

МЕДИЦИНСКАЯ ИНФРАСТРУКТУРА:

СОСТОЯНИЕ И ТРЕНДЫ



ЧАСТЬ 1

Как пандемия повлияла на вложения государства и бизнеса в отрасль?

Каковы прогнозы бюджетных расходов на нее в ближайшие годы?

ОГОВОРКА

Материалы, представленные в обзоре, подготовлены InfraOne Research, аналитическим подразделением инвестиционной компании InfraOne. Обзор публикуется в целях информирования участников рынка и других заинтересованных лиц о наиболее актуальных вопросах инфраструктурных инвестиций.

Приведенные выводы, экспертные оценки и прогнозы, если не указано иное, отражают позицию аналитиков InfraOne Research, а не профильных подразделений компании, не претендуют на полноту анализа той или иной отрасли, проекта или финансового инструмента и актуальны по состоянию на дату публикации.

Авторы не несут ответственность за точность и актуальность данных, оценок и прогнозов. Обзор не может служить основанием для принятия каких-либо инвестиционных решений, не является рекламой или офертой, а публикуется исключительно в информационных целях.

В первой части аналитического обзора InfraOne Research «Медицинская инфраструктура: состояние и тренды» исследованы тенденции финансирования здравоохранения и даны прогнозы бюджетных вложений в отрасль. Вторая часть обзора включает анализ инвестиционной привлекательности отечественного здравоохранения, в том числе перспектив запуска медицинских концессий и ГЧП. Электронная версия доступна на сайте InfraOne, а также распространяется по базе партнеров и клиентов компании.

Москва, июль 2021 г.



СОДЕРЖАНИЕ

Резюме	4
Расходы на медицину	6
<ul style="list-style-type: none">• Здоровье не купишь? • Сколько государство должно тратить на медицину • Самая «здоровая» статья бюджета • На что тратит федерация: госпрограмма и нацпроект • Среднее освоение по больницам • Клин клином, или взлет инфраструктурных трат в 2020-м • Бюджетные расходы на инфраструктуру • Финансовое «голодание» регионов • здравоохранение – 2025: сценарии вложений в инфраструктуру	
Приложение	
Здоровье и инфраструктура	30
<ul style="list-style-type: none">• Здоровье населения: главные тренды • Быть бедным вредно для здоровья? • Оптимизацией по больному • В каких больницах «ждут» пациентов • Каждый регион несчастен по-своему • Как частные клиники дополняют бюджетные • Геронтология: есть ли место бизнесу?	
Глоссарий	52
Об InfraOne	53
Авторский коллектив	54

РИСУНКИ

1. Расходы разных стран на здравоохранение в 2000 и 2018 годах (стр. 7)
2. Сколько тратят на здравоохранение страны с разными доходами (стр. 8)
3. Расходы государства на здравоохранение в России и других странах в 2018 году (стр. 10)
4. Расходы на раздел «Здравоохранение» консолидированного бюджета России (стр. 11)
5. Структура госрасходов в 2011–2020 годах по разделам бюджета (стр. 12)
6. Федеральные расходы на здравоохранение «до» и «после» пандемии (стр. 12)
7. Как соотносились федеральные расходы на здравоохранение в 2020 году (стр. 13)
8. Структура федеральных расходов на госпрограмму и нацпроекты в сфере здравоохранения (стр. 15)
9. Из чего состоит госпрограмма «Развитие здравоохранения» (стр. 16)
10. Исполнение бюджетов всех уровней по разделу «Здравоохранение» в 2018–2021 годах по месяцам (стр. 19)
11. Исполнение федерального бюджета по госпрограмме и нацпроектам в сфере здравоохранения в 2019–2021 годах по месяцам (стр. 19)
12. Расходы федерального бюджета на «Здравоохранение» и другие нацпроекты в 2019 и 2020 годах (стр. 20)
13. Инвестиции в основной капитал в сфере здравоохранения в 2000–2020 годах (стр. 22)
14. Износ и обновление инфраструктуры здравоохранения в 2006–2020 годах (стр. 22)
15. Капитальные затраты на здравоохранение в России и Европе в 2018 году (стр. 23)
16. Динамика бюджетных расходов на инфраструктуру здравоохранения в 2015–2020 годах (стр. 23)
17. Направления инфраструктурных трат федерации на здравоохранение в 2020 году (стр. 24)
18. Инвестиции в инфраструктуру здравоохранения в регионах России в 2019 году (стр. 26)
19. Траты консолидированных региональных бюджетов на инфраструктуру здравоохранения в 2020 году (стр. 27)
20. Сценарии расходования бюджетных средств на инфраструктуру здравоохранения до 2025 года (стр. 29)
21. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в России и других странах (стр. 35)
22. Ожидаемая продолжительность здоровой жизни при рождении в разных странах в 2019 году (стр. 35)
23. Динамика возрастной структуры населения разных стран (стр. 35)
24. Количество больничных коек в разных странах (стр. 40)
25. Регионы – лидеры и аутсайдеры по состоянию сферы здравоохранения (стр. 46)
26. Состояние сферы здравоохранения в регионах России (стр. 47)
27. Рынок платных медицинских услуг в разрезе регионов в 2018 году (стр. 48)
28. Динамика роста объема платных медицинских услуг в 2010–2018 годах (стр. 50)
29. Рост количества коммерческих медицинских организаций и их мощности в 2010–2018 годах (стр. 50)
30. Объем услуг для пожилых и инвалидов и количество проживающих в профильных учреждениях в 2011–2020 годах (стр. 51)

ТАБЛИЦЫ

1. Уровень смертности в России и в среднем по миру по отдельным болезням в 2019 году (стр. 34)
2. Топ-10 причин смертей в странах с разным уровнем доходов в 2019 году (стр. 38)
3. Количество дней использования коек разного профиля в разрезе регионов в 2019 году (стр. 43)

РЕЗЮМЕ

Пандемия коронавируса простимулировала всплеск расходов на сферу здравоохранения в России. Выросли траты на все цели, включая инфраструктурные, причем как со стороны государства, так и со стороны частного сектора. Это позволило России хотя бы немного приблизиться к необходимому уровню вложений в отрасль. Впрочем, скачок, по-видимому, недолговременный: правительство уже планирует сокращать траты на здравоохранение в ближайшие годы.

- Строгой зависимости между объемом расходов на здравоохранение и здоровьем населения нет. Хрестоматийный пример – США, которые тратят на отрасль больше всех в мире (\$ 10,6 тыс. на человека), но далеки от лидерства по базовым показателям здравоохранения и демографии. Казалось бы, в таком случае некритично, что Россия отстает по объему трат от среднемировых значений (в 2018 году ее расходы составили 5,3% ВВП – это \$ 88 млрд, или \$ 0,61 тыс. на душу населения, против 6,3% ВВП и \$ 0,72 тыс./чел. в мире). Но это не так. Россия не входит даже в первую сотню стран мира по этому показателю и, на наш взгляд, должна нарастить вложения минимум на 2 п. п. ВВП и в два раза – в расчете на душу населения.
- Бюджетные расходы России на здравоохранение до пандемии составляли около 3,2% ВВП, или \$ 0,4 тыс. на душу населения. Для сравнения, в наиболее богатых странах (по классификации Всемирного банка) эти показатели в среднем – 5,2% и \$ 2,1 тыс. Как и с общими расходами на здравоохранение, здесь нет универсальной планки, сколько правительство должно инвестировать в отрасль. Однако пандемия коронавируса показала, что существенная доля государства в здравоохранении – залог того, что в кризисной ситуации медицинская помощь будет более доступна для населения, а страна сможет выйти из нее с меньшими потерями.
- России будет сложно наращивать госрасходы на здравоохранение. Статистика Казначейства показывает, что эта отрасль и без того в тройке приоритетных направлений бюджетных расходов, а в 2020 году траты на нее и вовсе стали максимальными за последние 10 лет и приблизились к 5 трлн руб. Расходы России на здравоохранение, таким образом, достигли 4,6% ВВП и стали ближе к «обычным» тратам стран с более развитой системой здравоохранения. Однако, судя по бюджетным планам властей, это был скорее «кризисный» скачок, который не планируют повторять в ближайшие годы. Только в федеральном бюджете на 2021 и 2022 годы запланировано на 14%, а на 2023-й – на 17% меньше трат, чем в 2020 году.
- Главные каналы госрасходов на здравоохранение – госпрограмма «Развитие здравоохранения» и входящий в нее нацпроект «Здравоохранение». В 2020 году федеральные траты по госпрограмме достигли рекордных для нее 1,22 трлн руб. Для сравнения, в 2019 году они составили 0,62 трлн руб., а до утверждения нацпроекта и вовсе не превышали 0,46 трлн руб. Самое дорогостоящее направление вложений – федеральный проект «Борьба с онкологическими заболеваниями», на который суммарно на 2019–2024 годы запланирован почти 1 трлн руб. Такие траты вполне оправданы – с учетом высокой смертности от онкологических заболеваний и востребованности радиологических стационаров.

- Деньги на здравоохранение на всех уровнях власти осваивают в среднем быстрее, чем по другим бюджетным статьям. В 2020 году федерация и вовсе сделала рывок в этих тратах — уже в январе потратила почти треть от запланированных объемов. Впрочем, к выдающемуся исполнению по итогам года это не привело: по разделу «Здравоохранение» освоили 96,5% федеральных средств, а по профильному нацпроекту и вовсе 96,1%, что стало одним из худших результатов среди всех нацпроектов. По оценке Счетной палаты, главным тормозом освоения бюджета в 2020-м стали COVID-19 и «традиционные» срывы сроков по инфраструктурным объектам. Есть все шансы, что 2021-й с точки зрения бюджетных расходов будет «спокойнее» и результативнее: только за первые пять месяцев из всех бюджетных источников потратили почти 40% от плана.
- «Коронакризис» простимулировал рост инфраструктурных трат на здравоохранение. В 2020-м они впервые превысили 0,55 трлн руб. — на 60% больше, чем годом ранее. Это парадоксальный результат, так как в предыдущие кризисы все было наоборот: после 2008 и 2014 годов инфраструктурные расходы в отрасли заметно падали. В большей мере это достижение частного сектора. По нашей оценке, государство обеспечило только пятую часть «сверхтрат» 2020 года, а его общие инфраструктурные расходы за год составили около 160 млрд руб.
- На наш взгляд, в качестве «планки» инфраструктурных расходов на здравоохранение можно взять пиковые вложения, которые были до кризисов 2008 и 2014 годов. Это около 0,5% ВВП и 2–2,4% от суммарных вложений в инфраструктуру. Такие траты позволили бы активнее запускать востребованные проекты в радиологии, геронтологии и иных сферах.
- Мы рассчитали три сценария бюджетных вложений в инфраструктуру здравоохранения до 2025 года. По нашей оценке, в зависимости от скорости выхода страны из «коронакризиса» и темпов реализации инфраструктурных планов правительства в сумме за четыре года в отрасль может попасть около 440–600 млрд руб. (пессимистичный сценарий), 600–760 млрд руб. (базовый) или свыше 760 млрд руб. (оптимистичный). При этом на середину 2021 года наиболее вероятен, на наш взгляд, пессимистичный сценарий: реализацию более позитивных сдерживают сохраняющийся риск введения новых «ковидных» ограничений и перетягивание бюджетных денег на борьбу с пандемией. Кроме того, регионы и муниципалитеты по-прежнему не готовы применять новые инструменты финансирования отрасли, которые могли бы «подстегнуть» ее рост.

РАСХОДЫ НА МЕДИЦИНУ

Здоровье не купишь?

Россия занимает средние позиции по уровню расходов на здравоохранение среди других стран. Впрочем, мировая статистика показывает, что траты на медицину и у одинаково «здоровых» стран могут отличаться в разы. А потому важное значение имеет не столько объем, сколько эффективность вложений.

По данным ВОЗ, расходы России на здравоохранение в 2018 году составили \$ 88 млрд. По доле трат в ВВП (5,3%) она занимает 118-е место в мире, при этом похоже, что зависимость между этим показателем и уровнем экономического благополучия, а также состоянием здоровья населения не столь однозначна.

В качестве расходов на здравоохранение указаны данные по показателю Current Health Expenditure (CHE), который рассчитывает ВОЗ. По данным организации, показатель отражает суммарный объем потребления медицинских услуг и не включает инвестиции в основной капитал. Между тем, по нашим расчетам, за 2018 год в России именно столько – 5,3% ВВП – составили суммарные расходы на здравоохранение всех бюджетов, а также внебюджетных фондов. Сюда входят в том числе и инфраструктурные траты, а также другие, которые не должны учитываться в показателе CHE.

Так, средние расходы на здравоохранение беднейших стран (по классификации Всемирного банка), где уровень развития здравоохранения ниже всего, – 6,4% ВВП. У стран с доходами ниже и выше среднего показатель составляет 4,8% и 6,3% соответственно, а у наиболее богатых стран – 8,2% (см. рисунок 2).

Сопоставимая доля расходов на здравоохранение в ВВП у Австрии (10,3%), Бельгии (10,3%), Канады (10,8%), Германии (11,4%), Японии (11%) и, например, ЦАР (11%), Афганистана (9,4%), Кирибати (12,1%), Кубы (11,2%). США (16,3%) – традиционно одного из лидеров по тратам на здравоохранение – по этому показателю опередили Маршалловы острова (17,6%) и Тувалу (19,1%) и почти догнал Сьерра-Леоне (16,1%). У ближайших «соседей» России показатель также существенно разнится: от 2,9% у Казахстана до 10% у Армении.

Если судить по статистике стран с доходами выше среднего и высокими, то России все же требуется нарастить траты. У большинства таких государств – 65 из 112 в соответствующих группах – доля трат в ВВП варьируется в диапазоне 6–11%, а в целом по миру доля расходов на здравоохранение составляет около 10% глобального ВВП.

По другому показателю – расходам на здравоохранение в расчете на душу населения – Россия занимает 80-е место в мире со значением \$ 0,61 тыс. Здесь ситуация более однозначная. На верхушке рэнкинга находятся наиболее богатые страны с наилучшими показателями в сфере здравоохранения, в основном европейские, в конце – главным образом беднейшие африканские страны (подробнее о них см. в [«Здоровье и инфраструктура»](#)).

Величина трат, однако, еще не означает их эффективность. Яркий пример – США, которые занимают первое место в мире с расходами \$ 10,62 тыс. на человека (в 17 раз больше, чем в России). При этом, по нашим расчетам, по смертности от заболеваний (без учета инфекционных) США занимают 40-е место в мире (где 1-е место означает наиболее высокую смертность), по продолжительности жизни – также 40-е (отрыв от лидирующей Японии – почти шесть лет) и так далее. Согласно исследованию страховой компании

Humana Inc. и Питтсбургского университета, необоснованные траты на здравоохранение в США достигают \$ 760–935 млрд ежегодно, или около 25% вложений в отрасль (среди причин – бюрократические процедуры, завышение цен, низкое качество услуг и другие).

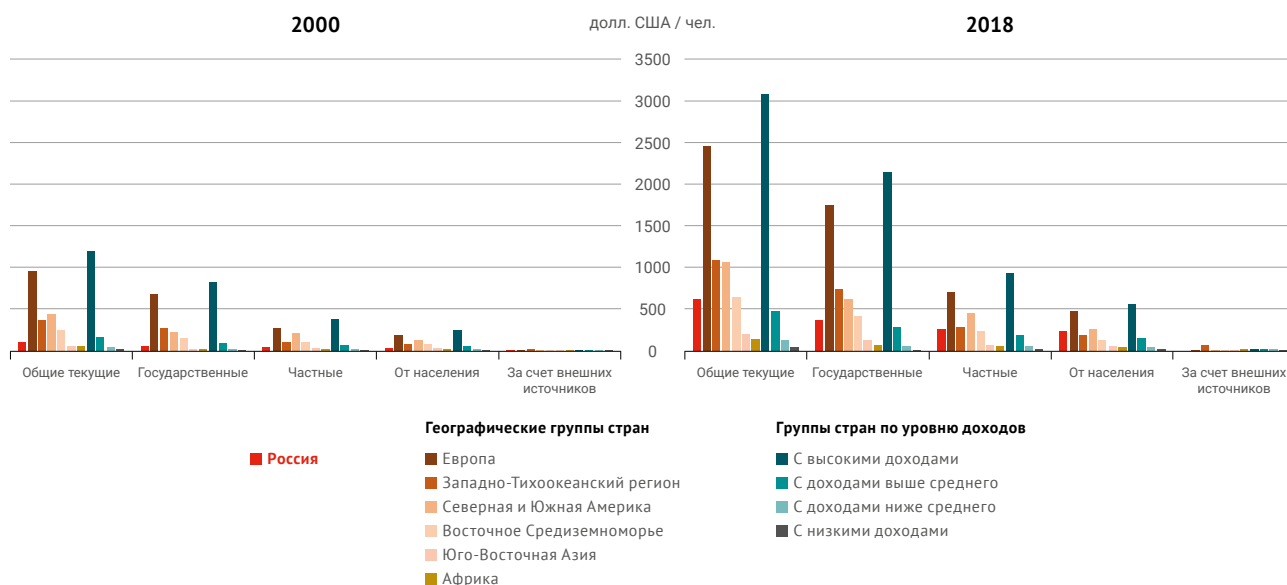
Впрочем, объем трат тоже имеет значение, и российские \$ 0,61 тыс. на человека в год, скорее всего, недостаточны для развития здравоохранения, даже если тратить их наиболее эффективно. Для сравнения, средний уровень расходов европейских стран на эту отрасль – \$ 2,45 тыс. (эта сумма рассчитана ВОЗ по европейскому региону, куда входит в том числе Россия и другие страны постсоветского пространства), а всех наиболее богатых стран мира – \$ 3,07 тыс. Даже если убрать из статистики «экстремумы» в виде государств с максимальными тратами, все равно вложения более благополучных в сфере здравоохранения стран оказываются и более весомыми по сравнению с российскими.

Получается, формула «больше денег – больше здоровья» работает, но с оговорками, особенно если речь идет об анализе расходов стран по их доле в ВВП (что оказалось не вполне надежным методом, хотя и может использоваться) и о более развитых государствах, имеющих высокие доходы и хорошие показатели в сфере здоровья населения.

Однако для России это, на наш взгляд, еще актуально. Она далека от «потолка» расходов на здравоохранение и должна увеличить траты на него хотя бы на 2 п. п. по доле в ВВП и минимум в два раза – в расчете на душу населения. Речь идет в первую очередь о государственных инвестициях в публичную инфраструктуру – первичное звено здравоохранения и медицинское оборудование для него, наиболее загруженные стационары, геронтологическую инфраструктуру и другие направления. По нашему мнению, такие вложения могут иметь значительный эффект и приблизить страну к наиболее благополучным по состоянию здоровья населения.

Рисунок 1. Расходы разных стран на здравоохранение в 2000 и 2018 годах

На рисунке представлены данные по пяти показателям, отражающим расходы разных стран на здравоохранение, в расчете на душу населения. Общие текущие расходы (Current Health Expenditure) показывают объем потребления услуг в сфере здравоохранения и не включают, например, инвестиции в основной капитал в этой сфере.



Источник: данные ВОЗ, Всемирного банка, анализ InfraOne Research

Сколько государство должно тратить на медицину

По итогам 2020 года ВОЗ пришла к выводу, что у здравоохранения должно быть весомое государственное финансирование. Это одновременно социальный и экономический приоритет правительства, который позволяет уравнивать население в доступе к медицинской помощи и снизить негативные экономические последствия от болезней, особенно если речь идет о пандемии.

Рекомендуемого порога расходов нет. В европейских странах государственные вложения в отрасль в 2018 году составили 4,9% ВВП, или \$1,7 тыс. на душу населения, во всех богатых странах – 5,2% ВВП, или \$2,1 тыс. на человека. В России госрасходы на здравоохранение за тот же год были заметно ниже – 3,2% ВВП, или \$0,4 тыс. на душу населения (с учетом покупательной способности разных валют разница между странами менее велика, см. рисунок 3).

По ряду источников, ссылающихся на ВОЗ, «гигиенический минимум» госрасходов на здравоохранение – 6–7% ВВП. Но нам кажется, что не следует выводить универсальную планку таких трат. Даже страны с похожими показателями в сфере здравоохранения (продолжительность жизни населения, смертность и другие) могут иметь очень разные финансовые показатели в ней. А кроме того, даже богатые страны в среднем не дотягивают до этого уровня (см. рисунок 3).

По оценке ВОЗ, в среднем в странах с более высоким уровнем доходов система здравоохранения в большей степени зависит от государства. Так, в 2018 году бюджетные траты на отрасль в богатых странах (без учета расходов в рамках социального страхования) составляли 48% от общего объема финансирования отрасли, тогда как в бедных странах этот показатель был на уровне 21%.

Верно и другое: чем выше доходы стран, тем меньше их население напрямую вкладывает в здравоохранение (так называемые расходы out-of-pocket). В государствах с наименьшими доходами этот показатель в 2018 году достигал 41,1%, а в наиболее обеспеченных – всего 20,4%. Это значит, что в более бедных странах доступность медицинской помощи сильнее зависит от доходов населения. И в кризисной ситуации – на фоне падения доходов – растет количество людей, которые не могут получить ее.

Точной структуры расходов на здравоохранение в России нет. По оценке ВОЗ, в нашей стране население тратит свыше 38% от общих текущих расходов на здравоохранение (Current Health Expenditure, без учета инфраструктурных инвестиций), что сопоставимо с тратами всех стран, кроме наиболее богатых. Не исключено, что такая доля говорит о недостаточном госфинансировании или его низкой эффективности.

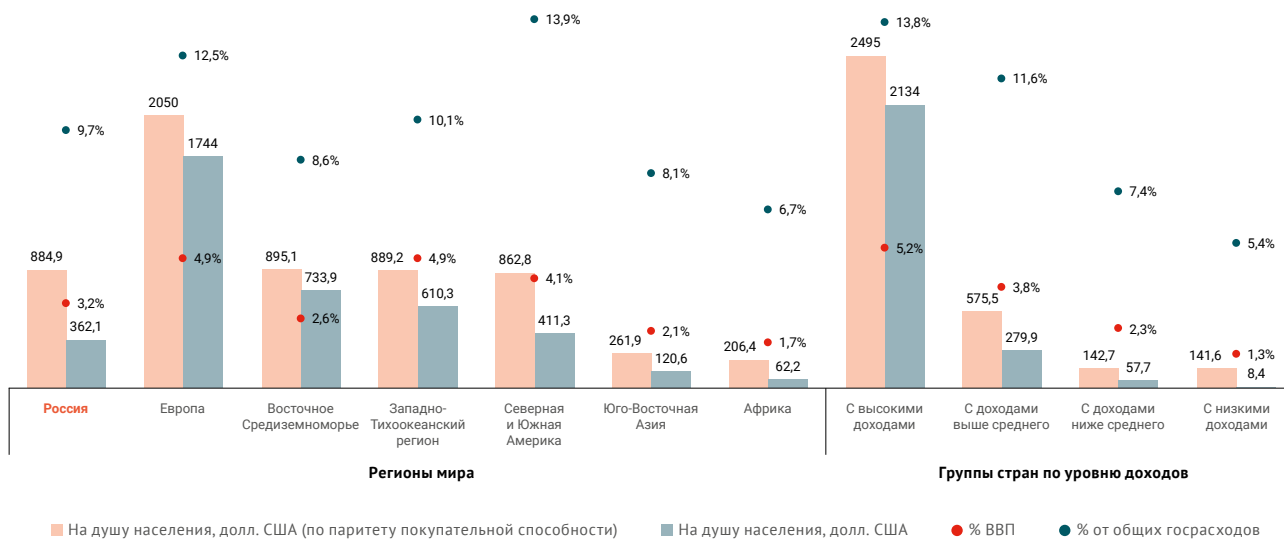
Есть и еще один показатель – госрасходы на здравоохранение в общем объеме госрасходов. Он отражает приоритетность отрасли для государства. По нашей оценке, в России показатель в 2018 году равнялся 9,7%. В среднем чем богаче государство, тем выше это значение (см. рисунок 3), однако ВОЗ подчеркивает, что внутри каждой группы стран – по уровню доходов или географическому региону – оно сильно варьируется. Например, в группе по уровню благосостояния, куда входит Россия (это страны с доходами выше среднего), доля госрасходов на здравоохранение – от 3% до 28% при среднем уровне в 12%.

