

УДК 332.1

<http://doi.org/10.35854/1998-1627-2026-2-140-151>

Диспропорции в бюджетном финансировании региональных систем здравоохранения как фактор неравного доступа населения к бесплатному медицинскому обслуживанию

Олег Григорьевич Смешко¹, Сергей Анатольевич Иванов²✉

¹ Санкт-Петербургский университет технологий управления и экономики, Санкт-Петербург, Россия

² Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики — Санкт-Петербург», Санкт-Петербург, Россия

¹ rectorat@spbacu.ru, <https://orcid.org/0009-0002-3610-0081>

² ivanov.sa.1956@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-2079-4157>

Аннотация

Цель. Оценка взаимосвязи между бюджетным финансированием региональной системы здравоохранения и расходами населения на платные медицинские услуги в контексте обеспечения равного доступа к бесплатной врачебной помощи.

Задачи. Выявление структуры расходов консолидированного бюджета регионов на примере Северо-Западного федерального округа; анализ динамики бюджетного финансирования здравоохранения и расходов населения на платные медицинские услуги; определение параметров межрегиональных диспропорций в финансировании медицинских услуг из бюджета и за счет средств населения, а также направлений снижения межрегиональных различий в бюджетном финансировании здравоохранения для обеспечения равного доступа населению к медицинской помощи.

Методология. Применен комплекс научных методов, в основе которого находится системный подход. Используются статистический анализ динамических рядов данных, метод группировки и сравнения, классический логический анализ, контент-анализ вторичных источников.

Результаты. Выявлены и количественно оценены межрегиональные различия в бюджетном финансировании здравоохранения, создающие препятствия для обеспечения населению равного доступа к качественной медицинской помощи; сделана оценка межрегиональных различий по доле и динамике расходов на здравоохранение в консолидированном бюджете региона, различий по направленности изменений в финансировании здравоохранения в консолидированном бюджете региона, различий в удельных расходах консолидированного бюджета региона на здравоохранение в расчете на одного жителя региона, различий в соотношении доли расходов населения на оплату медицинских услуг и доли расходов на систему здравоохранения из консолидированного бюджета региона.

Выводы. Наличие различий между регионами по величине бюджетных вложений в здравоохранение можно считать одним из факторов возникновения неравных условий для жителей разных регионов в доступе к бесплатной медицинской помощи. Снижение расходов из бюджета на поддержку здоровья населения вынуждает граждан увеличивать расходы на медицину в ущерб другим статьям семейного бюджета. Задачей государства является выравнивание диспропорций в финансировании региональных систем здравоохранения, дополнительные возможности для которого открываются с началом реализации нового приоритетного проекта «Продолжительная и активная жизнь».

Ключевые слова: здравоохранение, население, заболевания, регион, консолидированный бюджет, платные медицинские услуги, межрегиональные различия

© Смешко О. Г., Иванов С. А., 2026

Для цитирования: Смешко О. Г., Иванов С. А. Диспропорции в бюджетном финансировании региональных систем здравоохранения как фактор неравного доступа населения к бесплатному медицинскому обслуживанию // Экономика и управление. 2026. Т. 32. № 2. С. 140–151. <http://doi.org/10.35854/1998-1627-2026-2-140-151>

Disparities in budgetary funding of regional healthcare systems as a factor in unequal access of the population to free medical care

Oleg G. Smeshko¹, Sergei A. Ivanov²✉

¹ St. Petersburg University of Management Technologies and Economics, St. Petersburg, Russia

² National Research University "Higher School of Economics — St. Petersburg", St. Petersburg, Russia

¹ rectorat@spbacu.ru, <https://orcid.org/0009-0002-3610-0081>

² ivanov.sa.1956@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-2079-4157>

Abstract

Aim. This work aimed to assess the relationship between budgetary funding of the regional healthcare system and population expenditures on paid medical services in the context of ensuring equal access to free medical care.

Objectives. We seek to identify the structure of consolidated regional budget expenditures using the Northwestern Federal District as an example; analyze the dynamics of budgetary funding of healthcare and population expenditures on paid medical services; and determine the parameters of interregional disparities in the funding of medical services from the budget and at the expense of the population, as well as ways to reduce interregional differences in budgetary funding of healthcare to ensure equal access of the population to medical care.

Methods. A set of scientific methods based on a systems approach was applied. The work employed statistical analysis of dynamic data series, grouping and comparison methods, classical inferential analysis, and content analysis of secondary sources.

Results. Interregional differences in budgetary funding of healthcare that create barriers to ensuring equal access to quality medical care for population were identified and quantified. Interregional differences in the share and dynamics of healthcare expenditures in the consolidated regional budget were assessed, as well as differences in the direction of changes in healthcare funding in the consolidated regional budget, differences in the specific expenditures of the consolidated regional budget on healthcare per capita, and differences in the ratio of the share of population expenditure on medical services to the share of expenditures on the healthcare system from the consolidated regional budget.

Conclusions. Regional differences in budgetary investments in healthcare can be considered one of the factors contributing to unequal access to free medical care for residents of different regions. Reductions in budgetary expenditures on public health support are forcing citizens to increase healthcare expenditures at the expense of other family budget items. The state is aimed to equalize disparities in regional healthcare funding, and additional opportunities for this are opening up with the launch of the new priority project Long and Active Life.

