

ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: СОСТОЯНИЕ И ПРОБЛЕМЫ

© 2013 Ганеев Азат Мулланурович
научный сотрудник

Институт экономики Российской академии наук
117218, г. Москва, Нахимовский проспект, д. 32
E-mail: Azat.g@rambler.ru

Рассматривается процесс реформирования системы здравоохранения в Российской Федерации. Анализируются изменения в финансировании здравоохранения России, проблемы и основные последствия для здоровья общества.

Ключевые слова: системы здравоохранения в России, финансирование здравоохранения, реформы здравоохранения, обязательное медицинское страхование.

Система здравоохранения в России пережила ряд серьезных трансформаций в механизмах ее управления и финансирования, при этом сохранив ключевые принципы организации предоставления медицинских услуг прошлых лет. Многие черты советской системы здравоохранения остаются основополагающими и в действующей российской системе здравоохранения:

- право каждого гражданина на бесплатную медицинскую помощь;
- предоставление медицинской помощи государственными лечебно-профилактическими учреждениями;
- предоставление амбулаторной помощи в поликлиниках, объединяющих врачей различных специальностей.

В 1918 г. было провозглашено право всех граждан Советского Союза на получение бесплатной медицинской помощи. Государством была создана широкая сеть лечебно-профилактических учреждений. Подавляющее большинство учреждений были в государственной собственности¹.

Финансирование советского здравоохранения осуществлялось из средств государственного бюджета и бюджетов государственных предприя-

тий. Действовал жесткий централизованный контроль и управление над системой здравоохранения, что имело свои безусловные плюсы, однако неизбежны были и минусы данного вида управления.

Ликвидация СССР привела к изменениям в системе здравоохранения и стремительному падению уровня доступности и качества медицинских услуг. За период реформ было резко сокращено финансирование и обновление основных фондов (табл. 1).

В 1985 г. коэффициент обновления основных фондов составлял (в сопоставимых ценах) 7,2 %, в 1995 г. - 1,5 %, в 1998 г. - 0,9 %². Только к 2005 г. коэффициент поднялся до 3,7 % и в 2010 г. составил 5 %. Степень износа основных фондов на 2010 г. выросла до 53,3 %.

При сравнении расходов государства с использованием индексов-дефляторов ВВП заметно падение бюджетного финансирования и финансирования через взносы ОМС с 1995 г. по 2002 г. В 1998-1999 гг. государственные расходы на здравоохранение составляли лишь 68 % от расходов 1990 г.³

Значительно выросли за последние 10-15 лет расходы населения на медицинские услуги, даже

Таблица 1. Наличие, движение и состояние основных фондов в здравоохранении (2000-2010 гг.)*

Показатели	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Наличие основных фондов (на конец года; по полной учетной стоимости), млрд руб.	383,0	1023,4	1154,5	1639,3	1833,7	1965,9	2175,8
Ввод в действие основных фондов, млрд руб.	34,2	79,8	115,3	137,6	179,0	163,8	159,3
Степень износа основных фондов (на конец года), %	35,0	47,8	48,7	50,4	50,6	51,5	53,3
Коэффициент обновления основных фондов (в сопоставимых ценах), %	0,9	3,7	4,5	5,1	5,8	4,9	5,0
Коэффициент выбытия основных фондов (в сопоставимых ценах), %	1,1	1,1	1,3	1,3	1,7	1,3	1,3

* Здравоохранение в России. 2011. Росстат. М., 2011. С. 293.

кризис не смог остановить рост, что говорит не столько о естественном повышении спроса на платные услуги здравоохранения и развитии частного сегмента медицинских учреждений, сколько о снижении количества и качества предоставляемых государством “бесплатных” медицинских услуг.

