
Людмила Панова, Анастасия Панова

ГОТОВНОСТЬ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ К ЧРЕЗВЫЧАЙНЫМ СИТУАЦИЯМ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РОССИИ И ЕВРОПЕЙСКИХ СТРАН

В статье проведен сравнительный анализ готовности общественного здравоохранения к чрезвычайным ситуациям в период пандемии COVID-19 на примере России и стран Евросоюза. Для достижения поставленной цели выполнен анализ основных ресурсов здравоохранения, представленных следующими показателями: объем дополнительных бюджетных средств, направленных на срочные меры по борьбе с коронавирусной инфекцией; обеспеченность врачами и расширение коечного фонда. Эмпирической базой исследования послужили статистические данные Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), России и Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР). В статье акцентируется внимание на важности сопоставимости международных показателей, определенных на основе стандартов Системы счетов здравоохранения 2011 г., что позволяет проводить корректный сравнительный анализ. Его результаты показали, что по всем трем индикаторам Россия предприняла сопоставимые усилия с европейскими странами для борьбы с пандемией. Объем дополнительных бюджетных средств в России, соответствовал уровню стран со средними доходами и оказался выше, чем в ряде европейских стран. Политика форсированного укрепления ресурсного обеспечения здравоохранения привела к увеличению числа врачей и значительному росту количества реанимационных коек. Однако несмотря на достигнутый рост, пандемия привела к существенному сокращению ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) в России. За годы пандемии ОПЖ населения снизилась

Людмила Васильевна Панова — к.эконом.н., ст.н.с., Социологический институт РАН — филиал ФНИСЦ РАН, Санкт-Петербург, Россия. Электронная почта: l_panova@list.ru

Анастасия Юрьевна Панова — к.эконом.н., доцент кафедры экономики и управления, Российский государственный гидрометеорологический университет, Санкт-Петербург, Россия. Электронная почта: n_panova08@list.ru

на три года, тогда как в странах Евросоюза этот показатель уменьшился в среднем лишь на год с небольшим. Авторы отмечают, что основной причиной разрыва является недостаточное финансирование здравоохранения, не учитывающее территориальные особенности страны и низкую плотность населения в некоторых регионах. Эти факторы требуют увеличения объема ресурсов для равномерного обеспечения медицинской помощью. Однократное повышение финансирования за короткий срок оказалось недостаточным для укрепления здоровья населения и повышения ОПЖ. Подчеркивается необходимость не только временного увеличения финансирования, но и долгосрочных стратегий, направленных на повышение устойчивости здравоохранения к будущим кризисам и предотвращение снижения показателей здоровья населения. Статья может быть полезна для специалистов в области социальной политики, здравоохранения и кризисного менеджмента.

Ключевые слова: здравоохранение, готовность к чрезвычайным ситуациям, дополнительные бюджетные средства, практикующие врачи, больничные койки

Цитирование: Панова Л. В., Панова А. Ю. (2025) Готовность общественного здравоохранения к чрезвычайным ситуациям: сравнительный анализ России и европейских стран. *Журнал исследований социальной политики*, 23 (1): 43–60.

DOI: 10.17323/727-0634-2025-23-1-43-60

Готовность к борьбе с инфекционными заболеваниями является приоритетом общественного здравоохранения, особенно в периоды глобальных кризисов, подобных пандемии COVID-19 (WHO 2022). Первые случаи коронавирусной инфекции были зафиксированы в Китае в декабре 2019 г., а вскоре вирус распространился по всему миру. Уже 30 января 2020 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) объявила чрезвычайную ситуацию международного значения, а 11 марта 2020 г. классифицировала вспышку как пандемию (European Centre... 2023). В течение следующих трех лет (2020–2022 гг.) COVID-19 оказал разрушительное воздействие на здоровье населения. По данным Европейского центра профилактики и контроля заболеваний, к середине 2023 г. зарегистрировано 275 млн подтвержденных случаев заболевания и 2,2 млн смертей (Там же). Это привело к сокращению ожидаемой продолжительности жизни, что аналитики Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) охарактеризовали как крупнейшее снижение этого показателя в Европе после Второй мировой войны (OECD 2022).

Целью данного исследования является анализ готовности здравоохранения к борьбе с COVID-19 на примере России и стран Евросоюза, а также оценка их потенциала в оказании медицинской помощи пациентам в условиях пандемии. Актуальность исследования обусловлена необходимостью

комплексной оценки эффективности мер, предпринятых разными странами для противодействия чрезвычайной ситуации в области здравоохранения. Несмотря на наличие ряда работ, посвященных национальным стратегиям реагирования на пандемию (Стародубов 2020; Плаксин и др. 2021), детальный сравнительный анализ усилий России и стран ЕС по ключевым показателям готовности здравоохранения в научном поле представлен недостаточно. Настоящая работа восполняет данный пробел, позволяя выявить сильные и слабые стороны организации здравоохранения в России в сравнении с европейским опытом.

Для оценки готовности здравоохранения к пандемии выбраны три ключевых показателя: объем дополнительных бюджетных средств, выделенных на срочные меры по борьбе с инфекцией; численность медицинского персонала, задействованного в лечении пациентов с COVID-19; обеспеченность больничными койками, в т. ч. койками интенсивной терапии. Выбор этих показателей обусловлен их значимостью для функционирования здравоохранения в условиях кризиса: финансовые ресурсы определяют оперативность и масштабность принимаемых мер, кадровый потенциал является критически важным для обеспечения медицинской помощи, а наличие достаточного коечного фонда, особенно мест в реанимационных отделениях, влияет на способность здравоохранения справляться с резким увеличением числа тяжелобольных пациентов.

