в 2002 г. отдельные льготы военнослужащим были переведены в денежную форму. Отмена 50%-ной оплаты жилищно-коммунальных услуг, пользования радиотрансляционными точками и коллективными телевизионными антеннами, топлива в домах, не имеющих центрального отопления,

установки квартирных телефонов и абонентской платы и 25%-ной надбавки к пенсии военнослужащим, имеющим право на пенсию за выслугу лет была компенсирована надбавкой к окладу от 1 200 руб. до 3 000 руб. Также сейчас активно идет обсуждение перевода ряда льгот пенсионерам в денежную форму.

## Сколько стоит здравоохранение, физическая культура и социальное обеспечение

Согласно предложенной методике, для расчета стоимости отрасли «Здравоохранение, физическая культура и социальное обеспечение» выделяются прогнозный и постпрогнозный периоды. Прогнозный период составляет 10 лет – с 2003 по 2012 гг. включительно. Расчеты производятся на основе реальных значений, поэтому объем валовой добавленной стоимости считается в ценах 2002 г., а ставка дисконтирования не учитывает инфляцию.

Прогноз строится на основе анализа существующих тенденций развития социальной сферы, показателей динамики объема валовой добавленной стоимости в 1996 – 2002 гг.<sup>8</sup>, учета соответствующей государственной политики и экспертных оценок.

Основным фактором развития отрасли «Здравоохранение, физическая культура и социальное обеспечение» в части коммерческих услуг будет рост реальных доходов населения. Некоммерческая сфера будет расти с ростом финансирования отрасли из средств федерального бюджета, а также из средств государственных внебюджетных фондов.

Развитие отрасли «Здравоохранение, физическая культура и социальное обеспечение» в прогнозном периоде можно разбить на три этапа.

Первый этап – до 2006 г. – будет характеризоваться средними темпами прироста валовой добавленной стоимости в коммерческом секторе отрасли 3%, в некоммерческом – 1,5% (рис. 6). На первом этапе можно ожидать важных решений по реформированию бюджетного сектора (реформа госучреждений), что непосредственно затронет, прежде всего, здравоохранение. Однако практической отдачи от этой реформы в данный период ждать не следует. Рассчитывать на то, что значительным образом в этот период вырастут расходы на здравоохранение, физическую культуру и социальное обеспечение из бюджета и государственных внебюджетных фондов, не следует. Государство, озабоченное необходимостью собрать 500 млрд руб. в Стабилизационный фонд, уже определило на данный период свои приоритеты. Учитывая отсутствие перспектив масштабного увеличения бюджетной поддержки отрасли, основным фактором роста будет развитие частного сектора здравоохранения и физической культуры. Двигателем развития частного здравоохранения и физической культуры станет рост реальных денежных доходов населения. Именно в эти годы будет

<sup>8</sup> Национальные счета России в 1995-2002 гг. – М: Госкомстат России, 2003

происходить отказ рыночного сектора отрасли от агрессивной политики взвинчивания цен на предоставление услуг. Как и все социальные отрасли, здравоохранение, физическая культура и социальное обеспечение характеризуются высокими рисками, поэтому ставка дисконтирования на первом этапе составит 8%.