Выросла доля расходов на здравоохранение в потребительских расходах домохозяйств за период с 2000 г. по 2006 г. с 2,6 % до 3 %, соответственно⁴. При этом с 2000 г. по 2010 г. увеличились расходы домашних хозяйств на медицинские услуги со 143 руб. на 1 чел. до 1559,9 руб.⁵

Как известно, в 1991 г. был принят Закон “О медицинском страховании граждан Российской Федерации”, согласно которому застрахованными в этой системе стали все граждане РФ. В 1993 г. были установлены взносы обязательные для оплаты работодателями медицинского страхования их персонала. Взнос составил 3,6 % фонда оплаты труда. С этого момента возникла новая система финансирования и, соответственно, функционирования здравоохранения. Вплоть до 2013 г. в РФ действовала эта бюджетно-страховая система финансирования здравоохранения. Финансирование осуществлялось со стороны бюджетов разных уровней и из фонда обязательного медицинского страхования. Была выстроена многоуровневая система финансирования здравоохранения⁶.

С середины 2000-х гг. правительство страны начинает наращивать государственные расходы на здравоохранение. В сентябре 2005 г. президентом были инициированы 4 приоритетных национальных проекта: “Здоровье”, “Доступное и комфортное жилье”, “Образование”, “Развитие сельского хозяйства”, рассчитанных на 2006-2007 гг. Фактические расходы на проект “Здоровье” со-

ставили на 2006 г. 78,9 млрд руб., на 2007 г. 143,6 млрд руб. Приоритетными направлениями были провозглашены: развитие первичной медицинской помощи и обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью. В целом, с 2005 по 2010 г. идет значительный рост государственных расходов на здравоохранение (табл. 2).

Однако расходы консолидированного бюджета РФ на здравоохранение с 2005 г. по 2010 г. слабо изменились в процентах к ВВП - 3,7 % и 3,8 %, а в процентах от общего объема расходов снизились - 11,7 % в 2005 г. и 9,7 % в 2010 г.⁷

Действия, предпринятые государством для модернизации системы здравоохранения⁸, оказались недостаточными для предоставления качественных и доступных всем россиянам медицинских услуг. Отсюда следует закономерный вывод, что здравоохранение Российской Федерации не справляется с возложенными задачами и не охватывает все слои населения. Как отмечает профессор А.Г. Зельднер, “на переходном этапе роль государства возрастает”⁹.

С 1 января 2013 г. был произведен переход к одноканальной системе финансирования. С 2013 г. все финансовые средства поступают в государственные медицинские учреждения через территориальные фонды обязательного медицинского страхования. Представим преимущества нового механизма:

- хозяйственные траты будут включаться в тариф на оказание медпомощи. Это значит, что реальные доходы больницы будут зависеть исключительно от количества и качества оказанных ею услуг;

- новый тариф сделает систему ОМС привлекательной для частных лечебных учрежде-

Таблица 2. Расходы бюджетной системы Российской Федерации на здравоохранение, физическую культуру и спорт*

Бюджет	2000	2005	2009	2010
Консолидированный бюджет Российской Федерации	153,4	797,1	1653,0	1708,8
В том числе:				
федеральный бюджет, млрд руб.	16,9	88,2	352,3	347,4
бюджеты субъектов Российской Федерации, млрд руб.	136,5	463,8	758,9	796,8
бюджеты территориальных государственных внебюджетных фондов, млрд руб.	...	250,5	541,7	564,7
соотношение средств из федерального бюджета с бюджетными средствами субъектов	1/8	1/5,3	1/2,15	1/2,3

* Расчет по статистическому сборнику: Здравоохранение в России. 2011 / Росстат М., 2011. С. 277.

По данным Федерального казначейства. С 2005 г. данные по консолидированному бюджету Российской Федерации приведены с учетом бюджетов государственных внебюджетных фондов.

ний, что повысит конкуренцию за пациента между государственными и коммерческими лечебницами. Новая система финансирования дает большую самостоятельность главным врачам поликлиники и больниц.

До 1 января 2013 г. система обязательного медицинского страхования финансировала лишь пять статей расходов медицинского учреждения - это заработная плата работников, начисления на зарплату, медикаменты, продукты питания для больных и мягкий инвентарь. Сейчас, когда внедрено одноканальное финансирование, практически все расходы лечебных учреждений будут компенсироваться из средств обязательного медицинского страхования. Это даст возможность определить действительные¹⁰, а не предполагаемые затраты - лечение будет оплачиваться по законченному случаю по стандартам медицинской помощи. То есть фактически учреждения будут получать средства за уже проделанную работу, а не предполагаемую, как это было раньше. Это может привести к повышению качества оказания медицинской помощи, в том случае если будет оказана реальная поддержка на региональном уровне.