Эмпирической базой исследования стали статистические данные Росстата, ВОЗ и ОЭСР. Для проведения анализа применялись количественные методы сравнительного исследования, включая дескриптивный статистический анализ, позволяющий выявить различия и сходства между странами по ключевым показателям, динамический анализ, направленный на оценку изменений в показателях в течение пандемийного периода, а также корреляционный анализ, определяющий возможные взаимосвязи между уровнем финансирования здравоохранения и его результатами, такими как обеспеченность ресурсами и показатели общественного здоровья.

Объем дополнительных бюджетных средств на срочные меры борьбы с COVID-19

Общие выводы ВОЗ о государственных политиках в период пандемии показывают, что страны реагировали на кризис в здравоохранении экстренно, направляя значительные бюджетные ресурсы на срочные меры. Такая практика характерна для многих европейских стран (WHO 2022). Крупные суммы выделились правительствами европейских стран для борьбы с последствиями пандемии. Они направлялись на прямую поддержку бизнеса и граждан — выплаты пособий, налоговые льготы, финансирование здравоохранения. Кроме того, правительства запускали программы, по которым государство частично или полностью покрывало

долги компаний, чтобы бизнес мог брать кредиты на выгодных условиях. В общей сложности эти меры составляли от 5 до 20% всего годового объема экономики стран (OECD 2022). Сектор здравоохранения был в приоритете при распределении финансовых ресурсов — экстренные выплаты рассчитывались на душу населения. При этом объемы поддержки существенно различались между странами и зависели, главным образом, от уровня их экономического развития.

Объем бюджетных расходов на поддержку здравоохранения во время пандемии COVID-19 варьировался от 300–450 евро на человека в Германии, Ирландии и Великобритании до менее 50 евро на человека в Латвии, Исландии и Нидерландах (с учетом паритета покупательной способности) (OECD 2020). Однако эти показатели учитывают только расходы национальных правительств, то есть средства, выделенные из центрального бюджета страны. В государствах, где значительную часть расходов на здравоохранение покрывают региональные бюджеты или страховые фонды, реальные затраты могут быть выше.

Чрезвычайные бюджетные расходы на здравоохранение включали финансирование закупок медицинских товаров и средств индивидуальной защиты, привлечение дополнительных сотрудников, расходы на тестирование и лекарства, а также финансирование разработки вакцин. Первый пакет мер стран ЕС составил 3,9 млрд евро, из них 1,14 млрд направили на прямую поддержку министерств здравоохранения, 2,8 млрд — на авансовые трансферты для региональных служб здравоохранения, 0,1 млрд евро выделили на научные исследования и разработку новых лекарств и вакцин (OECD 2020).

Аналитики отмечают, что частное медицинское страхование сыграло важную роль в финансировании экстренных мер в странах, где здравоохранение финансируется через страховые фонды (Blazey et al. 2021). Например, в Германии страховой фонд выделил пять млрд евро совместно с федеральным правительством для поддержки больниц и компенсации убытков, связанных с сокращением доходов и ростом расходов. В связи с масштабной государственной поддержкой здравоохранения в ряде стран внедрены меры контроля расходов. В Австрии Министерство финансов открыло отдельные счета для учета расходов на противодействие COVID-19, и предусмотрело обязательные ежемесячные отчеты перед парламентом. Во Франции обновленный закон о государственном бюджете ввел новую программу по финансированию мер, связанных с COVID-19, с учетом показателей расходов (Там же).

В России одним из первых источников, где обсуждалась финансовая поддержка здравоохранения, стал аналитический доклад Центрального научно-исследовательского института организации и информатизации здравоохранения Минздрава РФ (Стародубов 2020). Отмечалось, что для обеспечения готовности медицинских организаций к лечению пациентов с коронавирусной инфекцией Правительство разработало пакет мер,

включая дополнительное оснащение больниц оборудованием и средствами индивидуальной защиты. Особое внимание уделялось созданию или пере-профилированию коечного фонда.

С этой целью издано Распоряжение Правительства РФ (2020а), которым Минфину поручалось выделить 33,44 млрд руб. из резервного фонда правительства для предоставления регионам дотаций на поддержку сбалансированности бюджетов (Правительство РФ 2020). Причинами такого решения стали рост заболеваемости COVID-19 и недостаточное финансирование здравоохранения. В 2019 г. Россия занимала 124 место среди 189 стран по уровню расходов на здравоохранение, который составлял 5,3 % ВВП, уступая всем странам ЕС (ВОЗ 2020а).

В апреле 2020 г. издано новое Распоряжение Правительства РФ (2020b), предусматривающее дополнительные 32,4 млрд руб. на борьбу с пандемией, включая расширение коечного фонда. В 2020 г. меры поддержки носили комплексный характер: выделено 7,5 млрд руб. на выплаты медицинским работникам, 1,89 млрд руб. — социальным работникам, 3,5 млрд — на производство тест-систем, а более пяти млрд руб. направили на обеспечение населения бесплатными лекарствами (Распоряжение Правительства РФ 2020с; Правительство РФ 2020).

Приведенные примеры расходов отражают лишь часть затрат правительства на здравоохранение в борьбе с COVID-19. По данным Росстата, общие расходы федерального бюджета на здравоохранение увеличились на 621 млрд руб. (Росстат 2021а). Поскольку исследование охватывает Россию и страны Европы, для сопоставимости данных все показатели представлены в национальных валютах (рубли и евро). В пересчете на душу населения расходы составили 4309,5 руб., что эквивалентно 57,8 евро (по среднему курсу за 2019–2022 гг.) (Ru. Myfin 2024).