Keywords: healthcare, population, diseases, region, consolidated budget, paid medical services, interregional differences

For citation: Smeshko O.G., Ivanov S.A. Disparities in budgetary funding of regional healthcare systems as a factor in unequal access of the population to free medical care. *Ekonomika i upravlenie = Economics and Management*. 2026;32(2):140-151. (In Russ.). <http://doi.org/10.35854/1998-1627-2026-2-140-151>

Введение

Здоровье населения было и остается важнейшей заботой государства. Помимо бюджетов всех уровней, средств Федерального фонда обязательного медицинского страхо-

вания и ряда других источников, значимая роль в поддержании здоровья населения отведена национальным проектам. Так, на реализацию национального проекта «Здравоохранение» (2019–2024) выделено 1,7 трлн руб.¹ На эти средства создано более шести

¹ Татьяна Голикова: В рамках нацпроекта «Здравоохранение» создано более 6 тыс. медицинских объектов // Правительство России: офиц. сайт. 2024. 15 ноября. URL: <http://government.ru/news/53336/> (дата обращения: 12.01.2026).

тысяч медицинских объектов, в том числе построено 15 онкологических диспансеров, более 20 детских больниц, переоснащено 650 сосудистых центров¹. В 2025 г. на смену проекту «Здравоохранение» пришел национальный проект «Продолжительная и активная жизнь», в структуре которого представлено 11 федеральных проектов². К числу главных результатов реализованных проектов можно отнести увеличение ожидаемой продолжительности жизни, которая к 2024 г. достигла 73,4 лет [1, с. 4], что стало рекордным показателем в истории страны.

Однако увеличение ожидаемой продолжительности жизни сопровождалось не снижением, а ростом заболеваемости по ряду болезней. Например, по группе болезней органов дыхания количество зарегистрированных заболеваний на 100 тыс. чел. населения с 2020 по 2024 г. возросло от 41 509 (в 2020 г.) до 45 215 (в 2024 г.), по болезням органов пищеварения — с 10 026 до 11 320, по болезням мочеполовой системы — с 10 215 до 11 470 соответственно. Особенно заметно в этот период увеличилось количество зарегистрированных заболеваний по болезням системы кровообращения: с 23 980 в 2020 г. до 29 895 в 2024 г. [2, с. 28].

Ситуация, связанная с заболеваемостью населения, во всех регионах Северо-Запада Российской Федерации (РФ) разная. Дифференцирующих факторов много: от неодинаковой возрастной структуры населения до разных экологических, климатических и иных особенностей территории. Однако анализ уровня заболеваний среди жителей одними и теми же видами болезней в близких по ключевым характеристикам регионах наводит на мысль о том, что одной из причин межрегиональных различий в состоянии здоровья населения могут быть и различия в финансировании региональных систем здравоохранения, от потенциала которых зависит, в частности, доступность качественной медицинской помощи, обеспеченность лечебных центров медицинским оборудованием и квалифицированным медицинским персоналом, активность в про-

ведении профилактических мероприятий и многое другое.

Например, уровень заболеваемости на 1 000 чел. населения болезнями органов дыхания в 2024 г. составил в Ленинградской области примерно 336,9 заболеваний, а в соседней Вологодской — в 1,75 раза выше (590,7). Заболеваемость болезнями органов пищеварения в 2024 г. в Архангельской области оказалась в три с лишним раза выше, чем в соседней Республике Коми: 66,6 и 19,6 заболеваний в расчете на 1 000 чел. населения соответственно. Заметные различия наблюдаются между соседствующими Псковской и Новгородской областями по уровню заболеваемости болезнями системы кровообращения: в Псковской области в 2024 г. — 25,9 заболеваний на 1 000 чел. населения, в Новгородской — в полтора раза выше (39,8). Такой же разрыв между показателями заболеваемости в этих двух соседних областях обнаружен по болезням мочеполовой системы: в Псковской области — 31,3 заболеваний на 1 000 чел. населения, в Новгородской — 47,9. Эти факты нашли отражение в таблице 1.

Итак, различия между регионами одного и того же округа по уровню заболеваемости населения различными группами болезней делают актуальным проведение сравнительного анализа бюджетного финансирования медицинской помощи населению на уровне регионов, как одного из возможных факторов влияния на доступность для жителей медицинской помощи, от которой зависят и показатели заболеваемости. Результаты такого анализа, дополненные оценкой затрат на медицину людей в регионах, позволят определить межрегиональные различия в бюджетном финансировании здравоохранения, что в итоге может стать основой предложений по совершенствованию региональной бюджетной политики.

Материалы и методы

Информационной основой исследования состояния и динамики финансирования региональных систем здравоохранения являются

¹ Татьяна Голикова: В рамках нацпроекта «Здравоохранение» создано более 6 тыс. медицинских объектов // Правительство России: офиц. сайт. 2024. 15 ноября. URL: <http://government.ru/news/53336/> (дата обращения: 12.01.2026).

² Национальные проекты «Продолжительная и активная жизнь», «Новые технологии сбережения здоровья», «Семья» // Министерство здравоохранения РФ: офиц. сайт. 2025. 4 июля. URL: <https://minzdrav.gov.ru/poleznye-resursy/natsionalnye-proekty-rossii-prodolzhitelnaya-i-aktivnaya-zhizn-novye-tehnologii-sberezheniya-zdorovya> (дата обращения: 12.01.2026).