У более богатых стран – у которых к тому же лучше обстоят дела с показателями в здравоохранении и демографии (см. [«Здоровье и инфраструктура»](#)) – бюджетные траты на отрасль в среднем выше: по доле

в ВВП, в расходах на отрасль за счет всех источников и в общих госрасходах. При этом «рекомендуемого» уровня госрасходов на здравоохранение нет. На наш взгляд, в России правительству целесообразно нарастить бюджетные траты на отрасль хотя бы на 1 п. п. в ВВП (до 4,2% и выше) и на \$0,3–0,4 тыс. на душу населения (до \$0,7–0,8 тыс. на человека). С учетом расходов частного сектора (см. «Здоровье не купишь?») это приблизит российское здравоохранение к уровню финансирования, характерному для стран с более благоприятным положением в этой сфере.

Рисунок 3. Расходы государства на здравоохранение в России и других странах в 2018 году

долл. США



Источник: данные ВОЗ, Казначейства, Росстата, анализ и оценка InfraOne Research

Самая «здоровая» статья бюджета

По итогам 2020 года здравоохранение стало третьим крупнейшим направлением бюджетных расходов в России. Из-за пандемии траты на него стали максимальными за 10 лет.

В 2020 году госрасходы по разделу «Здравоохранение» достигли 4,94 трлн руб. (сюда входят траты бюджетов всех уровней и внебюджетных фондов – федерального фонда ОМС, территориальных фондов ОМС и фонда социального страхования). Суммарные госрасходы по этим статьям достигли 4,6% ВВП страны, или 11,7% всех госрасходов за соответствующий период.

Траты на здравоохранение в 2020 году стали максимальными с 2011 года (именно такой период мы смогли проанализировать на основе данных Казначейства, ранее эти расходы не выделяли в самостоятельный раздел бюджета): номинально, по доле в ВВП и по доле в суммарных бюджетных вложениях. Для сравнения, в среднем за предыдущие девять лет на здравоохранение приходилось 3,3% ВВП и 9,6% расходов всех бюджетов.

По итогам года здравоохранение впервые за 10 лет стало третьим по величине направлением госрасходов, уступив социальной политике и национальной экономике (см. рисунок 5). Ранее оно занимало четвертое-пятое места: тогда больше, чем на медицину, тратили также на образование и иногда – на национальную оборону.

Доля здравоохранения в федеральных расходах в 2020 году выросла до уровня, на котором еще не была ранее, – 6,9% (здесь не учтены траты внебюджетных фондов). Предыдущий максимум был в 2012 году, когда траты федерации на отрасль достигли 5,3%. У регионов и муниципалитетов этот показатель за 2020 год – 12,9%, при этом в 2011–2016 годы тратили больше (12,9–16,3% всех расходов).

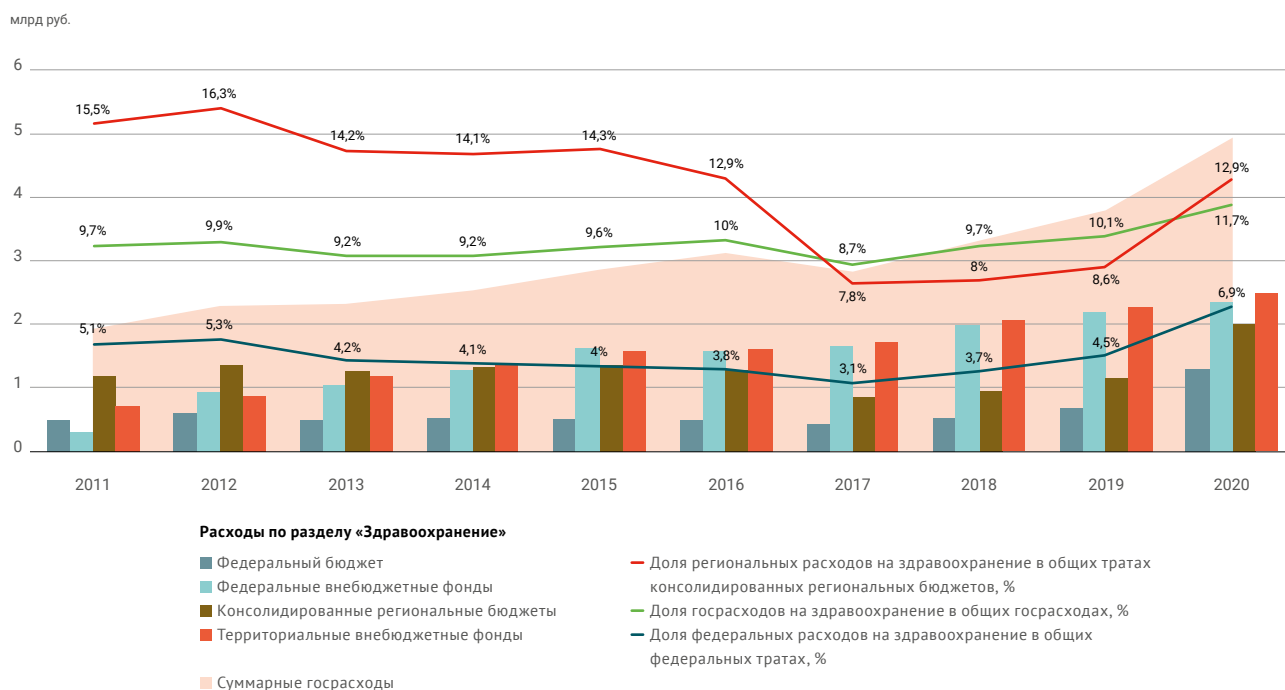
В значительной степени рост трат на сферу здравоохранения в 2020-м обусловлен борьбой с пандемией коронавируса и ее последствиями. В рамках федерального бюджета на здравоохранение в начале года было запланировано на четверть меньше денег, чем к концу года (1 трлн руб. против 1,38 трлн руб.), а в рамках региональных – на треть (1,35 трлн руб. против 2,11 трлн руб.).

Таким образом, если бы не пандемия, траты на медицину в России в 2020 году тоже выросли бы, но не столь значительно. Например, согласно планам правительства, утвержденным до пандемии, прирост федеральных расходов на отрасль в 2020 году мог составить 40% (рост до 1 трлн руб.) по сравнению с 2019-м (0,71 трлн руб.), а фактически превысил 80% (1,3 трлн руб., см. рисунок 6). В 2021–2022 годы изначально планировали потратить 0,94 и 0,95 трлн руб., а теперь планы выросли до 1,11 и 1,08 трлн руб.

На наш взгляд, велика вероятность, что всплеск трат на здравоохранение ограничится небольшим периодом времени и продлится в лучшем случае до 2023–2024 годов. У правительства едва ли есть дополнительные средства на долгосрочную перспективу, и если к концу 2021 года ситуация с заболеваемостью COVID-19 начнет заметно улучшаться, не останется острой необходимости поддерживать высокий уровень расходов на медицину.

Рисунок 4. Расходы на раздел «Здравоохранение» консолидированного бюджета России

Сумма трат на здравоохранение по федеральному и региональным бюджетам и внебюджетным фондам не равна суммарным госрасходам на сферу, так как включает межбюджетные трансферты.



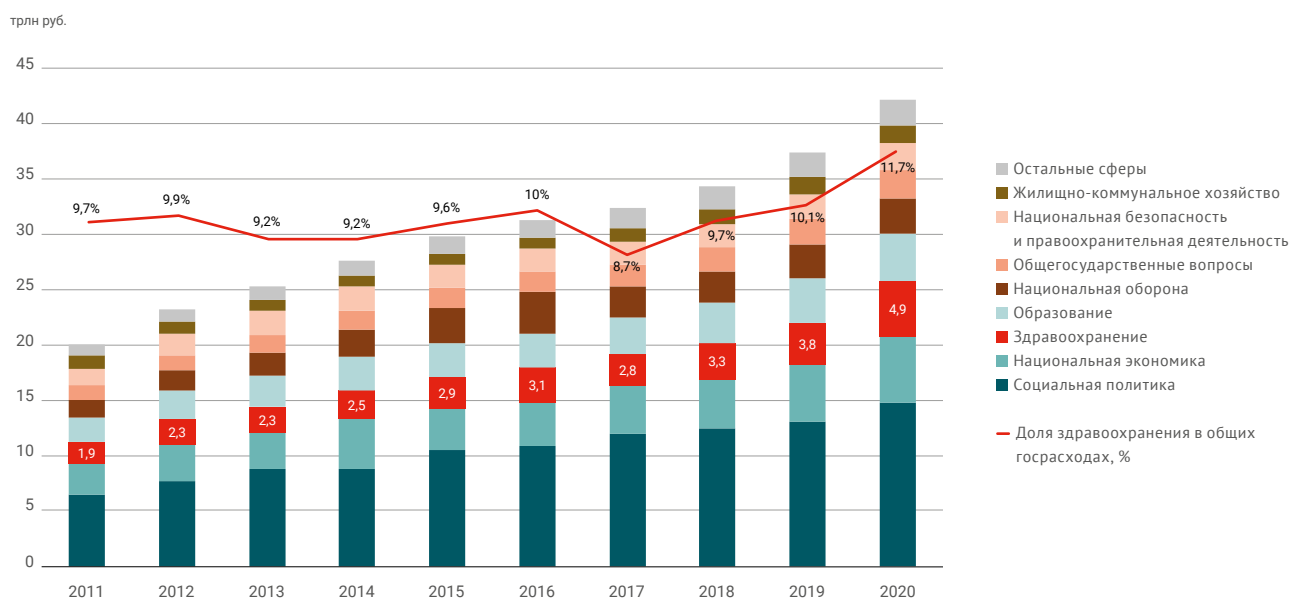
Источник: данные Казначейства, анализ и расчеты InfraOne Research

Впрочем, возможно и обратное. Текущий уровень расходов на здравоохранение в России недостаточен (см. «Здоровье не купишь?»). Пандемия может подтолкнуть власть к пересмотру бюджетных приоритетов в сторону наращивания инвестиций в медицину и доведения их до «гигиенического минимума» в 4–5% ВВП.

Оба эти сценария не слишком хороши для государства, которое вынуждено выбирать из двух зол: вернуть на прежний уровень и без того низкие траты на здравоохранение или повышать их за счет экономии на других направлениях. Мы полагаем, что в обоих случаях позитивную роль может сыграть привлечение частного капитала в рамках концессий и ГЧП

Рисунок 5. Структура госрасходов в 2011–2020 годах по разделам бюджета

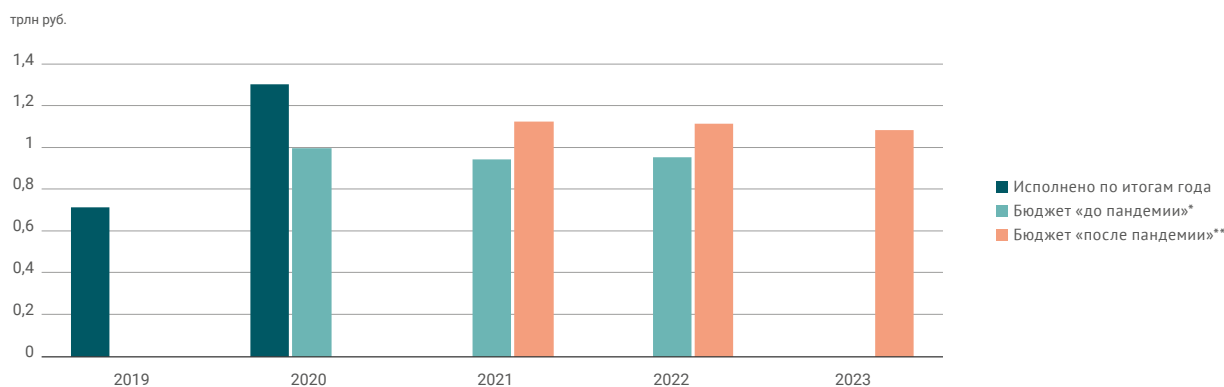
На рисунке представлена информация о расходах консолидированного бюджета России и государственных внебюджетных фондов.



Источник: данные Казначейства, анализ и расчеты InfraOne Research

Рисунок 6. Федеральные расходы на здравоохранение «до» и «после» пандемии

В качестве расходов на здравоохранение указаны траты по разделу бюджета «Здравоохранение».



* На 2020–2022 годы в редакции на 1 января 2020 года.

** На 2021–2023 годы в редакции на 1 января 2021 года.

Источник: данные Казначейства, законов о федеральном бюджете на 2020–2022 годы и 2021–2023 годы, анализ InfraOne Research

Источники данных о госрасходах на здравоохранение

Государственные расходы на здравоохранение можно отследить разными способами.

Так, бюджеты всех уровней власти делятся на разделы, один из которых – «Здравоохранение». Отчеты Казначейства позволяют увидеть траты по этому разделу со стороны федерации, регионов и муниципалитетов, а также внебюджетных фондов (включая федеральный и территориальные фонды ОМС).

Также траты на здравоохранение закладываются в федеральную госпрограмму «Развитие здравоохранения» и ее региональные аналоги. При этом расходы по вторым отследить трудно, так как у каждого субъекта «своя» госпрограмма и информация по ним не публикуется в отчетах Казначейства. Средства по федеральной госпрограмме в сфере здравоохранения почти полностью входят в суммы, заложенные в разделе «Здравоохранение» федерального бюджета.

С 2019 года появился и третий источник данных – нацпроект «Здравоохранение», утвержденный в соответствии с майским указом. В его рамках государство финансирует основные инициативы в этой сфере. Почти все расходы по нему включены в профильную госпрограмму и в раздел «Здравоохранение».

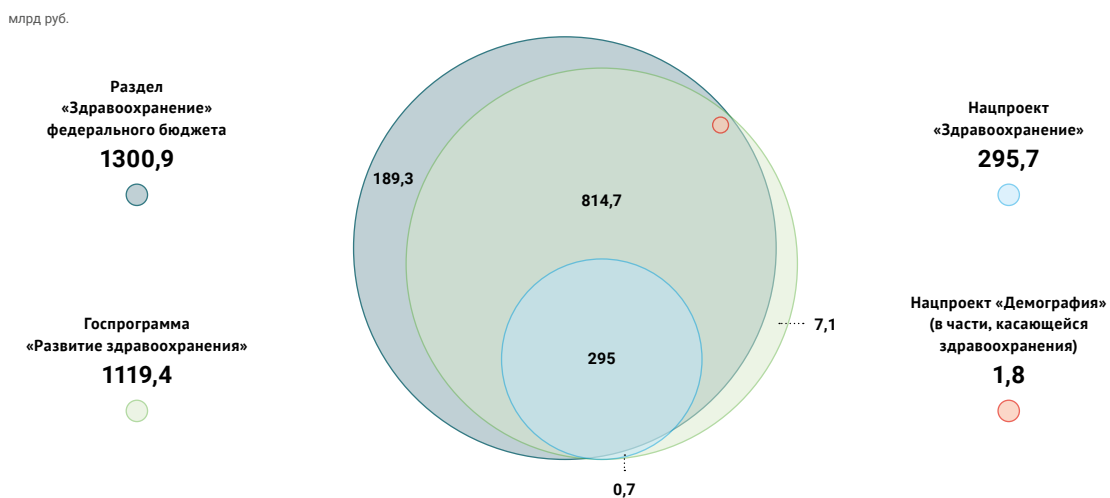
Таким образом, есть три основных канала госрасходов на здравоохранение, и они в значительной степени дублируют друг друга, но не полностью. Например, в 2020 году федерация потратила около 0,3 трлн руб. на мероприятия, входившие одновременно в три указанных направления расходов, а оставшиеся бюджетные вложения входили только в один или два из них (см. рисунок 7).

На наш взгляд, корректнее оценивать траты государства на здравоохранение по статьям, включенным в госпрограмму и нацпроект (с поправкой на то, что они включают расходы на оплату труда и другие, прямо не влияющие на развитие здравоохранения).

А вот вложения, которые правительство делает в рамках раздела «Здравоохранение» федерального бюджета и которые не пересекаются с госпрограммой и нацпроектом (за 2020 год у федерации таких было на 0,2 трлн руб.), вероятно, не всегда напрямую относятся к развитию системы здравоохранения. Сюда входят гуманитарная помощь другим государствам (3,1 млрд руб. за 2020 год), развитие инфраструктуры Минобороны (24,6 млрд руб.), расходы на оплату труда (разные статьи на десятки миллиардов рублей) и другие мероприятия.

При этом госорганы «по умолчанию» (например, в рамках отчетности Росстата) принимают за расходы на здравоохранение именно траты по разделу «Здравоохранение».

Рисунок 7. Как соотносились федеральные расходы на здравоохранение в 2020 году



Источник: данные Казначейства, анализ InfraOne Research

На что тратит федерация: госпрограмма и нацпроект

Основная часть бюджетных расходов на здравоохранение идет через госпрограмму «Развитие здравоохранения» и нацпроект «Здравоохранение», который почти полностью входит в нее (см. [«Источники данных о госрасходах на здравоохранение»](#)). Частично в госпрограмму включен также нацпроект «Демография».

Первая федеральная госпрограмма «Развитие здравоохранения» действовала в 2014–2017 годах. Затем правительство утвердило новую одноименную программу, действие которой закончится в 2024 году.

Структура нынешней госпрограммы, по нашему мнению, очень запутана. Документ делится на подпрограммы, в которые входят все федеральные проекты нацпроекта «Здравоохранение» и часть двух федеральных проектов нацпроекта «Демография». А кроме того, он включает многочисленные ведомственные целевые программы (в редакции документа от марта 2021 года их 25 штук), которые объединяют расходы программы за рамками нацпроектов.

Согласно редакции действующей госпрограммы по развитию здравоохранения от марта 2021 года, ее бюджет – 32,2 трлн руб. Эта сумма рассчитана на 2018–2024 годы и включает траты бюджетов всех уровней власти, государственных внебюджетных фондов и внебюджетные средства.

Больше половины трат по госпрограмме в сумме за семь лет – 17,4 трлн руб. – лежит на внебюджетных фондах. Сюда входят главным образом расходы ФОМС на мероприятия в сфере бесплатной медицинской помощи. Следом по объему идут траты регионов (9,7 трлн руб.) и федерации (5,2 трлн руб.). Внебюджетные источники в указанной редакции программы вовсе не предусмотрены.

С принятием нацпроекта «Здравоохранение» федеральные траты на госпрограмму значительно выросли и в 2019 году достигли 0,62 трлн руб., а в 2020-м превысили 1,22 трлн руб. Для сравнения, в предыдущие пять лет они варьировались от 0,37 до 0,46 трлн руб. При этом на строительство и модернизацию объектов здравоохранения и другие инфраструктурные мероприятия идет лишь малая часть средств госпрограммы: в 2015–2019 годах доля варьировалась от 3,3% до 4,7% годовых трат, а в 2020 году она

и вовсе упала до 1,8% (для сравнения, суммарно по всем отраслям расходы федерации на инфраструктуру за 2020-й составили 2,7% от трат за год).

Основную часть федеральных средств, предусмотренных на госпрограмму, правительство расходует через подпрограмму «Совершенствование оказания медицинской помощи, включая профилактику заболеваний и формирование здорового образа жизни». В 2019 году – с началом реализации майского указа – на нее ушло 0,39 трлн руб. (см. рисунок 8), а в 2020-м – 0,7 трлн руб.

Эта подпрограмма объединяет разные направления трат (см. рисунок 9), самое дорогостоящее из которых – борьба с онкологическими заболеваниями. На одноименный федеральный проект в сумме на 2019–2024 годы заложен почти 1 трлн федеральных средств (учтены уже исполненные средства и актуальные бюджетные планы), за 2019–2020 годы из этой суммы уже потрачено 0,28 трлн руб. На наш взгляд, такие траты выглядят вполне оправданными, учитывая высокую востребованность в России радиологических стационаров и смертность от онкологических заболеваний (см. [«Здоровье и инфраструктура»](#)).

Среди других крупных направлений трат госпрограммы: развитие детского здравоохранения, цифровизация здравоохранения, борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями (на каждый из таких федеральных проектов запланировано около 0,1 трлн руб.) и другие.

Согласно федеральному бюджету на 2021–2023 годы и паспорту госпрограммы, по крайней мере в текущем электоральном цикле 2020-й может остаться пиковым для госпрограммы «Развитие здравоохранения». В 2021–2024 годы власти планируют постепенно снижать траты на нее, так что в 2024 году они могут стать почти в два раза меньше по сравнению с 2020-м. Не исключено, что на этом фоне доля инфраструктурных расходов госпрограммы, напротив, вырастет: за счет сокращения неинфраструктурных трат, в том числе идущих на борьбу с коронавирусом (см. [«Бюджетные расходы на инфраструктуру»](#)).

Компенсация рекордных трат из-за пандемии кажется логичной, хотя и нежелательной, ведь в 2020 году расходы на отрасль приблизились к уровню наиболее «здоровых» стран (см. [«Сколько государство должно тратить на медицину»](#)). Впрочем, пока эти планы предварительные: как это часто случается, в течение 2021 года фактические расходы федерации вполне могут превысить запланированный 1 трлн руб., а расходы на будущие годы — увеличены в бюджете на 2022–2024 годы и последующих.

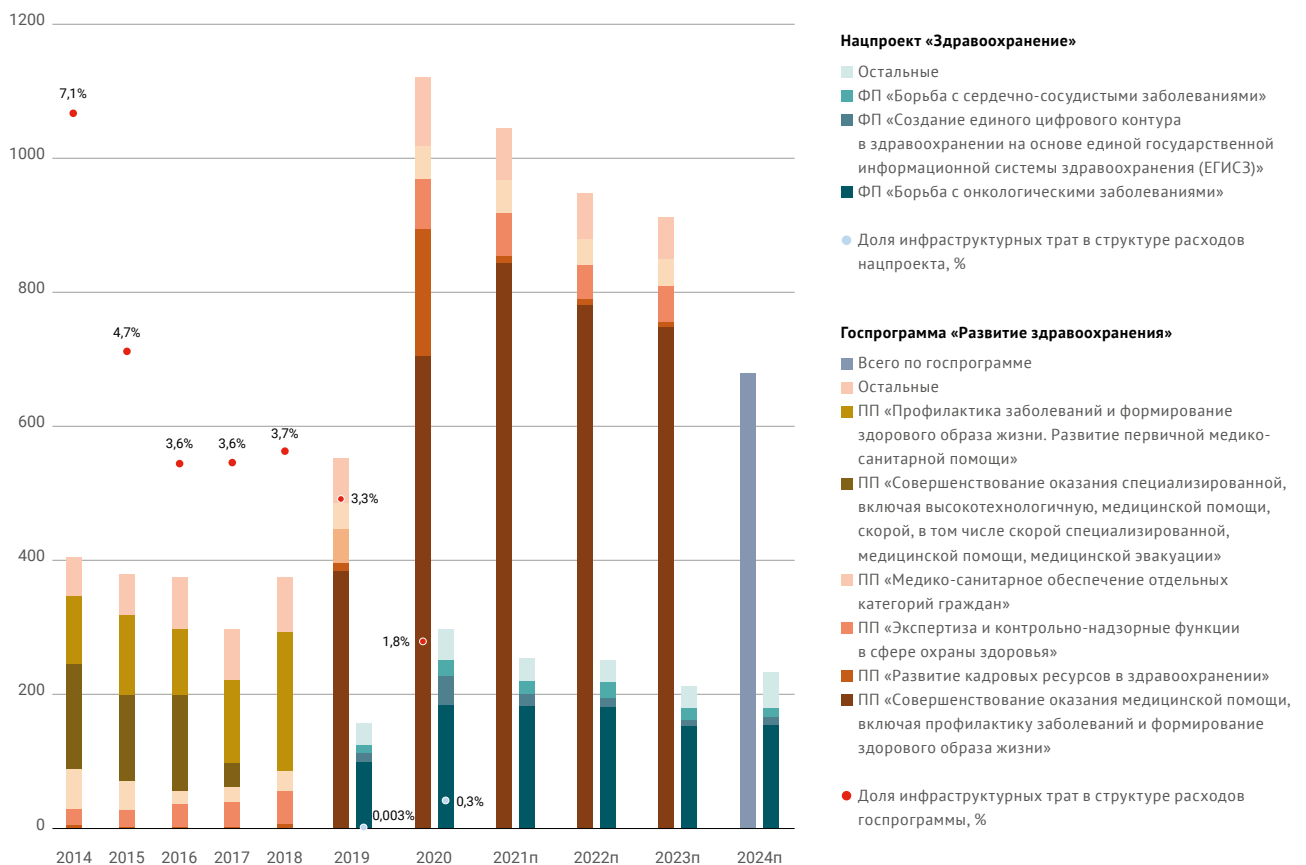
Рисунок 8. Структура федеральных расходов на госпрограмму и нацпроекты в сфере здравоохранения

На рисунке представлены данные об исполнении бюджета за 2014–2020 годы, планируемые траты на 2021–2023 годы на основе сводной бюджетной росписи на 2021 год (в редакции от 1 июня 2021 года) и закона о федеральном бюджете на 2021–2023 годы, а также планируемые траты на 2024 год согласно паспортам госпрограммы «Развитие здравоохранения» и федеральных проектов нацпроекта «Здравоохранение».

