

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

УДК 336.13:614.2

С.А. Банин

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ РОССИИ: ВОПРОСЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ И ПУТИ РЕШЕНИЯ

Несмотря на ежегодный рост расходов на здравоохранение, демографическая ситуация в России не имеет выраженной тенденции к улучшению. На основе анализа международного опыта доказывается, что главными причинами такой ситуации служат проявление в здравоохранении закона убывающей отдачи, а также нерациональное использование средств относительно структуры медицинских услуг и основных демографических проблем смертности населения. Предлагаются пути повышения эффективности использования финансовых ресурсов, выделяемых на здравоохранение России.

Ключевые слова: *финансирование, здравоохранение, демография.*

Важнейшая роль в социально-экономическом развитии России отводится сохранению и приумножению человеческого капитала, одним из условий которого является обеспечение физически и нравственно здоровой нации. В последние годы в РФ были предприняты определенные меры по улучшению демографической ситуации, повысилась финансирование системы здравоохранения. Тем не менее кризис смертности и заболеваемости населения России не преодолен, его острота все еще настолько велика, а последствия столь неблагоприятны, что по-прежнему требуются особые, значительно более энергичные, чем сейчас, усилия со стороны российского государства и общества [1. С. 205]. Если будет сохранено сегодняшнее положение дел в системе охраны здоровья нации, в том числе и в здравоохранении, то даже при самом высоком (оптимистичном) демографическом прогнозе до 2020 г. Росстат дает показатель рождаемости 11,3, смертности 12,8, соответственно естественный прирост – 1,5 на 1000 человек населения; ожидаемая продолжительность жизни при рождении (ОПЖ) у мужчин 61,6 года, у женщин 70,3 года. При среднем, а тем более при минимальном прогнозе, показатели будут соответственно еще хуже [2].

Как изменится финансирование здравоохранения за этот период? Для формирования прогноза размера ВВП и расходов на здравоохранение воспользуемся фактическими данными Росстата за 2005–2010 гг. и прогнозными данными, приведенными в прил. № 1 к Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 г., утвержденной распоряжением Правительства РФ от 17 ноября 2008 г. № 1662-р. Сформируем аналитическую таблицу, добавим анализ динамического ряда ОПЖ по показателям прироста (таблица).

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении и основные финансовые показатели до 2020 г.

Год	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (ОПЖ), оба пола			Финансовые показатели		
	ОПЖ, лет	Абсолютный цепной прирост	Абсолютный базисный прирост	Темп прироста цепной	ВВП, млрд руб.	Расходы на здравоохранение, млрд руб.
2005	65,3				21 609,8	797,1
2006	66,6	1,3	1,3	102,0	26 917,2	962,2
2007	67,51	0,91	2,21	101,4	33 247,5	1381,5
2008	67,88	0,37	2,58	100,5	41 277,0	1546,3
2009	68,67	0,79	3,37	101,2	38 786,0	1653,0
2010	68,98	0,31	3,68	100,5	44 939,0	1708,8
2011	70,3	1,32	5,0	101,9	54 369,1	2 990,3
2012	70,5	0,2	5,2	100,3	57 848,7	3 181,6
2013	70,8	0,3	5,5	100,4	61 551,0	3 385,3
2014	71,2	0,4	5,9	100,6	65 490,3	3 602,0
2015	71,5	0,3	6,2	100,4	69 681,6	3 832,5
2016	71,9	0,4	6,6	100,5	74 071,6	4 592,4
2017	72,2	0,3	6,9	100,4	78 738,1	4 881,7
2018	72,5	0,3	7,2	100,4	83 698,6	5 189,3
2019	72,8	0,3	7,5	100,4	88 971,6	5 516,2
2020	73,1	0,3	7,8	100,4	94 576,8	5 863,7

Видно, что за 15 лет ожидаемая продолжительность жизни россиян при самом оптимистическом прогнозе увеличится на 7,8 года, темп прироста 112%. Ожидается, что за это же период валовый внутренний продукт с 21,6 увеличится до 94,6 трлн руб. (темп прироста 437,6%), а расходы на здравоохранение возрастут с 0,797 до 5,8 трлн руб., или на 735,6%.

