

О. А. Канаева

КОНЦЕПЦИЯ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ: ПРИНЦИПЫ ФОРМИРОВАНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ РЕАЛИЗАЦИИ

Как известно, в Министерстве здравоохранения и социального развития РФ создана комиссия по разработке «Концепции развития здравоохранения РФ до 2020 года». В ее состав, наряду с руководителями министерства, депутатами вошли известные медики, независимые эксперты в области здравоохранения. Отличительной особенностью организации работы над документом является максимальная открытость, привлечение широкой общественности к обсуждению вариантов концепции¹.

Преыдущая концепция развития здравоохранения РФ разрабатывалась в 1997 г. В «Концепции развития здравоохранения и медицинской науки»² 1997 г. были намечены направления преобразований в здравоохранении, необходимые для преодоления затянувшегося кризиса в этой сфере.

Ситуацию, сложившуюся в сфере здравоохранения России к 2000 г., мы подробно рассмотрели в опубликованной ранее статье³. Проведенный анализ позволил сделать вывод о том, что конечная цель реформирования системы здравоохранения – удовлетворение потребностей населения в доступной, качественной медицинской помощи – не была достигнута, более того, положение в здравоохранении продолжало ухудшаться: медицинская помощь становилась все менее доступной, а ее качество, за некоторым исключением, снижалось. Данное положение во многом объяснялось макроэкономической нестабильностью, неблагоприятной экономической ситуацией в стране, сложившейся к концу 1990-х годов.

За прошедший период социально-экономическая ситуация в России заметно изменилась. Страна живет в условиях устойчивого экономического роста и бюджетного

Ольга Алексеевна КАНАЕВА – канд. экон. наук, доцент, заведующая кафедрой экономической теории и социальной политики экономического факультета СПбГУ, зам. декана экономического факультета. В 1980 г. окончила экономический факультет ЛГУ. В 1987 г. защитила кандидатскую диссертацию. С 1980 по 1997 г. преподавала экономические дисциплины в Первом Ленинградском медицинском институте им. акад. И. П. Павлова. С 1997 г. работает на кафедре экономической теории и социальной политики экономического факультета. Научные интересы – экономика здравоохранения, социальная политика государства, социальная политика фирмы. Автор более 40 научных и учебно-методических работ.

© О. А. Канаева, 2008

профицита, обладает значительными финансовыми резервами, растут реальные доходы населения. Какие изменения в связи с этим произошли в сфере здравоохранения? Если оценивать положение с точки зрения реализации конечной цели (для потребителя медицинских услуг ее достаточно абстрактная формулировка означает вполне конкретную возможность получить необходимую медицинскую помощь, соответствующую стандартам, гарантирующим ее качество, вне зависимости от уровня благосостояния, уровня доходов, социального положения и местожительства с минимальными затратами сил и времени; возможность выбирать медицинское учреждение и врача и, наконец, возможность защищать свои права и интересы в случае их нарушения), то можно сделать вывод о том, что оно принципиально не изменилось. В реализации права граждан на получение качественной медицинской помощи существует значительное неравенство, обусловленное материальными, социальными, территориальными факторами. Непосредственной причиной подобной ситуации является несоответствие между потребностью населения в качественной медицинской помощи и возможностями удовлетворения этой потребности, т. е. производством доступных, качественных медицинских услуг.

Вместе с тем если подходить к оценке изменений последних лет с точки зрения достижения промежуточных, а не конечных целей, то мы увидим, что многие из них реализованы. К позитивным итогам следует отнести:

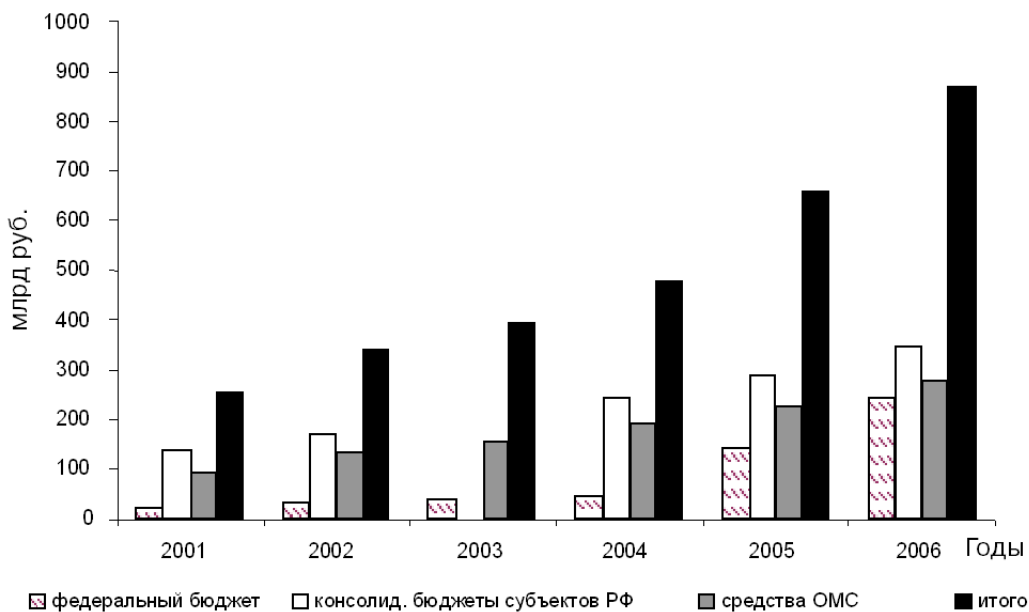
- формирование смешанной модели здравоохранения, включающей в себя государственный и негосударственный (частный) секторы производства медицинских услуг;
- формирование смешанной (бюджетно-страховой) модели финансирования здравоохранения;
- расширение экономической самостоятельности медицинских учреждений;
- развитие предпринимательской деятельности в сфере здравоохранения;
- формирование рынка медицинских услуг.