Траты по нацпроекту «Здравоохранение» полностью входят в расходы по госпрограмме. Из-за небольшой величины отдельно не показаны траты по нацпроекту «Демография» — те из них, которые также входят в госпрограмму «Развитие здравоохранения».

ПП — подпрограмма, ФП — федеральный проект

млрд руб.



Источник: данные Казначейства, федерального бюджета на 2021–2023 годы, паспортов госпрограммы «Развитие здравоохранения» и федеральных проектов нацпроекта «Здравоохранение», анализ и расчеты InfraOne Research

Рисунок 9. Из чего состоит госпрограмма «Развитие здравоохранения»

Подпрограммы госпрограммы «Развитие здравоохранения»

пп1	Совершенствование оказания медицинской помощи, включая профилактику заболеваний и формирование здорового образа жизни	пп4	Развитие кадровых ресурсов в здравоохранении	пп7	Медико-санитарное обеспечение отдельных категорий граждан
пп2	Развитие и внедрение инновационных методов диагностики, профилактики и лечения, а также основ персонализированной медицины	пп5	Развитие международных отношений в сфере охраны здоровья	пп8	Информационные технологии и управление развитием отрасли
пп3	Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детей	пп6	Экспертиза и контрольно-надзорные функции в сфере охраны здоровья		

Из чего они состоят

Федеральные проекты нацпроекта «Здравоохранение»

фп1	Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи	фп4	Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям	фп7	Развитие экспорта медицинских услуг
фп2	Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями	фп5	Развитие сети национальных исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий	фп8	Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ)
фп3	Борьба с онкологическими заболеваниями	фп6	Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами		

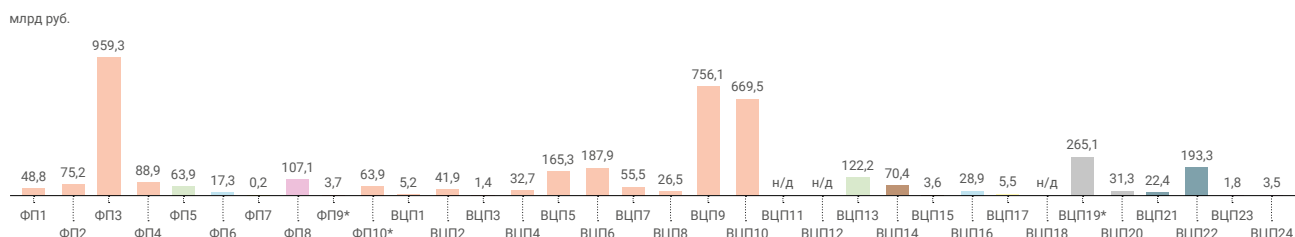
Федеральные проекты нацпроекта «Демография»

фп9	Укрепление общественного здоровья	фп10	Старшее поколение
-----	-----------------------------------	------	-------------------

Федеральные проекты нацпроекта «Здравоохранение»

вцп1	Совершенствование оказания скорой медицинской помощи и деятельности Всероссийской службы медицины катастроф	вцп9	Обеспечение отдельных категорий граждан лекарственными препаратами в амбулаторных условиях	вцп17	Содействие международному сотрудничеству в сфере охраны здоровья
вцп2	Совершенствование системы оказания медицинской помощи наркологическим больным и больным с психическими расстройствами и расстройствами поведения	вцп10	Организация обязательного медицинского страхования в РФ	вцп18	Развитие государственной экспертной деятельности в сфере здравоохранения
вцп3	Донорство и трансплантация органов	вцп11	Медицинское обеспечение авиационного персонала гражданской авиации и студентов образовательных учреждений гражданской авиации	вцп19	Организация государственного санитарно-эпидемиологического надзора и обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения
вцп4	Развитие службы крови	вцп12	Организация оказания медицинской помощи учреждениями, подведомственными Управлению делами Президента РФ	вцп20	Контроль, экспертиза, мониторинг и предоставление государственных услуг в сфере охраны здоровья
вцп5	Высокотехнологичная медицинская помощь и медицинская помощь, оказываемая в рамках клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации	вцп13	Развитие фундаментальной, трансляционной и персонализированной медицины	вцп21	Медико-биологическое обеспечение спортсменов спортивных сборных команд Российской Федерации
вцп6	Предупреждение и борьба с социально значимыми инфекционными заболеваниями	вцп14	Санаторно-курортное лечение	вцп22	Медико-санитарное обеспечение работников обслуживаемых организаций и населения обслуживаемых территорий
вцп7	Укрепление материально-технической базы учреждений	вцп15	Медицинская реабилитация	вцп23	Анализ и мониторинг системы здравоохранения
вцп8	Развитие системы оказания паллиативной медицинской помощи	вцп16	Управление кадровыми ресурсами здравоохранения	вцп24	Информационно-технологическая поддержка реализации государственной программы

Федеральное финансирование ФП и ВЦП суммарно за 2019–2024 годы



* Указано финансирование за счет всех источников.

Источник: данные госпрограммы «Развитие здравоохранения», паспортов федеральных проектов нацпроектов «Здравоохранение» и «Демография» и ведомственных целевых программ госпрограммы «Развитие здравоохранения», анализ InfraOne Research

Среднее освоение по больницам

Мы проанализировали данные об исполнении бюджетов всех уровней на здравоохранение и другие статьи бюджетов за разные годы. Ниже – шесть главных выводов и наблюдений.

- *Деньги на здравоохранение осваивают в среднем быстрее, чем по остальным статьям бюджетов.*

Ежемесячные отчеты Казначейства за 2018–2021 годы показывают, что федеральный и региональные бюджеты тратят средства на здравоохранение быстрее, чем на другие цели, и то же верно для внебюджетных фондов (речь идет главным образом о фондах ОМС).

Эта разница сохраняется и по итогам года. По нашим расчетам, в 2018–2020 годах освоение федерального бюджета по разделу «Здравоохранение» на 0,8–1,4% превышало исполнение по остальным статьям, региональных бюджетов – до 1,1%, внебюджетных фондов – до 3,9%.

- *Федерация исполняет свои бюджетные планы в сфере здравоохранения в среднем лучше, чем регионы, а внебюджетные фонды – лучше их всех.*

Например, по итогам 2020 года освоение средств федерального бюджета в части здравоохранения составило 96,5% – на 1,4 п. п. больше, чем у регионов. У федеральных и территориальных внебюджетных фондов оно было на уровне 99,6% и 98%.

Разница в освоении денег у федерации и регионов не очень велика, а вот внебюджетные фонды заметно обгоняют их. Вероятно, дело в том, что основную долю в их тратах на здравоохранение занимают фонды ОМС, которые направляют все средства только на сферу обязательного медицинского страхования: траты на единственное направление легче запланировать и освоить, чем расходы по ряду разных статей.

- *В 2020 году федерация сделала рывок в тратах на здравоохранение. Но он не привел к выдающимся результатам.*

В январе 2020 года федерация потратила по разделу «Здравоохранение» 0,3 трлн руб. – почти 30% от утвержденной на тот момент суммы (или 22,5% от того, что она фактически вложила по итогам года). Активное начало года было сразу у всех направлений: по разделу бюджета «Здравоохранение» в целом и по госпрограмме «Развитие здравоохранения» в частности, причем как в части трат, относящихся к майскому указу, так и по остальным статьям.

Это похоже на своего рода компенсацию за «плохой» старт 2019 года. Тогда за январь расходы федерального бюджета на профильный раздел составили всего 13,7 млрд руб. Это 2% от утвержденных трат на год и на 4,1 п. п. ниже, чем по всем остальным направлениям расходов (см. рисунок 10).

При этом по итогам 2020 года по разделу «Здравоохранение» освоили только 96,5% средств.

- *В 2019 году нацпроект «Здравоохранение» стал одним из лучших по исполнению бюджета, а в 2020-м – одним из худших.*

По итогам первого года реализации до нацпроекта довели 0,16 трлн руб., или 98% от запланированных федеральных средств. Тогда в марте его исполнение внезапно довели до 44% (в первые два месяца деньги по нему не тратили) и сохранили высокий уровень трат до конца года (см. рисунок 11).

В 2020-м же по нему потратили в два раза больше – 0,3 трлн руб., или 96,1%. Это на 1,3 п. п. меньше, чем в среднем по всем нацпроектам, и почти столько же, сколько по «ненацпроектной» части госпрограммы «Развитие здравоохранения» и в среднем по разделу «Здравоохранение». Последнее говорит не в пользу нацпроекта, так как для мероприятий в рамках майского указа характерен более высокий уровень исполнения, чем по другим статьям.

- *Главный тормоз расходования денег на нацпроект в 2020-м – COVID-19 и срывы сроков по инфраструктурным объектам.*

Меньше всего средств в рамках нацпроекта «Здравоохранение» довели по федеральным проектам в сфере детского здравоохранения (85,9%), цифровизации (92,6%) и первичной медико-санитарной помощи (93,7%).

Главные причины низкого исполнения «традиционные» и связаны с развитием инфраструктуры. Это срыв сроков по получению разрешений на строительство, заключению контрактов и другим мероприятиям (что часто связывают с пандемией), нарушение поставщиками сроков поставки оборудования, ошибки в проектной документации и прочие. В случае с проектом по цифровизации здравоохранения значительный объем неосвоенных федеральных средств – 3,4 млрд руб. – объясняют трудностями в реализации проекта в регионах, на которые приходится 86,2% от его стоимости.

- *На наш взгляд, есть шансы, что в 2021 году освоение средств на здравоохранение будет выше, чем в 2020-м.*

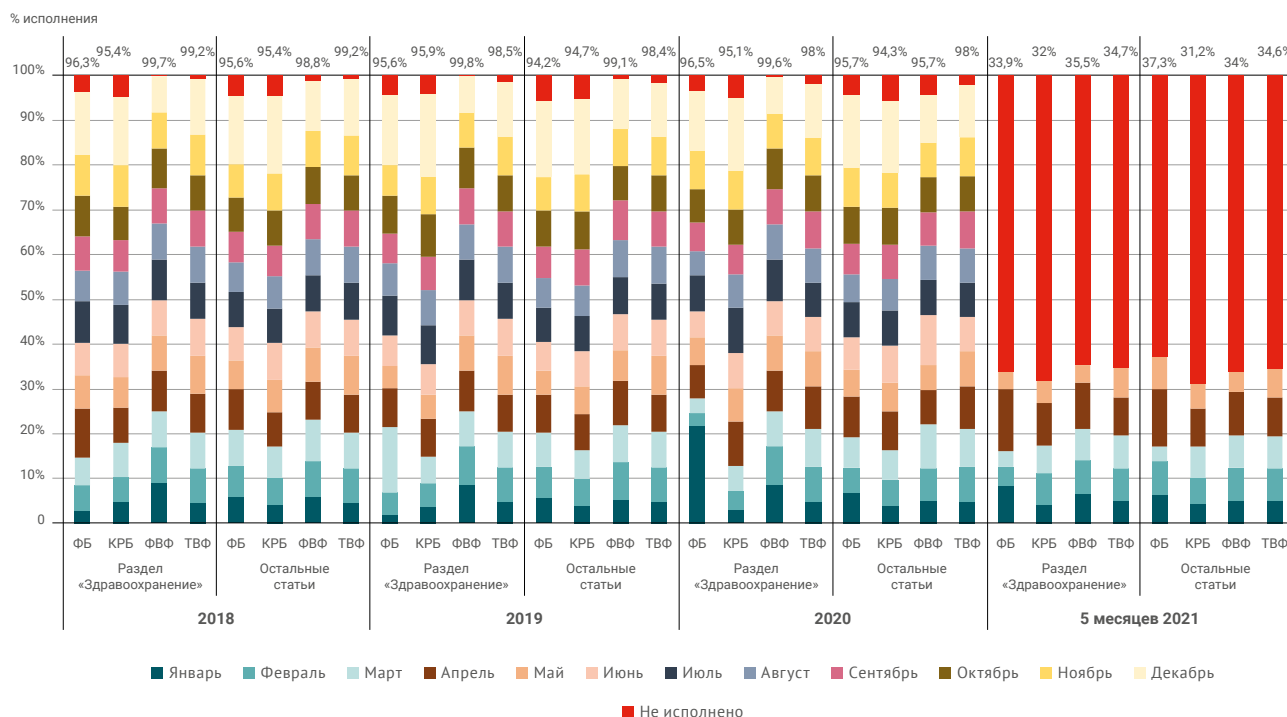
Во-первых, начало 2021 года с точки зрения освоения бюджета было многообещающе «спокойным». Федерация, регионы и внебюджетные фонды за первые пять месяцев успели потратить по разделу «Здравоохранение» почти 40% своих бюджетов – не столь стремительное начало, как в 2020-м, но лучше, чем в 2018 и 2019 годах. На все остальные сферы, кроме медицины, за тот же период довели на 1,9 п. п. меньше.

Во-вторых, суммарно в 2021 году расходов запланировано номинально меньше, чем в 2020-м. Только по нацпроекту «Здравоохранение» планируемые траты сократили почти на 20%.

И в-третьих, COVID-19 уже стал если не решенной, то по крайней мере более управляемой проблемой, которая, вероятно, не потребует значительного объема незапланированных вложений.

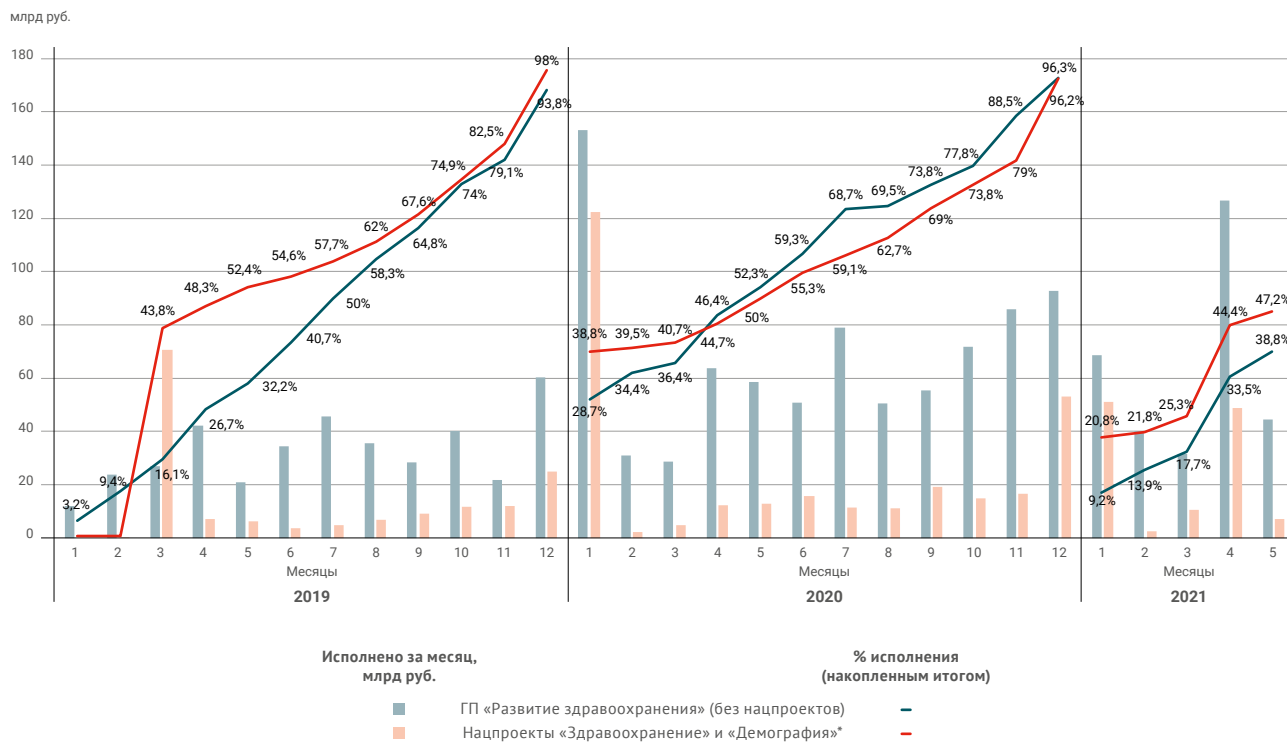
Рисунок 10. Исполнение бюджетов всех уровней по разделу «Здравоохранение» в 2018–2021 годах по месяцам

ФБ – федеральный бюджет, КРБ – консолидированный региональный бюджет, ФВФ – федеральные внебюджетные фонды, ТВФ – территориальные внебюджетные фонды.



Источник: данные Казначейства, расчеты InfraOne Research

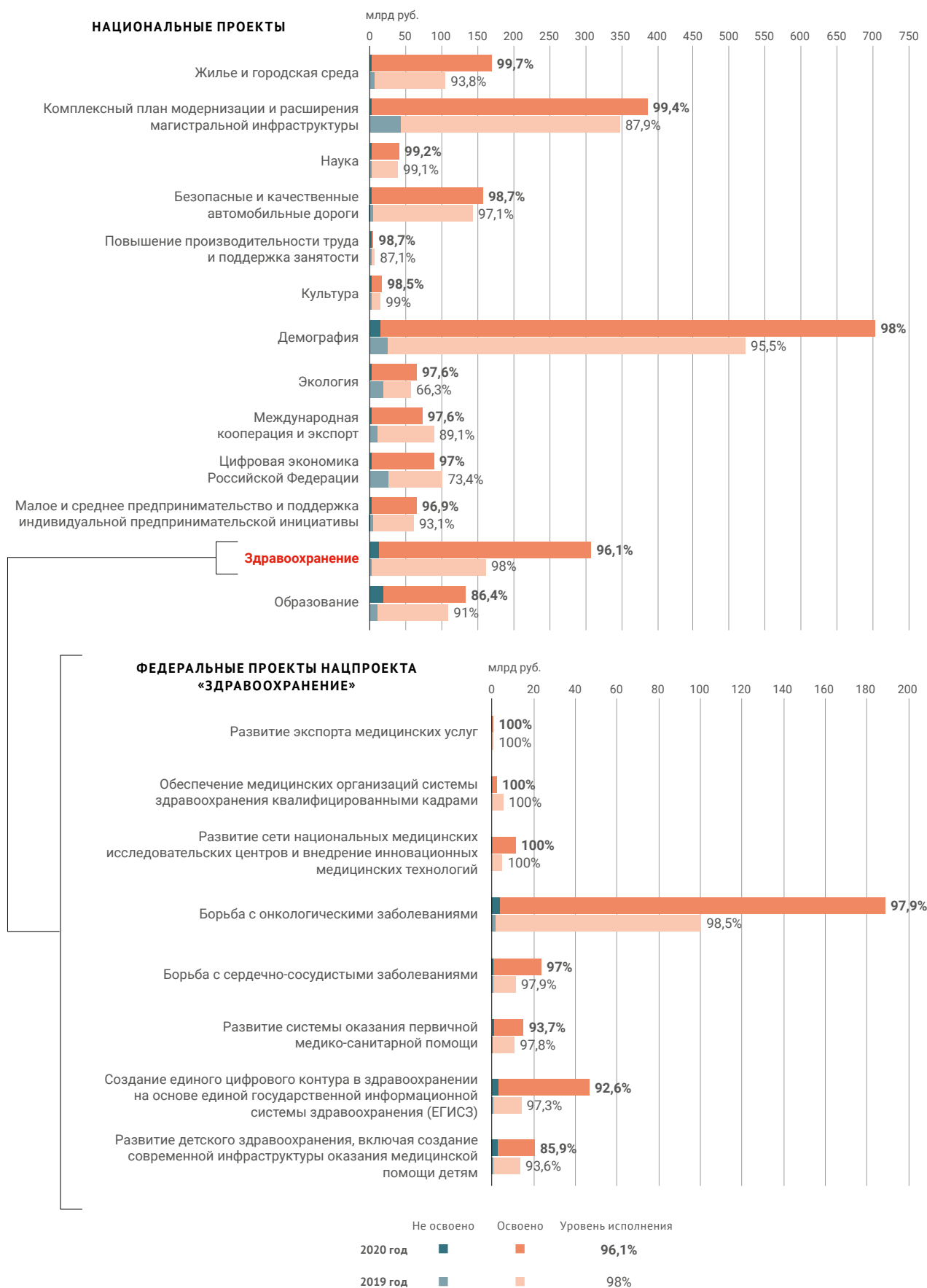
Рисунок 11. Исполнение федерального бюджета по госпрограмме и нацпроектам в сфере здравоохранения в 2019–2021 годах по месяцам



* По нацпроекту «Демография» учтены только траты, сделанные в рамках госпрограммы «Развитие здравоохранения».

Источник: данные Казначейства, анализ и расчеты InfraOne Research

Рисунок 12. Расходы федерального бюджета на «Здравоохранение» и другие нацпроекты в 2019 и 2020 годах



Источник: данные Казначейства, анализ и расчеты InfraOne Research

Клин клином, или взлет инфраструктурных трат в 2020-м

После кризисного падения 2008 и 2014 годов в 2020-м инфраструктурные вложения в здравоохранение выросли сразу на 60% по сравнению с годом ранее. Впервые они превысили 0,5 трлн руб. И похоже, что стимулом для этого стал новый кризис – на этот раз «коронавирусный».

По данным Росстата, в 2020 году инвестиции в основной капитал в сфере здравоохранения составили 555,9 млрд руб. Номинально они еще никогда не были так велики. Для сравнения, в 2019 году за счет всех источников в отрасль вложили 311,4 млрд руб., а в предыдущий пиковый год – 2012-й – 255,8 млрд руб.

По нашей оценке, за последние 20 лет в инфраструктурных тратах на здравоохранение были две крупные «ямы» – после кризисов 2008 и 2014 годов (см. рисунок 13).

Первый кризис мягче сказался на здравоохранении: уровень трат в сопоставимых ценах «откатился» на год–два назад и уже на четвертый год – 2012-й – превысил докризисное значение. После второго отрасль не могла восстановиться вплоть до 2020 года, когда индекс физического объема расходов резко вырос: почти на 60% от уровня 2019 года.

Похоже, что такой скачок обусловила пандемия COVID-19. Она стала причиной низкого исполнения по ряду инфраструктурных статей бюджетов (см. «Среднее освоение по больницам»), но из-за нее же траты на отрасль в целом выросли (см. «Самая «здоровая» статья бюджета»).

Интересно, что динамика капитальных затрат на здравоохранение в сопоставимых ценах не всегда «вписывается» в изменение этих расходов в процентах от ВВП и от суммарного объема инфраструктурных трат (см. рисунок 13).