В конце 2020 г. ВОЗ провела исследование, охватившее 105 стран и оценила масштабы чрезвычайных бюджетных ассигнований на борьбу с COVID-19 (WHO 2021). Анализ показал значительные различия в финансировании здравоохранения. В странах с низким и средним уровнем дохода (50 из 70 государств) на борьбу с пандемией выделялось менее десяти евро на душу населения, тогда как в странах с высоким уровнем дохода (28 из 35 государств) этот показатель превышал 50 евро. В десяти наиболее обеспеченных странах расходы достигали в среднем 435 евро на душу населения (WHO 2020). На этом фоне Россия, отнесенная ВОЗ к странам с уровнем дохода выше среднего, в 2020 г. выделила на борьбу с COVID-19 дополнительно 24 евро на человека (ВОЗ 2020b). Таким образом, уровень дополнительной финансовой поддержки в России оказался выше, чем во многих странах со средним уровнем дохода, но ниже, чем в ведущих экономиках ЕС. Это позволило исследователям сделать вывод, что предпринятые меры были адекватными и достаточными (Плаксин и др. 2021; Стародубов и др. 2020).

Дополнительные бюджетные средства сыграли ключевую роль в поддержке здравоохранения во время пандемии COVID-19. Во многих странах выделены значительные финансовые ресурсы для экстренного реагирования и защиты населения. В России объем финансирования соответствовал уровню стран со средним доходом и в некоторых случаях даже превышал его. Благодаря мерам поддержки удалось быстро расширить коечный фонд и обеспечить больницы необходимым оборудованием, что позволило временно стабилизировать ситуацию. Однако краткосрочные финансовые меры не обеспечивают достаточную устойчивость здравоохранения для эффективного противодействия пандемии и другим чрезвычайным ситуациям. Опыт ряда европейских стран показал, что системный мониторинг и прозрачная отчетность по использованию бюджетных средств способствуют повышению готовности здравоохранения к кризисам за счет рационального распределения ресурсов и предотвращения необоснованных расходов. Таким образом, дополнительные финансовые вливания сыграли важную роль в экстренном реагировании, но без долгосрочной стратегии подготовки и модернизации здравоохранения они могут оказаться недостаточными для повышения общей устойчивости к будущим чрезвычайным ситуациям.

Обеспеченность медицинским персоналом

Проблема обеспечения медицинским персоналом была одной из ключевых в период пандемии. Практически во всех странах отмечалась нехватка врачей, среднего и младшего медицинского персонала. Кадровый дефицит в ряде европейских стран отмечался еще до начала кризиса, вызванного COVID-19, хотя численность врачей стабильно росла с 2010 г. Согласно официальным данным, в странах ЕС в 2010 г. на тысячу человек приходилось 3,4 практикующих врача, а к 2020 г. этот показатель увеличился до четырех (OECD 2022).

Пандемия COVID-19 усугубила дефицит врачей. Такие государства, как Норвегия, Швейцария и Германия еще до пандемии имели высокий показатель обеспеченности практикующими врачами, что позволило им эффективнее реагировать на резкий рост числа пациентов и увеличивать объемы медицинской помощи. В странах Центральной и Восточной Европы, таких как Польша и Латвия обеспеченность врачами была значительно ниже, что ограничивало их возможности для оперативного реагирования на пандемию. На первом этапе пандемии весной 2020 г. в этих странах вспышка COVID-19 не привела к столь высоким потерям, как в Западной и Северной Европе. Однако уже в августе 2020 г. в Чехии и Румынии ситуация ухудшилась, что привело к перегрузке и без того недостаточного числа медицинских работников (Blazey et al. 2021).

Пандемия с самого начала существенно увеличила рабочую нагрузку медицинских работников во всех странах, особенно персонала больниц.

По данным опроса, проведенного Британской медицинской ассоциацией (ВМА) в Англии, Уэльсе и Северной Ирландии во время октябрьской волны 2020 г., 72 % врачей, занятых в больницах, сообщили, что были вынуждены работать сверхурочно для борьбы с COVID-19 (ВМА 2020). Аналогичные меры приняты в Германии и Бельгии. По данным аналитиков, многие наиболее пострадавшие от пандемии страны пытались привлечь дополнительный персонал для оказания медицинской помощи при росте числа пациентов (Anderson et al. 2020).

Во Франции еще до пандемии существовал «резервный список», медицинских работников, созданный после предыдущих эпидемий. Во время вспышки COVID-19 этот список был расширен, и медики из него мобилизованы. В свою очередь Бельгия, Ирландия и Исландия оперативно составили новые резервные списки и распределили персонал между регионами. Более половины европейских стран вернули к работе вышедших на пенсию и временно не практиковавших медиков, предложив им краткосрочное обучение для обновления профессиональных навыков. Большинство стран также мобилизовали студентов старших курсов медицинских программ для работы на горячих линиях и поддержания связи с пациентами. Две трети стран перевели часть медицинских работников из поликлиник в больницы наиболее пострадавших регионов (OECD 2020).

Российские исследователи акцентируют внимание на том, что для эффективной работы здравоохранения необходимо достаточное количество врачей и других ресурсов, которые являются ключевыми для успеха (Перхов, Гриднев 2020; Шейман, Сажина 2018). Такой подход полностью соответствует позиции ВОЗ, которая подчеркивает, что здоровье населения во многом зависит от наличия квалифицированного медицинского персонала, особенно когда сфера здравоохранения испытывает кризис из-за повышенной нагрузки, нехватки ресурсов или других чрезвычайных ситуаций (ВОЗ 2023).

Анализ ситуации с врачебными кадрами в России во время эпидемии требует учета предыдущих реформ в здравоохранении, особенно связанных с оптимизацией кадровых ресурсов. Динамика показателей обеспеченности населения врачами свидетельствует, что с 2010 по 2015 гг. этот показатель снизился с 4,2 до 4,0 врачей на тысячу человек. Однако в последующие годы наблюдался рост: к 2021 г. обеспеченность составила 4,5 врача на тысячу жителей (Росстат 2023). Эти данные включают всех врачей совокупно, без учета их распределения между государственными, муниципальными и частными медицинскими учреждениями.