Эти изменения свидетельствуют о завершении формирования основных контуров модели здравоохранения, в своей основе адекватной современной рыночной экономике.

Позитивные изменения макроэкономической ситуации в стране после 2000 г. позволили существенно увеличить бюджетные расходы, а также расходы по линии обязательного медицинского страхования (ОМС) на финансирование системы здравоохранения. Представленные на рис. 1 данные свидетельствуют о том, что за период с 2001 по 2006 г. расходы на финансирование здравоохранения из государственных источников увеличились в 3,4 раза и составили 868,2 млрд рублей (3,2% ВВП). Основным источником финансирования здравоохранения РФ в настоящее время являются консолидированные бюджеты субъектов РФ (40,1% в 2006 г.), но их доля постепенно снижается. Расходы системы ОМС выросли за этот период в три раза, их доля составила 32,1%. Наиболее существенно увеличилось финансирование системы здравоохранения из федерального бюджета (27,8% всех государственных расходов)⁴.

Расходы на Программу государственных гарантий выросли за период с 2001 по 2006 г. в 2,9 раза и составили 690,7 млрд рублей. Наиболее существенно (в 6,5 раз) увеличились расходы из федерального бюджета. В результате показатель подушевого финансирования из бюджетных средств и средств ОМС к 2006 г. вырос в 3,5 раза и составил 6081,8 рублей⁵.

Вместе с тем, несмотря на очевидные позитивные изменения, утверждать, что отечественное здравоохранение вышло из системного кризиса, и период реформ (продолжающийся более 15 лет) завершился формированием эффективной системы национального здравоохранения, преждевременно. Проблемы, характерные для здравоохранения



Источник: Мониторинг ситуации в сфере здравоохранения и социального развития (<http://mzsrrf.ru/analit>).

РФ в настоящее время, затрагивают все подсистемы сферы производства медицинских услуг: организационную структуру, управление, финансирование, ценообразование, состояние материально-технической базы, кадры, правовые основы деятельности. В представленной ниже табл. 1 приведены наиболее значимые проблемы, свидетельствующие о продолжающемся системном кризисе в сфере здравоохранения РФ.

Финансовые вливания в сферу здравоохранения в размере 222,45 млрд рублей, осуществленные в рамках Национального проекта «Здоровье» в 2006–2007 гг., позволили смягчить некоторые наиболее острые и болезненные проблемы: недопустимо низкий уровень оплаты труда медицинских работников, отсутствие необходимого медицинского оборудования и медицинского транспорта, недоступность высокотехнологичной медицинской помощи для большинства россиян, запущенность профилактического направления в медицинском обслуживании населения. Вместе с тем опыт реализации Национального проекта подтвердил, что увеличение финансирования здравоохранения – важное, но далеко не единственное условие преодоления системного кризиса в сфере здравоохранения. Понимание этого, а также возрастающей роли здравоохранения в решении стоящих перед страной экономических и социальных задач, осознание необходимости реагировать на социально-экономические вызовы предопределили необходимость разработки «Концепции развития здравоохранения России до 2020 г.» (далее – Концепция).

О контурах Концепции можно судить по проекту ее структуры, а также по положениям, сформулированным в специальном разделе «Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ», посвященном модернизации здравоохранения (подраздел 2.2). В нем говорится, что «выполнение задачи предоставления качественной медицинской помощи населению на всей территории РФ будет осуществляться по двум

Основные параметры кризиса системы здравоохранения в Российской Федерации

Подсистемы сферы производства медицинских услуг	1	2	3
Институциональные основы системы здравоохранения	1	2	3
Управление	1	2	3
Финансирование	1	2	3
		<p>Черты (характерные особенности) кризиса</p>	<p>Социально-экономические последствия кризиса</p>
	<p>Здравоохранение не рассматривается как приоритетное направление в деятельности государства; отсутствует долгосрочная стратегия развития здравоохранения; вариативность концептуальных основ экономической модели производства медицинских услуг; неопределенность, неустойчивость организационно-правовых форм; неопределенность государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи; несовершенство нормативно-правовой базы.</p>		<p>1. Изменения носят фрагментарный характер, осуществляются методом латания дыр; отсутствует единство в понимании основных направлений развития здравоохранения; обязательства государства, права и обязанности медицинских работников, права пациентов не формализованы и законодательно не закреплены.</p> <p>2. Отсутствует экономический механизм, стимулирующий повышение качества медицинской помощи, снижение затрат на производство медицинских услуг, повышение ответственности медицинских работников и граждан за сохранение здоровья.</p> <p>3. Увеличивается разрыв между постоянно растущей потребностью населения в медицинской помощи и возможностями удовлетворения этой потребности, т. е. предложением качественных медицинских услуг.</p> <p>4. Низкая эффективность действующей системы обязательного медицинского страхования.</p> <p>5. Увеличивается разрыв между стоимостью медицинской услуги и ее покрытием за счет средств бюджета или ОМС.</p> <p>6. Неразвитость системы ДМС (полис ДМС имеет около 20% населения, 9/10 по месту работы); подмена ОМС ДМС.</p> <p>7. Непропорционально росту доходов населения растет доля личных средств в совокупных расходах на здравоохранение (более 50% пациентов платят за лечение в стационарах, 30% – за амбулаторно-поликлиническую помощь, 65% – за стоматологические услуги).</p>
	<p>Преобладание административных методов управления над экономическими; ослабление контрольных функций государства за качеством медицинских услуг и ценами.</p>		
	<p>Несоответствие уровня совокупных расходов на здравоохранение реальным потребностям; недостаточный уровень государственных расходов; изменение структуры совокупных расходов в сторону увеличения доли личных средств граждан.</p>		