Доля инвестиций в основной капитал в сфере здравоохранения в ВВП за последние 20 лет показывала скачкообразную динамику. До 2007–2008 годов она варьировалась в диапазоне 0,33–0,51% ВВП, затем почти все время снижалась и в 2020-м восстановилась до 0,52%. Похожий тренд и у доли таких трат в суммарных инвестициях в основной капитал. Они были на пике в 2006 году (2,7%), затем долгие годы снижались – до 1,2% в 2017 году – и в 2020-м подскочили до 2,8%.

На наш взгляд, уровни износа и обновления основных фондов хорошо показывают, насколько этих денег хватает для отрасли. По данным Росстата, в 2020 году инфраструктура здравоохранения и сферы социальных услуг была изношена на 52,9%, что почти на 15 п. п. хуже, чем в среднем по всем основным фондам. На таком уровне – более 50% – показатель сохраняется уже свыше десяти лет.

Подтверждает проблему и коэффициент обновления основных фондов. За последние 10 лет он равнялся в среднем 3,9% – такова доля новой инфраструктуры в здравоохранении на конец года. По всем отраслям за тот же период показатель равнялся в среднем 4,5% (см. рисунок 14).

Если исходить из того, что нынешние вложения в инфраструктуру здравоохранения делают эффективно, то их явно не хватает. Кризис 2020 года позволил приблизить их к уровню, на котором они должны быть: а это, на наш взгляд, как минимум не ниже докризисного значения

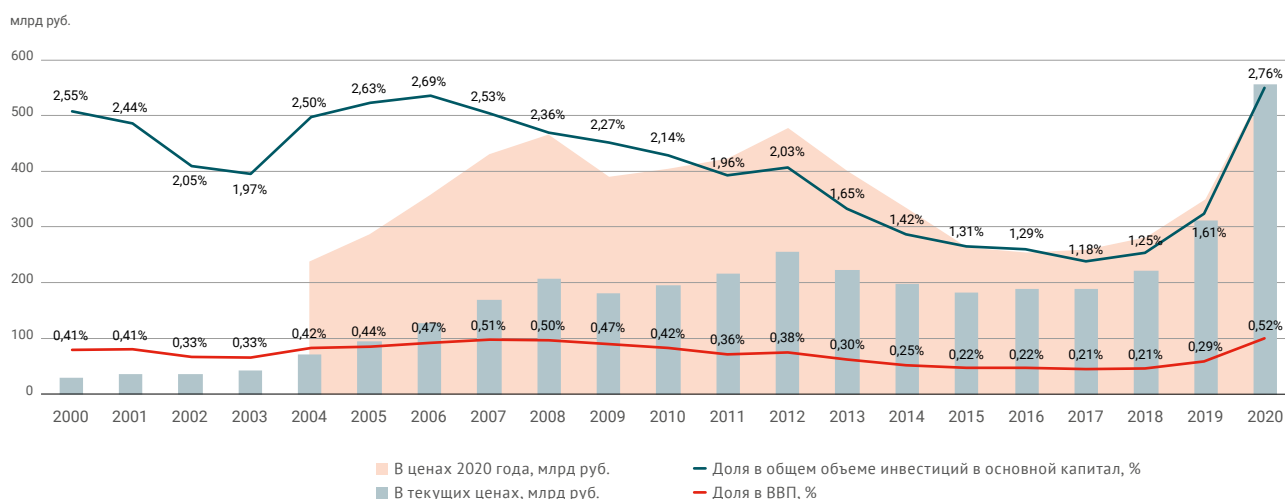
Траты России на инфраструктуру здравоохранения на уровне 2008, 2013 и 2020 годов также приближали ее к расходам европейских государств на отрасль (см. рисунок 15). По данным ОЭСР, в 2018 году страны ЕС в среднем вкладывали в медицинскую инфраструктуру 0,4% ВВП и 5% от всех капитальных затрат. Из всех европейских стран Россия за тот год опережала лишь Венгрию и Кипр и только по уровню трат в ВВП. По доле здравоохранения в структуре капитальных затрат все европейские страны опережали Россию.

2008 года – 0,47 млрд руб. в ценах 2020 года, или 0,5% ВВП и 2,4% от общих вложений в основной капитал в ценах того года. Такие траты позволяют более активно обновлять инфраструктуру, что видно на рисунке 14: коэффициент обновления основных фондов здравоохранения всегда рос до кризисов и падал после – синхронно с динамикой инвестиций в отрасль.

Впрочем, в 2021-м и последующие годы расходы на медицинскую инфраструктуру едва ли задержатся на уровне 2020-го. Уже по бюджетным планам правительства на 2021–2023 годы видно, что вложения в отрасль будут ежегодно снижать (см. «На что тратит федерация: госпрограмма и нацпроект»). Хотя эти планы, как и всегда, еще будут неоднократно корректировать.

Рисунок 13. Инвестиции в основной капитал в сфере здравоохранения в 2000–2020 годах

Инфраструктурные расходы на здравоохранение в ценах 2020 года рассчитаны на основе динамики индекса физического объема инвестиций в основной капитал по видам экономической деятельности «Здравоохранение и предоставление социальных услуг» (с 2005 по 2013 год) и «Деятельность в области здравоохранения» (с 2014 по 2020 год). Показатель не рассчитан за 2000–2003 годы, так как Росстат не публиковал индекс физического объема инвестиций отрасли за этот период.



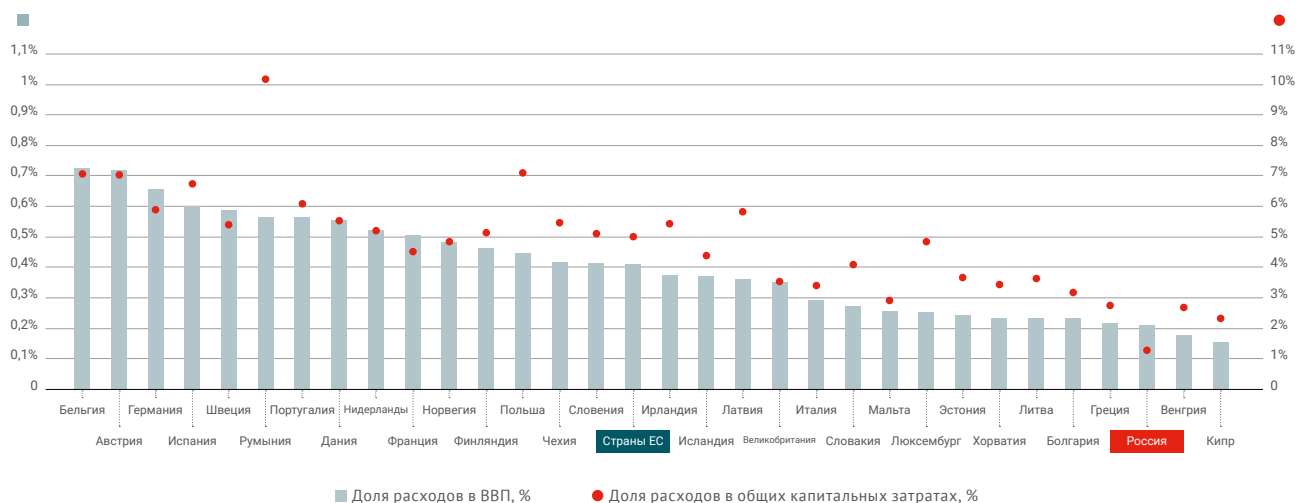
Источник: данные Росстата, анализ и расчеты InfraOne Research

Рисунок 14. Износ и обновление инфраструктуры здравоохранения в 2006–2020 годах



Источник: данные Росстата, анализ и расчеты InfraOne Research

Рисунок 15. Капитальные затраты на здравоохранение в России и Европе в 2018 году



Источник: данные ОЭСР, Росстата, анализ и расчеты InfraOne Research

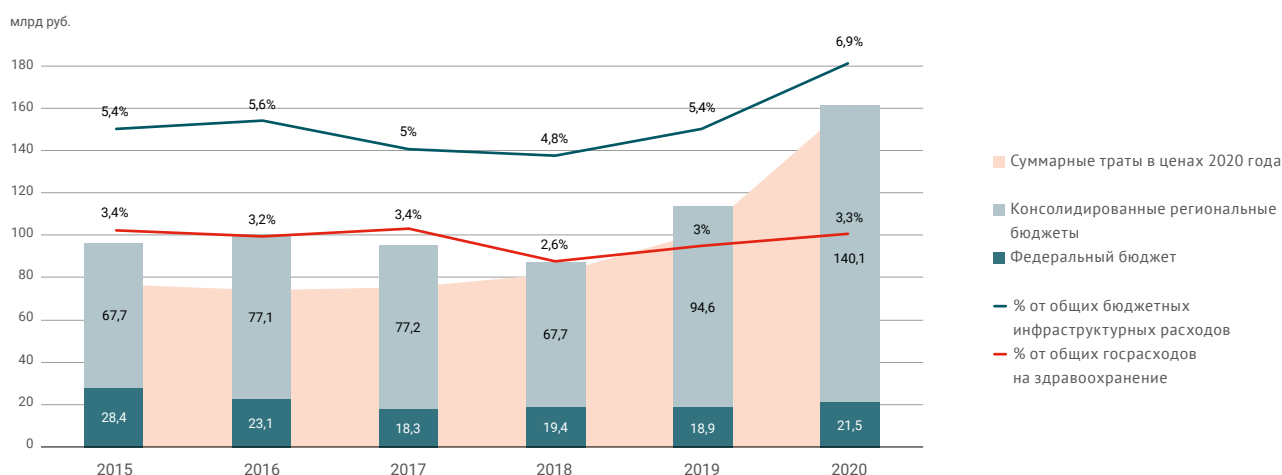
Бюджетные расходы на инфраструктуру

По нашей оценке, в 2020 году бюджеты всех уровней вложили в инфраструктуру здравоохранения 161,6 млрд руб. Главным образом это траты регионов – 140,1 млрд руб., или 86,7%.

Как и по суммарным инфраструктурным тратам в отрасли, это был «бум» по сравнению с годом ранее: прирост составил 42,3% (см. рисунок 16). При этом государство обеспечило только 20% от «сверхтрат» на инфраструктуру здравоохранения в 2020-м – остальное дал частный сектор (см. «Клин клином, или взлет инфраструктурных трат в 2020-м»).

Относительно небольшой вклад бюджетов в рост капитальных затрат – продолжение тренда по сокращению доли государства в тратах на инфраструктуру отрасли. Еще в 2015–2017 годах оно давало около 51–53% инфраструктурных вложений в здравоохранение, а к 2020 году доля уменьшилась до 29,1%.

Рисунок 16. Динамика бюджетных расходов на инфраструктуру здравоохранения в 2015–2020 годах



Источник: данные Казначейства, Росстата, анализ и расчеты InfraOne Research

В какую медицинскую инфраструктуру вкладывала федерация в 2020-м

По нашим расчетам, за 2020 год федерация потратила на инфраструктуру здравоохранения 21,4 млрд руб., а вместе с трансфертами регионам на эти цели – 56,5 млрд руб.

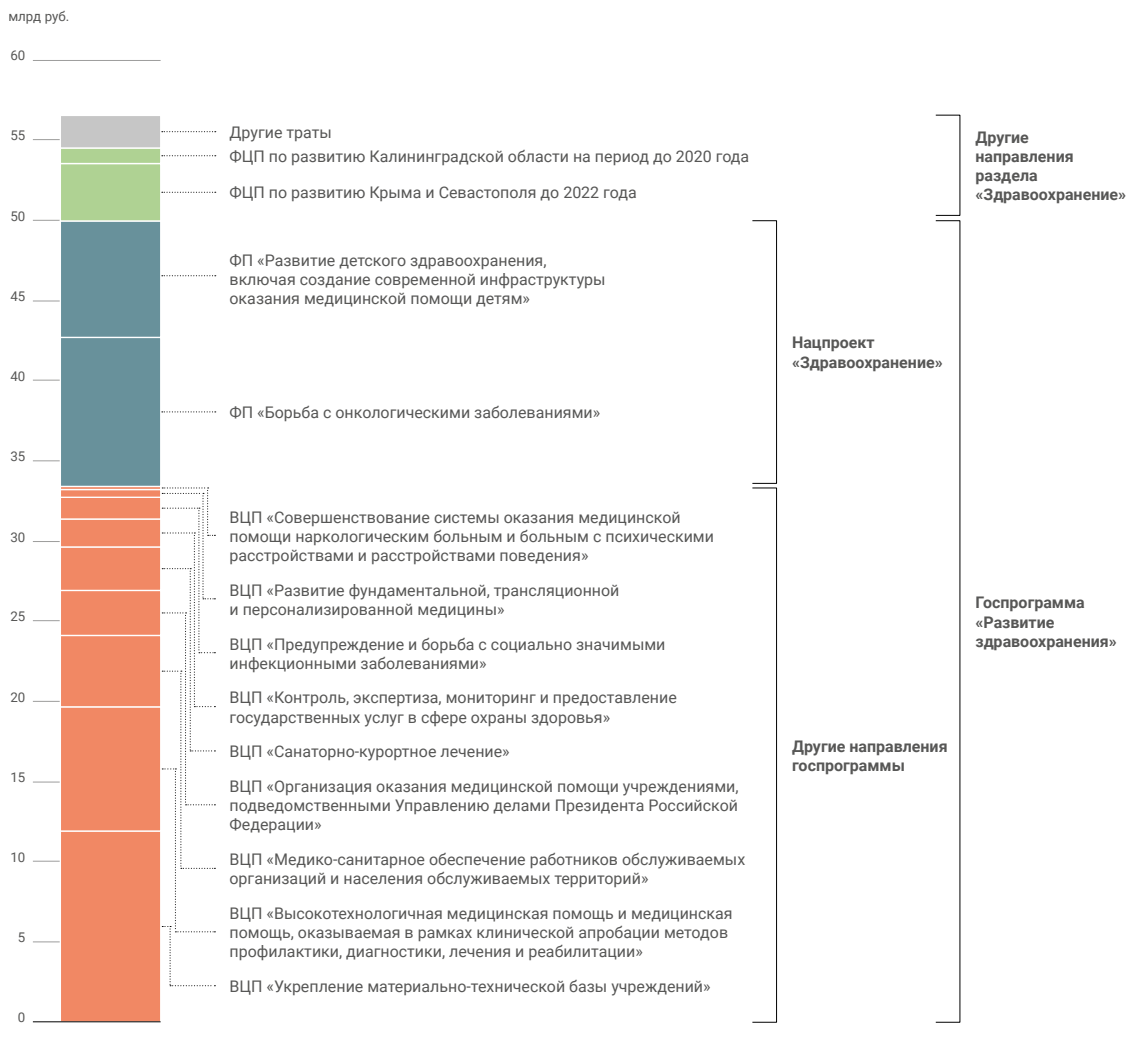
Основную часть средств правительство инвестировало в рамках госпрограммы «Развитие здравоохранения» – 50 млрд руб., в том числе 16,6 млрд руб. – по нацпроекту «Здравоохранение» (см. рисунок 17).

Крупнейшие направления трат – укрепление материально-технической базы учреждений, куда входит строительство и капитальный ремонт отдельных объектов здравоохранения (11,9 млрд руб.), борьба с онкологическими заболеваниями (9,3 млрд руб.), высокотехнологичная медицинская помощь (7,7 млрд руб.) и детское здравоохранение (7,3 млрд руб.).

Кроме того, масштабное «территориальное» направление инфраструктурных расходов – целевая программа по развитию Крыма и Севастополя: по ней в 2020 году правительство инвестировало 3,5 млрд руб.

Рисунок 17. Направления инфраструктурных трат федерации на здравоохранение в 2020 году

Показаны траты по разделу бюджета «Здравоохранение» с учетом трансфертов федерации регионам. Без учета инвестиций в инфраструктуру оборонной отрасли.



Источник: данные Казначейства, анализ и расчеты InfraOne Research

Приоритет здравоохранения в инфраструктурных планах государства, напротив, вырос. По нашей оценке, в 2020 году на медицину пришлось 6,9% от суммарных бюджетных расходов на инфраструктуру. Это на 1,4 п. п. выше, чем годом ранее, и на 1,6 п. п. выше, чем в среднем в 2015–2018 годах. В основном этот рост обусловлен увеличением капитальных затрат на уровне регионов: только в 2020-м они вложили в отрасль 7,6% от своих инфраструктурных расходов.

Доля инфраструктурных трат в общих госрасходах на здравоохранение в последние годы мало менялась. В 2020 году капитальные затраты государства на отрасль составили 3,3% от общих бюджетных затрат на нее (для сравнения, в Великобритании за тот же период показатель равнялся 4,6%, в Новой Зеландии – 11,9%, свыше 6% – в Австралии и так далее). Примерно такое же значение было и в предыдущие пять лет.

Итого у бюджетных трат на инфраструктуру здравоохранения в последние годы есть три особенности. Они растут за счет всех источников, но государство по объему расходов отстает от частных компаний. На инфраструктуру здравоохранения в долевого отношении стали тратить больше, чем на инфраструктуру других отраслей. Но рост именно капитальных затрат в общих госрасходах на медицину не виден, потому что увеличиваются эти два показателя синхронно.

На наш взгляд, велика вероятность медленного роста инфраструктурных трат бюджетов на отрасль в 2021 году и далее (за первые пять месяцев 2021-го уже потратили свыше 46 млрд руб. – на 35% больше, чем за аналогичный период прошлого года). Вероятно, продолжит увеличиваться и доля частных инвестиций в отрасль, особенно с учетом количества инфраструктурных инициатив «в ожидании» запуска.

Финансовое «голодание» регионов

Инвестируя в инфраструктуру здравоохранения, регионы, как правило, распоряжаются небольшими деньгами. Средний уровень трат одного субъекта в 2019 году составил всего 3,4 млрд руб., причем сразу 60 из них вкладывали меньше этой суммы. Больше других традиционно расходовала Московская агломерация – почти 20% трат всей страны, или 57,6 млрд руб.

Кроме столичного региона номинально заметно больше других вкладывали в инфраструктуру Свердловская область (12,6 млрд руб.), Краснодарский (10,6 млрд руб.) и Красноярский (9,5 млрд руб.) края, Санкт-Петербург (8,9 млрд руб.), Приморский край (5,9 млрд руб.), а меньше всех – Тува (0,6 млрд руб.), Еврейская автономная область (0,3 млрд руб.) и Ненецкий автономный округ (0,2 млрд руб.).

В расчете на душу населения и по доле в ВРП распределение трат более равномерно, но отличие регионов и тут существенно.

В 2019 году в среднем каждый субъект инвестировал в основные фонды здравоохранения 2 тыс. руб. на каждого жителя, а не дотягивали до этой планки 49 субъектов.

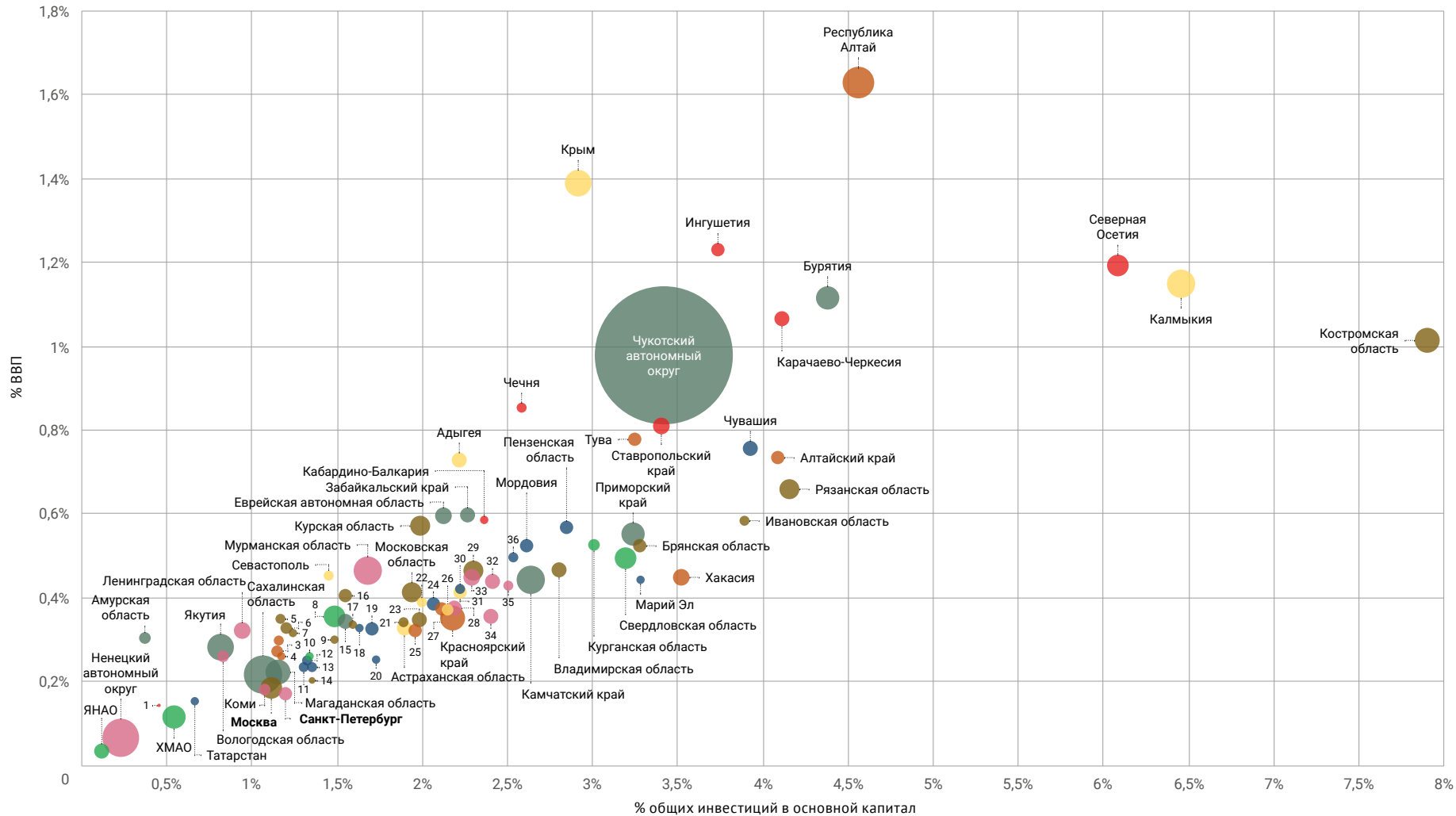
Для сравнения, за 2019 год ниже среднего уровня инфраструктурных инвестиций в сумме по всем отраслям вкладывали три четверти субъектов, или 63 штуки.

Отличие между минимальными и максимальными инвестициями регионов в инфраструктуру здравоохранения и суммарно всех отраслей в 2019 году было 163 и 206 раз. По тому же показателю в расчете на душу населения – 55 и 59 раз.

Получается, по инвестициям в медицинскую инфраструктуру регионы чуть более равны между собой, чем по капитальным вложениям вообще.

Рисунок 18. Инвестиции в инфраструктуру здравоохранения в регионах России в 2019 году

Размер круга — объем инвестиций в инфраструктуру здравоохранения на душу населения (от 0,3 до 18,6 тыс. руб. на человека).
Федеральные округа: ■ — ЦФО, ■ — СЗФО, ■ — ЮФО, ■ — СКФО, ■ — ПФО, ■ — УФО, ■ — СФО, ■ — ДФО.



- 1 - Дагестан, 2 - Кемеровская область, 3 - Иркутская область, 4 - Омская область, 5 - Воронежская область, 6 - Липецкая область, 7 - Тамбовская область, 8 - Тюменская область, 9 - Смоленская область, 10 - Челябинская область, 11 - Нижегородская область, 12 - Пермский край, 13 - Самарская область, 14 - Ярославская область, 15 - Хабаровский край, 16 - Тульская область, 17 - Орловская область, 18 - Саратовская область, 19 - Оренбургская область, 20 - Удмуртия, 21 - Тверская область, 22 - Волгоградская область, 23 - Белгородская область, 24 - Башкирия, 25 - Томская область, 26 - Ростовская область, 27 - Новосибирская область, 28 - Архангельская область, 29 - Калужская область, 30 - Ульяновская область, 31 - Краснодарский край, 32 - Новгородская область, 33 - Калининградская область, 34 - Карелия, 35 - Псковская область, 36 - Кировская область.