Представим полученные данные в графическом виде (рис. 1).

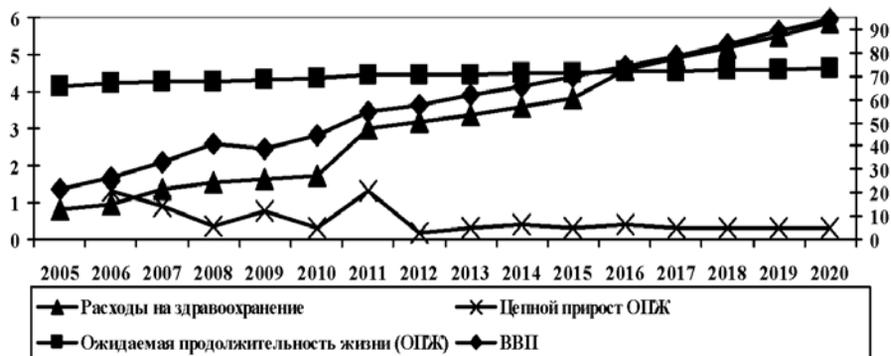


Рис. 1. Динамика ожидаемой продолжительности жизни при рождении и основных финансовых показателей

Размер основной и вспомогательной шкал на рис. 1 носит условный характер, для наглядности обобщим результаты двух графиков: ожидаемой продолжительности жизни и ВВП, а также расходов на здравоохранение и цепного прироста ОПЖ (здесь не приводятся). Визуализация на одном ри-

сунке дает общее представление о тенденциях, происходящих в каждом из данных элементов в их общем единстве.

Видно, что, несмотря на предполагаемый рост и ВВП, и расходов на здравоохранение, прогнозируется очень скромная динамика ожидаемой продолжительности жизни при рождении с весьма умеренным, практически линейным цепным приростом. Аналогичную картину показывает и анализ динамических рядов рождаемости, смертности населения России.

Итак, средства вкладываются с нарастающим объемом, а отдача – со снижающимся. Это заключение коррелирует с предположением Marc Suhrcke, Martin McKee, Lorenzo Rocco о том, что применительно к здоровью, по-видимому, применим закон убывания предельной отдачи [3. С. 3]. Впервые он был сформулирован в конце XVIII в. Ж. Тюрго на примере сельского хозяйства (классический пример – «закон убывающего плодородия почвы»): нельзя при увеличении труда и капитала вырастить весь мировой запас продовольствия на участке в один гектар).

Закон убывающей отдачи (law of diminishing returns) – утверждение о том, что если расширяется использование какого-либо одного фактора производства и сохраняются при этом затраты всех остальных факторов (они называются фиксированными), то физический объем предельного продукта, производимого с помощью указанного фактора, станет (по крайней мере, с определенного этапа) убывать; закон применим в краткосрочном периоде [4].

Действие закона справедливо и в отношении финансовых ресурсов: увеличение количества используемых предприятием финансовых средств как одного из факторов производства и неизменности других составляющих производственного процесса будет сопровождаться понижением отдачи от наращиваемого фактора. Пределом ввода фактора является равенство предельного продукта, производимого с помощью данного фактора, и цены, уплачиваемой за его использование.

Проблема убывающей эффективности учеными сегодня связывается с понятиями энтропии и инновационности развития. Естественными являются процессы нарастания энтропии (хаоса) в системе, что сдерживает темпы ее развития. Так, с расширением применения инноваций величина выигрыша снижается, прирост отдачи внешнего эффекта становится равным приросту затрат на его создание. С каждой новой порцией увеличения затрат результат увеличения меньше, чем от предыдущей порции, внешний эффект исчезает. Речь идет о ступенчатости экономического роста, основанного на применении инноваций – каждая ступень обусловлена использованием инновации, положительный эффект которой (в сравнении с затратами) постепенно снижается и т.д. Это причина циклов в экономике [5].