**Заболеваемость населения по основным классам болезней
в регионах Северо-Западного федерального округа (СЗФО) в 2024 г. на 1 000 чел. населения**

Table 1. Incidence of the main disease classes
in the regions of the Northwestern Federal District (NWFD) in 2024 per 1000 population

Субъект РФ	Болезни органов дыхания	Болезни органов пищеварения	Болезни мочеполовой системы	Болезни системы кровообращения
СЗФО в целом	469,9	36,5	47,7	35,1
Республика Карелия	745,1	43,6	66,1	40,2
Республика Коми	646,7	19,6	65,9	28,4
Архангельская область	529,4	66,6	52,5	28,2
Вологодская область	590,7	30,0	42,7	30,8
Калининградская область	350,2	52,1	34,2	48,9
Ленинградская область	336,9	40,1	37,1	37,0
Мурманская область	467,8	32,3	45,8	25,4
Новгородская область	408,2	12,6	47,9	39,8
Псковская область	425,5	14,5	31,3	25,9
Санкт-Петербург	467,5	35,0	51,7	35,8

Источник: Раздел 2. Состояние здоровья населения // Здравоохранение в России. 2025: стат. сб. М.: Росстат, 2025. С. 27–85.
URL: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Pril_Zdravooxran_2025.rar (дата обращения: 12.01.2026).

в первую очередь данные государственного статистического наблюдения, отраженные в официальных публикациях Росстата: «Регионы России. Социально-экономические показатели», «Здравоохранение в России», «Платное обслуживание населения в России». Кроме того, использованы сведения из паспортов национальных проектов, оперативная информация российских министерств и ведомств (например, «Краткая ежемесячная информация об исполнении консолидированного бюджета Российской Федерации и государственных внебюджетных фондов» Минфина России, материалы Счетной палаты РФ), данные исследовательских компаний.

В качестве методов исследования применены статистический анализ динамических рядов данных, метод группировки и сравнения, классический логический анализ, контент-анализ вторичных источников, информационный поиск и оценка аналитических материалов сторонних исследовательских организаций. Отправной точкой исследования послужил анализ структуры расходов консолидированного бюджета СЗФО в 2020 и 2024 гг., как видно на рисунке 1.

Сопоставление структуры расходов консолидированного бюджета на здравоохранение в СЗФО показало, что за пять лет доля рас-

ходов на здравоохранение сократилась чуть ли не в полтора раза: с 14,1 % в 2020 г. до 10,4 % в 2024 г. Доля в консолидированном бюджете округа других «социальных» статей, таких как «образование» и «социальная политика», изменилась в целом незначительно, при этом по направлению «образование» она несколько возросла (с 23,4 % в 2020 г. до 24,2 % в 2024 г.), по статье «социальная политика» — снизилась (с 20,2 до 17,0 % соответственно). Наиболее заметно доля расходов увеличилась только по статье «национальная экономика»: в 2020 г. — 20,7 %, в 2024 г. — 25,8 % [3].

Обсуждение и результаты

Анализ динамики доли расходов на здравоохранение в консолидированном бюджете регионов СЗФО в 2020–2024 гг. показывает, что до 2023 г. доля этих расходов снижена и лишь в 2024 г. несколько увеличена. Дополним, что на начало этого периода пришелся разгар пандемии, вызванной распространением коронавирусной инфекции COVID-19. Государство выделило регионам значительные дополнительные средства на борьбу с этой инфекцией, что увеличило показатели финансирования систем здравоохранения. В 2020 г. региональным

СМЕШКО О. Г., ИВАНОВ С. А. Диспропорции в бюджетном финансировании регионального здравоохранения как фактор неравного доступа населения...

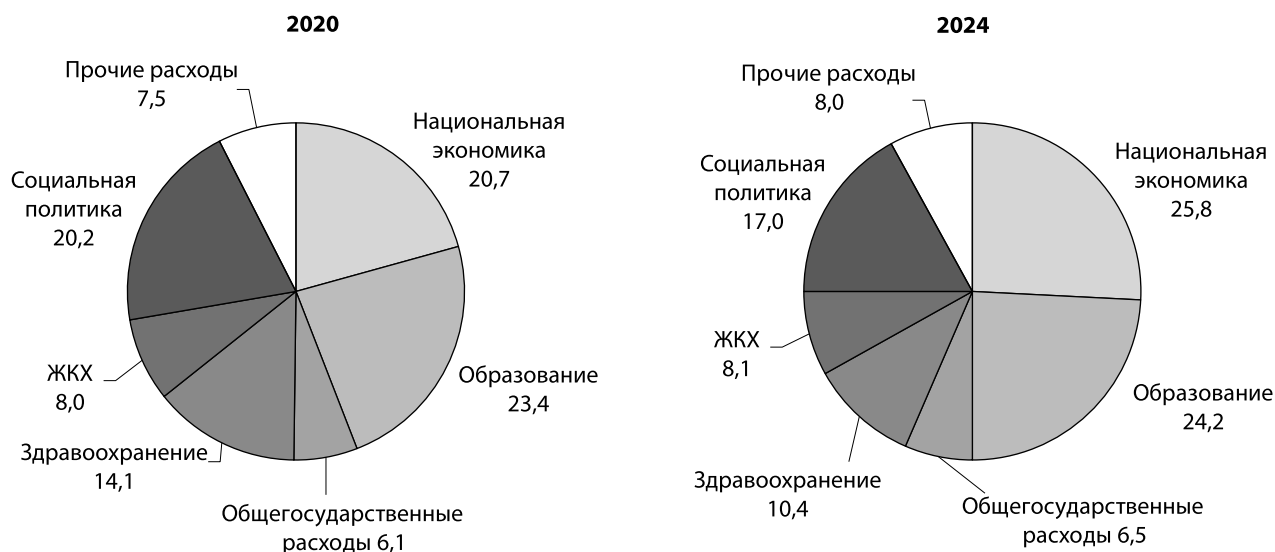


Рис. 1. Основные расходные статьи консолидированного бюджета СЗФО в 2020 и 2024 гг., %
Fig. 1. Main expenditure items of the consolidated budget of the Northwestern Federal District in 2020 and 2024, %

Источник: рассчитано авторами по [3].

