

ПРОБЛЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБРАЗОВАНИЯ

DOI: 10.19181/population.2022.25.1.11

ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ ОЖИДАЕМОЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ В РОССИИ 78 ЛЕТ К 2030 ГОДУ

Улумбекова Г.Э.^{1,2}, Гинойн А.Б.^{1*}

¹Высшая школа организации и управления здравоохранением
(115035, Россия, Москва, ул. Садовническая, 13, стр. 11)

²Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова
(117997, Россия, Москва, ул. Островитянова, 1)

*E-mail: mweneli89@gmail.com

Для цитирования:

Улумбекова Г.Э., Гинойн А.Б. Финансирование здравоохранения для достижения ожидаемой продолжительности жизни в России 78 лет к 2030 году // Народонаселение. – 2022. – Т. 25. – № 1. – С. 129-140. DOI: 10.19181/population.2022.25.1.11.

Аннотация. В статье проанализированы динамика ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) в РФ за 40 лет (1980–2020 гг.), фактические и прогнозные объёмы государственного финансирования здравоохранения РФ (2012–2024 гг.) и определены условия, при которых можно достичь национальной цели, поставленной в Указе Президента РФ от 21.07.2020 № 474, по увеличению ОПЖ с 71,5 года в 2020 г. до 78 лет к 2030 г. Показано, что в РФ с 1980 по 2019 г. ОПЖ выросла на 5,6 года и в 2019 г. была на 4,6 года ниже, чем в «новых» странах ЕС, близких к нашей стране по уровню экономического развития, и на 8,7 года ниже, чем в «старых» странах ЕС. Государственные расходы на здравоохранение с 2012 по 2020 гг. выросли всего на 33% в постоянных ценах, при этом с 2012 по 2018 г. они сократились на 4%. Прирост был обеспечен в 2019 и 2020 гг. за счёт средств, выделенных дополнительно на обновление инфраструктуры здравоохранения и борьбу с пандемией. В «новых» странах ЕС государственные расходы на здравоохранение были в 1,5 раза больше, а в «старых» странах ЕС – в 2,3 раза больше, чем в РФ. Установлено, что в РФ для достижения к 2030 г. ОПЖ в 78 лет необходимо, чтобы государственные расходы на здравоохранение росли на 8% ежегодно в постоянных ценах. Эти расчёты справедливы при соблюдении следующих базовых условий: прирост ВВП на человека в период 2021–2030 гг. на 3,5–3,8%, а также снижение к 2030 г. потребления крепких алкогольных напитков на 45% в расчёте на человека. Этот уровень финансирования соответствует 6,5 трлн. рублей, или 4,3% ВВП к 2024 г. (без учёта дополнительных средств на пандемию). Согласно прогнозам объёмов государственного финансирования здравоохранения на 2022–2024 гг., эти средства в бюджетах не заложены. Соответственно, крайне затруднительно будет решить проблемы системы здравоохранения РФ и достичь национальной цели по увеличению ОПЖ.

Ключевые слова: ожидаемая продолжительность жизни, детерминанты здоровья, государственные расходы на здравоохранение, прогнозирование продолжительности жизни.

В Указе Президента РФ от 21.07.2020 № 474 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года»¹ поставлена цель — увеличить ожидаемую продолжительность жизни (ОПЖ) с 71,5 года в 2020 г. до 78 лет к 2030 году. Для реализации этой цели были сформированы национальные проекты «Здравоохранение» и «Демография». Задача данного исследования заключается в определении условий, при которых возможно достижение ОПЖ 78 лет к 2030 году. Авторами была изучена динамика ОПЖ по данным Росстата и ВОЗ; за период 2012–2024 гг. были проанализированы фактические и прогнозные государственные расходы на здравоохранение РФ, для чего были использованы данные Казначейства и Минфина. Затем, на основании сделанного ранее исследования [1], по оценке влияния ключевых факторов на ОПЖ в РФ (валовой региональный продукт на душу населения — ВРП, потребление крепких алкогольных напитков и государственные расходы на здравоохранение), была построена модель для прогнозирования целевого значения ОПЖ к 2030 году. Далее, рассчитаны значения необходимых темпов увеличения государственного финансирования здравоохранения для достижения ОПЖ 78 лет к 2030 г. в текущих ценах до 2024 г. и сравнены с прогнозным финансированием².

Динамика ОПЖ в РФ, «новых» и «старых» странах ЕС в 1980–2020 годах

На рис. 1 показаны значения ОПЖ при рождении в России, Польше, «новых» восьми странах ЕС, близких к нашей стране по уровню экономического развития³, и «ста-

¹ Указ Президента Российской Федерации от 21.07.2020 № 474 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года».

