

А.Г. КОЛОМИЕЦ

доктор экономических наук, ведущий научный сотрудник
ФГБУН Институт экономики РАН

РАСХОДЫ ФЕДЕРАЛЬНОГО БЮДЖЕТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В КОНТЕКСТЕ ПАНДЕМИЧЕСКИХ УГРОЗ¹

Важнейшими причинами стремительного распространения пандемии COVID-19 в первую очередь стала недооценка опасных последствий многих направлений экономической активности и игнорирование острых социальных проблем. Основным звеном в противодействии пандемии стали национальные системы здравоохранения. Низкая эффективность этого противодействия, особенно в самом начале пандемии, была обусловлена системными проблемами этой отрасли, которые во многом связаны с недостаточным развитием служб первой помощи в условиях доминирования концепции страховой медицины. В РФ, несмотря на ряд позитивных сдвигов в 2020–2021 гг. в объемах и структуре финансирования здравоохранения за счет федерального бюджета, система здравоохранения, особенно первой медицинской помощи, сохраняет положение одного из наиболее уязвимых звеньев социальной сферы. Необходимым условием изменения этого положения является переход к системе финансирования организаций здравоохранения, обеспечивающей сбалансированное развитие доврачебной, врачебной и специализированной медицинской помощи, равную оплату за равный труд в соответствии с профессионально-квалификационным уровнем специалистов в федеральных, региональных, муниципальных медицинских организациях, последовательное преодоление отставания уровня оплаты труда среднего и младшего медицинского персонала от уровня оплаты труда работников в других отраслях хозяйства.

Ключевые слова: пандемия, первая медицинская помощь, финансирование здравоохранения, федеральный бюджет РФ.

JEL: H41, H51, H61, I15.

DOI: 10.52180/2073-6487_2022_2_27_38.

¹ Статья подготовлена в соответствии с темой ГЗ: УДК 33:005; Рег. № НИОКТР 121030500096-5; Рег. № ИКРБС «Новые вызовы и угрозы социально-экономической безопасности: меры бюджетно-финансового регулирования».

Пандемия COVID-19 вошла в число наиболее значительных вызовов способности национальных правительств обеспечивать отражение глобальных угроз, в том числе угроз, порожденных изменениями состояния окружающей среды. На «первой линии» противодействия этим угрозам, в силу понятных причин, оказались национальные системы здравоохранения и целый ряд международных организаций. В ряде случаев противодействие оказалось не слишком успешным. Пандемический кризис вызвал перегрузку национальных систем здравоохранения, переформатировал многие глобальные повестки в этой сфере, вынудил отложить (прежде всего в связи с недостатком финансирования, а также материального и кадрового обеспечения) реализацию ряда масштабных проектов, направленных на улучшение здоровья населения на основе международной кооперации, и сократить их ресурсное обеспечение. В связи с медленным внедрением разработанных вакцин и появлением новых опасных штаммов вирусов перспективы выхода из пандемии COVID-19 остаются неопределенными. Многочисленные проблемы связаны с необходимостью продолжать противодействие этой пандемии и одновременно сохранять в достаточном объеме другие функции общественного здравоохранения.

Вместе с тем необходимо подчеркнуть, что важнейшие условия стремительного распространения пандемии находятся далеко за рамками круга задач, которые призваны решать системы здравоохранения на национальном и международном уровнях. Эти условия в первую очередь определяются состоянием окружающей среды и формируются в результате недооценки опасных последствий ряда направлений экономической активности и игнорирования острых социальных проблем. В этой связи представляется обоснованной точка зрения, что подход, который рассматривает «стихийные» бедствия как процессы, носящие социальный характер, должен заменить собой дифференциацию технологических и природных угроз [3]. Эпицентрами пандемии стали агломерации, где соединились критические факторы ее распространения: высокая плотность населения; высокая доля уязвимых групп в его составе; плохая экология; большое количество нелегальных и полуполигальных мигрантов. Многие развитые страны, в том числе США, в 2020–2021 гг. оказались среди лидеров по количеству зараженных и по количеству жертв пандемии².

Еще до начала пандемии исследователи Барселонского института глобального здравоохранения попытались оценить воздействие загрязнения воздуха на здоровье населения 1000 городов Европы на основе показателя предотвратимого числа смертей. По данному критерию наи-

² Worldometer. Covid-19 Coronavirus Pandemic. Reported Cases and Deaths by Country or Territory. <https://www.worldometers.info/coronavirus/#countries>.