бюджетам только на оказание медицинской помощи зараженным COVID-19 направлено 378,2 млрд руб., на выплаты медицинским работникам — 231,7 млрд руб.¹

Однако анализ в аспекте субъектов РФ показывает, во-первых, что общая для округа тенденция снижения сразу после 2020 г. доли расходов на медицину прослеживается не во всех регионах Северо-Запада; во-вторых, что не во всех регионах в 2024 г. она возросла по сравнению с предыдущим годом. Например, в Новгородской области доля бюджетных расходов на медицину после пандемийного 2020 г. не снизилась, а возросла (в 2020 г. — 9,1 %, в 2021 г. — 9,5 %); в Республике Карелия в течение этих двух лет она оставалась на одном и том же уровне (11,6 %); в Калининградской области в 2021 г. происходило незначительное снижение доли расходов на здравоохранение (на 0,1 %), и затем она стала медленно, но устойчиво расти, увеличившись с 7,1 % в 2020 г. до 8,5 % в 2024 г.

Еще более заметны различия между регионами по темпам изменения доли бюджетных расходов на здравоохранение в 2023–2024 гг. Если, например, в Республике Карелия доля расходов на здравоохранение из консолидированного регионального бюджета в 2024 г. была не на-

столько меньше, чем в разгар пандемии, а в Калининградской области, как указано нами, в 2024 г. она оказалась даже выше, чем в 2020 г., то в Архангельской, Мурманской, Ленинградской областях снижение доли бюджетных расходов на медицину в 2024 г., по сравнению с 2020 г., оказалось существенным. Так, в Архангельской области доля бюджетных расходов на здравоохранение сократилась с 13,1 % в 2020 г. до 7,9 % в 2024 г., в Мурманской за этот же период — с 11,3 до 7,6 %, в Ленинградской — с 13,7 до 8,5 % соответственно. Почти на треть снизилась доля этих расходов в Санкт-Петербурге: с 18,2 % в 2020 г. до 12,7 % в 2024 г.

Но, помимо общего тренда в округе на снижение доли расходов на здравоохранение в региональных бюджетах, еще более значимо то, что с 2020 по 2024 г. величина доли этих расходов в каждом из субъектов РФ была разной, и в ряде случаев разница оказалась почти двукратной. В 2024 г. наибольшая доля расходов в округе на здравоохранение в консолидированном региональном бюджете была у Санкт-Петербурга (12,7 %). Несколько отставала от Санкт-Петербурга Республика Карелия, в которой доля этих расходов в бюджете составляла в 2024 г. 11,0 %. Учитывая, что Республика

¹ Заключение Счетной палаты Российской Федерации на отчет об исполнении федерального бюджета за 2020 год: утв. Коллегией Счетной палаты РФ (протокол от 27 августа 2021 г. № 57К (1500) // Счетная палата РФ: офиц. сайт. URL: <https://ach.gov.ru/upload/iblock/de9/4mwoyc2qrqagqmi498h9vkz327iq025u.pdf> (дата обращения: 12.01.2026).

Динамика доли затрат на здравоохранение в консолидированном бюджете СЗФО в 2020–2024 гг., %

Table 2. Changes in the share of healthcare expenditures in the consolidated budget of the Northwestern Federal District in 2020–2024, %

Субъект РФ	2020	2021	2022	2023	2024
СЗФО в целом	14,1	12,2	10,7	9,9	10,4
Республика Карелия	11,6	11,6	8,1	10,5	11,0
Республика Коми	13,6	13,0	10,7	10,2	8,6
Архангельская область	13,1	11,6	9,8	7,5	7,9
Вологодская область	9,9	10,2	8,4	7,6	7,5
Калининградская область	7,1	7,0	7,5	7,8	8,5
Ленинградская область	13,7	11,4	9,7	8,8	8,5
Мурманская область	11,3	9,9	9,2	8,7	7,6
Новгородская область	9,1	9,5	7,4	7,0	6,8
Псковская область	9,7	9,1	6,2	7,0	7,1
Санкт-Петербург	18,2	14,6	12,7	11,6	12,7

Источник: рассчитано авторами по [3].

Карелия относится к северным регионам с соответствующими преференциями и системой надбавок к заработной плате, в том числе медицинскому персоналу, логично было бы предположить, что, вероятно, происходит влияние так называемого фактора севера. Видимо, это не так, поскольку в остальных северных регионах, Мурманской и Архангельской областях, Республике Коми, бюджеты были ограничены выделением на врачебную помощь населению существенно меньшей доли. Еще показательнее тот факт, что удельный вес расходов в Мурманской (7,6 %) и Архангельской (7,9 %) областях оказался даже меньше, чем соответствующие бюджетные траты в Ленинградской и Калининградской областях, в которых они составили в 2024 г. по 8,5 %.