Стоит отметить, что решающую роль в реализации этой политики сыграл Национальный проект «Здравоохранение», разработанный в 2018 г., в рамках которого определены целевые показатели для ряда федеральных программ. Согласно утвержденному паспорту федерального проекта «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными

кадрами» к 2025 г. обеспеченность врачами, работающими в государственных и муниципальных медицинских учреждениях, должна была составить — 4,07 чел. на тысячу населения (Правительство РФ 2018).

В 2020 г., с началом распространения COVID-19 сфера здравоохранения России, как и других стран, столкнулась с серьезными вызовами. Экстренные меры по обеспечению населения медицинской помощью потребовали привлечения дополнительных кадров. По данным Федеральной службы государственной статистики, в 2020 г. обеспеченность врачами составила 4,5 врача на тысячу человек, тогда как в 2019 г. этот показатель был равен 4,3 (Росстат 2023). Для корректного сравнительного анализа со сферой здравоохранения стран ЕС необходимо учитывать только количество врачей, работающих в государственных учреждениях. В России в 2020 г. их доля составляла 83,5% от общего числа медработников (Росстат 2021 а), что эквивалентно 3,8 врача на тысячу жителей. В то же время средний показатель по странам ЕС для государственных систем здравоохранения составлял четыре врача на тысячу человек. Это указывает на то, что обеспеченность врачами в государственных учреждениях России несколько ниже, чем в большинстве европейских стран.

Разрыв между показателем обеспеченности врачами в России и средним уровнем по странам ЕС незначителен, однако исследователи и представители медицинских учреждений продолжают отмечать острый дефицит кадров, особенно врачей, которые являются главным ресурсом для эффективной работы здравоохранения и обеспечения доступности медицинской помощи (Улумбекова 2022; Авксентьев и др. 2020; Перхов, Гриднев 2020). Особенно сложная ситуация сложилась в первичном звене здравоохранения. В 2021 г. нехватка врачей составляла около 36 тыс. чел., что почти в полтора раза меньше необходимого уровня (Улумбекова 2022). С 2018 по 2020 гг., общее количество врачей сократилось на 18 тыс. из-за продолжающегося оттока кадров. Основные причины дефицита связаны с неудовлетворительным состоянием здоровья населения, формирующим высокую потребность во врачебной помощи, большой территорией страны и низкой плотностью населения. Ситуацию усугубили процессы оптимизации здравоохранения, направленные на сокращение численности врачей по европейским стандартам, но без учета российских особенностей. Пандемия COVID-19 лишь обострила эти проблемы.

Несмотря на общий рост численности врачей за последние годы, во многих странах отмечалась острая нехватка специалистов, особенно в первичном звене. Страны с высоким уровнем обеспеченности медицинскими кадрами, такие как Германия и Норвегия, смогли быстрее адаптироваться к увеличению нагрузки на здравоохранение. В то же время государства с изначально низкой обеспеченностью врачами, включая страны Центральной и Восточной Европы, столкнулись с трудностями в оперативном реагировании на кризис. В России пандемия усугубила дефицит

медицинских кадров, что стало результатом не только экстренных вызовов, но и предшествующих реформ, направленных на оптимизацию численности персонала. Несмотря на принятые меры, такие как мобилизация студентов медицинских вузов и возвращение к работе пенсионеров, нагрузка на медперсонал оставалась высокой.

Для устойчивости здравоохранения необходимы долгосрочные программы поддержки кадров, направленные на создание благоприятных условий для профессиональной деятельности и снижение моральных издержек. К таким программам относятся финансовые стимулы, предоставление жилья, социальная поддержка для членов семей медицинских работников, а также развитие телемедицины и организация мобильных бригад для усиления медучреждений в периоды кризисов. Часть этих мероприятий реализуется в России, однако обеспечение кадрового состава в труднодоступных регионах остается неразрешенным вопросом, так как такие программы требуют значительных финансовых затрат и оказываются экономически и социально невыгодны для удаленных территорий. Возможным выходом может стать внедрение гибридных моделей работы, предполагающих временную ротацию специалистов, развитие санитарной авиации для транспортировки тяжелобольных пациентов и укрепление телемедицинских услуг для обеспечения консультаций с профильными специалистами из крупных центров. На наш взгляд эти меры позволят повысить доступность медицинской помощи и снизить нагрузку на ограниченное число врачей в удаленных районах, что особенно важно в условиях пандемий и других кризисных ситуаций.

Расширение коечного фонда

Мощность сферы здравоохранения оценивается показателем обеспеченности населения больничными койками, что становится особенно важным в период пандемии, когда резко возрастает потребность в стационарном лечении. В 2019 г., накануне пандемии, в странах Евросоюза обеспеченность составляла в среднем пять коек на тысячу жителей (OECD 2020). Максимальный показатель зафиксирован в Германии — восемь коек на тысячу человек, за ней следовали Болгария и Австрия. Большинство европейских стран имели от трех до семи коек на тысячу человек, тогда как в Швеции, Дании, Исландии и Великобритании этот показатель составлял всего 2,1–2,5 койки. В 2019 г. средняя занятость коек в странах ЕС составляла 73 %. Однако в некоторых странах этот показатель был значительно выше: например, в Ирландии — 91 %, а в Португалии, Бельгии и на Мальте — 80 % (Там же).

Показатели занятости коек позволяют более точно оценить потенциал вместимости больниц. Высокий уровень занятости свидетельствует о том, что сфера здравоохранения работает на пределе возможностей, и при неожиданном росте числа пациентов ее ресурсы могут оказаться недостаточными

для своевременного оказания стационарной помощи. Низкий потенциал вместимости стационаров указывает на ограниченную способность системы справляться с резкими нагрузками в период кризисов.