1	2	3
<p>Организационная структура</p>	<p>Неэффективная структура медицинского обслуживания (преобладание стационарной помощи, неразвитость профилактического направления); низкая эффективность первичной медико-санитарной помощи, системы диагностики; отсутствие последовательности в этапах оказания медицинской помощи.</p>	<p>8. Медицинская помощь, соответствующая современным достижениям медицинской науки и техники, недоступна большей части населения страны (удовлетворенность потребности в высокотехнологичной медицинской помощи в 2006 г. составила 20%, в 2007 г. – 29%). Возможность получения качественной медицинской помощи во многом определяется уровнем дохода пациента и местом проживания.</p>
<p>Материально-техническая база</p>	<p>Низкий уровень материально-технического оснащения медицинских учреждений; высокая степень износа основных фондов (58,5%) и медицинского оборудования (64%).</p>	<p>9. Налицо процесс коммерциализации здравоохранения, увеличивается доля платных медицинских услуг, 70% из которых производится государственными и муниципальными учреждениями. Высока доля неформальной оплаты медицинских услуг.</p>
<p>Кадры</p>	<p>Недостаточный уровень квалификации медицинского персонала; низкий уровень оплаты труда; высокий удельный вес врачей пенсионного возраста (до 70% по некоторым специальностям); нехватка молодых специалистов, особенно в сельской местности (около половины выпускников медицинских вузов не хотят работать по специальности и в сельской местности).</p>	<p>10. Лица, имеющие доходы ниже или на уровне прожиточного минимума, практически не пользуются услугами официальной медицины. Бедность в сознании людей все более ассоциируется с неспособностью получить необходимую медицинскую помощь.</p> <p>11. Рост стоимости медицинских услуг и цен на них.</p> <p>12. Рост заболеваемости и смертности, высокий уровень инвалидизации населения; устранимая смертность примерно в три раза выше, чем в Великобритании и других развитых странах.</p>

направлениям. Первое – исполнение публичных обязательств государства по оказанию бесплатной медицинской помощи населению. Второе – создание конкурентного рынка медицинских услуг»⁶. По мнению авторов «Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ», исполнение государством обязательств по оказанию бесплатной медицинской помощи, в свою очередь, делает необходимым:

- уточнение и законодательное закрепление государственных гарантий оказания медицинской помощи населению;
- унификацию обязательств государства посредством внедрения единых стандартов оказания медицинской помощи на всей территории РФ;
- модернизацию системы обязательного медицинского страхования;
- создание единой системы персонализированного учета объемов оказанной медицинской помощи;
- увеличение государственных расходов на здравоохранение.

Указанные положения свидетельствуют о том, что государство вновь декларирует свою приверженность основным принципам сложившейся в России смешанной модели здравоохранения, акцентируя внимание на необходимости создания условий для реализации государственных гарантий получения бесплатной медицинской помощи, с одной стороны, и развития рыночных отношений в здравоохранении – с другой. Данный подход к определению направлений развития здравоохранения не содержит ничего нового. Его реализация предполагает сохранение бюджетно-страховой модели финансирования производства медицинских услуг; увеличение совокупных расходов на здравоохранение; повышение роли страховых медицинских организаций как покупателей медицинских услуг; внедрение системы оплаты оказанной медицинской помощи, исходя из нормативов финансовых затрат, рассчитанных на основе единых стандартов медицинской помощи; изменение организационно-правовых форм медицинских учреждений.

Знакомство с министерским проектом структуры Концепции позволяет сделать вывод о том, что ключевым вопросом становится четкое определение содержания и границ программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению страны и создание условий для ее реализации.

В процессе обсуждения Концепции, развернувшегося в сети, на страницах газет и журналов, высказываются различные точки зрения относительно развития российского здравоохранения: от консервативных, предлагающих вернуться к вертикально управляемой государственной системе здравоохранения, до либеральных, рассматривающих частную медицину как наиболее эффективную модель производства медицинских услуг⁷. Предлагается также перейти к одноканальному принципу финансирования здравоохранения: либо отказаться от бюджетного финансирования здравоохранения и заменить его обязательным медицинским страхованием (ОМС); либо, напротив, отказаться от ОМС в пользу государственного финансирования и добровольного медицинского страхования (ДМС)⁸. На наш взгляд, все эти позиции неприемлемы как крайне радикальные, предполагающие демонтаж сложившейся модели здравоохранения. Несмотря на множественность и сложность проблем, ситуация в здравоохранении сегодня не такова, чтобы ставить вопрос о столь радикальных шагах. Имеющиеся проблемы вполне могут быть решены в рамках существующей смешанной модели, в условиях позитивно меняющейся макроэкономической среды. Более того, эволюционный, постепенный характер преобразований, отсутствие резких, неожиданных решений является, на наш взгляд,

важным условием успешной реализации стратегии развития и достижения конечных целей преобразований.