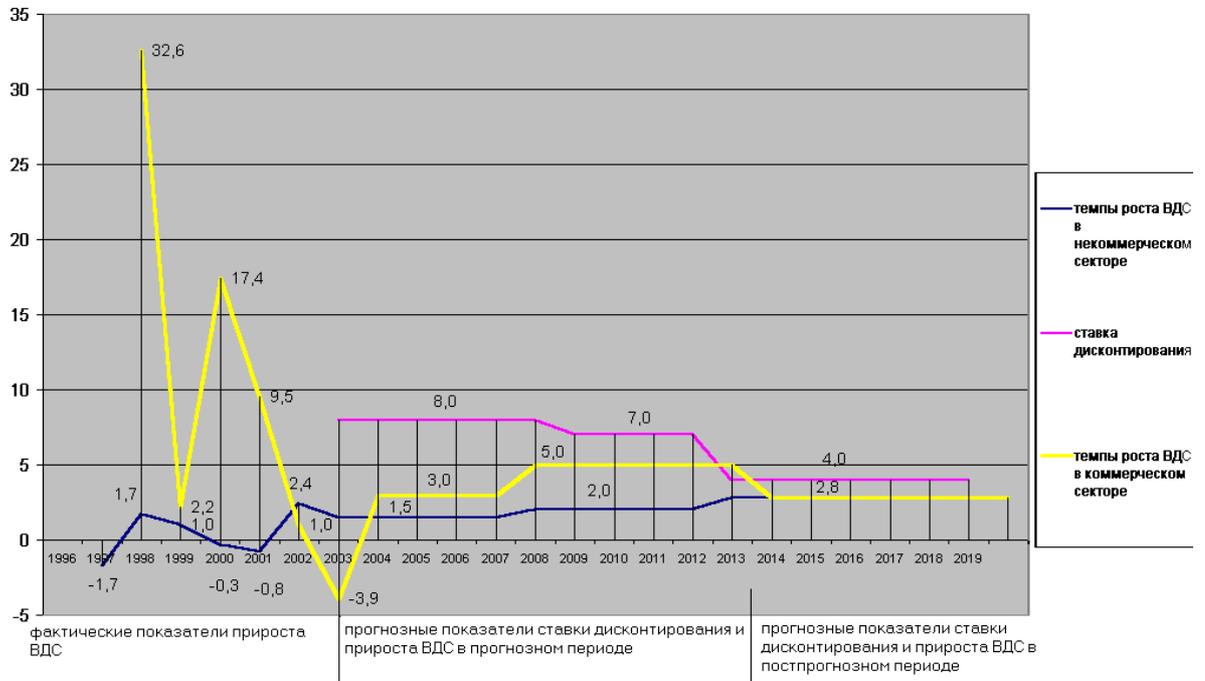
На втором этапе – с 2007 г. по 2008 г. – произойдет увеличение темпов прироста при неизменных рисках. Это будет связано, прежде всего, с возросшим спросом на услуги отрасли. По прогнозам Минэкономразвития России средние темпы роста реальных денежных доходов населения до 2008 г. составят 6,6% – 8%. Распространение приверженности к здоровому и спортивному образу жизни даст новый толчок развитию коммерческого сектора отрасли. В некоммерческом секторе возможен рост вследствие увеличения бюджетных расходов. Реформирование бюджетных учреждений приведет к частичному выводу из тени доходов бюджетных учреждений, а также перевод части услуг в коммерческий сектор за счет создания механизма государственного заказа. Также нужно отметить развитие страховой медицины, которая должно серьезно стимулировать рост выпуска отрасли. Сдерживать некоммерческий сектор будет снижение количества льгот, а также повышение их адресности, что вызовет снижение объема расходов. Соответственно темпы роста в коммерческом секторе увеличатся до 5%, в некоммерческом – до 2%. Ставка дисконтирования останется на уровне 8%.

Третий этап – с 2009 г. по 2012 г. – будет характеризоваться снижением рисков в отрасли. Достаточное развитие коммерческой сектора здравоохранения и физической культуры приведет к повышению инвестиционной привлекательности отрасли. Развитие инфраструктуры отрасли, а также законодательной базы вызовет снижение рисков до 7%.