С учетом изложенного можно сделать важный вывод о том, что в СЗФО все регионы различаются, во-первых, по доле расходов на медицину в консолидированном бюджете, как следует из таблицы 2; во-вторых, показателями динамики изменений доли этих расходов по годам. Фактически мы выделяем первый признак межрегиональных различий в системе финансирования региональных систем здравоохранения.

Однако диспропорции между регионами в СЗФО обнаружены не только по величине удельного веса расходов на здравоохранение и динамике его изменений, но и по вектору изменений. Различаются регионы и по абсолютной величине бюджетных расходов.

Абсолютная величина расходов на медицину не может быть одинаковой, хотя бы потому, что в регионах представлена разная численность населения. Важнее сравнить не абсолютные величины бюджетных расходов на здравоохранение, а то, как они изменялись по годам в разных регионах.

В целом по СЗФО затраты на медицину из региональных бюджетов, снизившись после пандемийного года с 245,0 млрд руб. в 2020 г. до 228,1 млрд руб. в 2021 г., вновь стали ежегодно возрастать, достигнув в 2024 г. 294,3 млрд руб. Вместе с тем динамика величины этих расходов во всех регионах Северо-Запада РФ была разной. Так, в Республике Карелия, Вологодской и Новгородской областях расходы на здравоохранение из региональных консолидированных бюджетов после пандемийного 2020 г. не снизились, а продолжили свой рост. В Республике Коми, Архангельской, Калининградской и Псковской областях они, если и снизились, то незначительно. В Ленинградской области и особенно в Санкт-Петербурге сразу после 2020 г. прослеживается снижение бюджетных расходов на здравоохранение, которые лишь с 2023 г. вновь начали возрастать.

Более четко различия в динамике абсолютной величины этих расходов в региональных бюджетах видны, если проанализировать ситуацию за этот период (2020–2024). Особенно заметна разница в стартовых и финальных условиях финансирования медицины в тех или иных регионах. В одних субъектах РФ

Динамика расходов на здравоохранение в консолидированном бюджете регионов СЗФО в 2020–2024 гг., млрд руб.

Table 3. Changes in healthcare expenditures in the consolidated budgets of the Northwestern Federal District regions in 2020–2024, billion rubles

Субъект РФ	2020	2021	2022	2023	2024
СЗФО в целом	245,0	228,1	241,1	244,6	294,3
Республика Карелия	8,7	9,0	7,3	9,6	9,8
Республика Коми	15,5	15,1	13,9	13,8	12,3
Архангельская область	16,8	16,0	15,9	12,9	14,0
Вологодская область	11,4	12,8	11,8	11,9	14,5
Калининградская область	9,9	9,5	10,4	11,4	12,4
Ленинградская область	28,2	24,1	23,3	23,4	27,0
Мурманская область	12,1	12,2	14,2	13,3	13,9
Новгородская область	4,7	5,2	4,8	5,5	5,4
Псковская область	5,0	4,9	3,9	5,0	4,9
Санкт-Петербург	130,7	117,1	133,2	136,0	177,6

Источник: рассчитано авторами по [3].

абсолютная величина этих расходов в 2024 г. вернулась практически к такому же уровню, что и пять лет назад. Например, в Псковской области она составляла в 2020 г. — 5,0 млрд руб., в 2024 г. — 4,9 млрд руб. В ряде других регионов РФ расходы на здравоохранение за этот период снизились: в Республике Коми с 15,5 млрд руб. в 2020 г. до 12,3 млрд руб. в 2024 г.; в Архангельской области с 16,8 до 14,0 млрд руб. соответственно. Одновременно часть регионов смогла нарастить расходы бюджета на медицину: одни — незначительно (например, Республика Карелия — с 8,7 млрд руб. в 2020 г. до 9,8 млрд руб. в 2024 г.), другие — существенно (в частности, Санкт-Петербург — с 130,7 до 177,6 млрд руб. соответственно).

Таким образом, еще одним признаком межрегиональных различий в системе финансирования систем здравоохранения является направленность изменений абсолютной величины этих расходов, как показано в таблице 3.

Различия в направленности изменений величины общих расходов на медицину еще не говорят о том, что регионы, в частности в СЗФО, отличаются друг от друга по расходам бюджета в расчете на одного проживающего. Однако, как показывают результаты расчетов, эти различия существенны. По округу в целом доля удельных затрат на медицинскую помощь населению из консолидированного бюджета в послед-

ние годы растет. Рост начался в основном после 2021 г., поскольку, как указано выше, в пандемийный 2020 г. регионам выделены дополнительные субсидии, и этот год стал в значительной степени нетипичным по источникам и объемам финансирования. Общим трендом для округа стало увеличение удельных расходов на медицину из консолидированного бюджета субъектов РФ на Северо-Западе, которые в итоге возросли с 17,6 тыс. руб./чел. в 2020 г. до 21,3 тыс. руб./чел. в 2024 г.