Как известно, важнейшими задачами здравоохранения являются повышение показателей рождаемости и снижение уровня смертности, т.е. сохранение, увеличение численности населения. Однако на данный момент в Российской Федерации продолжается сокращение численности населения, начавшееся в 1992 г. Темпы сокращения численности населения в последние годы существенно снизились - естественный прирост населения вырос с убыли в 700 тыс. чел. ежегодно в период 2000-2005 гг. до сокращения в 129 тыс. чел. в 2011 г. и даже снижение "всего" на 4,3 тыс. чел. в 2012 г.¹¹

Численность постоянного населения Российской Федерации на 2012 г. составила 143 056 тыс. чел., что на 3,247 млн чел. меньше, чем на 2000 г.¹² Если учитывать число мигрантов в России, то эта цифра еще увеличится (только за 2011 г. 356 535 прибывших из-за рубежа). А ведь еще не учитывается рождаемость среди мигрантов - новых граждан.

Ожидаемая продолжительность жизни в 2010 г. в России, по данным Росстата, составила 68,94 года, при этом 63,09 года у мужчин и 74,88 года у женщин. По сравнению с развитыми странами ЕС и США на 2010 г. этот показатель

существенно ниже - мы живем меньше граждан развитых стран ЕС на 12 лет и меньше граждан США на 9,76 года¹³. А ведь этот показатель подконтролен, и государство имеет четкие и эффективные механизмы влияния на повышение продолжительности жизни граждан. Эти механизмы в значительной степени зависят от объема финансирования государством сферы здравоохранения. Как отмечает исследователь В.С. Осипов, "необходим экономический механизм измерения общественных потребностей и общественных возможностей для наиболее полного удовлетворения потребностей человека"¹⁴. Также на показатель продолжительности жизни влияют: эффективность политики денежных доходов населения, развитость системы санитарно-эпидемиологического благополучия, уровень профилактической активности населения.

Сокращение государственной поддержки здравоохранения и снижение качества жизни населения непременно ведут к существенному падению средней продолжительности жизни. Так, в первой половине 1990-х гг. резкое снижение уровня жизни населения вызвало сокращение продолжительности жизни на 5 лет. С 1997 по 1999 г. после кризиса 1998 г. с последовавшим сокращением расходов на здравоохранение в процентах от ВВП на 30 % (с 3,7 % в 1997 г. до 2,6 % в 1999 г.) средняя продолжительность жизни населения снизилась на 1,84 года. Рост показателя продолжительной жизни в 2005-2007 гг. в значительной степени связан с увеличением расходов на медицинскую помощь с 2,6 % ВВП в 2005 г. до 2,9 % ВВП в 2007 г., а расходов на здравоохранение в целом - с 3,2 % ВВП в 2005 г. до 3,5 % ВВП в 2007 г.¹⁵

В то же время, согласно проекту бюджета на 2014-2016 гг., ожидается сокращение финансирования системы здравоохранения. Доля расходов на здравоохранение в бюджете к 2016 г. снизится с нынешних 3,8 до 2,6 %, в ВВП - с 0,8 до 0,5 %¹⁶. При предполагаемом уменьшении государственных расходов высока вероятность ухудшения качества жизни и показателей здоровья россиян. Система здравоохранения России все еще остро нуждается в государственной поддержке и финансировании.

Хотя в последние годы убывание населения в России стабилизировалось, в то же время с 1990 г. по настоящее время заболеваемость населения постоянно растет. Если в 1990 г. было продиагно-

стировано 158,3 млн случаев заболевания населения, в 2000 г. - 191,3 млн случаев, то уже в 2010 г. - 226,1 случая. Рост случаев заболевания составил 42,8 %. За это же время значительно выросло количество случаев заболеваний с высоким риском дальнейших осложнений и смерти. Например, число случаев заболеваний системы кровообращения возросло более чем в 2 раза (1990 г. - 14 626,3 тыс. случаев, 2010 г. - 32 435,8 тыс. случаев), новообразования (онкология) - на 80 % (199 г. - 3246 тыс. случаев, 2010 г. - 5847 тыс. случаев). Количество заболеваний костно-мышечной системы и соединительной ткани, приводящих к инвалидности, а также осложнений беременности, родов и послеродового периода возросло более чем в 2 раза. Согласно структуре общей заболеваемости преобладают болезни органов дыхания (24 %) и болезни системы кровообращения (14,3 %).