Источник: данные Росстата, анализ и расчеты InfraOne Research

Лидеры и аутсайдеры по бюджетным инвестициям в медицину

Расходы регионов России на инфраструктуру здравоохранения в 2020 году, по нашей оценке, составили 140,1 млрд руб. – четверть от капитальных затрат в этой отрасли за счет всех источников капитала (555,9 млрд руб.).

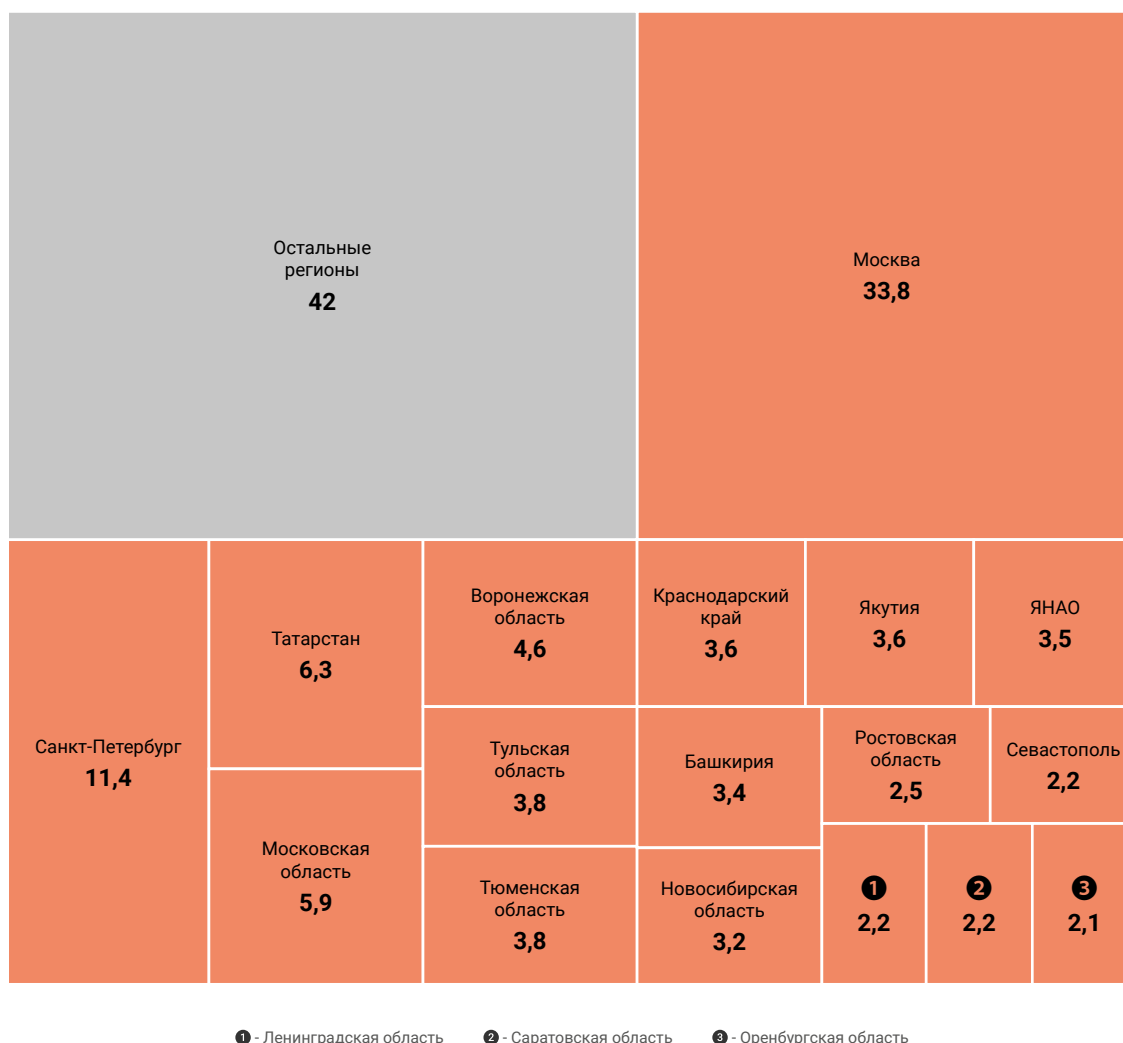
Треть всех бюджетных инвестиций в 2020 году пришлось на Москву и Московскую область – почти 40 млрд руб. В пятерку лидеров также вошли Санкт-Петербург (11,4 млрд руб.), Татарстан (6,3 млрд руб.) и Воронежская область (4,6 млрд руб.).

В сумме свыше 70% средств (98,1 млрд руб.) вложили 17 субъектов, каждый из которых – более 2 млрд руб. Инвестиции других регионов не достигали этой планки: суммарно они потратили 42 млрд руб.

Минимальные инфраструктурные расходы – менее 50 млн руб. – зафиксированы сразу у девяти субъектов: Кабардино-Балкарии, Псковской, Курганской, Новгородской, Смоленской, Омской, Ивановской областей, Камчатского края и Ненецкого автономного округа. У последнего траты были «нулевыми».

Рисунок 19. Траты консолидированных региональных бюджетов на инфраструктуру здравоохранения в 2020 году

млрд руб.



Источник: данные Казначейства, анализ и расчеты InfraOne Research

По этому показателю Москва и Московская область почти не выделяются среди других субъектов, хотя их траты и превышают средний уровень по стране – 2,9 и 2,8 тыс. руб. на одного жителя соответственно. Выше этот показатель у регионов с низкой численностью населения: Чукотского автономного округа (18,6 тыс. руб.), Сахалинской области (5,2 тыс. руб.), Ненецкого автономного округа (5,1 тыс. руб.), Республики Алтай (4,4 тыс. руб.) и других. Совсем небольшой – меньше 1 тыс. руб. – он всего у двух субъектов: Ярославской области (чуть менее 1 тыс. руб.) и Дагестана (0,3 тыс. руб.).

В среднем каждый регион вкладывал в инфраструктуру здравоохранения 0,34% от ВРП, и всего 31 субъект – меньше этого уровня. Лидируют здесь субъекты по похожему принципу: впереди те, у кого меньше ВРП. Это Республика Алтай (1,63%), Крым (1,4%), Ингушетия (1,23%), Северная Осетия (1,19%), Бурятия (1,12%) и так далее. А у Москвы, например, вложения в медицинскую инфраструктуру «растворяются» в наибольшем ВРП по стране (показатель равен 0,19%).

Из-за того что речь идет о сравнительно малых суммах, регионы очень отличаются друг от друга по доле инвестиций в медицинскую инфраструктуру в ВРП и по суммарным вложениям в основной капитал (см. рисунок 18). Реализация даже одного проекта стоимостью в несколько миллиардов рублей может сдвинуть регион на несколько десятков позиций вперед относительно других субъектов.

На наш взгляд, как и для России в целом (см. [«Клин клином, или взлет инфраструктурных трат в 2020-м»](#)), для субъектов в качестве минимально необходимого уровня трат можно взять тот, что был в стране в докризисные периоды: около 0,5% ВРП и 2–2,4% от суммарных капитальных вложений. Это на 0,16 п. п. и 0,5–0,9 п. п. выше среднего уровня трат регионов в 2019-м. Такие траты позволили бы активнее обновлять устаревшую инфраструктуру регионов.

Здравоохранение — 2025: сценарии вложений в инфраструктуру

К середине 2021 года пандемия коронавируса стала более управляемой. Однако она по-прежнему делает неопределенным будущее не только сферы здравоохранения, но и всей экономики. Мы рассчитали три сценария инфраструктурного развития отрасли, где учли планы властей из профильных госпрограммы и нацпроекта с поправкой на их реализуемость в условиях «коронакризиса», а также предположили, сколько денег государство будет готово вкладывать в инфраструктуру здравоохранения до конца нынешнего электорального цикла.

Согласно **пессимистичному** сценарию, объем бюджетных вложений в инфраструктуру отрасли к 2025 году составит около 440–600 млрд руб. Такая сумма предполагает ежегодные траты федерации и регионов в размере 110–150 млрд руб. Это довольно высокая планка, если сравнивать ее с уровнем расходов государства в «допандемийные» годы (см. рисунок 20), однако ниже вложений 2020 года и тех, что, на наш взгляд, требуют инфраструктурные планы правительства.

Мы предполагаем, что последние в данном сценарии будут достигнуты не более чем на 75%. Речь идет о планируемом количестве созданных фельдшерско-акушерских пунктов, поликлиник и больниц, построенных и реконструированных вертолетных площадок для санавиации, оснащенных оборудованием сосудистых центров и онкодиспансеров и других объектов. При этом частично компенсировать заниженные бюджетные вложения смогут инвесторы – в рамках концессий и ГЧП или полностью частных медицинских проектов.

В **базовом** сценарии государство ежегодно будет вкладывать от 150 до 190 млрд руб. Суммарные инвестиции в инфраструктуру за четыре года составят около 600–760 млрд руб. и, по нашей оценке, позволят реализовать планы правительства на 80–85% или даже выше. Перспективы такого сценария можно будет оценить в конце 2021 года: тогда станет ясно, готово ли правительство поддерживать инфраструктурные траты на уровне «чрезвычайного» 2020 года или это была временная мобилизация ресурсов.

Оптимистичный сценарий предполагает, что все обозначенные государством планы будут выполнены в срок и в полном объеме и в инфраструктуру здравоохранения будет ежегодно поступать не менее 170 млрд руб. бюджетных инвестиций. В таком случае в сумме за четыре года отрасль может получить свыше 760 млрд руб. только от государства, а также не менее этой суммы (а скорее даже в два и более раза больше) – от бизнеса.

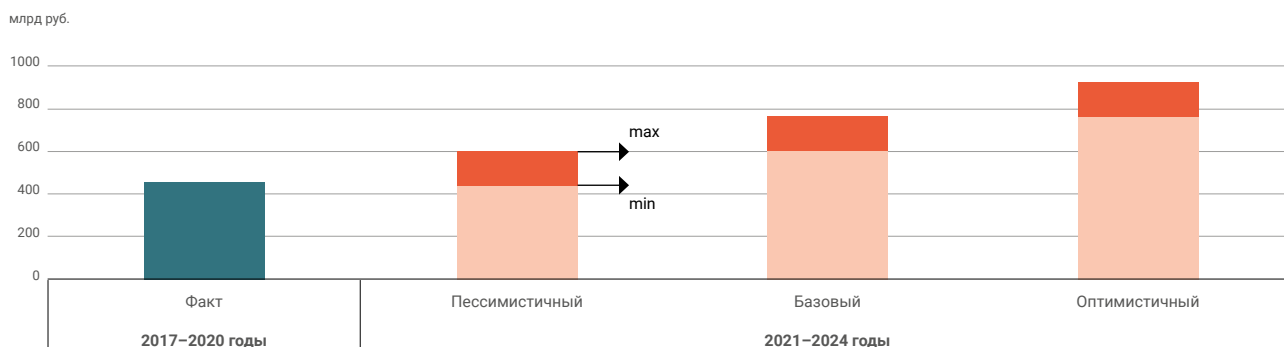
На наш взгляд, по состоянию на середину 2021 года более вероятен пессимистичный сценарий.

Низкое исполнение бюджета на нацпроект «Здравоохранение» в 2020 году Счетная палата связывала в том числе с невыполнением инфраструктурных планов, часто – из-за «ковидных» ограничений (см. [«Среднее освоение по больницам»](#)). Хотя новые локдауны маловероятны, риск их введения сохраняется из-за низких темпов вакцинации и напряженной ситуации с заболеваемостью. Кроме того, как минимум до конца 2021 года пандемия продолжит перетягивать деньги федерации и регионов с долгосрочных инициатив на текущие проблемы.

Ограничением для реализации базового и оптимистичного сценариев остается и неготовность регионов и муниципалитетов применять новые инструменты финансирования и форматы запуска проектов, помимо госконтрактов.

Подробнее о возможных сценариях развития других инфраструктурных отраслей в ближайшие годы читайте в исследовании [«Инфраструктура – 2025: вызовы и перспективы»](#).

Рисунок 20. Сценарии расходования бюджетных средств на инфраструктуру здравоохранения до 2025 года



Источник: данные Казначейства, прогноз и расчеты InfraOne Research

ПРИЛОЖЕНИЕ

ЗДОРОВЬЕ И ИНФРАСТРУКТУРА

«Болевые точки» инфраструктуры здравоохранения — поликлиники, радиологические и некоторые иные стационары, а также специализированные центры в сфере профилактики заболеваний, реабилитации и ухода за пожилыми людьми и инвалидами. Развитие этой инфраструктуры поможет России приблизиться к наиболее «здоровым» странам и лучше справляться с вызовами здравоохранения: замещением и дополнением стационарной медицинской помощи услугами в поликлиниках и на дому, старением населения, восстановлением от пандемии COVID-19.

- Россия отстает от развитых стран по продолжительности жизни (по данным на 2019 год, 73,3 года, или 96-е место в мире) и опережает — по смертности (12,3 чел. на 1 тыс. чел., или 12-е место в мире). Ситуация со здоровьем населения постепенно улучшается, однако скорость этих изменений очень мала. С текущей динамикой стране требуются десятилетия, чтобы приблизиться по базовым показателям к уровню наиболее благополучных стран. При этом по темпам старения населения Россия догоняет их уже сейчас.
- Болеют и умирают в России примерно по тем же причинам, что и в других странах с уровнем подушевых доходов выше среднего, только чаще. Например, коэффициент смертности от сердечной ишемии (первая причина смертей в мире) даже в богатых странах, где ситуация с ней в среднем хуже, — 144 человека на 100 тыс. человек, в то время как в России — 386 человек на 100 тыс. Среди других наиболее распространенных причин летальности в нашей стране — инсульт, отдельные виды онкологических заболеваний, деменция и другие, — и она опережает по ним большинство государств мира.
- На этом фоне сокращение количества больниц и коек в них — один из главных элементов реформы здравоохранения в России — кажется как минимум спорным решением. Но «оптимизация» в здравоохранении — мировой тренд. Стационарную помощь уменьшают по всему миру, и во многих развитых странах коек в больницах в разы меньше, чем в России: в Швейцарии — в 1,7 раза, в Израиле — в 2,7 раза, в Канаде — в 3,1 раза, в Швеции — в 3,7 раза и так далее. Это возможно благодаря стационарозамещающим технологиям (например, часть «больничной» помощи начинают оказывать в поликлиниках или на дому), развитой профилактике заболеваний и более эффективному использованию имеющихся коек.
- В России эти три фактора не успевают за сокращением коек. В частности, не хватает амбулаторий, из-за нехватки специалистов дорогостоящее оборудование в них часто не используют, слабо развита инфраструктура социально-медицинской помощи — в сфере геронтологии и реабилитации (последнее может стать особенно актуальным на фоне COVID-19, когда большому количеству людей требуется восстановление после тяжело перенесенной болезни). И несмотря на это, как ни парадоксально, острее в российских больницах стоит проблема простая мест, чем их перегрузки.

- Перегружена инфраструктура лишь в некоторых регионах и по отдельным направлениям медицины. По нашей оценке, в 2019 году у 30 субъектов был как минимум один профиль, по которому не хватало инфраструктуры. У Санкт-Петербурга – антилидера в этом смысле – их было сразу 11 штук. Наиболее острая нехватка коек была в Вологодской области: там в течение года инфраструктура сестринского ухода была перегружена более чем в полтора раза. Самые востребованные направления помощи – радиологическое (лечение онкологии), гематологическое (лечение заболеваний крови) и паллиативное (помощь больным с неизлечимыми заболеваниями). Пока нет данных за 2020 год, но можно предположить, что в пандемию локальная нехватка инфраструктуры была еще более заметна.

Здоровье населения: главные тренды

Если сравнить базовые показатели разных стран, характеризующие здоровье населения, то выяснится следующее: у России хорошая динамика, но она все равно сильно отстает от развитых государств.

Продолжительность жизни. По данным Росстата на 2019 год, ожидаемая продолжительность жизни россиянина при рождении – 73,34 года (согласно ВОЗ за тот же год – 73,23 года, или 96 место в мире). Это сопоставимо со среднемировым значением: по данным ВОЗ, оно в 2019 году составило 70,31 года.

Однако сравнивать Россию и мир по этому и другим показателям не вполне информативно, так как мировая статистика включает данные и по странам «третьего мира». Так, по нашей оценке на основе данных Всемирного банка, в 2018 году в мире было пять стран, продолжительность жизни граждан которых прогнозировали на уровне меньше 55 лет, восемь – в диапазоне 55–60 лет, сразу 33 штуки – 60–65 лет.

Разброс между российскими регионами по ожидаемой продолжительности жизни огромен: от 83,4 года в Ингушетии до менее 70 лет в некоторых сибирских и дальневосточных регионах, в том числе у Тувы этот показатель – 67,57 года.

Поэтому лучше ориентироваться на наиболее развитые страны или по крайней мере на страны со схожими социально-экономическими характеристиками. От них у России серьезный отрыв. Япония – первая в мире по «долгожительству» – в 2019 году опережала Россию по ожидаемой продолжительности жизни граждан сразу на 11 лет, западноевропейские страны – на восемь–десять лет, и только некоторые соседние государства имели сопоставимый с российским показатель (ближайшие в рэнкинге – Молдова, Грузия, Украина, Казахстан, Белоруссия).

При этом динамика у России позитивная. За последние 20 лет ожидаемая продолжительность жизни выросла почти на восемь лет (против шести лет в среднем по миру), и страна поднялась по этому показателю со 116-го места в мире в 2000 году на 96-е – в 2019-м.

Из прогнозируемых 73,23 года жизни здоровым россиянин проживет, скорее всего, только 64,21 года – такие данные дает ВОЗ по ожидаемой продолжительности здоровой жизни в России при рождении за 2019 год. Это означает, что оставшуюся часть жизни человек проведет с тяжелыми заболеваниями или инвалидностью.

Неприятный для России факт – продолжительность жизни в целом и продолжительность здоровой жизни у мужчин принципиально ниже, чем у женщин. Разрыв по первому показателю в стране за последние 20 лет варьировался от 13,2 года в 2000 году до 9,8 года в 2019-м, по второму – от 10,4 года в 2000-м до 6,8 года в 2019-м.

Разрыв заметно сокращается, но страна все равно остается одним из мировых антилидеров по нему. Хуже дела только у Белоруссии (в 2019-м ожидаемая продолжительность жизни мужчин была почти на 10 лет меньше, чем у женщин, здоровой жизни – на 7,1 года меньше) и Украины (продолжительность здоровой жизни мужчин на 7,2 года меньше).

По смертности от рака желудка Россия – восьмая в мире (в целом по смертности от онкологии – 36-я), от психических расстройств, связанных с употреблением веществ, – четвертая (в том числе от злоупотребления алкоголем – третья в мире, от употребления наркотиков – четвертая, от расстройств пищевого поведения – шестая), от сердечно-сосудистых заболеваний – десятая (в том числе седьмая и девятая – по смертям от ишемии и инсульта), от панкреатита – вторая, от мочекаменной болезни – первая и так далее.

Количество и доля пожилых людей в общей численности населения увеличиваются благодаря росту качества жизни. Значительная часть населения доживает до преклонного возраста вследствие развития науки и медицины, улучшения условий труда, повышения экономического благополучия в целом. Одновременно растет доступность образования, расширяются карьерные возможности и так далее – в результате чего во многих странах люди заводят детей позже, а размер семей уже не так велик, как раньше.

Много это или мало, снова помогают понять другие страны. В Японии показатель находится на уровне 74,1 года, в западноевропейских странах варьируется от 70,13 года в Великобритании до 72,52 года в Швейцарии, у большинства соседних государств отличается от российского примерно на два года в большую и меньшую стороны. Но динамика у России и здесь позитивная, хотя и более сдержанная: с 2000 года прогнозируемая длительность здоровой жизни выросла почти на 6,9 года (против почти 5,4 года в мире).

Смертность. Согласно Росстату, в 2019 году в стране умерло 1,8 млн чел., или 12,3 чел. на 1 тыс. чел. населения. Это более чем в полтора раза выше, чем в среднем по миру: по данным ООН, смертность в мире за тот же год составила 7,6 чел. на 1 тыс. чел., а всего умерло свыше 58 млн чел.

По нашим расчетам на основе статистики ВОЗ, среди всех стран Россия по уровню смертности занимает 12-е место. По отдельным заболеваниям и их классам ее антилидерство еще выше.

При этом динамика у России и здесь позитивная (см. таблицу 1). За последние 20 лет смертность от всех причин, в том числе связанных с заболеваниями, упала более чем на 20% (в мире темп ниже – 14%). По большинству причин смертность падает, и Россия постепенно спускается вниз в ранжировке стран по этому коэффициенту (если принять наибольший уровень смертности за первое место). Но, несмотря на улучшение ситуации, по большинству заболеваний России пока не удалось «догнать» даже среднемировой уровень.

Старение населения. Несмотря на тревожную статистику смертности и низкую относительно развитых стран продолжительность жизни, в России постоянно растут численность и доля пожилых граждан.

По данным Росстата, в 2020 году 15,5% населения России, или 22,7 млн чел., были старше 65 лет (по международным меркам, для того чтобы население страны считали «старым», достаточно уже 7%). Такого не было никогда раньше: еще в 2010 году доля пожилых этого возраста составляла 12,8%, в 2000-м – 12,5%, в 1989-м – 9,6%, в 1970-м – 7,7%, в 1939-м – 4,1% и так далее. А вот доля молодых людей (в возрасте до 15 лет), напротив, уменьшается. В 2020 году она составляла 17,7% (25,9 млн чел.), в 2000-м – 18,3%, в 1989-м – 23,1%, в 1959-м – 29,2%.

Среднемировая статистика пока далека от российской (см. рисунок 21). По данным ООН, в 2020 году в мире было 9,3% населения старше 65 лет и 25,4% – моложе 15. На такое распределение главным образом влияют «молодые» африканские страны. В Африке, например,

за тот же год было только 3,5% пожилых и 40,3% молодых людей. А вот население Европы – одно из наиболее «старых»: в 2020 году каждый пятый житель европейских стран был старше 65 и каждый шестой – моложе 15.

Население планеты в целом и России в частности продолжит стареть и дальше (см. рисунок 23). По базовому прогнозу ООН (опирается на исторически сложившиеся показатели рождаемости и смертности), в 2035 году в мире будет уже 13% населения старше 65-ти, а в 2070-м – почти 19% (с одновременным сокращением доли молодых до 22,8% в 2035-м и 19,4% – в 2070-м).

В России те же перемены произойдут стремительнее: в 2035 году доля пожилых может достичь почти 20%, а в 2070 году – 22,2%. Их численность достигнет 28 и 28,7 млн чел. соответственно, что на 5,3 и 6 млн чел. больше, чем было в 2020 году.

О чем говорит эта статистика. В последние десятилетия Россия имеет хорошую динамику по основным показателям в сфере здравоохранения. Продолжительность жизни людей растет, население теряет меньше лет жизни из-за тяжелых заболеваний и инвалидности, снижается смертность по ряду заболеваний, по которым страна еще недавно лидировала в мире.

Но, несмотря на позитивную динамику, Россия по части здоровья населения отстает от наиболее благополучных государств: по состоянию этой сферы она ближе к развивающимся странам (подробнее см. [«Быть бедным вредно для здоровья?»](#)). При этом Россия «переняла» типично западный демографический тренд последних десятилетий – старение населения. Вопрос только в том, готова ли она к нему.

Отставание от передовых стран по продолжительности жизни и их опережение по смертности – первый и главный симптом накопленных проблем, причем в самых разных сферах. Среди них – дефицит денег (и неоптимальное распределение имеющихся средств) и инфраструктуры (так или иначе вытекает из первого пункта) в здравоохранении.