Постпрогнозный период будет характеризоваться ежегодным приростом валовой добавленной стоимости на 2,8% и риском 4%, что соответствует уровню развитых стран. Необходимо отметить, что для постпрогнозного периода темп прироста 2,8% является средним. Реальные темпы прироста будут колебаться вокруг этого значения, при этом могут, как превышать, так и быть ниже указанного уровня. Это означает, что, к примеру, в 2013 г. темп прироста валовой добавленной стоимости не снизится резко до 2,8%, а также будет около 6%. Однако в среднем, на весь постпрогнозный период, прирост валовой добавленной стоимости берется, как было отмечено выше, на уровне 2,8%

Рисунок 6

**Динамика темпов прироста валовой добавленной стоимости и ставки дисконтирования, %**

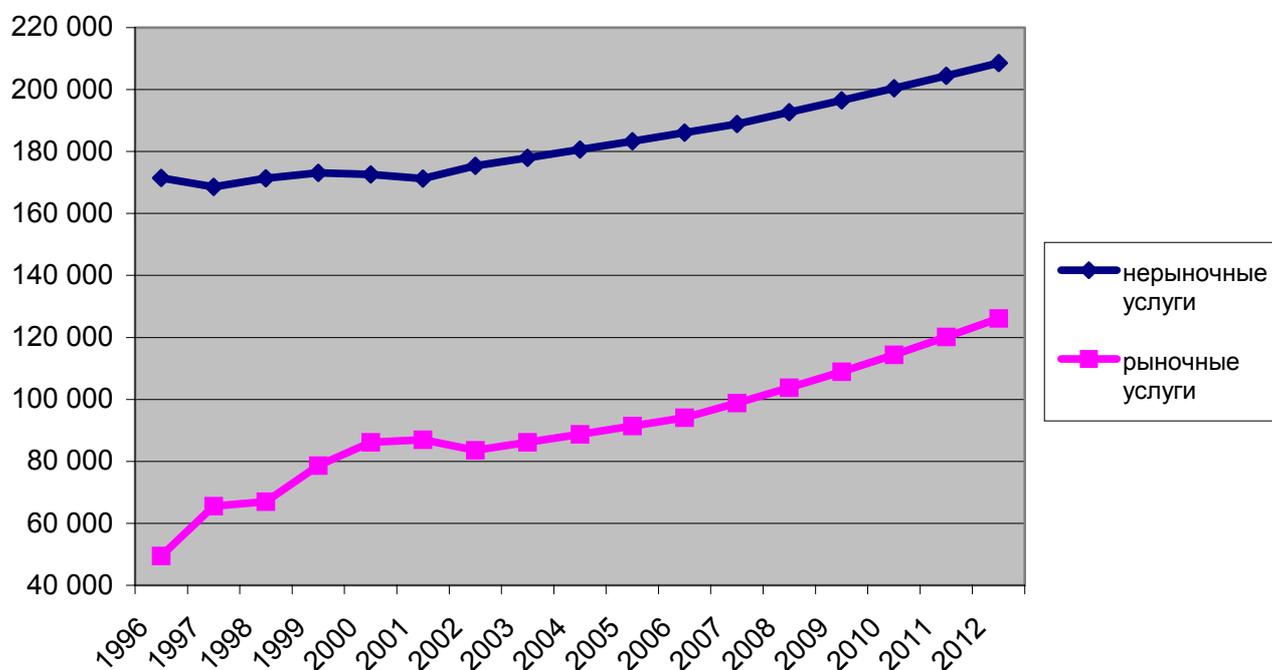


Источник: Госкомстат России, расчеты ФБК

Динамика ВДС, по прогнозам ФБК, будет выглядеть следующим образом:

Рисунок 7

Динамика валовой добавленной стоимости в 1996 – 2012 гг., млн руб., в ценах 2002 г.