Особый исследовательский интерес представляет анализ удельных расходов применительно к регионам, который позволяет в рамках одного округа провести сравнительный анализ бюджетной обеспеченности населения бесплатной врачебной помощью в зависимости от региона проживания. Более четко различия проявляются при сопоставлении удельных бюджетных расходов на медицину, выделяемых в Санкт-Петербурге, Псковской и Новгородской областях. Разница в этих показателях трехкратная и более: в Санкт-Петербурге в 2024 г. — 31,7 тыс. руб./чел., в Псковской области — 8,6 тыс. руб./чел., в Новгородской — 9,6 тыс. руб./чел. Различия между этими регионами прослеживаются и в динамике расходов. Если в Санкт-Петербурге с 2020 по 2024 г. бюджетные расходы на одного жителя возросли в 1,3 раза (с 24,3 до 31,7 тыс. руб./чел.), то в Псковской области за этот же период они увеличились

**Динамика удельных расходов консолидированного бюджета регионов СЗФО
на здравоохранение в 2020–2024 гг., тыс. руб./чел.**

Table 4. Changes in the specific expenditures of the consolidated budgets of the Northwestern Federal District regions on healthcare in 2020–2024, thousand rubles per person

Субъект РФ	2020	2021	2022	2023	2024
СЗФО в целом	17,6	16,4	17,4	17,7	21,3
Республика Карелия	14,3	16,9	13,9	18,4	18,9
Республика Коми	19,1	20,5	19,2	19,2	17,4
Архангельская область	15,5	16,4	16,4	13,5	14,8
Вологодская область	9,9	11,2	10,3	10,6	13,1
Калининградская область	9,7	9,2	10,1	11,0	11,9
Ленинградская область	14,9	12,0	11,8	11,5	13,1
Мурманская область	16,5	18,4	21,0	20,2	21,6
Новгородская область	8,0	9,0	8,2	9,6	9,6
Псковская область	8,1	8,3	6,5	8,5	8,6
Санкт-Петербург	24,3	20,9	23,8	24,3	31,7

Источник: рассчитано авторами по [3].

лишь на 0,5 тыс. руб./чел. (с 8,1 до 8,6 тыс. руб./чел.), несколько в большей степени — в Новгородской (с 8,0 до 9,6 тыс. руб./чел.).

Но, чтобы проследить различия в удельных расходах, не обязательно даже исследовать Санкт-Петербург, отличающийся от остальных регионов Северо-Запада по возможностям и бюджетным ресурсам. Не менее четко различия в удельных расходах бюджета на медицину проявляются при сравнении, например, ситуации в Псковской и Ленинградской областях. И, если разницу показателей Псковской области и северных регионов (Мурманской области, Республики Коми, Республики Карелия) можно было бы объяснить наличием у последних особых северных коэффициентов, то полуторная разница между величиной этих расходов в Псковской области (8,6 тыс. руб./чел.) и граничащей с ней Ленинградской (13,1 тыс. руб./чел.) действием такого фактора объяснить невозможно ввиду его отсутствия. Итак, в системе межрегиональных различий финансирования здравоохранения проявляется еще один важный аспект: различие в удельных расходах консолидированного бюджета субъекта РФ, то есть расхождение в абсолютной величине расходов на медицину в расчете на одного жителя региона, как следует из таблицы 4.

То, какие средства в регионах выделяют на здравоохранение, какое бюджетное финансирование приходится в расчете на од-

ного жителя, должно, видимо, отражаться на доступности для населения медицинской помощи. Чем она менее доступна, тем, вероятно, людям чаще приходится прибегать к платным услугам медицинских организаций и, как следствие, увеличивать на эти цели расходы из семейного бюджета. Анализ динамики показателей платных медицинских услуг в регионах Северо-Запада РФ позволяет сделать ряд выводов: в целом по СЗФО с 2020 по 2023 г. расходы населения на платные медицинские услуги возросли примерно в два раза (с 6,0 до 12,7 тыс. руб./чел.), сохранившись почти на таком же уровне и в 2024 г. (12,6 тыс. руб./чел.). При этом анализ расходов населения относительно регионов показывает следующее:

– лидерами по абсолютной величине удельных расходов на медицину на протяжении периода с 2020 по 2024 г. выступают петербуржцы. В 2024 г. на оплату услуг системы здравоохранения жители Санкт-Петербурга потратили в среднем 20,1 тыс. руб./чел., что в полтора-два раза превышает расходы жителей даже таких северных регионов, как Республика Карелия (10,1 тыс. руб./чел.), Республика Коми (7,6 тыс. руб./чел.), Архангельская область (9,1 тыс. руб./чел.), и в четыре раза превосходит траты на медицину жителей соседних Ленинградской и Псковской областей (по 5,1 тыс. руб./чел. в каждом из этих регионов);

Динамика удельных расходов населения СЗФО на платные медицинские услуги в 2020–2024 гг., тыс. руб. на чел.

Table 5. Changes in the specific expenditures of the Northwestern Federal District population on paid medical services in 2020–2024, thousand rubles per person

Субъект РФ	2020	2021	2022	2023	2024
СЗФО в целом	6,0	8,1	9,2	12,7	12,6
Республика Карелия	3,1	6,6	7,5	8,3	10,1
Республика Коми	3,8	5,5	6,1	6,9	7,6
Архангельская область	3,8	5,8	7,1	7,6	9,1
Вологодская область	4,2	5,4	5,6	6,1	7,1
Калининградская область	4,2	6,7	8,2	9,7	10,9
Ленинградская область	2,9	3,3	3,9	4,2	5,1
Мурманская область	3,9	5,0	5,4	6,1	6,8
Новгородская область	5,7	7,6	7,8	8,5	9,5
Псковская область	2,8	3,4	3,8	4,4	5,1
Санкт-Петербург	9,7	12,5	14,2	21,8	20,1

Источник: рассчитано авторами по [3; 4].