Несмотря на определенные различия в подходах к формированию основных направлений развития российского здравоохранения, можно выделить некоторые общие позиции. Среди них понимание того, что:

- развитие здравоохранения является одним из важнейших факторов, определяющих социально-экономическое развитие страны;
- без развития здравоохранения невозможно добиться заметного снижения заболеваемости и смертности населения страны, повышения качества жизни;
- основной целью развития российского здравоохранения является обеспечение населения страны доступной, качественной медицинской помощью;
- нынешнее состояние российского здравоохранения не позволяет решить эту задачу, достижение указанной цели возможно лишь при условии преодоления кризиса, в котором продолжает находиться российское здравоохранение.

В данной статье мы не ставили перед собой задачу рассмотреть всю систему мер, предлагаемых экспертами – разработчиками концепций, направленных на улучшение положения в здравоохранении РФ. Хотелось бы обратить внимание на то, что для реализации предлагаемых мер потребуется существенное (в разы) увеличение совокупных расходов на здравоохранение. С учетом хронического недофинансирования здравоохранения, его высокой ресурсоемкости и необходимости масштабной модернизации это вполне естественно. В связи с этим важнейшими задачами при разработке стратегии развития российского здравоохранения должны стать определение объемов необходимых ресурсов и прогнозирование их динамики, определение источников финансирования и соотношения между ними. Всем хорошо известно, что разработка любой стратегии предполагает определение объемов ресурсов, необходимых для ее реализации и источников финансирования. В противном случае, как это бывало не раз, предлагаемые меры останутся не более чем красивой декларацией.

Таким образом, при разработке концепции развития здравоохранения на долгосрочную перспективу необходимо руководствоваться следующими принципами:

- *системности* (системный подход), который предполагает, что преодоление кризиса в сфере здравоохранения возможно только при условии реализации системы взаимосвязанных мер, затрагивающих организационную структуру, управление, финансирование, материально-техническую базу, медицинские технологии, кадры, нормативно-правовую базу оказания медицинской помощи;
- *комплексности* (комплексный подход), который предполагает реализацию комплекса мер не только непосредственно в сфере здравоохранения, но и в фармацевтической и медицинской промышленности, в сфере подготовки медицинских кадров, шагов, направленных на стимулирование здорового образа жизни;
- *соизмеримости*, который означает, что при разработке Концепции необходимо учитывать и соизмерять параметры, заложенные в «Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ», «Концепции демографической политики РФ на период до 2025 г.»;
- *финансовой обеспеченности*, который предполагает необходимость учета (в целях оценки достаточности и реалистичности планируемых объемов финансирования здравоохранения) динамики совокупных расходов на здравоохранение; выявление факторов, ее определяющих;

• *структурной сбалансированности*, в соответствии с которым необходимо определить пути увеличения совокупных расходов на здравоохранение и их оптимальную структуру.

Центральным вопросом при определении стратегии развития здравоохранения на долгосрочную перспективу становится, на наш взгляд, вопрос об определении объема ресурсов, необходимых для выведения здравоохранения нашей страны на качественно иной уровень. К сожалению, при обсуждении Концепции данным аспектам не уделяется должного внимания.

Согласно Концепции, к 2020 г. расходы на здравоохранение из государственных и частных источников должны составить не менее 6,3% ВВП (из них государственные расходы – 4,8%)⁹. Насколько обоснованны и достаточны объемы средств, которые планируется направлять на развитие здравоохранения к концу рассматриваемого периода? На рис. 2 приведена диаграмма, отражающая совокупные расходы на здравоохранение и их структуру в экономически развитых странах мира¹⁰.

Напомним, что по стандартам ВОЗ совокупные расходы на здравоохранение не должны быть ниже 5% ВВП. Приведенные данные свидетельствуют о том, что экономически развитые страны мира тратят на здравоохранение от 6 до 16% ВВП, при этом доля частных расходов в европейских странах не превышает 4,7% ВВП (в США – более 50%). В России в настоящее время совокупные расходы не превышают 5% ВВП. Интересно отметить, что, например, в Великобритании расходы на уровне 7,7% ВВП обеспечивают подушевые расходы в размере 2,3 тыс. долл. в год, а в России 5% – лишь 0,3 тыс. долл.

Более того, анализ динамики совокупных расходов на здравоохранение в экономически развитых странах мира свидетельствует о наличии устойчивой тенденции их роста. Так, в 2006 г. расходы на здравоохранение в США превысили 2 трлн долл. в год, что в расчете на душу населения составляет 7 тыс. долл. Темпы роста общих расходов в 2006 г. составили около 7%. За десять лет (1995–2006 гг.) произошло удвоение общих расходов на здравоохранение¹¹!

Тенденция увеличения совокупных расходов на здравоохранение отражает действие целого ряда факторов – как экономических, так и неэкономических по своей природе. Рост совокупных расходов на здравоохранение вызывает вполне обоснованную озабоченность, поскольку они не только ложатся достаточно тяжелым бременем на бюджеты субъектов хозяйственной деятельности, но и приводят к перераспределению ресурсов между отраслями и сферами производства. Более того, очевидно, что рост совокупных расходов на здравоохранение не является полной гарантией роста качества медицинских услуг, их доступности (пример тому США). Все это позволяет рассматривать рост совокупных расходов на здравоохранение как один из вызовов, требующих адекватного ответа, как одну из серьезных проблем, заслуживающих особого внимания. Устойчивый рост совокупных расходов на здравоохранение, характерный для экономически развитых стран мира, заставляет искать модели и механизмы производства медицинских услуг, позволяющих повысить эффективность затрачиваемых ресурсов.