худшие показатели среди городов Европы имели Брешия и Бергамо – города высокоурбанизированного региона Ломбардия, находящегося в Северной Италии [6]. Едва ли можно считать случайным совпадением с этими оценками тот факт, что в период первой волны пандемии (с февраля по сентябрь 2020 г.) в Ломбардии имела место самая высокая избыточная смертность населения среди регионов Италии [4; 5]. При этом Италия имеет систему здравоохранения, которая оценивается как одна из лучших в Европе, – до пандемии эта страна имела один из самых низких показателей предотвратимой и излечимой смертности в ЕС³. Очевидно, что состояние системы здравоохранения сыграло свою роль в том, что к настоящему времени показатели смертности среди заболевших ковидом в Италии существенно снизились. 30 марта 2022 г. в Италии было зарегистрировано 99 457 новых случаев заражения, скончалось 177 жертв и 487 пациентов находятся в реанимации. С 1 апреля чрезвычайное положение в стране отменено (за исключением некоторых категорий населения, для которых вакцинация обязательна)⁴.

Одним из важнейших факторов, обусловивших относительную малоуспешность попыток ограничить распространение COVID-19 и не допустить перегрузки национальных систем здравоохранения, стало состояние первой медицинской помощи. Развитие этого звена системы здравоохранения, даже в благополучных странах, систематически ограничивалось недостатком бюджетного финансирования, поскольку считалось, что медицинское страхование способно покрыть соответствующие риски. Однако за пределами медицинского страхования оказалась значительная часть уязвимых групп – безработные, мигранты, пожилые люди и др. Не будет большим преувеличением замечание, что в немалой степени благодаря этому разрыву между системами бюджетного финансирования здравоохранения и медицинского страхования для COVID-19 открылась возможность его превращения в пандемическую угрозу.

Таким образом, пандемия поставила перед мировым сообществом и отдельными странами множество долгосрочных проблем, связанных с состоянием окружающей среды, образом жизни населения, стратегией развития здравоохранения. Вместе с тем пандемия актуализировала целый ряд накопившихся проблем в этой отрасли, требующих неотложного решения.

Подобные указанным выше и столь же масштабные исследования в нашей стране не проводились. Однако мало оснований сомневаться в том, что аналогичные проблемы существуют и в Российской Федера-

³ Italy: Country Health Profile, (2019). State of Health in the EU. <https://eurohealthobservatory.who.int/countries/italy>.

⁴ Coronavirus in Italia. <https://www.informazione.it>.

ции, прежде всего в городах, где экологическая обстановка оставляет желать лучшего. В этих условиях система здравоохранения России остается основным бастионом, осуществляющим противодействие пандемическим угрозам. Каковы бы ни были различные подходы к организации здравоохранения и комбинации этих подходов, какими бы ни были методы финансирования (по сети, штатам, контингентам или подушевому принципу), объемы финансирования остаются критическим фактором, определяющим способность здравоохранения защищать здоровье населения как от самой пандемии, так и от заболеваний, связанных с пандемией.

При сложившейся системе бюджетно-финансовых отношений в РФ, которая характеризуется известной ограниченностью возможностей субъектов Федерации и местных органов по привлечению необходимых объемов дополнительного финансирования (хотя регионы на здравоохранение тратят больше, чем федеральный бюджет), основная тяжесть дополнительного финансового обеспечения программ защиты окружающей среды и программ развития системы здравоохранения ложится на федеральный бюджет РФ. В 2019–2021 гг., как свидетельствуют данные об исполнении расходов федерального бюджета, имело место значительное увеличение ассигнований на реализацию указанных программ. Рост этих ассигнований опережал увеличение расходов на важнейшие приоритеты бюджетно-финансовой политики РФ – на национальную оборону и национальную экономику (см. табл. 1).

Таблица 1

Исполнение федерального бюджета по расходам на национальную оборону, экономику, охрану окружающей среды и здравоохранение в 2019–2021 гг.

№	Наименование	2019 г. млрд руб.	2020 г. млрд руб.	2021 г. предварит. данные млрд руб.	2020/ 2019 г. (ст. 4/ст. 3) (%)	2021/ 2020 г. (ст. 5/ст. 4) (%)
1	Национальная оборона	2997,4	3168,8	3573,6	105,7	112,8
2	Национальная экономика	2827,1	3483,9	4358,6	123,2	125,1
3	Охрана окружающей среды	197,6	260,6	405,1	131,9	155,5
4	Здравоохранение всего	713,0	1334,4	1473,9	187,2	110,5

Источник: рассчитано автором по: данные Единого Портала Бюджетной системы РФ «Электронный бюджет». <https://budget.gov.ru>.