² Прогнозные значения были взяты из «Основных направлений бюджетной, налоговой и таможенно-тарифной политики на 2022 год и плановый период 2023–2024 годов», разработанных Минфином РФ.

³ Венгрия, Латвия, Литва, Польша, Словакия, Словения, Чехия, Эстония.

рых» странах ЕС в период 1980–2020 годов. На нём видно, что с 1980 по 2019 гг. в РФ ОПЖ возросла всего на 5,6 года из-за существенного её падения в 1988–1994 и 1998–2003 годах. Заметное повышение величины ОПЖ на 2 года (с 68,0 до 70,1) произошло в период реализации антиалкогольной кампании в СССР (1984–1987 гг.). Подъём ОПЖ в РФ начинается с 2005 г., когда в здравоохранении началась реализация национальных программ (приоритетный проект «Здоровье», программа модернизации здравоохранения), сопровождавшихся увеличением государственного финансирования здравоохранения и, как следствие, увеличением доступности бесплатной медицинской помощи.

В 2019 г. в РФ ОПЖ была на 4,6 года ниже, чем в «новых» странах ЕС, и на 8,7 года ниже, чем в «старых» (соответственно 73,4, 78 и 82,1 года). При этом в 1987 г. разница с «новыми» странами ЕС составляла меньше 1 года. В 2020 г. ОПЖ вследствие пандемии COVID-19 в России снизилась на 1,8 года, а в «новых» и «старых» странах ЕС — на 1,2 и 0,8 года соответственно. В результате в РФ в 2020 г. разница по ОПЖ по сравнению с «новыми» странами ЕС возросла до 5 лет, а со «старыми» — до 10 лет (71,5, 76,6 и 81,3 года). Из приведённого анализа видно, что ОПЖ в РФ значительно снижалась в период социально-экономических потрясений (в перестроечный и постперестроечный период), которые сопровождались существенным сокращением доходов населения, и, напротив, повышалась в период реализации антиалкогольной кампании, стабилизации социально-экономического положения в стране и реализации дополнительных программ в здравоохранении с увеличением государственного финансирования здравоохранения.

Анализ динамики ОПЖ российских мужчин и женщин выявил её отставание у мужчин на 10 лет в 2019 г. (соответственно 66,5 и 76,4 года) (рис. 2). В 1986 г. эта разница составляла 9,4 года.

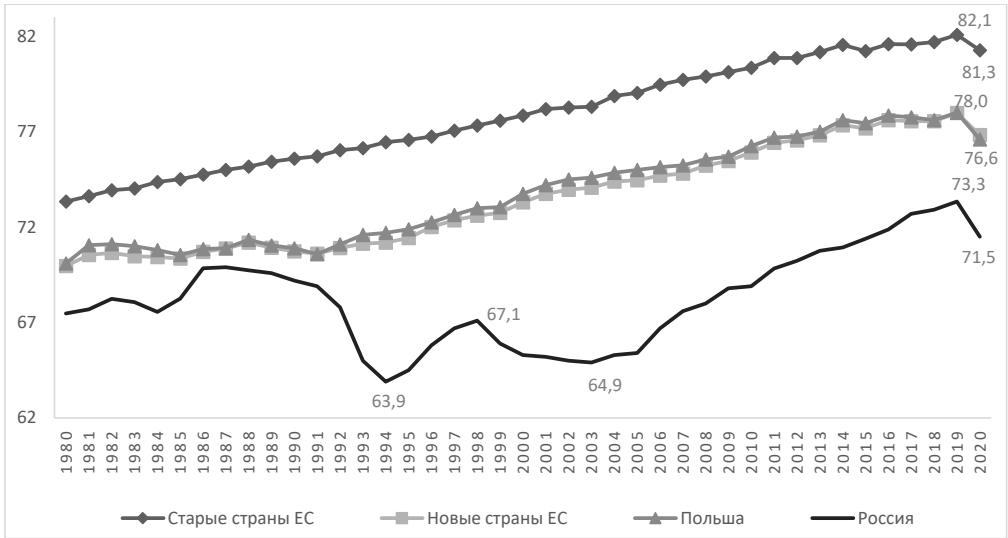


Рис. 1. ОПЖ в России, Польше и странах ЕС в 1980–2020 годах, лет

Fig. 1. Life Expectancy at Birth in Russia, Poland, EU countries in 1980–2020, years

Источник: составлено авторами на основе данных Росстата и ВОЗ.