Каковы причины увеличения совокупных расходов на здравоохранение? Прежде всего, следует назвать причины, отражающие такие долговременные тенденции, как:

- рост спроса на медицинские услуги;
- рост издержек на производство медицинских услуг;
- рост цен на медицинские услуги.

Рост спроса на медицинские услуги, наблюдаемый в экономически развитых странах мира, обусловлен многими факторами, важнейшими из которых являются: увеличение

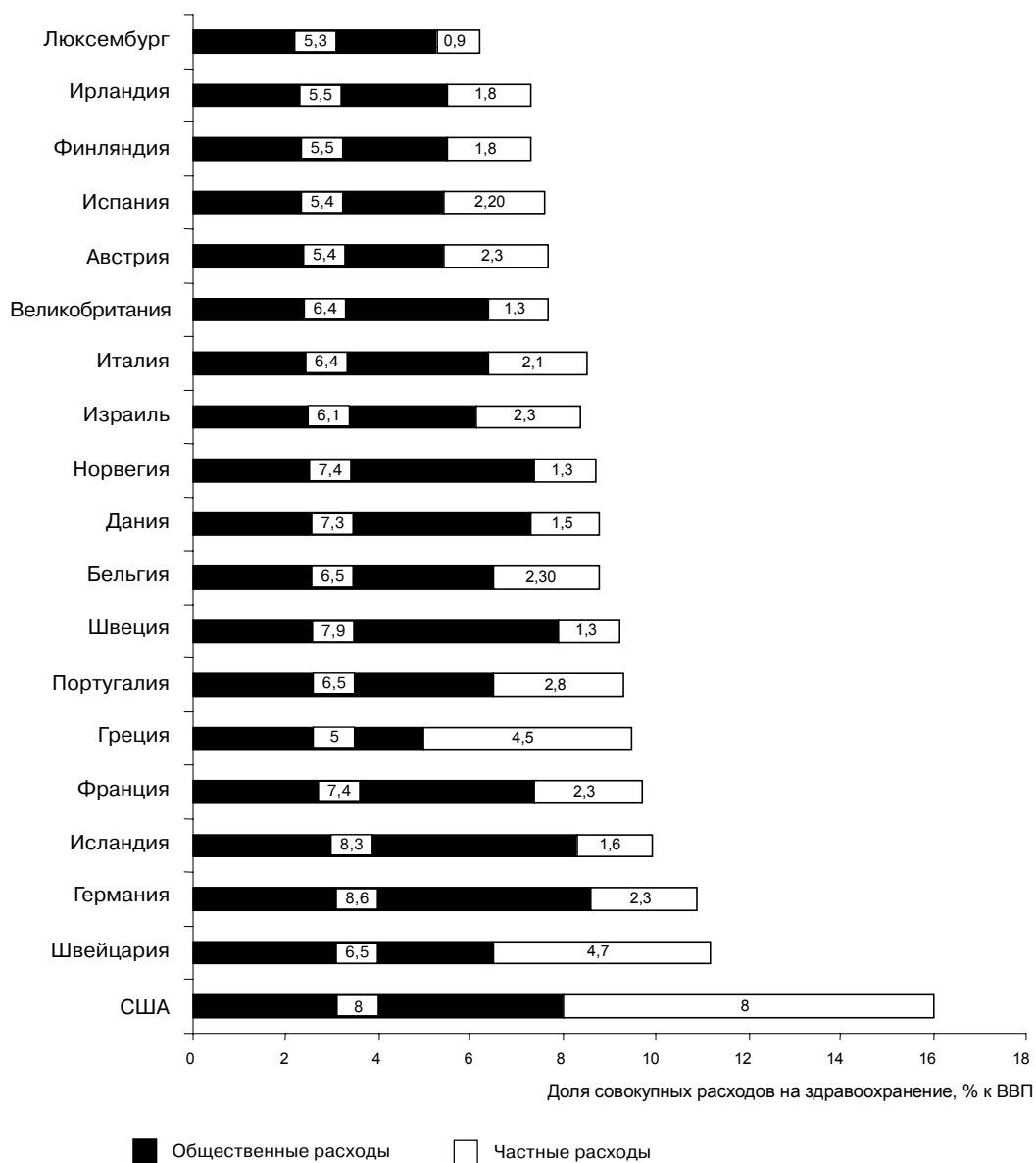


Рис. 2. Структура совокупных расходов на здравоохранение в 2004 г.

Источник: материалы ВОЗ (<http://www.euro.who.int>).

потребности (нуждаемости) в медицинской помощи; повышение доходов и уровня жизни населения; развитие медицинского страхования; особенности формирования спроса на медицинские услуги.

Рост потребности (нуждаемости) в медицинской помощи может быть вызван различными и, как показывают исследования, противоречащими друг другу причинами: увеличением заболеваемости населения, изменением структуры заболеваемости и характера протекания болезней; процессом старения населения; стремлением к здоровому образу жизни и сохранению высокого качества жизни на долгие годы; увеличением продолжительности жизни.