Если представить графики цепного прироста динамических рядов рождаемости, смертности, ожидаемой продолжительности предстоящей жизни, можно увидеть, что эксперты Европейского бюро Всемирной организации здравоохранения правы: в системе здравоохранения действует закон убывания предельной отдачи.

Ни 645,37 млрд руб. в 2006–2010 гг., дополнительно введенных в систему здравоохранения по ПНП «Здоровье», ни 622,5 млрд руб., дополнительно выделенных на реализацию программы модернизации здравоохранения, на-

чиная с 2011 г., не оказали влияния на динамику прироста показателя рождаемости, младенческой смертности, да и в целом смертности населения России. На дополнительные инвестиции в здравоохранение показатели прироста реагируют положительно, т.е. в первый год показатели смертности снижаются, рождаемости увеличиваются. В последующем темп прироста падает, вплоть до нуля (нулевое снижение смертности в 2008 и 2010 гг.) (рис. 2).



Рис. 2. Темп прироста рождаемости, смертности, младенческой смертности и консолидированные расходы на здравоохранение

Может быть, в России действительно выделяется крайне мало денег на здравоохранение?

Российские исследователи утверждают однозначно – мало. Мировая аналитика более осторожна в своих выводах относительно достаточности средств, выделяемых разными странами на национальные системы здравоохранения. ВОЗ и Комиссия по макроэкономике и здоровью разными методами попытались определить уровень финансирования, требуемый для базового функционирования системы здравоохранения и обеспечивающий население необходимыми услугами. В обоих случаях оценки оказались на удивление сходными: около 80 долл. США на душу населения в год с учетом паритета покупательной способности [3. С. 56]. Если взять численность постоянного населения РФ, по предварительной оценке Росстата на 1 января 2012 г. 143,0 млн человек, а курс доллара 30,0 руб. за 1 долл. США, то минимальный объем денежной массы на обеспечение россиян необходимыми базовыми услугами составит 343,2 млрд руб. Бюджет здравоохранения России за 2011 г. составил порядка 3,0 трлн руб., т.е. почти в 10 раз больше необходимого минимума. И при этом в первичном здравоохранении, где и создаются базовые условия, до настоящего времени не обеспечен нормальный лечебно-диагностический процесс и нормальная система предоставления медицинской

помощи. Остается только согласиться с академиком Ю.М. Комаровым, который справедливо указывает на то, что в России установился явный перекос финансирования в сторону так называемого «третичного здравоохранения».

Тем не менее автор солидарен с другими исследователями, говорящими о дефиците финансирования российского здравоохранения. Поскольку вышеприведенный анализ касается финансового обеспечения только базовых услуг, он нисколько не противоречит общеизвестному и признанному мировым сообществом факту, что в Российской Федерации имеется дефицит финансирования. Только мировая методика определения дефицита не исходит из сравнения фактических и нормативных финансовых средств, имеющихся в разных странах; применяется другой подход.

Среди всех стран мира выбирается репрезентативная 20%-ная выборка по трем показателям: смертность взрослых мужчин, смертность взрослых женщин, смертность детей первых пяти лет жизни. В группе «образцовых по каждому показателю стран» вычисляется граница производственных возможностей, основанная на зависимости между подушевыми затратами на здравоохранение и ВВП. Для расчетов применяется экспоненциальная регрессия по двойной логарифмической шкале:

$$\lg(\text{государственные расходы на здравоохранение на душу населения}) = \\ = a \times \exp[b \times \lg(\text{ВВП на душу населения})].$$

С помощью этой формулы и оценок для коэффициентов a и b можно подсчитать, сколько должна тратить каждая страна, чтобы войти в категорию «образцовых» по одному из показателей здоровья. После этого вычисляется дефицит финансирования как разница между желаемым и реальным уровнями расходов на здравоохранение.

По расчетам за 2003 г. Российская Федерация не имела дефицита финансирования по показателю «смертность взрослых женщин». По показателю «смертность взрослых мужчин» дефицит составлял 15,852 млн долл. США (порядка 475,0 млрд руб.), по показателю «смертность детей первых пяти лет жизни» – 12,671 млн долл. США (порядка 380,0 млрд руб.) [3. С. 217, 219].