Ключевым индикатором в условиях пандемии является пропускная способность коек в отделениях интенсивной терапии. Этот показатель приобретает особое значение, так как в условиях распространения инфекции пациенты с тяжелой формой заболевания нуждаются в специализированной помощи именно на этом уровне. Количество коек в отделениях интенсивной терапии, оснащенных аппаратами ИВЛ и оборудованием для постоянного мониторинга состояния пациентов, отражает готовность сферы здравоохранения к реагированию на кризисные ситуации и ее способность справляться с резким увеличением числа тяжелобольных.

Данные о состоянии здравоохранения в европейских странах показывают, что до начала пандемии COVID-19 вместимость отделений интенсивной терапии значительно различалась: от 34 коек в Германии до пяти коек на 100 тыс. чел. в Ирландии (OECD 2020).

Данные за 2020 г. — первый год пандемии COVID-19 — позволяют оценить готовность коечного фонда и его способность адаптироваться к будущим угрозам. В разгар вспышки в Италии в первой половине 2020 г. пациенты с COVID-19 занимали почти 80 % коек в отделениях интенсивной терапии от их докризисного количества. В Бельгии, Ирландии и Франции этот показатель составлял около 65 %. В то же время в Австрии и Венгрии пациенты с COVID-19 занимали менее 15 % мест в отделениях интенсивной терапии (Там же).

Необходимость увеличения числа коек в отделениях интенсивной терапии во время пандемии COVID-19 вынудила многие страны развернуть полевые госпитали. В некоторых странах, таких как Франция, Венгрия, Италия и Словения отделения общего профиля и другие клинические подразделения преобразованы в отделения интенсивной терапии. Кроме того, плановые операции во многих больницах были отложены, чтобы освободить как можно больше коек для пациентов с COVID-19. Такие меры значительно увеличили резервный потенциал: Бельгия, которая до пандемии имела 17,4 койки интенсивной терапии на 100 тыс. жителей, добавила 759 дополнительных коек, что увеличило этот показатель до 24. Ирландия, где обеспеченность такими койками была минимальной, расширила фонд на 399 коек, что добавило 8,1 койки на 100 тыс. населения. В Ломбардии, одном из наиболее пострадавших регионов Италии, общие палаты были переоборудованы в отделения интенсивной терапии, что увеличило их вместимость на 376 коек (Там же).

Поводя итоги работы по наращиванию готовности здравоохранения на примере борьбы с COVID-19 и обобщая опыт европейских стран, можно отметить, что ряд политических мер способствовал увеличению числа коек интенсивной терапии во время пандемии. К таким мерам относилось

систематическое преобразование других клинических отделений в отделения интенсивной терапии (в 24 из 31 стран). В 14 странах развернуты полевые госпитали; в восьми — практиковалась перевозка больных в населенные пункты, где имелись свободные места в больницах; а в 11 налажено партнерство с частными медицинскими учреждениями для увеличения пропускной способности системы здравоохранения (OECD 2020).

Анализ российских данных по обеспеченности коечным фондом показывает, что в 2019 г. этот показатель составлял восемь коек на тысячу жителей (Росстат 2021 а). Это существенно выше, чем в большинстве европейских стран. Основной причиной такого уровня обеспеченности является специфика географического положения — значительные расстояния между населенными пунктами и низкая плотность населения, что требует большего количества коек для обеспечения доступности стационарной медицинской помощи.

Исследователи обращают внимание на сокращение коечного фонда в России (Улумбекова 2022; Перхов, Гриднев 2020). По результатам их работ, с 2005 по 2020 гг. в стране произошло значительное сокращение как медицинских кадров, так и стационарного коечного фонда. За 15 лет (с 2005 по 2019 гг.) обеспеченность стационарными койками сократилась на четверть (Росстат 2021 б, Росстат 2022). Однако в 2020 г., в разгар пандемии, произошел рост коечного фонда: число коек увеличилось с восьми на тысячу жителей до 8,13 (Там же).

В марте 2020 г. правительство РФ сообщило о наличии в стране 55 тыс. инфекционных коек, причем позднее Росстат зафиксировал увеличение этого числа до 58,5 тыс. Из них 12 тыс. коек (21,8 %) относились к категории реанимационных, предназначенных для интенсивной терапии. Это соответствует 8,7 койкам интенсивной терапии на 100 тыс. чел. (Приказ Минздрава РФ 2020; Росстат 2021 а).

С начала пандемии процесс расширения коечного фонда проходил в ускоренном режиме. В марте 2020 г. Минздрав России издал приказ, устанавливающий минимальные требования к дополнительным койкам для лечения пациентов с COVID-19. В документе предписывалось, что 25 % развертываемых коек должны быть оснащены аппаратами искусственной вентиляции легких (Приказ Минздрава РФ 2020).

Второго апреля 2020 г. Правительство РФ утвердило перечень медицинских организаций, перепрофилированных для лечения пациентов с коронавирусной инфекцией (Правительство РФ 2020). Повышенная ресурсная обеспеченность и организационные меры позволили значительно увеличить количество инфекционных коек, включая койки для пациентов с тяжелыми формами заболевания, требующими реанимационной помощи. К концу 2020 г. этот показатель достиг 18,1 койки на 100 тыс. чел (Там же 2020). Это стало значительным прорывом в обеспечении медицинской помощи во время пандемии.

Для сравнения, в 2020 г. только три страны Евросоюза — Германия, Австрия и Бельгия — имели более высокий по сравнению с Россией показатель коек интенсивной терапии на 100 тыс. чел. Однако в 2021 г. число коек в России снизилось до 13,7 на 100 тыс. чел., несмотря на рост числа зарегистрированных случаев COVID-19. В 2020 г. заболеваемость составляла 3391 случай на 100 тыс. чел., а в 2021 г. возросла до 8100. При этом смертность снизилась (Росстат 2021 а, Росстат 2022), это свидетельствует о том, что течение болезни стало реже требовать обязательной госпитализации.