– второе место по величине удельных расходов населения на платные медицинские услуги в СЗФО занимает Калининградская область, в которой они составили в 2024 г. 10,9 тыс. руб./чел. Данный факт сам по себе примечателен, поскольку величина этих расходов в Калининградской области превышает не только в два раза расходы жителей, например, Псковской и Ленинградской областей, но и более чем в полтора раза выше трат на медицину жителей такого северного региона, как Мурманская область (6,8 тыс. руб./чел.), с более суровыми климатическими и иными условиями жизни, чем в Калининградской области. Выделяется Калининградская область и темпами роста удельных расходов населения на платные медицинские услуги, они увеличились с 2020 по 2024 г. в два с половиной раза (с 4,2 до 10,9 тыс. руб./чел.). В Мурманской области этот показатель, составивший в 2020 г. чуть больше, чем в Калининградской области, в 2024 г. увеличился лишь с 3,9 до 6,8 тыс. руб./чел. соответственно;

– еще стремительнее, чем в Калининградской области, расходы на платные медицинские услуги с 2020 по 2024 г. росли у жителей Республики Карелия (с 3,1 до 10,1 тыс. руб./чел.).

Следовательно, можно указать еще один аспект межрегиональных различий — в данном случае это разный уровень востре-

бованности у населения платных медицинских услуг, что представлено в таблице 5. Это, по нашему мнению, в определенной степени служит отражением различий в доступности для жителей разных регионов бесплатной медицинской помощи.

В качестве интегрального показателя межрегиональных различий обеспечения населения бесплатной медицинской помощью может выступать соотношение расходов на здравоохранение из консолидированного бюджета региона и расходов жителей. Именно этот показатель, как нам представляется, будет в значительной степени характеризовать ситуацию с доступностью бесплатного медицинского обслуживания, демонстрируя наличие или отсутствие межрегиональных различий в таком важном аспекте социальной политики. В таблице 6 приведены результаты расчета величины этого показателя в динамике за 2020–2024 гг.

Из этих расчетов видно, что в целом по СЗФО соотношение изменилось с 34,1 % в 2020 г. до 59,0 % в 2024 г. Вместе с тем изменение показателя не было линейным, поскольку выявлены и снижение, и его подъем. В субъектах РФ устойчивый рост доли удельных расходов населения на оплату медицинских услуг в процентах от расходов консолидированного бюджета региона с 2020 по 2024 г. наблюдался в Архангельской (с 24,5 до 61,5 %) и Калининградской (с 43,3

**Оценка расходов населения на оплату медицинских услуг в процентах
от расходов консолидированного бюджета региона на здравоохранение в 2020–2024 гг., %**

Table 6. Estimated population expenditures on medical services as a percentage
of consolidated regional budget expenditures on healthcare in 2020–2024, %

Субъект РФ	2020	2021	2022	2023	2024
СЗФО в целом	34,1	49,4	52,9	71,8	59,2
Республика Карелия	21,7	39,1	54,0	45,1	53,4
Республика Коми	19,9	26,8	31,8	35,9	43,7
Архангельская область	24,5	35,4	43,3	56,3	61,5
Вологодская область	42,4	48,2	54,4	57,5	54,2
Калининградская область	43,3	72,8	81,2	88,2	91,6
Ленинградская область	19,5	27,5	33,1	36,5	38,9
Мурманская область	23,6	27,2	25,7	30,2	31,5
Новгородская область	71,3	84,4	95,1	88,5	99,0
Псковская область	34,6	41,0	58,5	51,8	59,3
Санкт-Петербург	39,9	59,8	59,7	89,7	63,4

Источник: рассчитано авторами по [3; 4].

до 91,6 %) областях. В других регионах минимальное значение этого показателя выявлено чаще всего в 2020 г., что связано, как указано ранее в статье, с дополнительными бюджетными ассигнованиями для поддержки региональных систем здравоохранения в разгар пандемии COVID-19.

В целом следует обратить внимание на то, что между регионами наблюдаются различия по соотношению затрат на медицину населения и средств, израсходованных из регионального бюджета. Наибольшая величина доли расходов населения в процентах от расходов консолидированного бюджета региона фактически на протяжении периода с 2020 по 2024 г. обнаружена в Новгородской области. В 2024 г. она достигла 99,0 %. Это означает, что расходы населения на оплату медицинских услуг почти сравнялись в этом регионе с расходами на здравоохранение из консолидированного бюджета области. В соседней Ленинградской области доля удельных расходов населения на оплату медицинских услуг в процентах от расходов консолидированного бюджета региона на одного жителя составляла в этом же году лишь 38,9 %, а в Мурманской в расчете на одного жителя — на медицинские услуги из семейного бюджета у жителей уходило менее трети (31,5 %) от суммы, выделенной из регионального бюджета.

Помимо Новгородской области, сравнительно высокая доля расходов населения на

оплату медицинских услуг в процентах от выделяемых на эти цели средств из консолидированного бюджета региона наблюдается в 2024 г. также в Калининградской области. В отличие от Новгородской области, в которой за последние пять лет изменения этого показателя не слишком существенны (увеличение с 71,3 % в 2020 г. до 99,0 % в 2024 г.), в Калининградской доля расходов населения на оплату медицинских услуг в процентах от расходов консолидированного бюджета за этот период постоянно возрастала, в результате увеличившись более чем в два раза: с 43,3 % в 2020 г. до 91,6 % в 2024 г.