В экономически развитых странах мира изменение структуры заболеваемости и характера протекания заболеваний выразилось в том, что на смену практически ликвидированным инфекционным заболеваниям как главной причины смертности пришли хронические заболевания (патологии сердечно-сосудистой системы, органов дыхания; болезни, вызванные нарушением обмена веществ; онкологические заболевания), новые виды инфекционных заболеваний. Также наблюдается увеличение заболеваемости населения болезнями, связанными с нездоровым образом жизни, вредными привычками (наркомания, алкоголизм, табакокурение, ожирение и др.).

В России заболеваемость имеет устойчивую тенденцию к росту. Если в 2001 г. на тысячу человек населения было зарегистрировано больных с впервые установленным диагнозом – 719,7 человека, то в 2006 г. – уже 764 человека. Среди новорожденных доля детей, родившихся больными, в 2006 г. составила около 40% (в 1980 г. – 7,9%). Количество зарегистрированных больных ВИЧ-инфекцией увеличилось с 2000 г. почти в 4 раза. Высокий уровень травматизма, нездоровый образ жизни, неправильное питание, употребление воды плохого качества, пренебрежение занятиями физической культурой на фоне ухудшающейся экологической ситуации и низкого уровня жизни значительной части населения способствуют росту заболеваемости. Недоступность и низкий уровень качества медицинской помощи приводят к тому, что заболевания переходят в хроническую форму на 15–20 лет раньше, чем в европейских странах. Следствием этого является массовая инвалидизация и преждевременная смертность. Численность лиц, впервые признанных инвалидами, с 1980 г. увеличилась более чем в три раза. В 2006 г. доля инвалидов в трудоспособном возрасте составила 37% к общему числу инвалидов¹².

Вместе с тем следует отметить, что в России спрос на медицинские услуги существенно ниже, чем потребность в медицинской помощи. Это связано как минимум с двумя причинами: низким уровнем жизни и доходов значительной части населения страны и сложившейся системой ценностей, в которой здоровье и, соответственно, расходы на его поддержание не рассматриваются как приоритетные. По результатам опроса, проведенного органами государственной статистики в январе 2005 г., потребность в медицинской помощи имели 65% опрошенных россиян. Однако только 6% намерены были расходовать денежные средства на медицинские услуги. Подавляющее число граждан из нуждающихся в медицинской помощи (более 50%) не были намерены расходовать средства на медицинские услуги из-за недостатка финансовых средств, остальные – по другим, нефинансовым причинам. Интересно отметить и то, что менее 30% участвовавших в опросе граждан намерены, при благоприятных условиях, сберечь средства с целью лечения¹³. По результатам исследования, проведенного в 2008 г., только 8% граждан, осуществляющих сбережения, сберегают средства на медицинские цели.

Увеличение численности людей пожилого возраста также способствует росту спроса на медицинские услуги. Как показывают исследования, в экономически развитых странах мира люди старше 60 лет потребляют в 3,5 раза больше медицинских услуг, чем лица

более молодого возраста. Увеличение продолжительности жизни, таким образом, приводит к росту потребности в медицинской помощи.

Интересные результаты были получены голландскими учеными¹⁴. Целью исследования явилось определение «стоимости здоровья» (объема совокупных затрат на поддержание здоровья) для разных групп населения страны. Полученные результаты выявили несколько неожиданные, на первый взгляд, проблемы. Поддержание здоровья относительно здоровых людей, достигших возраста 84 лет, обходится в 417 000 долл.; тучных людей, доживающих до 80 лет, – в 371 000 долл.; курящих людей, продолжительность жизни которых не превышает 77 лет, – в 326 000 долл. Более того, исследование подтвердило, что три четверти совокупных затрат на здоровье приходится на последний год жизни. Получается, что чем лучше здоровье человека и чем дольше он живет, тем дороже обходится обществу, и тем большая нагрузка ложится на систему здравоохранения и экономику страны в целом. Таким образом, стремление сохранить на долгие годы здоровье и высокое качество жизни и, как следствие, увеличение средней продолжительности жизни – дорогое с точки зрения роста совокупных затрат на здравоохранение удовольствие, которое ложится тяжелым бременем на бюджеты и экономику. Исследование подтвердило, что увеличение средней продолжительности жизни на один год обходится экономике страны в 1% ВВП! Проблема усугубляется тем, что в экономически развитых странах увеличивается доля лиц пожилого возраста и уменьшается число работающих граждан.

Осознание серьезности этой проблемы вынуждает правительства европейских государств пересматривать принципы действующих моделей социальной политики, менять приоритеты, искать пути оптимизации расходов на здравоохранение, повышения их эффективности. Конечно, для России пока эта проблема кажется далекой (среднестатистический мужчина в России сегодня живет примерно на 20 лет меньше, чем европеец; в 2006 г. продолжительность жизни составила 60,6 года для мужчин, и 73,1 года для женщин), да и расходы на поддержание здоровья по российским стандартам существенно ниже, чем в европейских странах. Вместе с тем, как известно, в планах государства добиться увеличения средней продолжительности жизни к 2015 г. до 70 лет, а к 2020 г. до 75 лет. При этом к 2020 г. доля лиц пожилого возраста в составе населения увеличится до 45 человек на 100 трудоспособных.