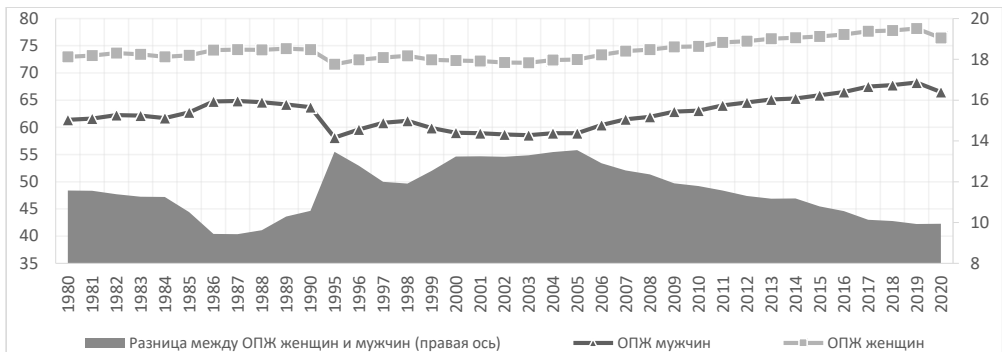


Рис. 2. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении мужчин и женщин в РФ в 1980–2020 гг., лет

Fig. 2. Life expectancy at birth for men and women in the Russian Federation in 1980–2020, years

Источник: составлено авторами на основе данных Росстата.

Государственное финансирование здравоохранения в России в 2012–2020 годах

В табл. 1 представлена динамика государственных расходов на здравоохранение в 2012–2020 гг. в текущих и постоянных ценах (2012 г.=100%), а также в доле ВВП. Даны расходы в разрезе основных источников — бюджеты ФОМС, федераль-

ный и региональные. С 2012 по 2020 гг. в РФ прирост государственных расходов на здравоохранение составил 2,2 раза в текущих ценах, а в постоянных — лишь 33%. Самый высокий темп роста был за счёт средств ФОМС — в 2,5 раза в текущих ценах и на 55% в постоянных.

При этом следует отметить, что в 2012–2018 гг. государственные расходы на здравоохранение сократились на 4% в посто-

Таблица 1

Динамика государственных расходов на здравоохранение в 2012–2020 годах

Table 1

Dynamics of the state health expenditure in 2012–2020

Показатель	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2020/ 2012,%
Макроэкономические показатели										
ВВП в текущих ценах, млрд рублей	68103	72986	79030	83087	85616	91843	103862	109242	106968	57
Инфляция, декабрь к декабрю предыдущего года,%	6,57	6,47	11,35	12,91	5,39	2,51	4,26	3,04	4,90	
Все государственные расходы на здравоохранение										
В текущих ценах, млрд рублей	2283,3	2318,0	2552,7	2861,0	3124,4	2820,9	3515,9	3805,0	4964,0	220
В ценах 2012 г., млрд рублей	2283,3	2177,1	2136,3	2137,3	2214,7	1950,6	2199,2	2449,2	3045,9	33
Доля в ВВП,%	3,4	3,2	3,2	3,4	3,6	3,1	3,2	3,5	4,6	
Расходы федерального бюджета										
В текущих ценах, млрд рублей	613,8	502,0	535,5	516,0	506,3	439,8	537,3	713,0	1334,4	220
В ценах 2012 г., млрд рублей	613,8	471,5	451,7	385,5	358,9	304,1	356,4	458,9	818,8	33
Расходы бюджета ФОМС										
В текущих ценах, млрд рублей	932,2	1048,0	1268,0	1638,2	1589,6	1654,3	1987,8	2186,7	2360,5	250
В ценах 2012 г., млрд рублей	932,2	984,3	1069,6	1223,8	1126,8	1143,9	1318,4	1407,5	1448,4	55
Расходы консолидированных бюджетов субъектов РФ*										
В текущих ценах, млрд рублей	737,3	768,0	729,2	706,8	1028,5	726,8	790,8	905,3	1269,1	72
В ценах 2012 г., млрд рублей	737,3	721,3	615,1	528,0	729,0	502,6	524,5	582,7	778,7	6

* Рассчитано с исключением расходов федерального бюджета и расходов бюджета ФОМС из объёма государственных расходов. Источник: составлено авторами на основе данных Росстата и Минфина РФ.

янных ценах. Рост начался с 2019 г. и был обеспечен началом реализации национального проекта «Здравоохранение» (дополнительно было выделено 474 млрд рублей). В 2020 г. были добавлены средства, направленные на борьбу с пандемией COVID-19 (1150 млрд рублей). Средства национального проекта «Здравоохранение» предназначались преимущественно на обновление инфраструктуры медицинских организаций и на увеличение объёмов медицинской помощи только по профилю «онкология», а дополнительные средства в 2020 г. — только на борьбу с пандемией (оказание медицинской помощи потоку больных с COVID-19). Из этого следует, что в 2020 г. по сравнению с 2018 г. реального увеличения объёмов бесплатной медицинской помощи для большинства пациентов не было.