Итак, можно с уверенностью прийти к заключению, что для здравоохранения России проблема не в дефиците финансирования, а в рациональном и эффективном использовании имеющихся денежных ресурсов.

Мировая практика и проведенный выше анализ позволяют предложить решение данной проблемы через развитие следующих приоритетных направлений:

1. Модернизация первичной медицинской помощи и именно ее амбулаторно-поликлинического уровня. По мнению И.М. Шеймана и С.В. Шишкина, дополнительные вложения в этот сектор должны быть как минимум в 3 раза выше, чем, допустим, затраты на высокотехнологичную помощь. Только наведя порядок в этой сфере, можно переходить к решению других проблем отечественного здравоохранения, и на это, по мнению ученых, должно уйти не менее 4–5 лет [6. С. 10].

2. Упрощение механизмов финансирования с сокращением количества финансовых потоков в отрасли: переход на принципы одноканального фи-

нансирования и формирования на его основе полного тарифа на оказываемые медицинские услуги.

3. Максимальное использование финансово-экономических методов управления, направленных на мотивацию повышения эффективности деятельности всех субъектов системы. В решении этой проблемы определяющую роль должно сыграть такое совершенствование механизмов оплаты медицинских услуг и способов оплаты труда медицинских работников, которое позволит создать стимулы к осуществлению структурных преобразований, повышению качества услуг, усилению профилактической работы и др. Речь идет о перспективных и проспективных способах оплаты, среди которых приоритетным является подушевое финансирование и поэтапное внедрение системы фондодержания.

4. Борьба с неинфекционными заболеваниями как основа улучшения демографической ситуации. В первую очередь имеются в виду сосудистые катастрофы и снижение вклада травматизма в уровень смертности. На этом пути приоритетом является трудоспособное мужское население, а также меры по снижению детской, младенческой и материнской смертности.

5. Устранение неравенства в объемах, качестве и доступности медицинских услуг городским и сельским жителям. Доступность в данном контексте понимается не как доплата узким специалистам, что является одной из «находок» современной модернизации здравоохранения, а как решение «парамедицинских проблем»: дорожная и транспортная инфраструктура, безбарьерная среда, жилье на время прохождения обследования и лечения, интеграция с социальными службами и многое другое.

Каждое из указанных направлений не является оторванным от другого, сопровождается набором финансово-экономических, медико-организационных и управленческих механизмов и инструментов, позволяющих увидеть ясный путь, сформировать системный подход к модернизации отечественного здравоохранения.

Литература

1. Доклад о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации за 2008 г. / Под общ. ред. А.Г. Вишневого и С.Н. Бобылева. М.: Сити-Принт, 2009. 208 с.
2. Демографический прогноз до 2030 года [Электронный ресурс] // Федеральная служба государственной статистики. – Электрон. текст. дан. М., 2012. URL: <http://www.gks.ru> (дата обращения: 19.03.2012).
3. *Suhrcke M., McKee M., Rocco L.* Инвестиции в здоровье: ключевое условие успешного экономического развития стран Восточной Европы и Центральной Азии / Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. ВОЗ, 2008. 309 с.
4. *Лопатников Л.И.* Экономико-математический словарь: Словарь современной экономической науки. 5-е изд., перераб. и доп. М.: Дело, 2003. 520 с.
5. Экономические законы функционирования финансовых ресурсов [Электронный ресурс] // Финансовый менеджмент. – Электрон. текст. дан. М., 2012. URL: <http://www.manage-web.ru/study-356-4.html> (дата обращения: 19.03.2012).
6. *Шейман И.М., Шишкин С.В.* Российское здравоохранение: новые вызовы и новые задачи: докл. Государственного университета – Высшей школы экономики: к X Междунар. науч. конф. ГУ ВШЭ по проблемам развития экономики и общества (Москва, 7–9 апреля 2009 г.). М.: Изд. дом ГУ ВШЭ, 2009. 66 с.