Именно «обеспечение качественной медицинской помощи (защита здоровья граждан, повышение средней продолжительности жизни)» названо первым среди основных приоритетов национального развития в статье Министра финансов А.Г. Силуанова, опубликованной в журнале «Финансы» летом 2021 г. [1].

Постановлением Правительства РФ от 29.12.2021 № 2505 утверждена «Программа государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам на 2022 год и плановый период 2023 и 2024 годов», которая является прямым продолжением аналогичной программы, утвержденной Постановлением Правительства РФ от 28.12.2020 г. № 2299. Программами установлены подушевые нормативы объемов медицинской помощи, финансирования учреждений здравоохранения за счет средств ОМС и бюджетов субъектов Федерации, критерии доступности, качества и эффективности медицинской помощи⁵.

Тем не менее приходится констатировать, что существующая практика финансирования здравоохранения за счет федерального бюджета по ряду важнейших направлений приводит к недостаточно эффективному использованию средств, которое выражается прежде всего в высокой доле негативных оценок населением состояния данной сферы. Одной из причин таких оценок является недостаточная квалификация и невысокая мотивация медицинских работников. В немалой степени такое положение является результатом хронического отставания оплаты труда значительной части этих работников, особенно среднего и младшего медицинского персонала, от уровня оплаты труда в других отраслях хозяйства, что вообще является отличительной чертой социальной сферы. Сохраняются значительные различия между оплатой труда медицинских работников, выполняющих примерно одинаковые функции, в бюджетных федеральных, региональных и муниципальных медицинских организациях. Согласно Отчету Счетной палаты РФ о результатах экспертно-аналитического мероприятия «Анализ выполнения положений указов Президента Российской Федерации 2012 г. в части увеличения средней заработной платы отдельных категорий работников отраслей бюджетной сферы», в 2013–2019 гг. имели место значительные различия в уровне достижения показателей оплаты труда медицинских работников, установленных указами, в зависимости от принадлежности организа-

⁵ «Программа государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам на 2022 год и плановый период 2023 и 2024 годов», Постановление Правительства РФ от 29.12.2021 № 2505. <https://government.ru>; «Программа государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам на 2021 год и плановый период 2022 и 2023 годов», Постановление Правительства РФ от 28.12.2020 г. № 2299. <https://government.ru>.

ций к федеральному, региональному или муниципальному уровню. Особенно это касается среднего и младшего медицинского персонала (см. табл. 2). Повышение оплаты труда работников здравоохранения сопровождалось сокращением численности работников, причем в первую очередь среднего и младшего медицинского персонала. Так, численность младшего медицинского персонала в 2019 г. составила 38,7% от его численности в 2013 г. [2].

Таблица 2

Предусмотренные указами Президента РФ 2012 г. целевые показатели роста оплаты труда работников медицинских организаций в 2019 г. и фактический рост оплаты труда работников федеральных, региональных и муниципальных медицинских организаций, %

Категория работников	Все организации		Федеральные организации	Региональные организации	Муниципальные организации
	план	факт			
Врачи и др. работники, имеющие высшее образование, предоставляющие мед. услуги	200	200	240	196,4	153,4
Средний медицинский персонал	100	99,1	122,0	97,2	77,3
Младший медицинский персонал	100	89,9	104,3	87,5	71,9

Источник: [2].

В 2020 г. «ковидные» надбавки, связанные со значительной дополнительной нагрузкой персонала, позволили уменьшить отставание оплаты труда значительной части медицинских работников, в том числе среднего и младшего медицинского персонала, от оплаты труда в других отраслях хозяйства. В 2021 г. размах пандемии не стал меньше, инфляция выросла, однако эти различия вновь увеличились вследствие опережающего роста средней оплаты труда в хозяйственных организациях страны. Так, оплата труда младшего медицинского персонала в отношении к средней оплате труда в хозяйстве даже уменьшилась по сравнению с 2019 г.: в январе-сентябре 2019 г. она составляла 77,4% от средней оплаты в хозяйстве за этот же период, а в январе-сентябре 2021 г. – только 70,2% от средней оплаты в хозяйстве. Похожее положение и с оплатой труда среднего медицинского персонала (см. табл. 3). Но именно на младший, средний и высококвалифицированный персонал, обеспечивающий предоставление медицинских

услуг первой медицинской помощи и амбулаторно-поликлиническое обслуживание, ложится основная нагрузка при противодействии пандемии COVID-19 и аналогичным угрозам.