Из данных табл. 1 видно, что государственные расходы на здравоохранение в РФ в 2012–2019 гг. в среднем составляли 3,3% ВВП. В «новых» странах ЕС за аналогичный период они были в 1,5 раза больше, а в «старых» — в 2,3 раза больше (соответственно 5% и 7,7% ВВП). Именно величина государственных расходов на здравоохранение определяет доступность бесплатной помощи: её объём, оплату труда медицинских работников и обеспеченность медицинскими кадрами, доступность современных лекарств, медицинского оборудования, состояние зданий и сооружений⁴.

Такое существенное недофинансирование здравоохранения привело к формированию серьёзных проблем в отрасли: полтора-двакратный дефицит врачей в первичном звене, почти двукратный дефицит фельдшеров, низкая оплата труда медицинских работников, трёхкратный дефицит объёмов бесплатного лекарственного обеспечения населения по сравнению с «новыми» странами ЕС и другие [2]. Как

результат, в РФ на фоне неудовлетворительных показателей здоровья, граждане вынуждены сталкиваться с проблемой низкой доступности бесплатной медицинской помощи.

Факторы, определяющие здоровье населения в России

В исследовательской литературе в качестве определяющих социальных факторов здоровья населения приводятся факторы: образа жизни (курение, физическая активность, злоупотребление алкоголем и наркотиками); доступности медицинской помощи (уровень государственного финансирования здравоохранения); социально-экономические факторы (доходы и уровень образования населения); условия окружающей среды (качество питьевой воды, продуктов питания и другие) (см. рис. 3). С учётом этих факторов рассчитывается индекс здоровья населения Европы (EURO-HEALTHY PHI, Atlas of Population Health in European Union Regions [3]). В США приняты аналогичные подходы к измерению факторов, влияющих на здоровье населения, которые позволяют оперативно определять влияние отрицательного воздействия на здоровье населения некоторых из них. С учётом оценки степени этого влияния можно принимать меры по их коррекции, а также строить научно обоснованные прогнозы динамики показателей здоровья.

Общепринято считать, что на макроуровне (по странам) влияние окружающей среды на здоровье населения не превышает 10%. Остальное влияние определяется наиболее значимыми факторами, а именно: уровнем экономического развития (выражается через ВВП на душу населения), образом жизни населения (потребление алкоголя, распространённость табакокурения), доступностью и качеством медицинской помощи, которые выражаются через объёмы государственного (общественного) финансирования здравоохранения. Особенно эти факторы важны для РФ, где государственные расходы на здравоохранение низкие;

⁴ Для справки: из всех государственных расходов на здравоохранение на оказание бесплатной медицинской помощи расходуется около 85% средств, из которых 70% идут в фонд оплаты труда, 30% используются по другим статьям финансирования, в том числе на приобретение лекарств, медицинских изделий, лечебное питание, обслуживание медицинского оборудования, содержание зданий, транспортные расходы, услуги связи, административные и другие расходы.



Рис. 3. Факторы, определяющие здоровье

Fig. 3. Determinants of health

Источник: составлено авторами по: University of Wisconsin Population Health Institute. County Health Rankings Key Findings 2014. — URL: <https://www.countyhealthrankings.org/explore-health-rankings/measures-data-sources/county-health-rankings-model> (дата обращения: 15.10.2021).

потребление алкоголя в расчёте на душу населения (чистый спирт) в 2019 г. было выше, чем в «старых» странах ЕС, и на 33% выше, чем в Канаде (соответственно 10,8, 9,7 и 8,1 л)⁵. Также в РФ сложились низкие доходы граждан: в 2018 г. средняя заработная плата была в 1,4 раза ниже, чем в «новых» странах ЕС (по доллару паритета покупательной способности — \$ППС), вдобавок реальные доходы граждан с 2013 по 2020 гг. сократились на 10% [2].

⁵ Для международных сравнений используется показатель «литры чистого спирта на душу населения» по данным Росстата и базы данных ОЭСР. — URL: <https://data.oecd.org/> (дата обращения: 15.10.2021).

При построении моделей для количественной оценки влияния факторов на здоровье населения используют показатель ОПЖ, данные по которой публикуются ежегодно. Показатель продолжительности здоровых лет жизни является более точной характеристикой здоровья (QALY⁶), однако он делается раз в несколько лет и не публикуется в разрезе субъектов РФ.