Межрегиональные различия прослеживаются не только между регионами, находящимися в разных климатических и иных условиях, как, например, Архангельская и Калининградская области, но и регионами, схожими по характеристикам (к примеру, между Псковской и Новгородской областями). Различия между двумя последними регионами особенно показательны. В 2020 г. доля удельных расходов населения на оплату медицинских услуг в процентах от расходов консолидированного бюджета региона в Псковской области на одного жителя была в два раза меньше, чем в Новгородской (34,6 и 71,3 % соответственно). К 2024 г. разрыв по этому показателю между двумя указанными регионами сократился, но остался все-таки на высоком уровне:

в Псковской области — 59,3 %, в Новгородской — 99,0 %.

Различия выявлены и в группе северных регионов. Например, если в Мурманской области доля удельных расходов населения на оплату медицинских услуг составляла в 2024 г. менее трети (31,5 %) от расходов консолидированного бюджета региона, то в Республике Коми она была в полтора раза больше (43,7 %), а в Архангельской области (61,5 %) почти в два раза превышала величину показателя Мурманской.

Таким образом, можно констатировать, что еще одним аспектом межрегиональных различий при финансировании региональных систем здравоохранения является соотношение доли расходов населения на оплату медицинских услуг и доли расходов на систему здравоохранения из консолидированного бюджета региона.

Выводы

В такой огромной, территориально протяженной стране, как Россия, с очень разными по природным ресурсам, климатическим условиям, социально-демографическим и другим параметрам регионами, существование межрегиональных различий является, скорее всего, неизбежным и естественным. Однако, если те или иные различия между регионами возникают вследствие, возможно, недостаточно обоснованных управленческих решений, особенно, если эти различия могут влиять на доступность для населения тех или иных социальных благ, к тому же в соседствующих между

собой регионах, это не может считаться нормальным, приемлемым, не может не вызывать возражений.

Несложные расчеты, проведенные на основе в первую очередь данных государственного статистического наблюдения и представленные в настоящей статье, показывают, что даже в рамках одного федерального округа межрегиональные различия в бюджетном финансировании здравоохранения ощутимы и носят системный характер. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что бюджетное финансирование региональных систем здравоохранения из года в год осуществляется с существенными диспропорциями. Даже в граничащих друг с другом субъектах РФ выделяемые из консолидированного регионального бюджета средства на медицину в расчете на одного жителя могут различаться многократно. Как следствие, возникает ситуация неравного доступа жителей разных регионов к бесплатной медицинской помощи, вынуждающая людей расходовать средства на оплату медицинских услуг из семейного бюджета.

Решение этих проблем, как нам представляется, находится прежде всего на путях совершенствования бюджетной политики, как на уровне субъектов РФ, так и на федеральном уровне в отношении регионов России. Одновременно проблемы бюджетного выравнивания могут быть решены при реализации федеральных проектов, предусмотренных в рамках стартовавшего в 2025 г. национального проекта «Продолжительная и активная жизнь».

Список источников

1. Демография и миграция: Тренды. События. Цифры // Информационный бюллетень Института демографии НИУ ВШЭ. 2024. № 1. С. 1–14.
2. Здравоохранение в России. 2025: стат. сб. М.: Росстат, 2025. 149 с.
3. Регионы России. Социально-экономические показатели. 2025: стат. сб. М.: Росстат, 2025. 1035 с.
4. Платное обслуживание населения в России. 2025: стат. сб. М.: Росстат, 2025. 76 с.

References

1. Demography and migration: Trends. Events. Figures. *Informatsionnyi byulleten' Instituta demografii NIU VShE*. 2024;(1):1-14. (In Russ.).
2. Healthcare in Russia. 2025: Stat. coll. Moscow: Rosstat; 2025. 149 p. (In Russ.).
3. Regions of Russia. Socioeconomic indicators. 2025: Stat. coll. Moscow: Rosstat; 2025. 1035 p. (In Russ.).
4. Paid services to the population in Russia. 2025: Stat. coll. Moscow: Rosstat; 2025. 76 p. (In Russ.).

Информация об авторах

Олег Григорьевич Смешко

доктор экономических наук, профессор, ректор
Санкт-Петербургский университет технологий
управления и экономики
190020, Санкт-Петербург, Лермонтовский пр.,
д. 44а

Сергей Анатольевич Иванов

доктор экономических наук, доцент,
ведущий эксперт Центра прикладных
социологических исследований
Национальный исследовательский университет
«Высшая школа экономики — Санкт-Петербург»
190121, Санкт-Петербург, ул. Союза Печатников,
д. 16

Поступила в редакцию 26.01.2026
Прошла рецензирование 17.02.2026
Подписана в печать 25.02.2026

Information about the authors

Oleg G. Smeshko

D.Sc. in Economics, Professor, rector
St. Petersburg University of Management
Technologies and Economics
44A Lermontovskiy Ave., St. Petersburg 190020,
Russia

Sergei A. Ivanov

D.Sc. in Economics, Associate Professor,
leading expert of the Centre for Applied
Sociological Research
National Research University “Higher School
of Economics — St. Petersburg”
16 Soyuza Pechatnikov St., St. Petersburg 190121
Russia

Received 26.01.2026
Revised 17.02.2026
Accepted 25.02.2026

Конфликт интересов: авторы декларируют отсутствие конфликта интересов,
связанных с публикацией данной статьи.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest
related to the publication of this article.