Таблица 3

Рост средней заработной платы отдельных категорий работников социальной сферы и науки в организациях государственной и муниципальной форм собственности РФ

Наименование	Январь – сентябрь 2019 г. (тыс. руб.)	Январь – сентябрь 2020 г. (тыс. руб.)	Январь – сентябрь 2021 г. (тыс. руб.)	Январь – сентябрь 2020 г. / январь – сентябрь 2019 г. (%)	Январь – сентябрь 2021 г. / январь – сентябрь 2020 г. (%)
Врачи и работники медицинских организаций, обеспечивающие предоставление медицинских услуг	79,075	89,567	89,752	113,3	100,2
Средний медицинский персонал, обеспечивающий условия для предоставления медицинских услуг	39,030	46,067	45,058	118,0	97,8
Младший медицинский персонал, обеспечивающий условия для предоставления медицинских услуг	35,378	40,390	38,003	114,2	94,1
Справочно: Среднемесячная номинальная начисленная заработная плата работников по полному кругу организаций в III кв. соответствующих лет	45,726	49,021	54,133	107,2	110,4

Расчитано автором по: данные Росстата. <https://rosstat.gov.ru>.

Занижение расходов по ключевым направлениям на скорую и амбулаторную помощь происходит уже на этапе текущего планирования. Даже в номинальном выражении в ходе корректировок федерального бюджета и его исполнения в 2021 г. эти расходы почти не росли. С учетом роста индекса потребительских цен 2021 г. – 8,39% (декабрь 2021 г. к декабрю 2020 г.)⁶, в реальном выражении исполненные расходы на скорую и амбулаторную помощь снизились по сравнению с расходами, предусмотренными росписью на начало 2021 г. (см. табл. 4).

⁶ Данные Росстата. <https://rosstat.gov.ru>.

**Финансирование расходов федерального бюджета на здравоохранение
в 2021–2022 гг.: планирование и исполнение***

№	Наименование	2021 г., роспись на 01.01.21 г. млрд руб.	2021 г., исполнение на 01.01.22 г. млрд руб.	2022 г., роспись на 01.01.22 г. млрд руб.	2021 г. исполнение /2021 г. роспись (ст. 4/ст. 3), %	2022 г. роспись /2021 г. исполнение (ст. 5/ст. 4), %
1	Здравоохранение всего	1163,9	1479,3	1245,5	127,1	84,2
2	Амбулаторная помощь	273,07	273,06	249,98	100,0	91,5
3	Скорая медицинская помощь	6,06	6,22	6,32*	102,6	98,4
4	Санитарно-эпидемиоло- гическое благополучие	36,14	41,51	41,61	114,9	100,2
5	Прикладные научные исследования в области здравоохранения	53,60	44,90	42,47	83,8	94,6

* Около 85% этих ассигнований ежегодно выделяется в рамках федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» для закупки авиационных работ в целях оказания медпомощи.

Источник: рассчитано автором по: данные Единого Портала Бюджетной системы РФ «Электронный бюджет». <https://budget.gov.ru>.

Расходы на скорую и амбулаторную помощь, предусмотренные росписью федерального бюджета на 2022 г., по состоянию на 01.01.2022, ниже исполненных в 2021 г. расходов на эти цели. С учетом ожидаемой в 2022 г. инфляции (которая в условиях обострения геополитической ситуации, с высокой вероятностью, составит двузначную величину) эти расходы снизятся весьма существенно, если масштабные меры по дополнительному финансированию организаций указанных отраслей не будут предприняты уже в процессе исполнения федерального бюджета на 2022 г.

Особенность существующей практики распределения дополнительных ассигнований федерального бюджета на здравоохранение состоит в том, что основные объемы этих средств направляются на реализацию отдельных программ и покрытие дефицита бюджета федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС), в то время как ключевые направления первой медицинской помощи и амбулаторно-поликлинического обслуживания, как пока-

зывают приведенные выше данные о планировании и исполнении федерального бюджета на 2021 г., остаются недофинансированными. В 2021 г. исполненные расходы федерального бюджета на здравоохранение превысили расходы, предусмотренные бюджетной росписью на начало года, на 27,1%. В то же время по разделу «Амбулаторная помощь» расходы остались на уровне, предусмотренном росписью на начало года. Расходы на прикладные научные исследования в области здравоохранения в 2021 г. не были исполнены в суммах, предусмотренных росписью на начало 2021 г., и планируется их дальнейшее сокращение в 2022 г.