Их решение поможет лучше предупреждать, выявлять и лечить различные заболевания, а также обеспечить необходимыми медицинскими услугами растущее пожилое население. Причем для создания инфраструктуры здравоохранения совсем не обязательно искать деньги в государственном бюджете, эта сфера привлекательна и для частных инвесторов. Последние могут участвовать в проектах отрасли, например, в рамках концессионных или ГЧП-соглашений.

Мы намеренно не анализировали другие показатели в сфере демографии и здравоохранения, такие как рождаемость, заболеваемость и другие. В рамках текущего исследования затронутых показателей достаточно, так как они отражают общие тенденции в этих областях.

Таблица 1. Уровень смертности в России и в среднем по миру по отдельным болезням в 2019 году

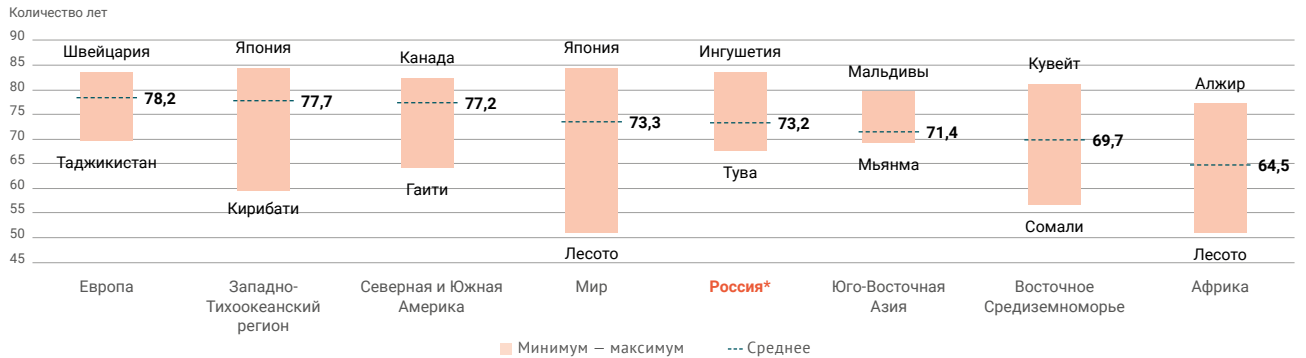
В столбцах «Россия» и «Мир» даны значения общего коэффициента смертности, или Crude Death Rate (CDR), в расчете на 100 тыс. человек. В столбце с конкретными заболеваниями приведены те из них, которые имели наибольшее распространение в России в 2019 году.

			2000			2019		
			Россия	Мир	Место России в мире	Россия	Мир	Место России в мире
Инфекционные заболевания и неподходящие пренатальные, неонатальные условия	Инфекционные и паразитарные болезни		65,7	257,2	123	47,9	132,9	135
	Туберкулез		30,6	141	102	22,6	66,5	102
		ВИЧ / СПИД	21,5	28,4	57	5,8	15,7	77
		Другие	4,5	22,6	78	14,6	8,8	49
		Другие	4,6	90	–	2,2	41,9	–
	Респираторные инфекции		28,1	50,3	117	22,3	33,9	125
	Инфекции нижних дыхательных путей		27,8	49,9	118	22,2	33,8	124
	Другие		0,3	0,4	–	0,11	0,14	–
	Другие		7	65,9	–	3	32,5	–
	Неинфекционные заболевания			1276,5	510,1	3	1095,6	531,5
Злокачественные новообразования		221,1	111,2	28	215	121,1	36	
Рак органов дыхательной системы		42,7	19,7	24	37,3	23,2	44	
Рак толстой и прямой кишки		26,8	9,8	30	29,2	11,9	31	
Рак желудка		32	12,9	3	20,1	10,8	8	
Рак груди		15,8	7,3	39	15,9	8,3	40	
Другие		103,8	61,5	–	112,5	66,8	–	
Сахарный диабет		7,2	14,4	167	12,6	19,5	135	
Психические расстройства и расстройства, связанные с употреблением веществ		43,5	4,2	1	25,4	4,5	4	
Расстройства, связанные с употреблением алкоголя		35,2	2,6	1	19,2	2	3	
Расстройства, связанные с употреблением наркотиков		8,3	1,6	1	6,2	2,4	4	
Другие		0	0,1	–	0	0,1	–	
Неврологические заболевания		27,3	16,2	26	42,4	30	42	
Болезнь Альцгеймера и другие формы деменции		19,7	9,6	23	33,3	21,4	39	
Болезнь Паркинсона		5	2,7	20	6,4	4,3	41	
Другие		2,6	4,0	–	2,7	4,3	–	
Сердечно-сосудистые заболевания		864,1	233,7	4	688,1	232,7	10	
Ишемическая болезнь сердца		465,6	110,6	4	385,8	115,7	7	
Инсульт		328,8	89,4	1	224,3	80,7	9	
Кардиомиопатия, миокардит, эндокардит		33,7	4,8	5	37,1	4,6	5	
Другие		35,9	28,9	–	40,9	31,7	–	
Респираторные заболевания		40,9	61,6	64	27,1	53,9	98	
Хроническая обструктивная болезнь легких		34,9	48,9	43	25,1	42	71	
Другие		6	12,7	–	2	11,8	–	
Заболевания органов пищеварения		48,3	34	31	61,6	32	11	
Цирроз печени		23,3	18	57	31,2	17,1	18	
Другие		25	16	–	30,4	14,8	–	
Другие		24,1	34,9	–	23,4	37,9	–	
Внешние причины (травмы)			193,3	71,7	2	83,3	57,4	24
Непреднамеренные травмы		106,9	48,8	1	50,3	41,2	49	
ДТП		27,9	19,1	28	12	16,7	116	
Отравления		8,9	1,5	2	3,8	1,1	4	
Падения		11,5	7,3	17	8	8,9	44	
Другие		58,6	20,9	–	26,5	14,4	–	
Умышленный вред		86,4	22,9	4	33	16,3	19	
Нанесение вреда самому себе		53,8	13,0	1	25,1	9,2	9	
Нанесение вреда другим людям		32,6	9,9	–*	7,9	7,1	–*	

* По нашим расчетам, в 2019 году у России 60-е место по уровню смертей от межличностного насилия и 57-е – по смертности от «коллективного насилия» (сюда входят в том числе военные конфликты), в 2000 году по тем же показателям – 9-е и 21-е места соответственно.

Рисунок 21. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в России и других странах

Приведено среднее значение ожидаемой продолжительности жизни при рождении по состоянию на 2019 год по стране или совокупности стран, а также минимальное и максимальное значения среди регионов страны или группы стран.



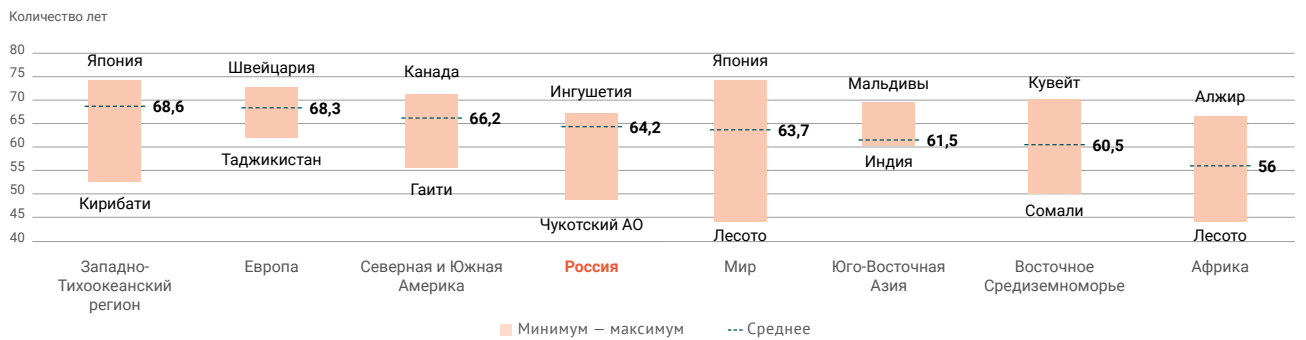
* Среднее значение по России приведено на основе данных ВОЗ, данные по регионам страны – на основе статистики Росстата.

Источник: данные Росстата, ВОЗ, анализ InfraOne Research

Рисунок 22. Ожидаемая продолжительность здоровой жизни при рождении в разных странах в 2019 году

Согласно определению ВОЗ, показатель отображает среднее количество лет, которые человек может прожить полностью здоровым. По каждой стране, возрастной группе и полу учитываются годы, которые человек может потерять из-за тяжелых заболеваний или инвалидности.

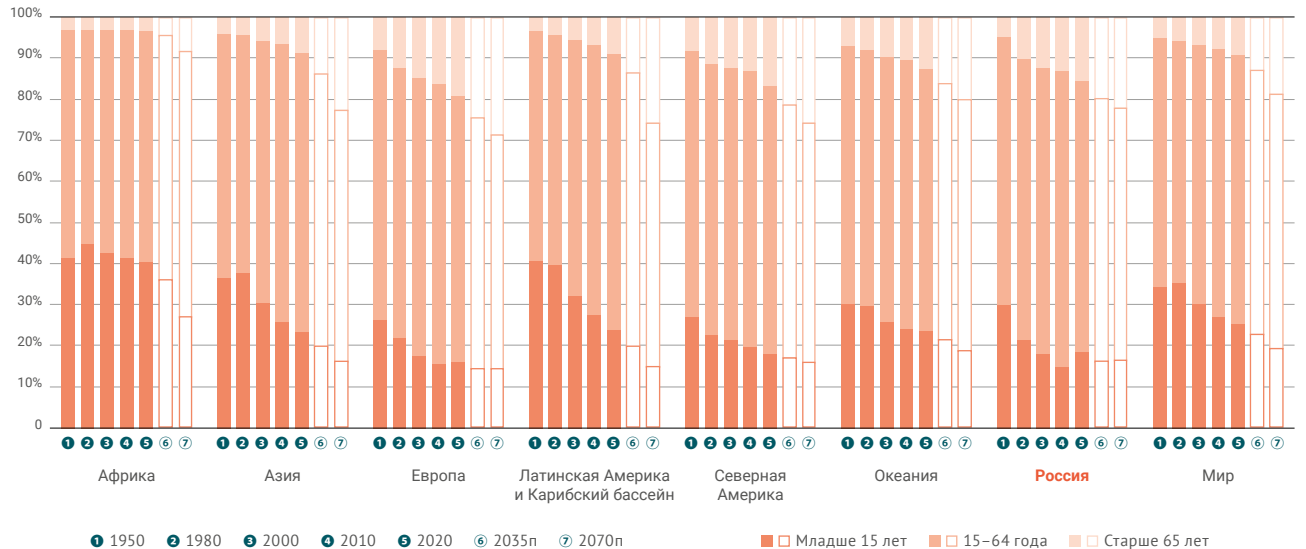
На рисунке приведены данные по странам, которые имеют максимальные и минимальные значения в своем регионе, а также средние значения по этим регионам.



Источник: данные ВОЗ, анализ InfraOne Research

Рисунок 23. Динамика возрастной структуры населения разных стран

% от общей численности населения



Источник: данные и прогноз ООН, анализ и расчеты InfraOne Research

Как пандемия повлияла на статистику в демографии и здравоохранении?

Пандемия коронавируса существенно повлияла на отдельные показатели в сфере демографии и здоровья населения.

По данным ВОЗ, в 2020 году от коронавируса в мире умерло 2,8 млн чел., а общая избыточная смертность (включает также умерших от других причин, прямо или косвенно связанных с пандемией, а также тех, кто не попал в официальную статистику смертности от COVID-19) достигла 3,6 млн чел. Пока неясно, как в этот период выросла смертность по всем странам мира, но по отдельным из них эта динамика значительна. Например, в Испании смертность по итогам 2020 года выросла на 19,9%, в Италии – на 17,9%, в Бельгии – на 16,5%, в Великобритании – на 15%.

За год пандемия сократила ожидаемую продолжительность жизни. В первую очередь это коснулось стран, больше других пострадавших от коронавируса. Так, в антилидерах по количеству заболевших COVID-19 – США: согласно Национальному статистическому центру здравоохранения страны, только за первое полугодие 2020-го показатель упал на год, до 77,8 года. В Великобритании, также серьезно пострадавшей от пандемии, согласно оксфордскому исследованию, к концу ноября 2020 года по сравнению с 2019-м показатель снизился на 0,9 и 1,2 года для женщин и мужчин соответственно (до 82,6 и 78,7 года). В Израиле, который пандемия затронула в сравнительно меньшей степени, за весь 2020 год ожидаемая продолжительность жизни снизилась на 2,2 месяца.

Кроме того, COVID-19 немного замедлил тренд старения населения. По нашим расчетам, если в 2015–2019 годах доля пожилых людей (старше 65 лет) в общей численности населения ежегодно увеличивалась на 0,21 п. п., то в 2020 году прирост составил 0,15 п. п.

Аналогично пандемия повлияла и на население России. Согласно официальной статистике, в 2020 году от коронавируса умерли 162 тыс. чел., а суммарная избыточная смертность за год достигла 324 тыс. чел.

Ожидаемая продолжительность жизни на фоне COVID-19 вернулась на уровень 2015-2016 годов и составила 71,5 года – на 1,84 года меньше, чем в 2019-м. Пандемия, в частности, сдвинула сроки достижения цели майского указа, связанной с этим показателем. Изначально правительство планировало довести ожидаемую продолжительности жизни до 78 лет к 2024 году и до 80 – к 2030-му. Теперь же планка снижена до 78 лет к 2030 году.

На тренд по старению населения пандемия, похоже, повлияла, но незначительно. По данным Росстата, на 1 января 2021 года в России было 15,8% людей старше 65 лет. За 2020 год доля увеличилась на 0,37 п. п. против, например, 0,5 п. п. по итогам 2019-го.

На наш взгляд, «отголоски» пандемии будут видны в показателях, характеризующих демографию и здоровье населения, еще как минимум два – три года или даже больше. И если смертность – индикатор, который, вероятнее всего, вернется на «доковидный» или близкий к нему уровень со снижением числа заболевших, то, например, ожидаемая продолжительность жизни может возвращаться к позитивной динамике дольше: как минимум из-за того что правительство вынуждено перераспределять ресурсы с решения актуальных проблем здравоохранения на борьбу с пандемией и ее последствиями.

Быть бедным вредно для здоровья?

Между благосостоянием страны или региона и здоровьем населения есть взаимосвязь. Впрочем, неоднозначная.

Мир. Всемирный банк делит все страны на четыре группы по уровню валового национального дохода (ВНД) в расчете на душу населения. По данным ВОЗ, ожидаемая продолжительность жизни в странах с высоким уровнем доходов в среднем за 2015–2020 годы была на 5,4 года больше, чем в странах с доходами выше среднего, на 12,8 года выше, чем в странах с доходами ниже среднего, и сразу на 17,4 года превышала прогноз продолжительности жизни населения беднейших стран.

Более позитивная статистика смертности бедных стран может объясняться большей численностью их населения. Там, в отличие от развитых стран, детей рождается в два–четыре раза больше, чем умирает людей от всех причин, в то время как в богатых странах численность населения в основном показывает лишь небольшой прирост.

Ситуация со смертностью сложнее. По нашим расчетам на основе статистики ВОЗ, в 2019 году коэффициент смертности в богатых странах был выше, чем в остальных группах: от всех причин умерло 896,5 чел. в расчете на 100 тыс. чел. населения против 702,4 чел. в бедных странах.

При этом в бедных странах люди гораздо чаще умирают от заболеваний, давно не актуальных в богатых. Так, смертность от инфекционных заболеваний между этими группами в 2019 году отличалась в девять раз, а по отдельным «побежденным» в развитых странах инфекциям – в десятки и сотни раз. Впрочем, чем богаче страна, тем больше людей в ней умирает, например, от сердечно-сосудистых или неврологических болезней.

Россия относится к группе стран с доходами выше среднего. По нашим расчетам, пять из топ-10 главных причин смерти в России и в странах этой группы совпадают (см. таблицу 2). При этом, например, смертность в России в 1,8 раза выше, а среди ее причин есть минимум одно распространенное заболевание, более характерное для беднейших стран, – ВИЧ (смертность от него в таких странах – 24,1 чел. на 100 тыс. чел., в России – 14,6 чел.).

Россия. Мы исследовали связь между экономическими показателями российских регионов (ВРП, инвестициями в основной капитал, денежными доходами населения и другими) и показателями в сфере здравоохранения (уровнем смертности, заболеваемости, продолжительностью жизни и так далее) за 2019 год и выяснили следующее.

Чем выше экономические показатели регионов, тем в них в среднем:

- ниже смертность. Например, по нашим расчетам, смертность от болезней (без учета ДТП и других внешних причин) в 20 субъектах с наибольшим подушевым ВРП за 2019 год составила 10,2 чел. на 1 тыс. чел., а у топ-20 антилидеров по ВРП – 11,2 чел. на 1 тыс. чел. Впрочем, это верно не для всех регионов, так что среди более богатых из них есть субъекты с высокой смертностью и наоборот;
- выше заболеваемость и ниже ожидаемая продолжительность здоровой жизни. Это парадоксальный результат, так как кажется, что здоровье населения в более богатых субъектах должно быть лучше. Вероятно, такой результат связан с северными регионами. Как правило, в них относительно небольшая численность населения, а объем ВРП, инвестиции в основной капитал, оплата труда и другие

показатели – выше среднероссийских, особенно в расчете на душу населения. При этом из-за тяжелых условий работы и жизни в них выше и заболеваемость;

- выше обеспеченность медицинской инфраструктурой. Особенно хорошо это видно по статистике, касающейся сельской местности. Обеспеченность населения койками и плановая мощность больниц (измеряется количеством посещений в смену) на таких территориях заметно выше в экономически благополучных регионах;
- ниже нагрузка на врачей и средний медперсонал. Чем богаче регион, тем больше в его учреждениях здравоохранения сотрудников и тем меньше населения приходится на одного работника. Причем здесь, как и в случае с медицинской инфраструктурой, связь между показателями сильнее на сельских территориях.

Таблица 2. Топ-10 причин смертей в странах с разным уровнем доходов в 2019 году

Страны сгруппированы на основе методологии Всемирного банка. Взята категоризация стран по состоянию на март 2021 года (в ее основе лежат данные о валовом национальном доходе стран за 2019 год). Россия относится к группе стран с доходами выше среднего. Коэффициент смертности приведен в расчете на 100 тыс. чел.

№	Уровень доходов								Россия	
	Низкий (ВНД < \$ 1 тыс./чел.)		Ниже среднего (ВНД = \$ 1–4 тыс./чел.)		Выше среднего (ВНД = \$ 4–12,5 тыс./чел.)		Высокий (ВНД >= \$ 12,5 тыс./чел.)			
	Причина и коэффициент смертности		Причина и коэффициент смертности		Причина и коэффициент смертности		Причина и коэффициент смертности		Причина и коэффициент смертности	
1	Неонатальные патологические состояния	77,6	Ишемическая болезнь сердца	106,5	Ишемическая болезнь сердца	126,8	Ишемическая болезнь сердца	144,4	Ишемическая болезнь сердца	385,8
2	Инфекции нижних дыхательных путей	62,3	Инсульт	59,6	Инсульт	114,9	Болезнь Альцгеймера и другие виды деменции	68	Инсульт	224,3
3	Ишемическая болезнь сердца	56,8	Неонатальные патологические состояния	43,8	Хроническая обструктивная болезнь легких	46,1	Инсульт	66	Рак трахеи, бронхов, легких	37,3
4	Инсульт	50	Хроническая обструктивная болезнь легких	42,7	Рак трахеи, бронхов, легких	33,6	Рак трахеи, бронхов, легких	48,8	Кардиомиопатия, миокардит, эндокардит	37,1
5	Кишечные инфекции	39,3	Инфекции нижних дыхательных путей	38,5	Инфекции нижних дыхательных путей	21,9	Хроническая обструктивная болезнь легких	46	Болезнь Альцгеймера и другие виды деменции	33,3
6	Малярия	28,5	Кишечные инфекции	38	Сахарный диабет	20,8	Инфекции нижних дыхательных путей	35	Цирроз печени	31,2
7	Травматизм в ДТП	28,4	Туберкулез	28,8	Гипертензивная болезнь сердца	18,1	Рак толстой и прямой кишки	27,7	Рак толстой и прямой кишки	29,2
8	Туберкулез	25,5	Цирроз печени	21,1	Болезнь Альцгеймера и другие виды деменции	18	Заболевания почек	22,5	Другие болезни системы кровообращения	26,5
9	ВИЧ/СПИД	24,1	Сахарный диабет	20,6	Рак желудка	17,8	Гипертензивная болезнь сердца	18,4	Хроническая обструктивная болезнь легких	25,1
10	Цирроз печени	17,1	Травматизм в ДТП	17,3	Травматизм в ДТП	16,8	Сахарный диабет	16,9	Причинение вреда самому себе	25,1
		702,4		679,8		696,6		896,5		1226,8
Общий коэффициент смертности										

Таким образом, статистика подтверждает, что состояние экономики и сферы здравоохранения связаны между собой. В более богатых странах люди, как правило, живут дольше и имеют более доступную медицину, но «платят» за высокий уровень жизни специфическими заболеваниями.

Россия же по структуре смертности ближе к развитым государствам, но коэффициент смертности и другие показатели у нее часто хуже, чем у неблагополучных стран. Зато в регионах уже четко прослеживается связь между экономикой и здравоохранением. Корреляция между ними не 100%-я, но устойчивая: чем выше ВРП субъекта, его инфраструктурные инвестиции, доходы населения и другие показатели, тем в среднем лучше обстоят дела со здоровьем населения и здравоохранением в целом.

Оптимизацией по больному

Число больничных коек в России сокращается год от года: это стало одним из наиболее ярких элементов реформы здравоохранения. Привело ли это к дефициту медицинской инфраструктуры? И да, и нет.

По данным Росстата, с 2000 по 2019 годы количество больниц сократилось в два раза – с 10,7 тыс. организаций до 5,1 тыс. Соответственно, уменьшилось и количество больничных коек в расчете на одного жителя страны – со 115 до 80 штук на 10 тыс. человек.

Тренд кажется тревожным. Однако статистика ВОЗ показывает, что так происходит во всем мире.

На рисунке 24 представлены данные о количестве больничных мест в расчете на 10 тыс. человек в разных странах – главным образом экономически развитых и имеющих высокие показатели в области здоровья населения. Видно, что сокращение числа коек – глобальный тренд. А кроме того, даже в сопоставимых и примерно одинаково успешных в медицинской сфере странах обеспеченность койками может кратно отличаться, и говорит это только о разнице конкретных стран в подходах к развитию здравоохранения.

Почему оптимизация – не всегда плохо

На наш взгляд, сокращение количества коек и улучшение (или по крайней мере неухудшение) качества работы системы здравоохранения во многих странах возможны за счет нескольких факторов.

Первый – разнообразие форм медицинской помощи, которая включает не только услуги стационаров, но и, например, сестринскую помощь на дому. В таком «социально-медицинском» формате с конца 1980-х годов развивается здравоохранение в Дании, где количество коек в то время существенно сократили.