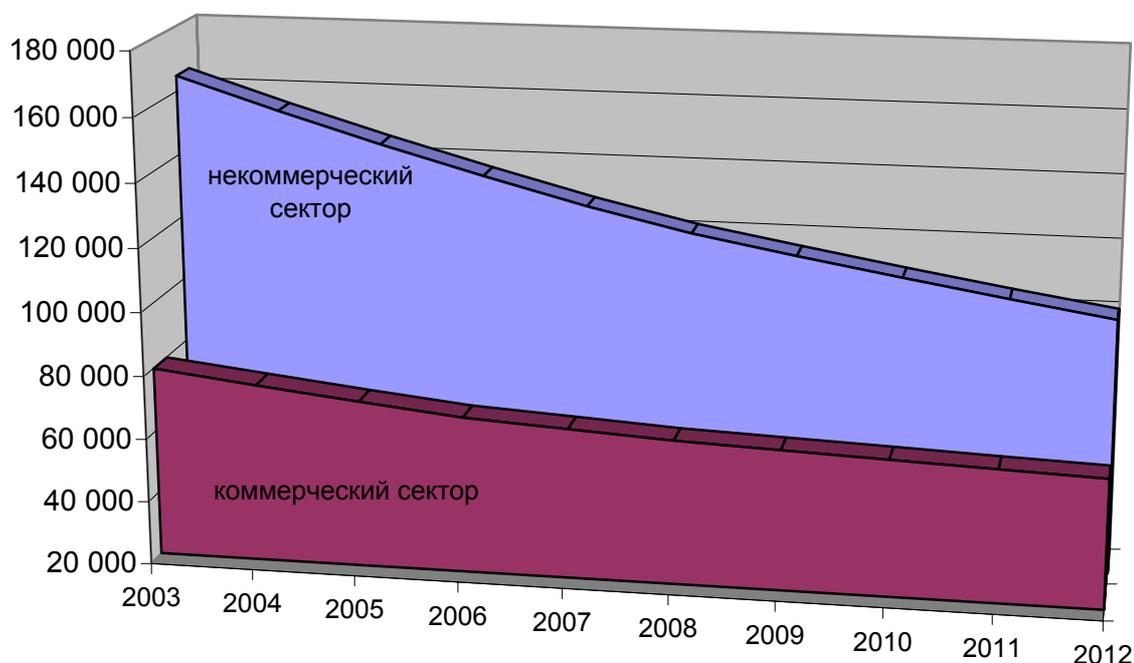


Источник: Госкомстат России, расчеты ФБК

По доходному методу оценки стоимости отрасли «Здравоохранение, физическая культура и социальное обеспечение» в **прогнозном периоде** объем накопленной валовой добавленной стоимости, приведенной к началу 2003 г., в **коммерческом секторе** составит **680 млрд руб.** (в ценах 2002 г.), в **некоммерческом** – **1,3 трлн руб.** (рис. 8).

Рисунок 8

Динамика дисконтированной валовой добавленной стоимости в прогнозном периоде, млн руб. в ценах 2002 г.



Источник: расчеты ФБК

Снижение объема дисконтированной ВДС к 2012 г. связано с высокими рисками отрасли. **В постпрогнозный период в коммерческом секторе будет создано дисконтированной валовой добавленной стоимости на 5,2 трлн руб., в некоммерческом – 8,6 трлн руб.** В итоге здравоохранение, физическая культура и социальное обеспечение России на начало 2003 г. можно оценить в **15,8 трлн руб.** (в ценах 2002 г.).

Доля стоимости, создаваемой в прогнозном периоде, составляет 12,7% общей стоимости отрасли.

**Стоимость отрасли**  
**«Здравоохранение, физическая культура и социальное обеспечение»**  
**15,8 трлн руб.**

## ПРИЛОЖЕНИЕ. РАСЧЕТ СТОИМОСТИ

Расчет стоимости отрасли «Здравоохранение, физическая культура и социальное обеспечение» производится на основе метода дисконтирования будущей валовой добавленной стоимости. Будущая ВДС приводится к началу 2003 г.