В большинстве европейских стран и России увеличение числа коек интенсивной терапии происходило за счет перепрофилирования клинических отделений, создания полевых госпиталей и временной остановки плановых операций. Несмотря на достигнутый прирост, распределение коечного фонда по регионам оставалось неравномерным, что усугубляло ситуацию в удаленных и малонаселенных территориях. Удалось достичь показателей, сопоставимых с уровнями стран с высоким уровнем дохода, что свидетельствует о высокой скорости мобилизации ресурсов. Однако снижение числа коек в 2021 г. на фоне роста числа заболевших продемонстрировало краткосрочный характер применяемых мер. Для обеспечения устойчивости здравоохранения необходимо сочетание краткосрочных экстренных мер с долгосрочными программами модернизации медицинской инфраструктуры и поддержания резервного коечного фонда.

Развертывание полевых госпиталей стало важной составляющей антикризисных мер в период пандемии COVID-19, позволяя быстро увеличить коечный фонд и обеспечить доступность медицинской помощи при пиковых нагрузках. Россия активно использовала эту практику, применяя опыт военной медицины и гражданских программ, что позволило временно компенсировать нехватку стационарных коек.

Для поддержания высокой готовности здравоохранения к экстренному развертыванию госпиталей необходимо внедрение детализированных планов реагирования, регулярное обучение медицинского персонала и создание резервов медицинского оборудования. Кроме того, ключевую роль играет межведомственное взаимодействие для координации усилий при возникновении кризисов. Применение этих мер позволит обеспечить эффективное функционирование здравоохранения при новых вызовах, минимизировать нагрузку на стационары и повысить доступность медицинской помощи для населения, особенно в удаленных и малонаселенных регионах.

Заключение

С началом пандемии государственная политика России направлена на форсированное укрепление ресурсного обеспечения здравоохранения. Финансовое положение отрасли улучшилось благодаря дополнительным вливаниям из бюджетных и внебюджетных источников. Резко увеличилось

число инфекционных, в том числе реанимационных, коек в госпиталях. Это позволило России по ряду показателей сравняться с многими странами Евросоюза со средним уровнем доходов и даже превзойти их.

Однако несмотря на значительные усилия, предпринятые для укрепления сферы здравоохранения, пандемия COVID-19 привела к снижению ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) российских граждан. По итогам 2020 г. этот показатель уменьшился на 1,8 года, составив 71,5 (Росстат 2022). Сравнительный анализ показал, что в большинстве европейских стран также наблюдалось сокращение ОПЖ, однако оно было менее выраженным. Например, в Испании снижение составило 1,6 года, а в Литве, Польше и Румынии — 1,4 года (Eurostat 2023). Некоторые страны, такие как Франция и Германия смогли избежать значительного падения: их показатели снизились всего на 0,7 и 0,2 года соответственно.

Эксперты сходятся во мнении, что ключевая причина таких различий заключается в уровне государственного финансирования здравоохранения (ВОЗ 2020). В странах ЕС дополнительные вложения позволили выйти в 2020 г. на средний уровень затрат в размере 8,9 % от ВВП (от 10,9 % в Германии до 5 % в Румынии). В России в том же году расходы на здравоохранение составили 4,6 % от ВВП, что заметно выше уровня предшествующих лет (3,5 %) (OECD 2022; Росстат 2021a). Однако этот положительный тренд не получил продолжения. В 2021 г., несмотря на дальнейшее сокращение ОПЖ до 70,1 года, уровень государственного финансирования сферы здравоохранения снизился до 4,1 % от ВВП (Минфин РФ 2021).

Также снижение ОПЖ в России можно объяснить структурой бюджетных вливаний, направленных преимущественно на экстренные меры, а не на укрепление здравоохранения в долгосрочной перспективе. В отличие от стран ЕС с более высокой долей расходов на здравоохранение, российская система сталкивается с дополнительными вызовами, связанными с территориальными особенностями и низкой плотностью населения, что требует более устойчивого финансирования и программ профилактики.

Опыт борьбы с пандемией COVID-19 продемонстрировал необходимость гибкости управления сферой здравоохранения, заблаговременного планирования и создания резервов медицинских ресурсов для повышения ее устойчивости к будущим кризисам. Важным уроком стало понимание, что временное увеличение финансирования должно перерасти в долгосрочный тренд, направленный на поддержание достаточного уровня ресурсов и предотвращение дефицита кадров и оборудования.

Особую роль играет международное сотрудничество, позволяющее обмениваться передовыми практиками и координировать усилия для эффективного противодействия глобальным угрозам. Не менее значимой задачей остается улучшение условий труда и социальной поддержки медицинских работников, являющихся ключевым звеном здравоохранения. Кроме того, пандемия подчеркнула важность не только развития стационарного

сектора, но и укрепления первичного звена здравоохранения и реализации программ профилактики для снижения общей заболеваемости и повышения уровня здоровья населения. Комплексное решение этих задач позволит повысить устойчивость национальных систем здравоохранения и их способность эффективно реагировать на вызовы.

Выражение признательности

Редакция благодарит программу «Университетское партнерство» за поддержку и возможность опубликовать данную статью.

Материалы для анализа

Ru. Myfin (2024) *Архив курсов ЦБ РФ*. Доступно по ссылке: <https://ru.myfin.by/currency/cb-rf-archive> (дата обращения: 17 ноября 2024).

ВОЗ (2020а) *Рейтинг стран мира по уровню расходов на здравоохранение*. Доступно по ссылке: gtmarket.ru (дата обращения: 25 июня 2024).

ВОЗ (2020b) *Расходы на здравоохранение в Европе: вступая в новую эру*. Доступно по ссылке: <https://iris.who.int/handle/10665/362908> (дата обращения: 14 февраля 2025).

ВОЗ (2023) *Пандемия привела к массовому «выгоранию» среди медицинских работников*. Доступно по ссылке: <https://news.un.org/ru/story/2023/04/1439482> (дата обращения: 25 июня 2024).