⁶ Количество QALY (Quality-Adjusted Life Year) — это годы жизни больного с учётом влияния лечения и прогрессирования заболевания на качество жизни. QALY позволяет интегрировать смертность и заболеваемость для оценки статуса здоровья с точки зрения лет жизни, прожитых качественно.

Построение прогнозной модели достижения ОПЖ 78 лет к 2030 году

По результатам ранее проведённого сотрудниками ВШОУЗ исследования с помощью эконометрического моделирования были определены главные факторы, влияющие на состояние здоровья населения в РФ, и дана количественная оценка воздействия этих факторов на ОПЖ при рождении [1]. Среди них на душу населения: ВРП, государственные расходы на здравоохранение (ГРЗ) и потребление крепких

алкогольных напитков. Другие исследователи использовали показатели частных и государственных расходов на здравоохранение [4], а также на фармацевтические препараты по отдельности [5]. В ряде работ были включены переменные, описывающие плотность населения и его возрастные характеристики [6], чтобы охватить популяционные эффекты.

Уравнение регрессии, которое оценивало влияние выбранных объясняющих переменных на ОПЖ при рождении, имеет следующий вид:

$$\log(\text{ОПЖ})_{it} = \beta_0 + \beta_1 \log(\text{ВРП})_{it} + \beta_2 \log(\text{ГРЗ})_{it} + \beta_3 \log(\text{АЛК})_{it} + \mu_i + \varepsilon_{it}$$

где μ_i — фиксированный эффект конкретного региона, а ε_{it} — остаточный

член. Результаты оценки уравнения регрессии представлены в табл. 2.

Количественная оценка влияния на ОПЖ при рождении основных факторов, влияющих на состояние здоровья населения, 2011–2018 годы

Таблица 2

Quantitative estimation of the impact on life expectancy at birth of the main factors' affecting the health status of population in the Russian Federation, 2011–2018

Table 2

Зависимая переменная: ОПЖ при рождении	
Независимые переменные	ОМНК (ФЭ)*
ВРП на душу населения	0,049** (0,004)
ГРЗ	0,034** (0,003)
Алкоголь	-0,039** (0,001)
Постоянная	2,741** (0,103)
Коэффициент детерминации (R ²)	0,95
Число наблюдений	669

*ОМНК (ФЭ) — обобщённый метод наименьших квадратов с фиксированными эффектами. Устойчивые стандартные ошибки в скобках; ** — значим на уровне 1%.

Источник: расчёты авторов.

На основе полученных результатов были построены сценарные условия для прогнозирования ОПЖ при рождении в РФ до 2030 г., включая условия, при реализации которых можно достичь целевого значения этого показателя — 78 лет к 2030 году. В качестве базовых условий для прогнозирования сделаны несколько предположений относительно развития событий, связанных с независимыми переменными. Так, предположено, что:

1) темп прироста ВРП на душу населения в 2021–2022 гг. составит 3,8%, а за период 2023–2030 гг. — 3,5%; 2) значения потребления крепких алкогольных напитков на душу населения в субъектах РФ будут снижаться по функции экспоненциального роста (минимальный порог — 3,2 л), что соответствует снижению этого показателя для страны на 45%. Такое снижение к 2030 г. позволит РФ приблизиться по уровню потребления алкоголя к странам,

лучшим по этому показателю сегодня, например, к Канаде.

Принимая указанные выше условия⁷, разработано три сценария развития событий. В первом случае мы допускаем, что ГРЗ за период 2022–2030 гг. останутся на уровне 2019 г., во втором случае их ежегодный прирост составит 4%, а в третьем случае — 8%. Результаты расчётов представлены на рис. 4, из которого видно, что для достижения национальной цели по увеличению ОПЖ до 78 лет к 2030 г. необходимо, чтобы ГРЗ ежегодно росли (в постоянных ценах) на 8%. Кроме этого, необходимо проводить целенаправленную политику по снижению потребления крепкой алкогольной продукции среди населения. Еще раз подчеркнём, что если не будут соблюдаться базовые условия (не будет снижаться заложенными темпами потребление алкоголя и расти ВВП на душу населения), то потребуются ещё большие объёмы финансирования здравоохранения, чем заложено в расчётах.