Прямое следствие слабости системы первой помощи – отказ населения от обращения в медицинские учреждения на ранних этапах заболеваний, связанный с долгим ожиданием очереди в поликлинике и трудностями с записью на прием, низкое качество диагностики, в целом формальный подход к пациентам, снижение объема и ухудшение качества услуг. При возникновении дополнительной нагрузки эти проблемы обостряются, плановые медицинские осмотры, консультации, госпитализации откладываются. Все эти проблемы хорошо известны, а их результатом являются рост заболеваемости, увеличение продолжительности лечения и количества осложнений, что, в свою очередь, ведет к увеличению потребности в компенсации расходов на оплату больничных листов по нетрудоспособности. Таким образом, имеет место ситуация, до некоторой степени напоминающая «тришкин кафтан», когда вследствие недостаточного финансирования одних расходных статей (на содержание и развитие первой помощи) появляются дополнительные и весьма значительные расходы по другим статьям (оплата больничных, расходы на лечение при несвоевременном обращении к врачу, включая расходы при осложнениях заболеваний), а на развитие первой помощи средств опять не хватает. Кроме того, необходимо учитывать, что быстрые и несбалансированные изменения различных программ развития здравоохранения и методов оценки их результативности серьезно затрудняют и ограничивают горизонт поступательного наращивания мощностей инфраструктуры здравоохранения.

Установленные «Программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам» критерии оценки качества медицинского обслуживания разрабатываются и контролируются ответственными ведомствами. В этой связи необходимо подчеркнуть, что внутриведомственный контроль необходим, однако его результат не будучи дополнен внешней оценкой со стороны потребителей и полноценным внешним специализированным аудитом, полностью подчиняется ведомственной логике и ведомственным интересам, а не интересам пациента. Такое положение далеко не всегда приводит к экономии средств. Так, сокращение расходов на содержание

фельдшерско-акушерских пунктов в малых поселениях может обернуться дополнительными расходами на санитарную авиацию.

Отмеченные нерешенные вопросы финансового обеспечения развития здравоохранения прямо отражаются на социально-экономическом положении в целом, приводят к деградации поселенческой сети и усугублению демографических проблем. Так, согласно данным Росстата, ожидаемая продолжительность жизни и ожидаемая продолжительность здоровой жизни в РФ в 2020 г. снизились по сравнению с предшествующим годом – с 73,3 до 71,5 лет и с 60,3 до 58,9 лет соответственно⁷.

Таким образом, система здравоохранения, особенно первой медицинской помощи, сохраняет положение одного из наиболее уязвимых звеньев социальной сферы. Необходимым условием изменения этого положения является переход к системе финансирования организаций здравоохранения, обеспечивающей сбалансированное развитие доврачебной, врачебной и специализированной медицинской помощи, равную оплату за равный труд в соответствии с профессионально-квалификационным уровнем специалистов в федеральных, региональных, муниципальных медицинских организациях, последовательное преодоление отставания уровня оплаты труда среднего и младшего медицинского персонала от уровня оплаты труда работников в других отраслях хозяйства. Эти изменения являются важнейшими предпосылками обеспечения равного и беспрепятственного доступа к первой помощи и амбулаторно-поликлиническим услугам всех лиц, фактически проживающих на обслуживаемой соответствующими организациями территории. Масштабные меры по дополнительному финансированию организаций скорой помощи и организаций, оказывающих амбулаторно-поликлинические услуги, для достижения указанных целей должны быть предприняты уже в процессе исполнения федерального бюджета на 2022 г. Решать указанные вопросы необходимо, поскольку сохранение высокой опасности пандемических угроз является одной из отличительных особенностей современного мира.

⁷ Данные Росстата. <https://rosstat.gov.ru>.