Минфин РФ (2021) *О федеральном бюджете на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов*. Доступно по ссылке: <https://minfin.gov.ru> > *Prezentatsiya_FB_22–24*. (дата обращения: 27 февраля 2024).

Правительство РФ (2018) *Паспорт Национального проекта «Здравоохранение»*. Доступно по ссылке: <http://government.ru/info/35561/> (дата обращения: 21 июля 2024).

Правительство РФ (2020) *Меры Правительства по борьбе с коронавирусной инфекцией и поддержке экономики*. Доступно по ссылке: <http://government.ru/rugovclassifier/883/events/> (дата обращения: 25 июня 2024).

Приказ Минздрава РФ (2020) *О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19, № 198 от 19.03.2020*.

Распоряжение Правительства РФ (2020а) *О распределении дотаций бюджетам субъектов Российской Федерации на поддержку мер по обеспечению сбалансированности бюджетов субъектов РФ на 2020 год, № 748-р от 27.03.2020*.

Распоряжение Правительства РФ (2020b) *О распределении дотаций бюджетам субъектов Российской Федерации на поддержку мер по обеспечению сбалансированности бюджетов субъектов РФ на 2020 год, № 1049-р от 17.04.2020*.

Распоряжение Правительства РФ (2020c) *О выделении Роспотребнадзору в 2020 г. бюджетных ассигнований на предоставление субсидий подведомственным Роспо-*

требнадзору федеральным государственным учреждениям на финансовое обеспечение опытно-промышленного производства медицинских изделий (тест-систем), № 1659-р от 23.06.2020.

Росстат (2021а) *Здравоохранение в России*. Москва.

Росстат (2021b) *Российский статистический ежегодник*. Москва.

Росстат (2022) *Российский статистический ежегодник*. Москва.

Росстат (2023) *Основные показатели здравоохранения*. Доступно по ссылке: <https://23.rosstat.gov.ru/storage/mediabank/zdrav2021.htm> (дата обращения: 24 ноября 2024).

Eurostat (2023) *Life Expectancy at Birth*. Available at: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/edn-220210407-1> (accessed 27 February 2024).

OECD (2020) *Heal Available at: That a Glance: Europe. State of Health in the EU Cycle*. Available at: <https://doi.org/10.1787/82129230-en> (accessed 27 June 2024).

OECD (2022) *Health at a Glance: Europe. State of Health in the EU Cycle*. Available at: <https://doi.org/10.1787/507433b0-en> (accessed 27 June 2024).

European Centre for Disease Prevention and Control (2023) Available at: www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/timeline-ecdc-response (accessed 27 June 2024).

WHO (2022) *The European Health Report 2021. Taking stock of the health-related Sustainable Development Goals in the COVID-19 era with a focus on leaving no one behind*. Copenhagen. Available at: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289057547> (accessed 27 June 2024).

WHO (2021) *Global Spending on Health 2020: Weathering the Storm*. Geneva.

WHO (2020) *World health statistics 2020: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. Geneva: World Health Organization.

Список источников

Авксентьев Н. А., Назаров В. С., Сисигина Н. Н. (2020) Здравоохранение приняло вызов. В. А. Мау, Г. И. Идрисов, Я. И. Кузьминов, А. Д. Радыгин, В. А. Садовничий, С. Г. Синельников-Мурылев (ред.) *Общество и пандемия. Опыт и уроки борьбы с COVID-19 в России*. М.: 47–54.

Перхов В. И., Гриднев О. В. (2020) Уроки пандемии COVID-19 для политики в сфере общественного здравоохранения. *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*, (2): 206–222.

Плаксин С. М., Жулин А. Б., Фаризова С. А. (2021) «Черный лебедь» в белой маске. *Аналитический доклад НИУ ВШЭ к годовщине пандемии COVID-19*. М.: НИУ ВШЭ.

Стародубов В. И. (ред.) (2020) *Аналитический доклад: влияние коронавируса COVID-19 на ситуацию в российском здравоохранении*. Москва.

Стародубов В. И., Кадыров Ф. Н., Обухова О. В., Базарова И. Н., Ендовицкая Ю. В., Несветайло Н. Я. (2020) Влияние коронавируса COVID-19 на ситуацию в российском здравоохранении. *Менеджер здравоохранения*, (4): 58–71.

Улумбекова Г. Э. (2022) Здравоохранение России 2022–2023 гг.: неотложные меры в условиях особого положения в экономике и социальной сфере. *Проблемы и предложения ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ*, 8 (2): 4–21.

Шейман И. М., Сажина С. В. (2018) Кадровая политика в здравоохранении: как преодолеть дефицит кадров. *Мир России*, 3 (27): 130–153.

Anderson R., Heesterbeek H., Klinkenberg D., Hollingsworth D. (2020) How will Country-Based Mitigation Measures Influence the Course of the COVID-19 Epidemic? *The Lancet*, (1–4): [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30567-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30567-5).

BMA (2020) *COVID-19 Survey Results for Hospital Doctors, BMA COVID-19. Tracker Survey*. Available at: <http://surl.li/rxtrsr> (accessed 27 June 2024).

Blazey A., Vammalle C., Games C., Penn C. (2021) Adaptive Health Financing: Budgetary and Health System Actions to Combat COVID-19. *Journal on Budgetin*, (1): 4–26.