Сравнение расчётных и запланированных Минфином показателей государственного финансирования здравоохранения на 2022–2024 годы

Наши расчёты показали, что при темпе роста государственных расходов на 8% в постоянных ценах к 2024 г. государственное финансирование должно составить 5,2 трлн рублей в постоянных ценах 2019 г. (6,5 трлн рублей в текущих ценах) (табл. 3). Это будет соответствовать 4,3% ВВП. Из данных табл. 3 видно, что прогнозные значения государственных объёмов финансирования здравоохранения, заложенные «Основными направлениями бюджетной, налоговой и таможенно-тарифной политики на 2022 год и плановый период 2023–2024 годов», на 807 млрд рублей в текущих ценах ниже, чем расчётные. Прирост государственного финансирования за период 2019–2024 гг. составляет лишь 49%, а требуется — 70% (теку-

⁷ Мы также допускаем, что, начиная с 2022 г., пандемия COVID-19 будет преодолена и не окажет негативного воздействия на смертность населения России.

щие цены). Сделанные нами расчёты необходимого увеличения государственного финансирования здравоохранения не учитывают того факта, что число больных людей, нуждающихся в оказании бесплатной медицинской помощи, значительно увеличилось в связи с пандемией (это пациенты с острой формой COVID-19 и больные, которым медицинская помощь была отложена в предшествующие периоды). Это обстоятельство потребует увеличения расчётного государственного финансирования.

Из данного анализа следует, что по прогнозам достаточных финансовых средств для увеличения объёмов бесплатной медицинской помощи населению РФ и решения других острейших проблем здравоохранения в бюджетах не заложено. Значит, доступность бесплатной медицинской помощи будет снижаться, и большая часть граждан на фоне недостаточных доходов будет или тратить личные средства на получение этой помощи, или отказываться от неё. Соответственно будет расти смертность населения.

* * *

Результаты данной работы позволили нам прийти к выводу, что для достижения национальной цели по увеличению ОПЖ до 78 лет к 2030 г. необходимо, чтобы государственные расходы на здравоохранение ежегодно росли (в постоянных ценах) на 8% при соблюдении следующих базовых условий: ежегодный прирост ВВП на душу населения в 2021 и 2022 гг. на 3,8% и за период 2023–2030 гг. на 3,5%, а также снижение к 2030 г. потребления крепких алкогольных напитков на 45% в расчёте на душу населения.

Прогнозное увеличение государственных расходов на здравоохранение с 2019 по 2024 гг. меньше расчётного в 1,4 раза (соответственно прирост на 49 и 70% в текущих ценах), что не позволит увеличить объёмы бесплатной медицинской помощи населению и достичь национальной цели по увеличению ОПЖ с 71,5 года в 2020 г. до 78 лет к 2030 году.

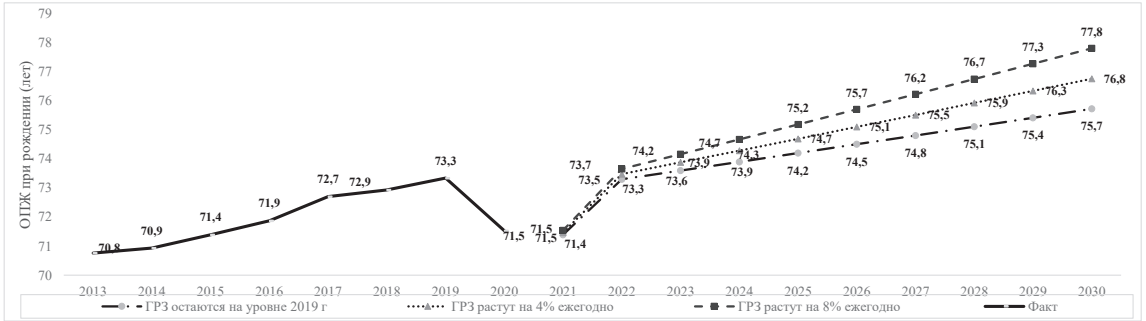


Рис. 4. Динамика ОПЖ и её прогнозные значения по трём сценарным условиям до 2030 г.

Fig. 4. Dynamic of life expectancy and its projected values according to three scenario conditions until 2030

Источники: Росстат и расчёты авторов.

Таблица 3

Расчётные и прогнозные объёмы государственного финансирования здравоохранения в России

Table 3

Estimated and projected volumes of the state financing of health care in Russia

Показатель	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2024/ 2019,%
	факт		прогноз				
ВВП в текущих ценах, млрд рублей	109242	106968	124438	133328	141881	151513	39
Инфляция (ИПЦ), декабрь к декабрю предыдущего года,%	3,04	4,90	5,80	4,00	4,00	4,00	
Государственные расходы на здравоохранение в текущих ценах, млрд рублей	3 805	4 964	5 060	5 187	5 377	5 656	49
Доля от ВВП,%	3,50%	4,6%	4,1%	3,9%	3,8%	3,7%	
Государственные расходы на здравоохранение в постоянных ценах 2019 г., млрд рублей	3805	4732	4559	4494	4479	4531	19
Расчётные значения государственных расходов на здравоохранение в постоянных ценах (с темпом роста 8%) в постоянных ценах 2019 г., млрд рублей	3805	4732	4109	4438	4793	5177	36
Расчётные значения государственных расходов на здравоохранение в текущих ценах, млрд рублей	3805	4964	4561	5123	5754	6463	70
В долях от ВВП,%	3,5%	4,6%	3,7%	3,8%	4,1%	4,3%	

Источник: расчёты авторов на основе данных Минэкономразвития РФ, Минфина РФ и Росстата.