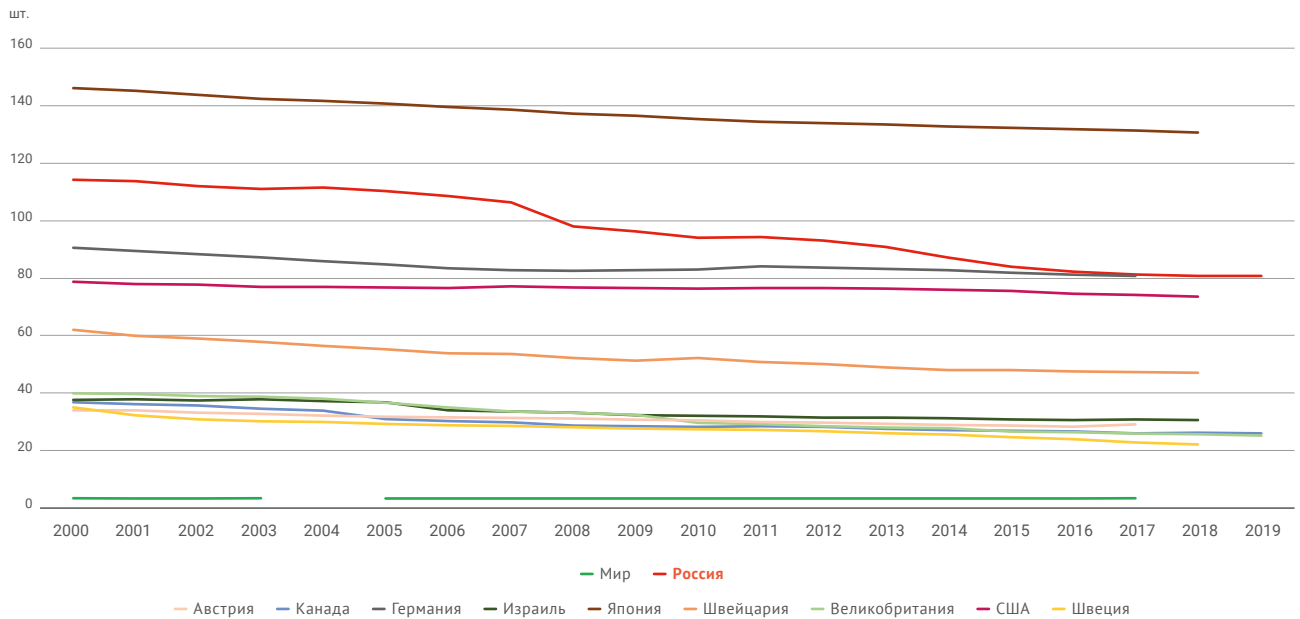
Шире это можно обозначить как применение стационарозамещающих технологий. Они включают расширение перечня видов диагностики и операций, которые врачи могут проводить в поликлиниках, «долечивание» в дневных стационарах или на дому и так далее.

Второй – развитая профилактика заболеваний, при которой часть населения перестает нуждаться в стационарах.

И третий – рост эффективности использования имеющихся коек, включая применение таких медицинских технологий, лекарств, способов лечения, оборудования, при которых пациент выздоравливает быстрее и занимает место в больнице меньшее количество дней.

Рисунок 24. Количество больничных коек в разных странах

Приведены наиболее актуальные данные по количеству больничных коек в расчете на 10 тыс. чел. населения в отдельных странах.



Источник: данные Всемирного банка, ВОЗ, Росстата, анализ и расчеты InfraOne Research

Россия сокращает количество коек наравне со всеми. Однако правительство не спешит компенсировать это внестационарными услугами или профилактикой заболеваний. И едва ли спасает ситуацию то, что Россия пока обгоняет многие страны по относительному количеству мест в больницах.

По данным Росстата, с 2000 по 2009 год количество поликлиник в стране сократилось на 40% (до 15,3 тыс. штук), а к 2019-му вернулось на прежний уровень (21,2 тыс. штук). Их мощность при этом непрерывно увеличивалась и за почти 20 лет выросла на 14%: с 243,2 посещений в смену на 10 тыс. человек в 2000 году до 277,5 тыс. на 10 тыс. человек в 2019-м (при этом в Москве она за тот же период упала более чем на 12%, а в каких-то регионах выросла в полтора–два и более раза). Можно предположить, что поток пациентов со стационаров действительно частично перераспределился на поликлиники, но качество их услуг от возросшей нагрузки, скорее всего, только снизилось.

Об увеличившейся нагрузке на систему в целом (и амбулатории, и стационары) говорят данные о численности населения и медработников. В 2019 году на одного работника среднего медперсонала приходилось 98,4 человека. Это на 6% больше, чем в 2000 году: все 20 лет значение показателя постепенно возрастало. Ситуация с врачами немного сложнее, так как статистика показывает, что нагрузка на них постоянно то падает, то возрастает. В 2000 году на одного врача приходилось 213,6 человека, к 2011 году показатель упал почти на 9% (195,2 человека), за следующие четыре года вырос сразу на 12% (217,7 человека), а затем снижался и по итогам 2019 года установился на «среднем» уровне в 205,3 человека.

Интересна статистика, показывающая, что происходит с одной больничной койкой в течение года. За 20 лет среднее количество дней, которые пациент занимает койку, снизилось с 15,4 до 10,6. Средняя занятость места осталась

примерно прежней – 311 дней в году в 2019-м против 313 дней в 2000-м. Все это на фоне сокращения общего количества коек с 1,57 млн до 1,03 млн штук. Доля умерших в стационарах за тот же период выросла в полтора раза – с 1,3% до почти 2%.

Видно, что пациентов стали выписывать быстрее, причем примерно настолько же, насколько уменьшили количество коек. Не исключено, что выросла эффективность лечения, однако пациенты стали чаще умирать. Последнее, впрочем, зависит от многих факторов: не только и, вероятно, не столько от длительности пребывания в больнице. При всем этом «продуктивность» коек даже слегка снизилась. В среднем каждая из них простаивает почти два месяца в год, что не согласуется с целью реформы здравоохранения – сократить «неэффективные» койки.

Так как представленные данные – это «средняя температура по больнице», выводы по ним следует делать осторожно. Похоже, что оптимизация в сфере здравоохранения в России пока не очень успешна, так как развитие внестационарной помощи не поспевает за сокращением коек. От этого страдают и больницы (поток пациентов в них по-прежнему высок), и амбулатории (их количество не растет, а пациенты прибывают).

Своеобразным «костылем» бюджетному здравоохранению стали частные клиники – там, где это позволяет платежеспособный спрос населения (см. «Как частные клиники дополняют бюджетные»). Последнее означает, что бесплатную помощь заменить они не могут, несмотря на то что многие из них оказывают услуги по ОМС. Следовательно, правительство должно продолжить повышать эффективность стационарной помощи, в том числе улучшать укомплектованность больниц, и развивать альтернативу ей – открывать центры реабилитации и геронтологии, расширять сеть поликлиник и улучшать их оснащенность.

В каких больницах «ждут» пациентов

По данным Минздрава, в 2019 году средняя занятость больничной койки в России составляла 311 дней. Каждая койка пустовала в среднем 54 дня, и это довольно высокий показатель (в СССР такой уровень считался нормативным только для сельских больниц – 55 дней простоя в год). Но ситуация сильно отличается в зависимости от профиля коек и региона.

Статистика Минздрава показывает, что самые востребованные услуги стационаров – радиологические, то есть связанные с лечением онкологии. В 2019 году койки этого профиля были заняты в среднем 345 дней из 365. На втором месте – гематологические отделения, где лежат больные с заболеваниями крови. Их койки были заняты в среднем 335 дней. Следом идут паллиативные отделения, где облегчают состояние пациентов с неизлечимыми заболеваниями. В них койки были заняты в среднем 332 дня.

В целом по стране явно перегруженных стационаров нет. Напротив, по ряду направлений острее стоит проблема их недогрузки. Антилидер здесь – инфраструктура для беременных и рожениц, которая с каждым годом простаивает все дольше: в 2019 году этот показатель составил 119 дней, а в среднем за последние пять лет – 102 дня. За ней идут «инфекционные» и «токсикологические» койки, которые в 2019-м не использовались 89 и 74 дня соответственно. Вероятнее

Простой инфраструктуры – важная проблема. Содержание неиспользуемой койки обходится больнице немногим дешевле, чем обслуживание койки с пациентом, ведь на нее заранее закладывают определенный объем работы врачей и медсестер, а также специализированного оборудования.

Для каждого профиля медицинской помощи есть свой норматив простоя коек. Он складывается из простоя койки на ремонт и простоя в связи с ее оборотом (сюда входит время на санацию места и на ожидание госпитализации пациента). В среднем по большинству направлений простоя около 20–25 дней в году – норма. Но, например, у коек для беременных и рожениц этот норматив выше (85–113 дней в зависимости от плотности населения), равно как по туберкулезному и некоторым иным направлениям.

всего, по итогам 2020-го – первого «ковидного» года – мощности инфекционных отделений, напротив, были остродефицитными: даже несмотря на открытие временных госпиталей и перепрофилирование коек других направлений (по данным на середину июля 2021 года статистика в этой сфере за 2020-й пока не опубликована).

Больше информации дает статистика занятости коек конкретного профиля в разрезе регионов (см. таблицу 3). Почти в каждом из них есть больничная инфраструктура, которая используется неэффективно (такое встречается чаще) или в которой есть острая потребность.

Мы проанализировали данные об использовании коек 40 различных профилей во всех субъектах. По нашей оценке, в 13 регионах есть 20 и более направлений, в которых койки стационаров заняты меньше 300 дней в году. Например, в Тверской области в 2019 году было 30 таких направлений, в том числе по восьми инфраструктура использовалась только 200–250 дней, а по шести – менее 200 дней (свыше полугодия простаивали койки профиля сосудистой хирургии, торакальной хирургии, для беременных и рожениц и другие).

В то же время у 30 регионов в 2019 году было хотя бы одно медицинское направление, по которому инфраструктуры не хватало. В Санкт-Петербурге их было сразу 11 –

больше, чем в любом другом регионе. Согласно данным Минздрава, по ним каждую койку в среднем использовали больше 365 дней, в том числе в терапевтических отделениях – 402 дня, а токсикологических – 514 дней. Вероятнее всего, это значит, что количество пациентов в таких стационарах превышало количество коек, а для «дополнительных» больных привлекали свободные койки другого профиля.

Абсолютный антилидер – Вологодская область, у которой инфраструктура сестринского ухода была перегружена более чем в полтора раза: соответствующие койки в 2019 году в среднем были заняты 567 дней.

Получается, что проблема простоя инфраструктуры больниц в России более актуальна, чем проблема ее дефицита. На наш взгляд, это особенно важно понимать в период после пандемии коронавируса, когда велик соблазн нарастить мощности стационаров, чтобы тем самым обезопасить себя от возможных будущих проблем. По нашему мнению, компромиссом здесь может быть создание гибридной инфраструктуры – такой, которая в зависимости от потребностей может использоваться в разных направлениях медицины, либо многофункциональной, которая базово используется в немедицинских целях, но в нужный момент может трансформироваться для обслуживания пациентов.

Это, впрочем, не отменяет точечных проблем нехватки инфраструктуры – в конкретных направлениях медицины и на конкретных территориях. С учетом «традиционного» дефицита бюджетных средств (см. [«Расходы на медицину»](#)) для их решения целесообразно привлекать частный капитал, в том числе в рамках медицинских концессий и ГЧП.

Таблица 3. Количество дней использования коек разного профиля в разрезе регионов в 2019 году

Регионы

1	Адыгея	23	Калужская область	45	Нижегородская область	67	Тамбовская область
2	Алтайский край	24	Камчатский край	46	Новгородская область	68	Татарстан
3	Амурская область	25	Карачаево-Черкесия	47	Новосибирская область	69	Тверская область
4	Архангельская область	26	Карелия	48	Омская область	70	Томская область
5	Астраханская область	27	Кемеровская область	49	Оренбургская область	71	Тува
6	Башкирия	28	Кировская область	50	Орловская область	72	Тульская область
7	Белгородская область	29	Коми	51	Пензенская область	73	Тюменская область
8	Брянская область	30	Костромская область	52	Пермский край	74	Удмуртия
9	Бурятия	31	Краснодарский край	53	Приморский край	75	Ульяновская область
10	Владимирская область	32	Красноярский край	54	Псковская область	76	Хабаровский край
11	Волгоградская область	33	Крым	55	Республика Алтай	77	Хакасия
12	Вологодская область	34	Курганская область	56	Ростовская область	78	ХМАО
13	Воронежская область	35	Курская область	57	Рязанская область	79	Челябинская область
14	Дагестан	36	Ленинградская область	58	Самарская область	80	Чечня
15	Еврейская автономная область	37	Липецкая область	59	Санкт-Петербург	81	Чувашия
16	Забайкальский край	38	Магаданская область	60	Саратовская область	82	Чукотский автономный округ
17	Ивановская область	39	Марий Эл	61	Сахалинская область	83	Якутия
18	Ингушетия	40	Мордовия	62	Свердловская область	84	ЯНАО
19	Иркутская область	41	Москва	63	Севастополь	85	Ярославская область
20	Кабардино-Балкария	42	Московская область	64	Северная Осетия		
21	Калининградская область	43	Мурманская область	65	Смоленская область		
22	Калмыкия	44	Ненецкий автономный округ	66	Ставропольский край		

Профиль больничных коек

1	Аллергологические	11	Наркологические	21	Психиатрические	31	Туберкулезные
2	Для беременных и рожениц	12	Неврологические	22	Пульмонологические	32	Урологические
3	Для патологии беременности	13	Нефрологические	23	Радиологические	33	Хирургические
4	Гинекологические	14	Онкологические	24	Реабилитационные	34	Нейрохирургические
5	Гастроэнтерологические	15	Оториноларингологические	25	Ревматологические	35	Торакальной хирургии
6	Гематологические	16	Офтальмологические	26	Сестринского ухода	36	Кардиохирургические
7	Геронтологические	17	Ожоговые	27	Терапевтические	37	Сосудистая хирургия
8	Дерматовенерологические	18	Паллиативные	28	Токсикологические	38	Хирургические гнойные
9	Инфекционные	19	Педиатрические	29	Травматологические	39	Челюстно-лицевая хирургия
10	Кардиологические	20	Проктологические	30	Ортопедические	40	Эндокринологические

Сколько дней в году в среднем используется больничная койка

<200	200–249	250–299	300–349	350–364	365–399	>=400
------	---------	---------	---------	---------	---------	-------

Регион	Профиль коек																																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
1	-	201	280	281	304	328	138	335	314	302	322	316	325	308	313	291	304	336	296	344	343	325	320	304	334	344	320	-	317	310	344	333	347	305	-	-	332	337	291	327
2	324	285	283	281	294	333	298	248	214	295	354	282	293	336	292	285	287	336	285	286	321	295	331	323	315	219	284	162	287	342	292	295	281	286	358	282	334	312	298	281
3	293	250	304	321	327	313	280	344	240	327	339	342	318	331	327	315	332	232	306	318	323	343	347	340	323	243	339	195	323	334	322	332	328	283	315	340	319	-	315	319
4	-	286	336	296	297	346	325	342	284	324	307	322	317	339	325	305	318	330	317	303	314	341	349	304	331	315	324	-	318	316	332	320	313	349	319	332	342	323	330	319
5	325	278	339	320	324	327	308	332	270	327	324	328	326	307	322	325	318	328	322	331	348	325	332	316	332	331	322	307	326	326	327	326	319	321	328	285	321	326	324	323
6	309	285	323	325	328	326	291	348	292	328	326	335	311	339	312	299	329	330	320	314	336	322	350	311	326	296	336	323	333	317	330	327	337	315	311	320	334	331	327	327
7	307	246	291	296	312	320	326	332	281	312	351	318	298	341	310	223	266	304	294	310	323	329	330	340	330	332	334	-	291	318	246	319	313	299	141	357	316	326	340	312
8	259	195	275	286	284	291	307	292	252	302	305	296	272	293	268	304	284	291	264	289	308	308	344	296	276	254	304	-	304	301	291	301	299	297	287	-	288	338	306	288
9	315	291	310	321	332	345	317	323	333	338	345	333	338	347	332	347	342	340	332	341	332	329	349	336	324	-	338	-	335	349	335	337	334	335	342	339	321	332	349	340
10	-	220	309	306	335	381	-	316	251	326	311	318	283	331	313	299	118	299	264	332	339	302	350	303	292	235	317	-	308	240	288	349	334	346	309	-	364	298	321	331
11	344	219	289	298	325	297	313	351	250	309	298	329	316	332	313	335	229	293	291	320	319	322	348	326	332	326	314	225	315	325	262	320	304	319	277	295	308	335	295	338
12	203	202	328	314	308	377	369	340	227	324	308	298	276	275	277	307	254	348	251	310	291	333	356	302	293	567	333	199	306	267	183	330	332	322	334	292	291	384	407	272
13	363	191	294	289	319	442	342	226	265	313	248	329	325	361	311	290	271	322	296	288	298	330	385	284	320	323	322	177	313	315	226	334	313	314	341	316	333	318	313	310
14	307	232	256	261	302	326	292	241	270	326	339	304	289	316	266	291	297	259	254	300	323	342	318	198	278	369	266	-	254	244	271	316	262	293	272	339	280	311	360	329
15	-	167	264	172	281	239	219	273	231	247	269	312	316	324	221	282	228	383	260	227	263	390	-	293	55	84	255	-	288	259	292	307	270	279	254	-	324	407	226	251
16	-	237	280	269	326	307	348	306	296	297	332	327	325	304	323	326	325	359	290	341	331	300	331	308	322	339	299	306	333	338	319	311	308	318	251	268	383	355	298	323
17	319	281	297	329	341	339	303	321	280	311	322	320	329	334	331	326	351	346	284	341	330	325	335	319	336	345	317	-	292	348	335	336	338	332	350	343	336	351	310	314
18	342	281	293	316	339	341	341	337	343	348	-	344	346	328	355	350	344	349	297	329	-	367	-	292	348	-	339	-	340	342	251	333	331	344	293	-	283	336	370	323
19	333	288	284	292	321	322	297	309	303	320	307	323	324	328	315	323	308	344	311	319	349	313	293	319	327	343	332	312	317	309	319	334	333	312	340	300	323	323	318	304
20	303	297	280	376	331	294	310	318	289	308	313	325	308	282	292	276	281	250	348	311	278	315	284	326	313	-	316	-	344	282	313	316	329	269	284	-	345	-	310	304

Каждый регион несчастен по-своему

Чтобы понять, насколько ярко в России выражен территориальный дисбаланс в развитии здравоохранения, мы оценили состояние этой сферы во всех 85 регионах.

Как мы считали

Мы исследовали две группы показателей – связанные с доступностью медицины и здоровьем населения.

В первой группе мы выделили три подгруппы показателей. Это обеспеченность регионов инфраструктурой (сюда вошли индикаторы, отражающие обеспеченность регионов койками в больницах и степень их «перегрузки», а также мощность поликлиник), кадровая обеспеченность (нагрузка на врачей и средний медперсонал в целом по регионам и обеспеченность кадрами сельских территорий) и возможность жителей регионов воспользоваться услугами коммерческой медицины (здесь мы оценили объем рынка платных медицинских услуг в субъектах, а также финансовые возможности населения).

Во второй группе мы также выделили три подгруппы показателей. Сюда вошли заболеваемость населения, смертность (общая, от болезней и младенческая) и продолжительность жизни (ожидаемая продолжительность жизни при рождении и после 55 лет, а также ожидаемая продолжительность здоровой жизни).

Показатели, отражающие загрузку инфраструктуры и медработников (кроме индикатора загрузки коек в стационарах), а также заболеваемость и смертность, относительны и учитывали численность населения субъектов, в отношении которых рассчитывались.

По каждому показателю каждый из регионов получил оценку от 0 до 100. Минимальное количество баллов давалось субъекту с худшим значением конкретного показателя, максимальное – с лучшим, остальные регионы оценивались исходя из максимального и минимального значений.

Всем показателям в зависимости от их значимости для итогового результата мы присвоили веса. Каждый регион, таким образом, был оценен по 100-балльной шкале, а вклад конкретных показателей в оценку показан на рисунке 25.

Первое место в рейтинге заняла Москва, которая получила 66,6 балла из 100. По сравнению с другими регионами в столице лучше обеспеченность медицинскими кадрами и ниже нагрузка на них, ее жители имеют больше возможностей для обращения в частные клиники, а по сумме баллов в сфере здоровья населения она входит в первую десятку субъектов.

При этом по наличию и загрузке инфраструктуры здравоохранения Москва стала только 30-й в рейтинге. Она набрала 23,1 балла из 40 возможных, в том числе получила «средние» результаты по количеству больничных коек и мощности поликлиник в расчете на 10 тыс. чел. населения и по степени перегруженности некоторых медицинских направлений (в 2019 году в столице было четыре направления «дефицитных» коек).

На втором месте в рейтинге оказалась Чукотка. Она опередила большинство регионов по доступности медицины, но обусловлено это скорее низкой численностью населения и «северными» доходами местных жителей. Регион занял первое место по наличию и загрузке инфраструктуры здравоохранения, второе – по возможности обращаться к коммерческой медицине и 30-е – по наличию и степени загрузки инфраструктуры. При этом по группе показателей, связанных со здоровьем населения, Чукотка заняла последнее место среди всех регионов, набрав 8,1 балла из 30 возможных.

Санкт-Петербург занял третье место. Ситуация в здравоохранении в нем в целом аналогична столичной, однако по инфраструктурным показателям он набрал еще меньше баллов: в этой подгруппе он находится на 72-м месте, главным образом из-за перегруженности коек стационаров сразу по 11 профилям (каждую из таких коек в среднем используют 392 дня в год).

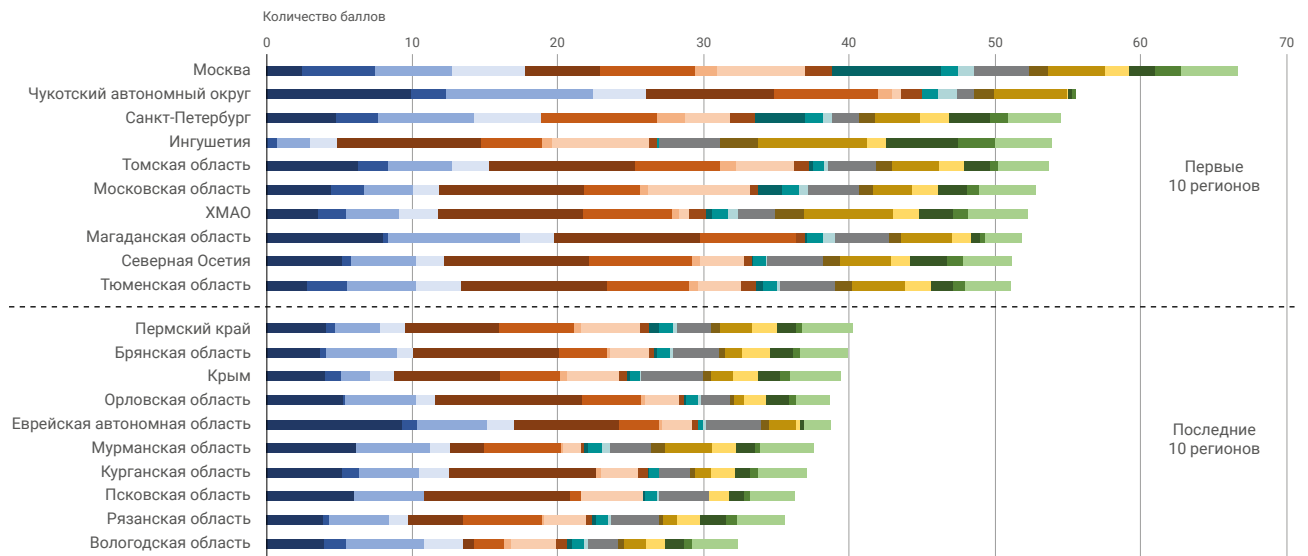
Оставшиеся регионы набрали от 32,4 балла до 54,4 балла.

Показательно, что те из субъектов, что получили хорошие результаты по инфраструктурным индикаторам, вовсе не обязательно набрали высокие баллы по тем из них, что связаны со здоровьем населения (как в случае Чукотки), и наоборот (как северокавказские регионы). Например, продолжительность жизни или смертность необязательно напрямую коррелируют с количеством койко-мест в больницах или численностью врачей.

В частности из-за этого мы не выявили существенной зависимости между количеством баллов и принадлежностью к макрорегиону. Незначительно обгоняет другие федеральные округа СКФО – благодаря относительно низким заболеваемости и смертности и высокой продолжительности жизни. В остальном же разные округа примерно одинаковы.