В прогнозном периоде объем приведенной валовой стоимости будет рассчитываться по следующей формуле<sup>9</sup>:

$$PV_{\text{прогн}} = \sum_{t=1}^6 \frac{I_{2002+t}}{(1+r_1)^t} + \sum_{t=1}^4 \frac{I_{2008+t}}{(1+r_2)^t * (1+r_1)^6},$$

где  $PV_{\text{прогн}}$  – приведенная стоимость в прогнозном периоде;

$I_t$  – валовая добавленная стоимость в соответствующем году;

$r_1$  – ставка дисконтирования в 2003 – 2008 гг.;

$r_2$  – ставка дисконтирования в 2009 – 2012 гг.;

**Таблица 4**

**Расчет приведенной валовой добавленной стоимости в прогнозном периоде для коммерческого сектора**

Год	ВДС в ценах 2002 г., млн руб.	Ставка дисконтирования, %	Коэффициент дисконтирования	Приведенная к 2003 г. ВДС в ценах 2002 г., млн руб.
2003	86 130	8	0,92593	79 750
2004	88 714	8	0,85734	76 058
2005	91 375	8	0,79383	72 537
2006	94 116	8	0,73503	69 178
2007	98 822	8	0,68058	67 257
2008	103 763	8	0,63017	65 388
2009	108 951	7	0,58894	64 166
2010	114 399	7	0,55041	62 967

<sup>9</sup> Формула трансформирована из модельной (см. Раздел 2 «Как считают в мире. Подход ФБК» настоящего исследования) в соответствии с динамикой роста здравоохранения, физической культуры и социального обеспечения в прогнозном периоде и выбранными рамками прогноза.

2011	120 119	7	0,51441	61 790
2012	126 125	7	0,48075	60 635
Накопленная приведенная к 2003 г. ВДС, в млн руб., в ценах 2002 г.				679 726

**Таблица 5**
**Расчет приведенной валовой добавленной стоимости в прогнозном периоде для некоммерческого сектора**

Год	ВДС в ценах 2002 г., млн руб.	Ставка дисконтирования, %	Коэффициент дисконтирования	Приведенная к 2003 г. ВДС в ценах 2002 г., млн руб.
2003	177 966	8	0,92593	164 783
2004	180 635	8	0,85734	154 865
2005	183 345	8	0,79383	145 545
2006	186 095	8	0,73503	136 785
2007	188 886	8	0,68058	128 553
2008	192 664	8	0,63017	121 411
2009	196 517	7	0,58894	115 738
2010	200 448	7	0,55041	110 329
2011	204 457	7	0,51441	105 174
2012	208 546	7	0,48075	100 259
Накопленная приведенная к 2003 г. ВДС, в млн руб., в ценах 2002 г.				1 283 442

**В постпрогнозный период** приведенная валовая добавленная стоимость рассчитывается по формуле Гордона, полученный результат приводится к началу 2003 г.:

$$PV_{\text{постпрогн}} = \frac{I_{2012} * (1 + g)}{(r - g) * (1 + r_1)^6 * (1 + r_2)^4},$$

где  $PV_{\text{постпрогн}}$  – приведенная стоимость в постпрогнозном периоде;

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

$g$  – теоретический (усредненный) темп прироста валовой добавленной в постпрогнозном периоде;

$r$  – ставка дисконтирования в постпрогнозном периоде;

$r_1$  – ставка дисконтирования в 2003 – 2008 гг.;

$r_2$  – ставка дисконтирования в 2009– 2012 гг.;

Для коммерческого сектора:

$$PV_{\text{постпрогн}} = \frac{126\,125 * (1 + 0,028)}{(0,04 - 0,028) * (1 + 0,08)^6 * (1 + 0,07)^4} = 5\,194\,399 \text{ млн руб.}$$

Суммарная приведенная ВДС на начало 2003 г. **в коммерческом секторе** составляет **5 874 125 млн руб.** (679 726 + 5 194 399) в ценах 2002 г.

Для некоммерческого сектора:

$$PV_{\text{постпрогн}} = \frac{208\,546 * (1 + 0,028)}{(0,04 - 0,028) * (1 + 0,08)^6 * (1 + 0,07)^4} = 8\,588\,857 \text{ млн руб.}$$

Суммарная приведенная ВДС на начало 2003 г. **в некоммерческом секторе** составляет **9 872 299 млн руб.** (1 283 442 + 8 588 857) в ценах 2002 г.

**Суммарная приведенная стоимость по всей отрасли** на начало 2003 г. составляет **15 746 424 млн руб.**