Литература и интернет-источники

1. **Улумбекова, Г. Э.** Системный подход к достижению общенациональной цели по увеличению ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет к 2024 году / Г. Э. Улумбекова, А. Б. Гинойан, Н. Ф. Прохоренко, А. В. Калашникова // Экономика. Налоги. Право.— 2019.— Т. 12.— № 2.— С. 19–30. DOI: 10.26794/1999–849X-2019–12–2–19–30.
2. Национальное руководство. Организация здравоохранения и общественное здоровье с основами медицинской информатики / ред. Г. Э. Улумбекова, В. А. Медик.— 2-е изд.— Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022.— 1144 с. DOI: 10.33029/9704–6723–7-РНН-2–2022–1–1144.
3. **Santana, P.** Atlas of Population Health in European Union Regions / P. Santana, A. Freitas, C. Costa.— Imprensa da Universidade.— November, 2017: [сайт].— URL: https://www.researchgate.net/publication/321361767_Atlas_of_Population_Health_in_European_Union_Regions (дата обращения: 15.10.2021).
4. **Crémieux, P.** Public and private pharmaceutical spending as determinants of health outcomes in Canada / P. Crémieux, M. Mieux, P. Ouellette, P. Petit, P. Zelder, K. Potvin // Health Econ.— 2005.— No. 14.— P. 107–116.
5. **Shaw, J. W.** The productivity of pharmaceuticals in improving health: an analysis of the OECD health data / J. W. Shaw, W. C. Horrace, R. J. Vogel // WUSTL economics working paper archive, HEW series0206001, University Library of Munich, Germany, revised 11 May 2003.
6. **Crémieux, P.** Health care spending as determinants of health outcomes / P. Crémieux, P. Ouellette, C. Pilon // Health Econ.— 1999.— No. 8.— P. 627–639.

Информация об авторах:

Улумбекова Гузель Эрнстовна, д.мед.н., MBA Гарвардского университета (Бостон, США), руководитель (ректор) Высшей школы организации и управления здравоохранением, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения, экономики здравоохранения педиатрического факультета РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия.

Контактная информация: e-mail: vshouz@vshouz.ru; ORCID: 0000–0003–0986–6743; Scopus Author ID: 36194544000; РИНЦ Author ID: 592816.

Гинойан Аргисhti Багратович, к.э.н., ведущий научный сотрудник Научно-исследовательского центра по анализу деятельности системы здравоохранения Высшей школы организации и управления здравоохранением, Москва, Россия.

Контактная информация: e-mail: mweneli89@gmail.com; ORCID: 0000–0003–4513–3635; Researcher ID Web of Science: C-7737–2018; РИНЦ Author ID: 954395.

DOI: 10.19181/population.2022.25.1.11

HEALTHCARE FINANCING TO ACHIEVE 78 YEARS OF LIFE EXPECTANCY IN RUSSIA BY 2030

Guzel E. Ulumbekova^{1,2}, Argishti B. Ginoyan^{1*}

¹Graduate School of Healthcare Organization and Management
(11 bld., 13 Sadovnicheskaya str., Moscow, Russian Federation, 115035)

²Pirogov Russian National Research Medical University
(1 Ostrovityanova str., Moscow, Russian Federation, 117997)

* E-mail: mweneli89@gmail.com

For citation:

Ulumbekova G.E., Ginoyan A.B. Healthcare financing to achieve 78 years of life expectancy in Russia by 2030. *Narodonaselenie [Population]*. 2022. Vol. 25. No. 1. P. 129-140. DOI: 10.19181/population.2022.25.1.11. (in Russ.)