Lyudmila Panova, Anastasia Panova

PUBLIC HEALTH PREPAREDNESS FOR EMERGENCIES: A COMPARATIVE ANALYSIS OF RUSSIA AND EUROPEAN COUNTRIES

This article presents a comparative analysis of public health emergency preparedness during the COVID-19 pandemic, using Russia and EU countries as examples. To achieve this goal, key healthcare resources were analyzed using the following indicators: the volume of additional budgetary funds allocated for urgent anti-pandemic measures, the availability of medical staff, and the expansion of hospital bed capacity. The results of the comparative analysis show that Russia's efforts to combat the pandemic were comparable to those of European countries on all three indicators. The volume of additional budgetary resources in Russia was at the level of middle-income countries and even exceeded that of some European countries. The policy of accelerating the expansion of resources in the health sector led to an increase both in the number of doctors and the number of intensive care beds. However, despite this growth, the pandemic led to a significant decline in life expectancy (LE) in Russia. During the pandemic years, LE fell by three years, compared with an average of just one year in EU countries. The authors note that the main cause of this gap is inadequate funding for healthcare, which does not fully take into account the country's vast territorial features and low population density in some regions. These factors require an increase in resources to ensure equitable access to medical care. A single increase in funding over a short period proved insufficient to improve public health and increase LE. The empirical basis of the study includes statistical data from the World Health Organization (WHO), Russia, and the Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). The article emphasizes the importance of the comparability of international indicators defined according to the standards of the System of Health Accounts 2011, which ensures accurate comparative analysis. The article underscores the need not only for temporary financial injections, but also for long-term strategies aimed at increasing the resilience of the health system to future crises and preventing a decline in public health indicators. This study will be of interest to specialists in the fields of social policy, healthcare, and crisis management.

Key words: healthcare, emergency preparedness, additional budget funds, medical practitioners, hospital beds

Lyudmila Panova — Cand. Sci. (Econom.), Senior Researcher, Sociological Institute of the Russian Academy of Sciences – Branch of the Federal Research Center of the Russian Academy of Sciences, St. Petersburg, Russian Federation. Email: l_panova@list.ru

Anastasia Panova — Cand. Sci. (Econom.), Associate Professor, Department of Economics and Management at the Russian State Hydrometeorological University, St. Petersburg, Russian Federation. Email: n_panova08@list.ru

Citation: Panova L., Panova A. (2025) Gotovnost' obshchestvennogo zdravooohraneniya k chrezvychaynym situatsiyam: sravnitel'nyy analiz Rossii i evropeyskikh stran [Public Health Preparedness for Emergencies: A Comparative Analysis of Russia and European Countries]. *Zhurnal issledovaniy sotsial'noi politiki* [The Journal of Social Policy Studies], 23 (5): 43–60.

DOI: 10.17323/727-0634-2025-23-1-43-60

References

Anderson R., Heesterbeek H., Klinkenberg D., Hollingsworth D. (2020) How will Country-Based Mitigation Measures Influence the Course of the COVID-19 Epidemic? *The Lancet*, (1–4): [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30567-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30567-5).

Avksent'ev N. A., Nazarov V. S., Sisigina N. N. (2020) Zdravooohranenie prinjalo vyzov [Healthcare Has Risen to the Challenge]. In: V. A. Mau, G. I. Idrisov, Ja. I. Kuz'minov, A. D. Radygin, V. A. Sadovnichij, S. G. Sinel'nikov-Murylev (eds.) *Obshhestvo i pandemija. Opyt i uroki bor'by s COVID-19 v Rossii* [Society and the Pandemic. Experience and Lessons in the Fight Against COVID-19 in Russia]. Moscow: 47–54.

Blazey A., Vammalle C., Games C., Penn C. (2021) Adaptive Health Financing: Budgetary and Health System Actions to Combat COVID-19. *Journal on Budgetin*, (1): 4–26.

BMA (2020) *COVID-19 Survey Results for Hospital Doctors, BMA COVID-19. Tracker Survey*. Available at: <http://surl.li/rxtsr> (accessed 27 June 2024).

Perhov V. I., Gridnev O. V. (2020) Uroki pandemii COVID-19 dlja politiki v sfere obshchestvennogo zdravooohraneniya [Lessons from the COVID-19 pandemic for public health policy]. *Sovremennye problemy zdravooohraneniya i medicinskoj statistiki* [Modern problems of health care and medical statistics], (2): 206–222.

Plaksin S. M., Zhulin A. B., Farizova S. A. (2021) 'Chernyj lebed' v beloj maske. *Analiticheskij doklad NIU VShJe k godovshhine pandemii COVID-19* ['Black Swan' in a White Mask. Analytical Report of the National Research University Higher School of Economics on the Anniversary of the COVID-19 Pandemic]. Moscow: HSE University.

Shejman I. M., Sazhina S. V. (2018) Kadrovaja politika v zdravooohranenii: kak preodolet' deficit kadrov [Personnel Policy in Healthcare: How to Overcome Personnel Shortages]. *Mir Rossii* [World of Russia], 3 (27): 130–153.

Starodubov V. I. (ed.) (2020) *Analiticheskij doklad: vlijanie koronavirusa COVID-19 na situaciju v rossijskom zdravooohranenii* [Analytical Report: The Impact of the COVID-19 Coronavirus on the Situation in Russian Healthcare]. Moscow.

Starodubov V. I., Kadyrov F. N., Obuhova O. V., Bazarova I. N., Endovickaja Ju. V., Nesvetajlo N. Ja. (2020) Vlijanie koronavirusa COVID-19 na situaciju v rossijskGkfrbykom zdravooohranenii [The impact of the COVID-19 coronavirus on the situation in Russian healthcare]. *Menedzher zdravooohraneniya* [Healthcare Manager], (4): 58–71.

Ulumbekova G. Je. (2022) Zdravooohranenie Rossii 2022–2023 gg.: neotlozhnye mery v uslovijah osobogo polozheniya v jekonomike i social'noj sfere [Healthcare in Russia 2022–2023: urgent measures in the context of a special situation in the economy and social sphere]. *Problemy i predlozheniya ORGZDRAV: novosti, mnenija, obuchenie. Vestnik VShOUZ* [Problems and proposals of ORGZDRAV: news, opinions, training. VSHOUZ Bulletin], 8 (2): 4–21.