ЛИТЕРАТУРА

1. Силуанов А.Г. Повышение потенциала российской экономики в условиях глобальных посткризисных изменений // Финансы. 2021. 20.06.2021. https://minfin.gov.ru/ru/press-center/?id_4=37536-statya_ministra_finansov_a.g_siluanova.
2. Счетная Палата РФ. Отчет о результатах экспертно-аналитического мероприятия «Анализ выполнения положений указов Президента Российской Федерации 2012 года в части увеличения средней заработной платы отдельных категорий работников отраслей бюджетной сферы». (Табл. 7.1.2.3.). М., 2020. <https://ach.gov.ru>.
3. Arcaya M., Raker E.J., Waters M.C. (2020). The Social Consequences of Disasters: Individual and Community Change. Annual Review of Sociology, 2020. Vol. 46: 671–691. (Volume publication date July 2020). <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-121919-054827>.
4. Cerqua A., Letta M. Local inequalities of the COVID-19 crisis. 18 December 2020. <https://voxeu.org/article/local-inequalities-covid-19-crisis>.
5. Michelozzi P., de' Donato F., Scortichini M. et al. (2020). Temporal dynamics in total excess mortality and COVID-19 deaths in Italian cities. BMC Public Health 20, 1238. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09335-8>.
6. Khomenko S., Cirach M., Evelise Pereira-Barboza, Natalie Mueller, Jose Barrera-Gómez, David Rojas-Rueda, Kees de Hoogh, Gerard Hoek, Mark Nieuwenhuijsen. Premature mortality due to air pollution in European cities: a health impact assessment Lancet Planet Health 2021. 5: e121–34. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(20\)30272-2](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(20)30272-2). [https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196\(20\)30272-2/fulltext#tables](https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196(20)30272-2/fulltext#tables).

REFERENCES

1. Siluanov A.G. Improving the Potential of the Russian Economy in the Context of Global Post-Crisis Changes. Finance. 2021. 06/20/2021 https://minfin.gov.ru/ru/press-center/?id_4=37536-statya_ministra_finansov_a.g_siluanova. (In Russ.).
2. Accounts Chamber of the Russian Federation. Report on the results of the expert-analytical event “Analysis of the implementation of the provisions of the decrees of the President of the Russian Federation in 2012 in terms of increasing the average wages of certain categories of employees in public sector sectors.” (Table 7.1.2.3.). М., 2020. <https://ach.gov.ru>. (In Russ.).
3. Arcaya M., Raker E.J., Waters M.C. (2020). The Social Consequences of Disasters: Individual and Community Change / Annual Review of Sociology, Vol. 46: 671–691. (Volume publication date July 2020). <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-121919-054827>.
4. Cerqua A., Letta M. (18 December 2020.) Local inequalities of the COVID-19 crisis. Access: <https://voxeu.org/article/local-inequalities-covid-19-crisis>
5. Michelozzi, P., de' Donato, F., Scortichini, M. et al. (2020). Temporal dynamics in total excess mortality and COVID-19 deaths in Italian cities. BMC Public Health 20, 1238. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09335-8>.
6. Khomenko Sasha, Marta Cirach, Evelise Pereira-Barboza, Natalie Mueller, Jose Barrera-Gómez, David Rojas-Rueda, Kees de Hoogh, Gerard Hoek, Mark Nieuwenhuijsen (2021). Premature mortality due to air pollution in European cities: a health impact assessment Lancet Planet Health 2021; 5: e121–34. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(20\)30272-2](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(20)30272-2). [https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196\(20\)30272-2/fulltext#tables](https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196(20)30272-2/fulltext#tables).

Дата поступления рукописи: 02.03.2022 г.

ABOUT THE AUTHOR

Kolomiets Andrey Grigoryevich – Dr. Sci. (Econ.), Leading Researcher at the Economic Security Sector of the Institute of Economics of the Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia
agk1807@mail.ru

EXPENDITURES OF THE FEDERAL BUDGET OF THE RUSSIAN FEDERATION
ON HEALTHCARE IN THE CONTEXT OF PANDEMIC THREATS

The most important reasons for the rapid spread of the COVID-19 pandemic were, in the first place, an underestimation of the dangerous impacts on many areas of economic activity and a neglect of acute social problems. However, national health systems have become the main link in countering the pandemic. The low effectiveness of this counteraction, especially at the very beginning of the pandemic, was undetermined by systemic problems of this field. It is largely related with the insufficient development of first aid services, resulted from the dominance of the concept of insurance medicine. Despite a number of positive changes in the volume and structure of health care financing from federal budget in the Russian Federation in 2020–2021, the health care system, especially first aid, remains one of the most vulnerable parts of the social sphere. A prerequisite to solve the problem is a shift to funding healthcare organizations that provides a balanced development of pre-medical, medical and specialized medical care, equal pay for equal work according to professional qualification of specialists in federal, regional and municipal medical organizations, consistent closing the gap in the level of wages of nursing staff and paramedical personnel vs the level of wages in other sectors of the economy.

Keywords: *pandemic, first aid, the healthcare financing, federal budget of the Russian Federation.*

JEL: H41, H51, H61, I15.

.