Abstract. The article analyzes the dynamics of life expectancy (LE) in the Russian Federation over the past 40 years (from 1980 to 2020), the actual and projected Government spending on health care (2012–2024), identifies the conditions under which it is possible to achieve the national goal set in the Decree of the President of the Russian Federation of July 21, 2020 No. 474, to increase the life expectancy from 71.5 years in 2020 to 78 years by 2030. It is shown that in the Russian Federation from 1980 to 2019 life expectancy increased by only 5.6 years, and in 2019 it was 4.6 years lower than in the “new-8” EU countries, which are close to our country in terms of economic development, and 8.7 years lower than in the “old” EU countries. Government spending on health increased by only 33% in constant prices from 2012 to 2020, while it decreased by 4% from 2012 to 2018. The increase was provided in 2019 and 2020 due to the funds allocated additionally for the renewal of health infrastructure and fighting the pandemic. In the “new-8” EU countries, government spending on health care was 1.5 times higher, and in the “old” EU countries — 2.3 times more than in the Russian Federation. It has been established that in the Russian Federation, in order to achieve life expectancy of 78 years by 2030, it is necessary that the government spending on health care should grow by 8% annually at constant prices. These calculations are valid only if the following basic conditions are met: GDP per capita growth by 3.5–3.8% in the period 2021–2030, as well as decrease by 2030 in the consumption of strong alcoholic beverages by 45% per capita (without additional funds for fighting pandemic). This level of funding corresponds to 6.5 trillion rubles or 4.3% of GDP by 2024. According to the projected public health expenditure for 2022–2024, these funds are not included in the budget. Thus, it will be impossible to solve the most acute problems of the health care system of the Russian Federation: to increase wages and eliminate the shortage of medical personnel, create a system of universal drug provision on an outpatient basis, increase the volume of free medical care, and, as a result, achieve the National Ggoal of increasing life expectancy.

Keywords: life expectancy; determinants of health; public health expenditure, life expectancy forecast, public health expenditure projections.

References and Internet sources

1. Ulumbekova G.E., Ginoyan A.B., Prokhorenko N.F., Kalashnikova A.V. Sistemnyj podhod k dostizheniyu obshchenatsional'noj tseli po uvelicheniyu ozhidaemoj prodolzhitel'nosti zhizni do 78 let k 2024 godu [A systematic approach to achieving the National Goal of increasing life expectancy to 78 years by 2024]. *Ekonomika. Nalogi. Pravo. [Economics, Taxes and Law]*. 2019. Vol. 12, No. 2. P. 19–30. DOI: 10.26794/1999–849X-2019–12–2–19–30. (in Russ.)
2. Natsional'noe rukovodstvo. Organizatsiya zdavoohraneniya i obshchestvennoje zdorov'je s osnovami meditsinskoj informatiki [*National Administration. Organization of Health Care and Public Health*]. Eds. G.E. Ulumbekova, V.A. Medic. 2nd ed. Moscow. GEOTAR-Media, 2022. 1144 p. DOI: 10.33029/9704–6723–7-PHH-2–2022–1–1144. (in Russ.)
3. Santana P., Freitas A., Costa C. et al. *Atlas of Population Health in European Union Regions*. Imprensa da Universidade. November 2017. Available at: https://www.researchgate.net/publication/321361767_Atlas_of_Population_Health_in_European_Union_Regions. (Accessed: 15 October 2021)
4. Crémieux P., Mieilleur M., Ouellette P., Petit P., Zelder P., Potvin K. Public and private pharmaceutical spending as determinants of health outcomes in Canada. *Health Economics*. 2005. No. 14. P. 107–116.
5. Shaw J.W., Horrace W.C., Vogel R.J. The productivity of pharmaceuticals in improving health: an analysis of the OECD health data. WUSTL economics working paper archive, HEW series0206001, University Library of Munich, Germany, revised 11 May 2003.
6. Crémieux P., Ouellette P., Pilon C. Health care spending as determinants of health outcomes. *Health Economics*. 1999 No. 8. P. 627–639.

Information about the authors:

Ulumbekova Guzel Ernstovna, Doctor of Medical Sciences, MBA from Harvard University (Boston, USA), Head of the Graduate School of Healthcare Organization and Management (VSHOUZ); Associate Professor, Pirogov Russian National Research Medical University under the Russian Ministry of Healthcare, Moscow, Russia.

Contact information: vshouz@vshouz.ru; ORCID: 0000–0003–0986–6743; Scopus Author ID: 36194544000; Elibrary Author ID: 592816.

Ginoyan Argishti Bagratovich, Candidate of Economics, Leading Researcher, Graduate School of Healthcare Organization and Management, Moscow, Russia.

Contact information: mweneli89@gmail.com; ORCID: 0000–0003–4513–3635; Researcher ID Web of Science: C-7737–2018; Elibrary Author ID: 954395.

Статья поступила в редакцию 24.11.2021, одобрена 28.02.2022, опубликована 30.03.2022.