Существенное влияние на динамику спроса на медицинские услуги оказывает и рост доходов населения. С ростом доходов и уровня жизни населения меняются приоритеты и предпочтения, в том числе и в сторону сохранения и поддержания здоровья. Опыт экономически развитых стран мира подтверждает, что чем выше доходы, тем выше доля расходов на медицинские услуги. По некоторым оценкам, темпы роста платных медицинских услуг в России составляют в настоящее время 25% в год (без учета теневого сектора). В структуре потребительских расходов домашних хозяйств расходы на медицинские услуги выросли с 1995 по 2006 г. с 0,4 до 1,2%. Однако их доля в общем объеме платных услуг остается стабильной с 2002 г. – 4,9%¹⁵. Следует ожидать, что рост реальной заработной платы к 2020 г. в три раза – до 1170 долл. и увеличение доли среднего класса (до 70% населения страны), предусмотренные «Концепцией долгосрочного социально-экономического развития», приведут к заметному росту спроса на медицинские услуги.

Развитие системы медицинского страхования, как обязательного, так и добровольного, приводит к росту спроса на медицинские услуги, поскольку застрахованные получают медицинские услуги либо полностью бесплатно, либо их расходы частично компенсируются. Следствием этого может стать избыточное потребление медицинских услуг – явление, хорошо знакомое странам с развитой системой медицинского страхования.

Данный фактор следует учитывать и нам, так как одно из важнейших направлений «Концепции развития здравоохранения РФ...» – реформирование системы обязательного медицинского страхования и расширение добровольного медицинского страхования.

Рассматривая факторы, определяющие динамику спроса на медицинские услуги, необходимо учитывать и особенности его формирования. Речь, прежде всего, идет о том, что спрос на медицинские услуги может формироваться самим производителем медицинских услуг. Феномен спроса, формируемого производителем услуг, связан с таким явлением, как асимметрия информации, характерным для рынка медицинских услуг. Последнее, как показывает опыт многих стран, также может привести к избыточному спросу на медицинские услуги.

Следующая тенденция, имеющая долгосрочный характер, – *рост издержек на производство медицинских услуг*. Он вызван такими факторами, как широкое применение новых медицинских технологий, современного медицинского оборудования и лекарственных препаратов; рост оплаты труда медицинских работников, увеличение тарифов на электроэнергию, арендной платы, стоимости медикаментов; ограниченные возможности роста производительности труда; стремление врачей использовать самые современные медицинские технологии, бороться за здоровье и жизнь пациента всеми доступными средствами, невзирая на затраты.

В России рост издержек на производство медицинских услуг объясняется в значительной степени увеличением стоимости медикаментов и лекарственных препаратов (продолжается процесс замещения отечественных препаратов более дорогими импортными); использованием современной дорогостоящей медицинской техники (как правило, импортной), современных медицинских технологий; высокой арендной платой, ростом оплаты труда медицинских работников. Из почти 700 млрд рублей (стоимость программы госгарантий в 2006 г.) 50% составили расходы на оплату труда медицинских работников. С 2005 по 2007 г. рост заработной платы в здравоохранении составил 55,6%. По оценкам экспертов, повышение оплаты труда до среднего по экономике уровня потребует еще 200 млрд рублей. Очевидно, что крупномасштабное обновление основных фондов, планируемое повышение заработной платы медицинских работников, да и банальная инфляция вызовут дальнейший рост издержек.

Рост цен на медицинские услуги обусловлен в значительной степени особенностями рынка медицинских услуг (речь идет об общих, видовых особенностях этого рынка, связанных со спецификой самой медицинской услуги, особенностями формирования спроса на медицинские услуги и их предложения, спецификой рыночной среды, с точки зрения условий для конкуренции между производителями медицинских услуг); ростом спроса и неадекватным увеличением предложения медицинских услуг; ростом издержек производства медицинских услуг. По официальным данным, в России цены на медицинские услуги с 2000 г. растут в среднем на 20% в год¹⁶. В нашей стране, наряду с указанными факторами, росту цен способствуют такие факторы, как отсутствие эффективного контроля над ценами на медицинские услуги со стороны государства; увеличение доли коммерческих услуг и снижение доли услуг, предоставляемых на бесплатной основе; ограниченные возможности выбора медицинского учреждения и врача; широкое распространение неформальных платежей за медицинскую помощь.

Таким образом, очевидно, что при прогнозировании динамики совокупных расходов на здравоохранение следует учитывать изменение спроса на медицинские услуги, издержек на их производство и цен. Анализ факторов, определяющих динамику спроса на медицинские услуги, с учетом позитивных изменений в социально-экономической

сфере, позволяет сделать вывод о том, что в рассматриваемый период в РФ спрос на медицинские услуги будет устойчиво расти. На первом этапе (5–7 лет) динамика спроса на медицинские услуги, прежде всего, будет определяться ростом нуждаемости в медицинской помощи в связи с высоким уровнем заболеваемости и травматизма. В дальнейшем, при условии реализации позитивного сценария развития социально-экономической ситуации в стране, рост спроса на медицинские услуги будет обуславливаться повышением уровня жизни, изменением потребительских предпочтений населения в сторону здорового образа жизни, осознанием ценности здоровья как экономического блага, увеличением продолжительности жизни и повышением требований к качеству жизни.