Рисунок 25. Регионы – лидеры и аутсайдеры по состоянию сферы здравоохранения

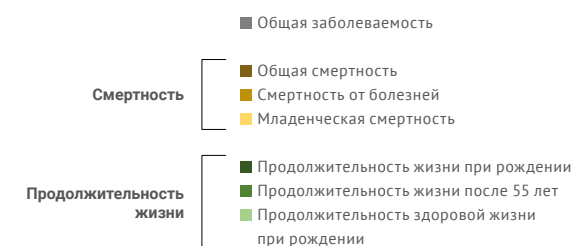
Диаграмма основана на результатах рейтинга регионов по состоянию их сферы здравоохранения. Подробнее о методологии см. «Как мы считали».



Доступность медицины

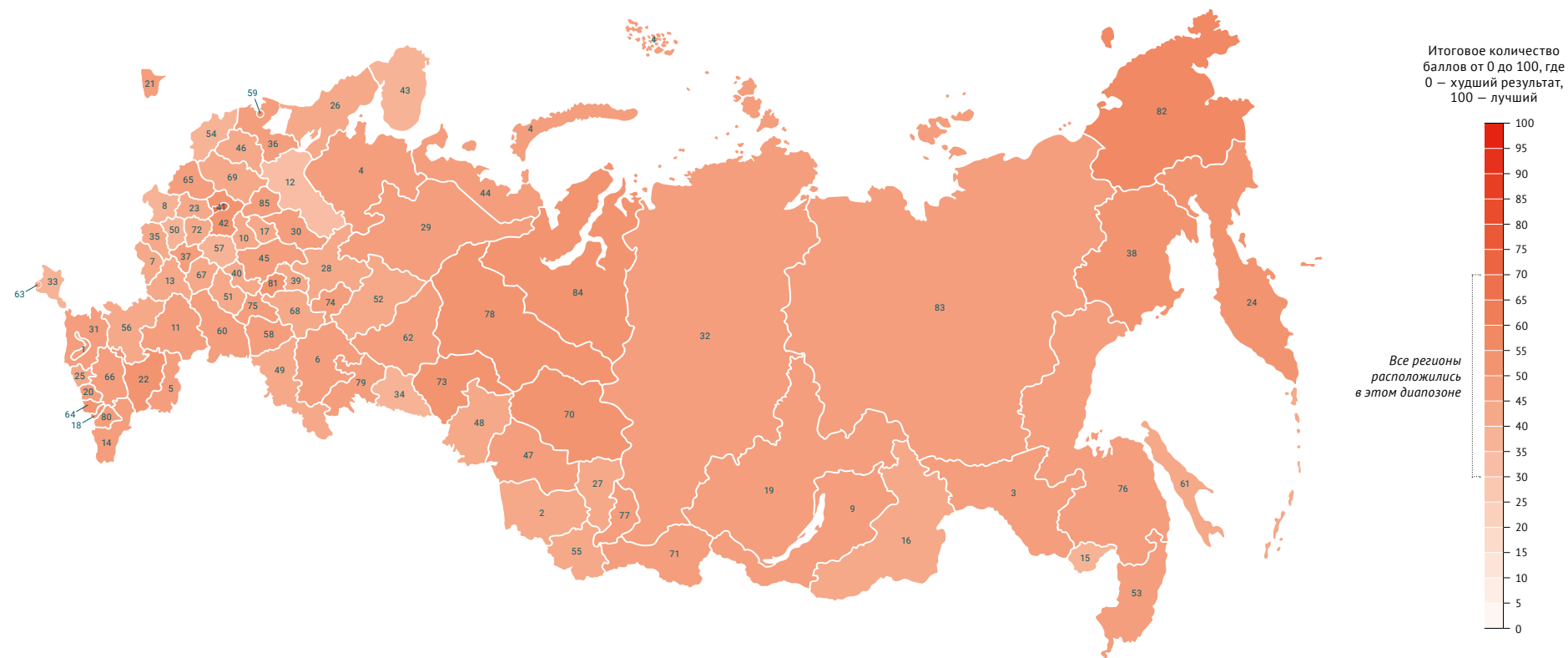


Здоровье населения



Источник: данные Росстата, Минздрава, анализ и оценка InfraOne Research

Рисунок 26. Состояние сферы здравоохранения в регионах России



1 Адыгея	16 Забайкальский край	31 Краснодарский край	46 Новгородская область	61 Сахалинская область	76 Хабаровский край
2 Алтайский край	17 Ивановская область	32 Красноярский край	47 Новосибирская область	62 Свердловская область	77 Хакасия
3 Амурская область	18 Ингушетия	33 Крым	48 Омская область	63 Севастополь	78 Ханты-Мансийский автономный округ
4 Архангельская область	19 Иркутская область	34 Курганская область	49 Оренбургская область	64 Северная Осетия	79 Челябинская область
5 Астраханская область	20 Кабардино-Балкария	35 Курская область	50 Орловская область	65 Смоленская область	80 Чечня
6 Башкирия	21 Калининградская область	36 Ленинградская область	51 Пензенская область	66 Ставропольский край	81 Чувашия
7 Белгородская область	22 Калмыкия	37 Липецкая область	52 Пермский край	67 Тамбовская область	82 Чукотский автономный округ
8 Брянская область	23 Калужская область	38 Магаданская область	53 Приморский край	68 Татарстан	83 Якутия
9 Бурятия	24 Камчатский край	39 Марий Эл	54 Псковская область	69 Тверская область	84 Ямало-Ненецкий автономный округ
10 Владимирская область	25 Карачаево-Черкесия	40 Мордовия	55 Республика Алтай	70 Томская область	85 Ярославская область
11 Волгоградская область	26 Карелия	41 Москва	56 Ростовская область	71 Тува	
12 Вологодская область	27 Кемеровская область	42 Московская область	57 Рязанская область	72 Тульская область	
13 Воронежская область	28 Кировская область	43 Мурманская область	58 Самарская область	73 Тюменская область	
14 Дагестан	29 Коми	44 Ненецкий автономный округ	59 Санкт-Петербург	74 Удмуртия	
15 Еврейская автономная область	30 Костромская область	45 Нижегородская область	60 Саратовская область	75 Ульяновская область	

Источник: данные Росстата, Минздрава, анализ и оценка InfraOne Research

Как частные клиники дополняют бюджетные

Российский рынок коммерческой медицины растет огромными темпами (см. рисунок 28). По данным Росстата, еще в 2000 году объем платных медицинских услуг населению составлял 27,5 млрд руб. По итогам 2019 года сумма выросла в 26 раз – до 723,1 млрд руб. Только с 2010 по 2019 год отрасль нарастила 2 п. п. в структуре платных услуг населению – до 7,1%.

Доля частных медицинских организаций в 2018 году составляла, по нашим расчетам на основе данных Росстата, 20,6% от их общего количества, или почти 5,1 тыс. штук. Для сравнения, еще в 2010 году таких клиник было менее 2,9 тыс. штук, или 13,2%.

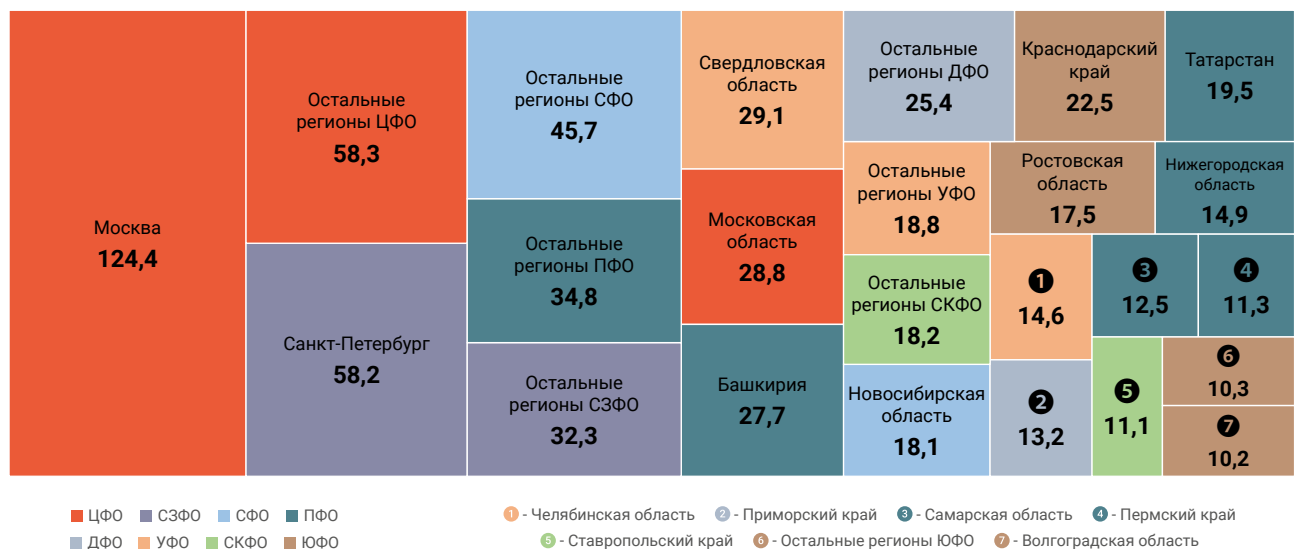
Пандемия ослабила рост сегмента ДМС. В течение года предприятия и физические лица сокращали расходы на такие программы. В результате после пикового прироста количества договоров ДМС в 2019 году (на 17 млн штук) в 2020-м он снизился до 10,7 млн штук за год.

О развитии коммерческой медицины говорит и быстрый рост рынка добровольного медицинского страхования (ДМС). По нашим расчетам на основе данных ЦБ, с 2010 по 2020 год объем страховых премий по ДМС вырос в 2,1 раза (с 86 до 177 млрд руб.), объем выплат страховых компаний по таким программам – в 1,8 раза (с 65 до 118 млрд руб.), а количество договоров страхования, действующих на конец года, – в 2,1 раза (с 3,7 до 8 млн штук). Впрочем, к размерам сектора обязательного медицинского страхования ДМС пока не приблизился: по нашим расчетам, в 2020 году по объему страховых премий на каждые 12 рублей ОМС приходился лишь один рубль ДМС, а по уровню выплат они соотносились как 17:1 против 6:1 и 7:1 в 2010-м.

Впрочем, динамичное развитие рынка коммерческой медицины замечают далеко не все территории страны. «Сливки» от этого роста снимают крупнейшие регионы, обладающие платежеспособным спросом. Так, на Москву и Московскую область приходится 22,6% от суммарного объема платных медицинских услуг по стране, на Санкт-Петербург и Ленинградскую область – 9,4%, еще 4,3% и 4,1% приходятся на Свердловскую область и Башкирию, а на остальные регионы суммарно – менее 60% (см. рисунок 27).

Рисунок 27. Рынок платных медицинских услуг в разрезе регионов в 2018 году

Объем платных медицинских услуг населению, млрд руб.



Источник: данные Росстата, анализ InfraOne Research

Еще больший «крен» в пользу крупнейших городов в секторе ДМС. По нашей оценке на основе данных ЦБ, в 2020 году в Москве и Санкт-Петербурге было сосредоточено 55,6% и 22,2% страховых премий этого рынка, или 99,6 и 39 млрд руб. соответственно. Аналогичное распределение было и по выплатам страховых компаний: на Москву и Санкт-Петербург пришлось почти 80% всех выплат по страховым случаям, или 93,9 млрд руб.

На наш взгляд, развитие коммерческой медицины в России — естественный и позитивный процесс. Он повышает разнообразие, качество и доступность медицинских услуг. К тому же, согласно исследованиям ВОЗ, «нормальной» доли частного сектора в здравоохранении не существует. Например, по подсчетам организации, в странах Восточного Средиземноморья больше половины больничной и 2/3 амбулаторной помощи оказывают коммерческие организации. А в странах Восточной Европы и Центральной Азии население, напротив, большую часть помощи получает в государственном секторе. Обе крайности нормальны, если такое соотношение государства и бизнеса в здравоохранении справляется с нуждами населения. Впрочем, есть несколько «но».

Во-первых, один из стимулов развития коммерческой медицины в России — «узкие» места публичного здравоохранения, включая устаревшую инфраструктуру и ее дефицит, нагрузку на врачей и другие. Из-за этого частный сектор часто выступает дорогостоящей заменой, а не дополнением государственному.

Во-вторых, коммерческая медицина в России развивается непропорционально: сильно в густонаселенных и платежеспособных регионах (в которых легче получить и бесплатные услуги) и слабо — на остальной территории страны. В результате дисбаланс в доступности медицины усугубляется, а значительная часть населения не ощущает на себе развития частного сектора.

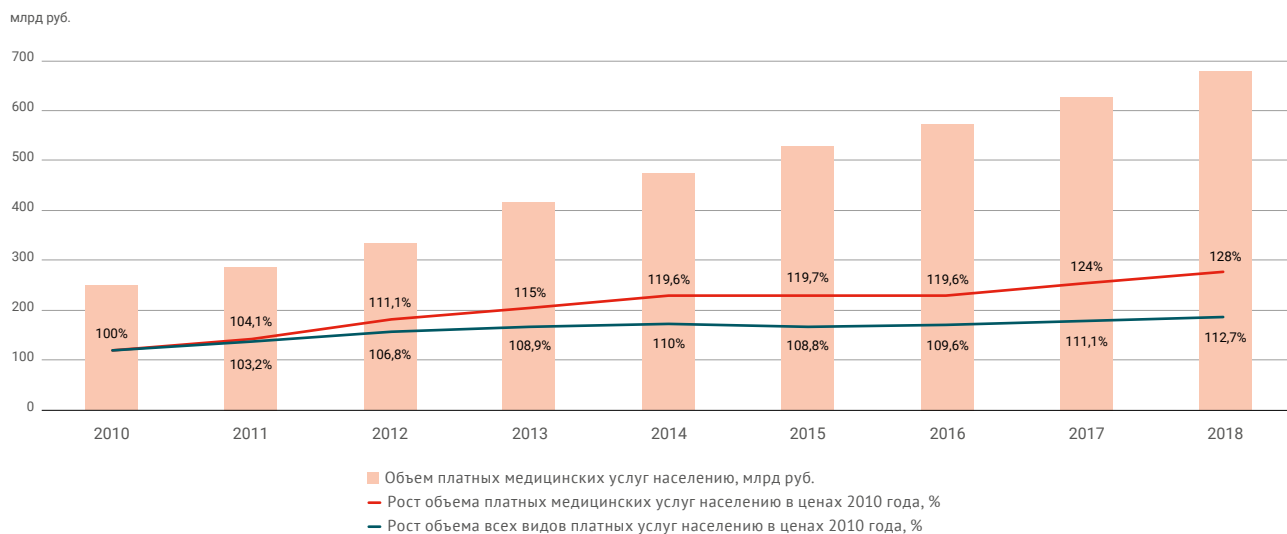
И в-третьих, как показала пандемия, в кризис необходима сильная государственная система здравоохранения, так как решение крупных проблем в области здоровья населения остается прерогативой государства.

Кроме того, существенная часть населения, пользующаяся услугами сектора ДМС, в любой момент может быть вынуждена «переориентироваться» на общедоступную медицину.

По нашему мнению, рынок коммерческой медицины в России продолжит расти и дальше, это хорошо — и для инвесторов, и для населения. Но ориентирован он будет, как и сейчас, на крупнейшие города и платежеспособный спрос. На «плечах» у государства останется необходимость равномерно развивать здравоохранение в стране — в нерентабельных сферах и на неперспективных для инвесторов территориях, а также решать глобальные проблемы в этой сфере, риск столкнуться с которыми есть у любой страны.

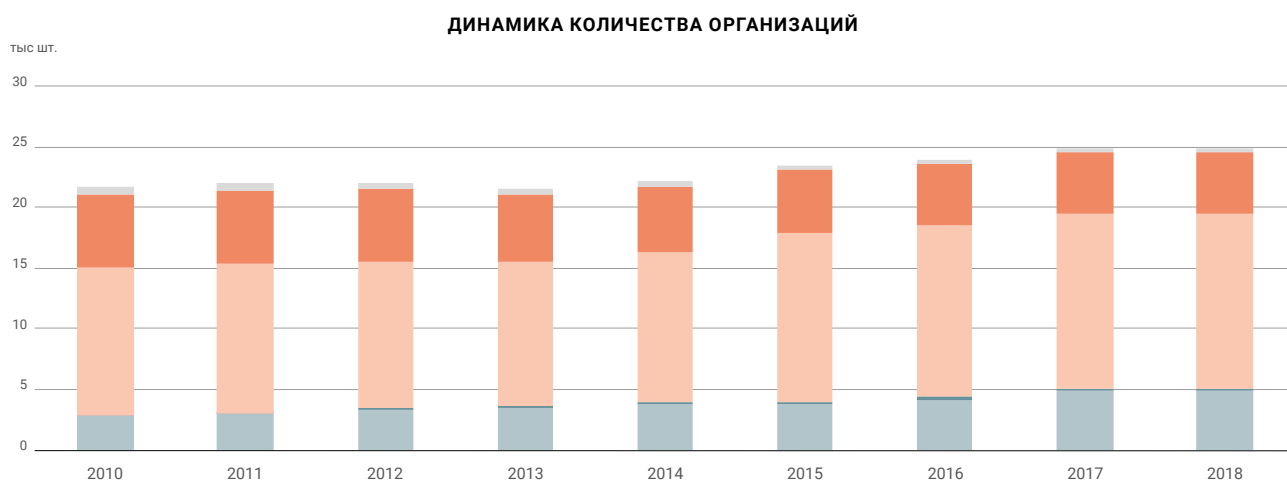
Впрочем, и для развития публичной инфраструктуры возможно привлечь частный капитал — например, через концессионные или ГЧП-соглашения. Инвестор в таких инициативах может быстро построить дефицитную инфраструктуру, не опасаясь за низкую окупаемость проекта, а государство, освобождаясь от крупных единовременных трат, получает нужный объект.

Рисунок 28. Динамика роста объема платных медицинских услуг в 2010–2018 годах



Источник: данные Росстата, анализ и расчеты InfraOne Research

Рисунок 29. Рост количества коммерческих медицинских организаций и их мощности в 2010–2018 годах



Источник: данные Росстата, Минздрава, анализ и расчеты InfraOne Research

Геронтология: есть ли место бизнесу?

В 2019 году суммарная стоимость услуг для пожилых и инвалидов составила всего 28,4 млрд руб. – около 1,2 тыс. руб. в расчете на каждого пожилого человека, или 2,3 тыс. руб. в год в расчете на каждого инвалида. С учетом низкой – относительно других стран – продолжительности здоровой жизни и быстрого старения населения эта сфера, на наш взгляд, слишком мала.

По нашей оценке на основе «СПАРК-Интерфакс», на апрель 2021 года в России работало всего около десятка относительно крупных организаций (с годовой выручкой более 0,1 млрд руб.), специализирующихся на уходе, в том числе за престарелыми и инвалидами, с обеспечением проживания. Их суммарная выручка за 2020 год – всего 4,8 млрд руб.

Крупнейшие организации – гериатрические центры Senior Group с общей выручкой свыше 880 млн руб. и «Моссоцгарантия», которая находится в собственности правительства Москвы (ее выручка за 2020 год – почти 850 млн руб.).

Всего же, по данным Росстата, в России около 1,3 тыс. организаций для пожилых и инвалидов, количество мест в них в 2018 году превышало 260 тыс. штук. О недостатке последних говорит как минимум статистика числа проживающих в этих учреждениях – 281 тыс. человек, что почти на 20 тыс. человек больше их вместимости.

Такая же ситуация и с учреждениями для детей-инвалидов. В 2018 году их было 228 штук с расчетом на 26 тыс. человек, фактически же в них проживало на 13 тыс. чел. больше (см. рисунок 30).

Российский рынок услуг пожилым и инвалидам пока крайне мал, и высокие темпы роста – до 10–20% в год, – на наш взгляд, могут сохраниться и в ближайшие годы. Спрос на такие услуги есть: по грубым расчетам, в стране не хватает около 90 таких учреждений для взрослых и свыше 100 – для детей. Как минимум часть этой инфраструктуры можно построить с привлечением внебюджетных инвестиций, в том числе в рамках концессий и ГЧП.

Рисунок 30. Объем услуг для пожилых и инвалидов и количество проживающих в профильных учреждениях в 2011–2020 годах



Источник: данные Росстата, анализ и расчеты InfraOne Research

ГЛОССАРИЙ

CDR	Crude Death Rate (общий коэффициент смертности)
СHE	Current Health Expenditure (общие текущие расходы на здравоохранение)
ВВП	Валовой внутренний продукт
ВИЧ / СПИД	Вирус иммунодефицита человека/синдром приобретенного иммунодефицита
ВНД	Валовой национальный доход
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВРП	Валовой региональный продукт
ВЦП	Ведомственная целевая программа
ГП	Государственная программа
ДМС	Добровольное медицинское страхование
ДТП	Дорожно-транспортное происшествие
ОМС	Обязательное медицинское страхование
ОЭСР	Организация экономического сотрудничества и развития
ФОМС	Фонд обязательного медицинского страхования (ФФОМС – федеральный, ТФОМС – территориальный)
ФЗП	Федеральная целевая программа
ЦАР	Центральноафриканская Республика

ОБ INFRAONE

Инвестиционная компания InfraOne («Первая инфраструктурная компания») создана в 2011 году группой специалистов, имеющих значительный опыт работы в инвестиционных проектах различных инфраструктурных отраслей.

Основная сфера деятельности InfraOne – прямые инвестиции в инфраструктуру. Компания в своих интересах или интересах третьих лиц осуществляет организацию проектов и сделок, управление ими, финансирование проектов, а также предоставляет сервис инвестиционного консультирования, аналитической поддержки и продвижения проектов.

В первую очередь, интерес для InfraOne представляют инвестиции в проекты через инструменты ГЧП, концессий, проектного финансирования. Компания является независимым игроком и реализует проекты в железнодорожной, автодорожной, аэропортовой, портовой, иной транспортной, энергетической, социальной, медицинской, телекоммуникационной и других инфраструктурных сферах.

Роль InfraOne в проектах

При реализации проектов InfraOne традиционно выполняет одну из следующих ролей:

- инвестиционный советник и консультант федеральных, региональных или муниципальных властей или частной стороны;
- инвестиционный агент, реализующий проект под ключ до стадии фактического запуска, принимающий на себя часть рисков, в том числе финансовых;
- управляющий инфраструктурными проектами и активами;
- организатор и провайдер инвестиционных сделок;
- инвестор в инфраструктурные проекты;
- организатор пула инвесторов.

В некоторых случаях InfraOne выполняет другие функции – от общего управления подготовкой и продвижением проекта до выполнения отдельных блоков задач. Традиционно проекты реализуются в интересах публичной стороны (федеральных, региональных, муниципальных властей) и частных интересантов, представляющих различные сегменты бизнеса – операторов, строителей, поставщиков, эксплуатантов, а также в собственных инвестиционных целях.

Об InfraOne Research

InfraOne Research – исследовательская группа инвестиционной компании InfraOne. Группа автономно анализирует все значимые инвестиционные планы, проекты и события в различных видах инфраструктуры, включая те проекты, где InfraOne выступает организатором, инвестиционным агентом, инвестиционным советником государственной или частной стороны, а также инвестором. При этом в аналитике приводится только общедоступная информация по этим проектам.

Во всех публичных материалах InfraOne Research соблюдается принцип независимости аналитических суждений. Мнение InfraOne Research может расходиться с мнением InfraOne.

Публичная аналитика компании публикуется в целях информирования рынка об актуальных вопросах инфраструктурных инвестиций, не является рекламой или офертой.

АВТОРСКИЙ КОЛЛЕКТИВ

Галина Барцева

Марина Фомина

Александра Галактионова

Анастасия Яковлевская

InfraOne Research | Исследовательское подразделение Группы компаний InfraOne

research@infraone.ru

Над аналитикой также работали:

Дарина Бадмаева, Альберт Еганян, Алексей Жундриков, Даниил Завьялов, Роман Чертков,
Екатерина Якунина.

Благодарности

Авторы выражают благодарность всем экспертам и специалистам из федеральных и региональных органов власти, инвестиционного сообщества, банковской и финансовой сферы, участникам проектов и остальным, кто помогал в подготовке обзора или его отдельных частей, поделившись своим профессиональным опытом и мнениями в ходе интервью, опросов и мозговых штурмов.