Текущий уровень финансирования здравоохранения недостаточен для обеспечения достойного качества предоставления медицинских услуг. В последнее время наблюдается некоторое сокращение темпов роста заболеваемости населения, позитивные изменения индикаторов состояния системы здравоохранения и здоровья населения, но, как видно из статистических показателей, действующая система здравоохранения не справляется с проблемой сохранения здоровья населения.

В данной связи основными направлениями усовершенствования системы здравоохранения являются:

- 1) увеличение бюджетных вложений, рост материальной заинтересованности работников и улучшение материальной базы здравоохранения;
- 2) дальнейшее развитие системы обязательного медицинского страхования;
- 3) поиск баланса частных и государственных расходов на здравоохранение с целью повышения доступности и качества услуг здравоохранения (следует отметить, что здравоохранение является одной из основных составляющих благополучия человека и удовлетворение потребностей человека¹⁷ в этой части является несомненным приоритетом), развитие форм государственно-частного партнерства в здравоохранении, так же как в иных отраслях экономики¹⁸.

Все указанное возможно только при условии устойчивой заинтересованности и участия пра-

вительства Российской Федерации в развитии системы здравоохранения.

¹ *Ширяева Р.И.* Деформация управления государственной собственностью // *Экономические науки.* 2013. № 3 (100). С. 21-24.

² *Батчиков С., Кара-Мурза С.* От здравоохранения к продаже медицинских услуг // *Экономические стратегии.* 2013. № 2. С. 40-43.

³ *Экономика здравоохранения / под ред. М.Г. Колосницыной, И.М. Шеймана, С.В. Шишкина. М., 2009. С. 422.*

⁴ Там же. С. 423.

⁵ *Здравоохранение в России. 2011 / Росстат. М., 2011. С. 262.*

⁶ *Осипов В.С.* Управление цепочкой ценности: монография. М., 2011.

⁷ *Здравоохранение в России. 2011 / Росстат М., 2011. С. 277.*

⁸ *Гангеев А.М.* Социальные последствия приватизации государственной собственности в Российской Федерации // *Экономические науки.* 2008. № 12 (49). С. 218-221.

⁹ *Зельднер А.Г.* Сущность и истоки деструктивных тенденций в экономической системе России // *Экономические науки.* 2013. № 4 (101). С. 7-13.

¹⁰ *Зельднер А.Г.* Государственные функции в условиях неопределенности развития рыночной экономики // *Вестник Самарского финансово-экономического института.* 2012. № 13. С. 4-10.

¹¹ URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/#.

¹² *Российский статистический ежегодник. 2012 / Росстат. М., 2012. С. 76.*

¹³ *Улумбекова Г.Э.* Реформа здравоохранения США: уроки для России // *Социальные аспекты здоровья населения.* 2012. № 5.

¹⁴ *Осипов В.С.* Затраты и полезность versus стоимость и ценность (к проблеме единства экономической науки) // *Вопросы экономики и права.* 2013. № 4. С. 85-89.

¹⁵ *Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г.*

¹⁶ *Шохина Е.* Жертвы экономии // *Эксперт.* 2013. № 40 (870). С. 25-26.

¹⁷ *Осипов В.С.* Экономико-теоретические подходы к определению цепочки ценности и стоимости // *Экономические науки.* 2012. № 12 (97). С. 55-58.

¹⁸ См., например: *Халтурин Р.А.* Развитие инфраструктуры и возможности государственно-частного партнерства // *Экономические науки.* 2012. № 5 (90). С. 28-30.

Поступила в редакцию 04.08.2013 г.