Рост потребности в медицинской помощи и спроса на медицинские услуги, крупномасштабная модернизация здравоохранения, повышение оплаты труда медицинских работников, развитие рынка медицинских услуг делают необходимым увеличение расходов на здравоохранение. Необходимость удовлетворения растущей потребности общества в доступных, качественных медицинских услугах; достижение стандартов бюджетных расходов экономически развитых стран мира; реализация всей совокупности задач, стоящих перед отечественным здравоохранением, потребуют увеличения совокупных расходов на здравоохранение как минимум до 8% ВВП уже к 2010–2012 г. При этом государственные расходы должны вырасти до 5–6% ВВП. К 2020 г. объем совокупных расходов на здравоохранение должен составить около 10% ВВП. Уровень расходов, предусмотренный Концепцией, ниже не только реальной потребности, с учетом рассмотренных нами факторов, но и уровня, достигнутого экономически развитыми странами уже сейчас. Чтобы выйти из ловушки инерционного пути развития здравоохранения, необходимы более решительные меры и нестандартные решения, направленные на увеличение расходов на здравоохранение, в том числе и государственного финансирования отрасли. Достижение заложенных в Концепции параметров не к 2020 г., а к 2010 г. позволит совершить прорыв в решении накопившихся проблем, вывести здравоохранение на качественно иной уровень, что в дальнейшем позволит выйти на более умеренные темпы роста совокупных расходов на здравоохранение.

В связи с прогнозируемым устойчивым ростом расходов на здравоохранение важнейшей проблемой становится определение источников финансовых средств и их структуры, возможностей их увеличения. В настоящее время в РФ расходы на здравоохранение финансируются из трех источников: средств государственного и местных бюджетов, фондов обязательного и добровольного медицинского страхования и непосредственно из личных средств граждан. Фактически речь идет о финансировании производства медицинских услуг за счет средств: государства; предприятий и организаций; граждан.

Анализ структуры расходов на здравоохранение в России свидетельствует о том, что доля государственных расходов в совокупных расходах сокращается, центр тяжести смещается в сторону личных расходов граждан. Население страны участвует в финансировании здравоохранения практически наравне с государством. Такой высокий удельный вес частных платежей в здравоохранении не соответствует параметрам смешанной системы здравоохранения и социальной модели рыночной экономики (как было показано выше, в странах Западной Европы соотношение государственных и частных затрат составляет примерно 3:1). Дальнейшее увеличение доли личных расходов граждан на медицинские услуги не может и не должно рассматриваться как способ увеличения совокупных расходов на здравоохранение по многим причинам.

Вместе с тем очевидно, что прогнозируемая потребность в увеличении финансирования производства медицинских услуг не может быть обеспечена только посредством

роста государственных расходов. Ни одна, даже самая процветающая экономика, ни один бюджет не выдержат такого бремени социальных расходов, тем более что существенное увеличение государственных расходов предполагает усиление налоговой нагрузки на субъекты хозяйственной деятельности, что противоречит задаче обеспечения устойчивого экономического роста. Покрытие растущих расходов на здравоохранение за счет средств обязательного медицинского страхования потребует увеличения страховых взносов предприятий. Предложения о необходимости повышения обязательных страховых платежей предприятий обсуждаются достаточно давно. По оценкам специалистов, они должны быть повышены как минимум в два раза (сейчас в ФОМС направляется 3,1%). Однако столь ощутимое для предприятий повышение размеров страховых платежей повлечет за собой целый ряд нежелательных последствий. Все это тем не менее не означает, что основное бремя растущих расходов на производство медицинских услуг должно лечь на плечи (кошельки) самих потребителей медицинских услуг.

Выход мы видим в сохранении смешанного принципа финансирования здравоохранения (а не в переходе к одноканальному принципу, как предлагают некоторые эксперты), предполагающего соучастие государства, бизнеса и непосредственно населения страны в покрытии расходов на производство медицинских услуг; в распределении бремени растущих расходов между государством, бизнесом и обществом; в повышении социальной ответственности бизнеса и ответственности граждан за сохранение здоровья. При росте расходов государства, бизнеса и граждан на здравоохранение должна измениться структура расходов: доля государственных расходов должна составлять на первом этапе не менее 70% совокупных расходов (затем она может быть снижена до 50%), доля предприятий и организаций – не менее 30%, остальное – личные средства граждан. Вопрос о механизме привлечения средств и финансирования, стимулирования более широкого участия бизнеса в покрытии расходов на здравоохранение, повышения ответственности граждан за свое здоровье заслуживает отдельного внимания. Очевидно одно: общей тенденцией, характерной для экономически развитых стран мира, является распределение ответственности за здоровье и, как следствие, расходов на медицинскую помощь между государством, бизнесом и гражданами страны.

¹ С этой целью создан специализированный интернет-сайт, на котором размещены основные положения 17 вариантов концепции, разработанных к настоящему времени, а также комментарии, замечания и предложения экспертов, участвующих в обсуждении (<http://www.zdravo2020.ru/materials>).

² Там же.

³ *Канаева О. А.* Здравоохранение России: есть ли выход из кризиса? // Вестн. С.-Петерб. ун-та. Сер. 5: Экономика. 2000. № 3.

⁴ <http://mzsrrf.ru>

⁵ Там же.

⁶ <http://mineconm.ru>

⁷ <http://www.zdravo2020.ru/materials>

⁸ Концепция развития частной системы здравоохранения РФ (<http://www.zdravo2020.ru/materials>).

⁹ Там же.

¹⁰ <http://www.euro.who.int/>

¹¹ <http://www.zdravo2020.ru/materials>

¹² Российский статистический ежегодник: Стат. сб. М., 2007. С. 279–281.

¹³ Российское здравоохранение в 2005 г.: Стат. сб. М., 2005. С. 16.

¹⁴ <http://www.zdravo2020.ru/materials>

¹⁵ Российский статистический ежегодник. С. 583.

¹⁶ Там же. С. 735.