

**Государственные расходы  
на здравоохранение  
в Российской Федерации:  
проблемы и пути их решения**

**Всемирный Банк  
Регион: Европа и Центральная Азия  
Департамент социальных программ  
Страна: Российская Федерация**



# Содержание

Выражение признательности .....	5
Введение .....	6
<b>I. Эффективность расходов на здравоохранение .....</b>	<b>7</b>
1.1. Неудовлетворительные показатели состояния здоровья населения .....	7
1.2. Основные причины преждевременной смертности, высокой заболеваемости и инвалидности населения Российской Федерации .....	8
1.3. Различия в ожидаемой продолжительности жизни между регионами Российской Федерации .....	9
1.4. Социально-экономические последствия роста распространенности неинфекционных заболеваний и травматизма .....	9
1.5. Низкий уровень расходов на здравоохранение .....	11
1.6. Тенденции финансирования расходов на здравоохранение в Российской Федерации .....	13
1.7. Расходы и состояние здоровья населения .....	13
<b>II. Влияние распределения расходов на услуги здравоохранения .....</b>	<b>15</b>
2.1. Распределение расходов на здравоохранение по регионам Российской Федерации .....	15
2.2. Распределение расходов на здравоохранение в зависимости от региональных доходов .....	19
2.3. Состояние здоровья населения в субъектах Российской Федерации .....	21
2.4. Распределение расходов по видам услуг здравоохранения .....	22
2.5. Расходы населения на покупку лекарственных средств .....	23
2.6. Обращаемость за медицинскими услугами групп населения с различным уровнем доходов .....	23
<b>III. Факторы, которые окажут влияние на рост расходов на здравоохранение в предстоящие 20 лет, и возможные подходы к распределению дополнительных ресурсов .....</b>	<b>24</b>
3.1. Основные факторы, влияющие на объем расходов на здравоохранение и оказание долгосрочной медицинской помощи в мире .....	25
3.2. Увеличение уровня расходов на здравоохранение в Российской Федерации: основные проблемы .....	25
3.3. Где взять дополнительные государственные расходы? .....	26
3.4. Как распределять дополнительные финансовые ресурсы на цели здравоохранения? .....	26
3.5. Процесс разработки стандартов .....	28
<b>IV. Необходимость программных, структурных и институциональных реформ с целью улучшения конечных результатов работы системы здравоохранения .....</b>	<b>29</b>
4.1. Основные направления действий .....	29
4.2. Возможно ли реформировать систему здравоохранения в Российской Федерации? .....	31
<b>V. Путь вперед .....</b>	<b>31</b>

## Рисунки

Рисунок 1. Валовой национальный доход на душу населения и ожидаемая продолжительность жизни . . . . .	7
Рисунок 2. ВВП на душу населения и смертность среди взрослого мужского населения в России и других странах . . . . .	8
Рисунок 3. Расходы на здравоохранение в расчете на душу населения (в долларах США с учетом паритета покупательной способности) . . . . .	12
Рисунок 4. Государственные расходы РФ на здравоохранение в реальном выражении, 1991–2006 гг. (1991 г. = 100) . . . . .	12
Рисунок 5. Эффективность частных и государственных расходов на здравоохранение. Стандартизованный коэффициент смертности от неинфекционных заболеваний в России и других странах мира . . . . .	13
Рисунок 6. Балльные оценки результатов функционирования системы здравоохранения на региональном уровне в сравнении с долей расходов на здравоохранение в ВРП . . . . .	14
Рисунок 7. Зависимость отчислений на заработную плату работников здравоохранения от величины месячного подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования, 2006 г. . . . .	18
Рисунок 8. Зависимость расходов на медикаменты от величины месячного подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования, 2006 г. . . . .	18
Рисунок 9. Распределение расходов на здравоохранение с разбивкой по субъектам Российской Федерации и источникам финансирования (в долларах США), 2006 . . . . .	21

## Таблицы

Таблица 1. Региональные различия в ожидаемой продолжительности жизни при рождении в России (2000–2006 гг.) . . . . .	9
Таблица 2. Фактические ежемесячные расходы на здравоохранение в расчете на душу населения: субъекты Российской Федерации, 2006 г. . . . .	15
Таблица 3. Расходы на здравоохранение в расчете на душу населения и доходные децили: субъекты Российской Федерации, 2006 г. . . . .	19
Таблица 4. Финансирование территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи в расчете на душу населения, 2006 г. . . . .	21
Таблица 5. Самооценка здоровья людей с разбивкой по квинтилям, 2003 г. . . . .	22
Таблица 6. Доля респондентов, обратившихся за медицинской помощью . . . . .	22
Таблица 7. Государственные расходы на здравоохранение (в процентном отношении) . . . . .	22
Таблица 8. Оценка тенденций изменения объемов финансирования здравоохранения (по различным источникам и годам) . . . . .	24
Таблица 9. Прогнозируемый уровень государственных расходов на здравоохранение в Российской Федерации в 2008-2020 гг. (% ВВП, среднегодовой показатель) . . . . .	26

## Примеры

Пример 1. Определение приоритетов и расходы на здравоохранение в Соединенном Королевстве в 2000-х гг. . . . .	27
---	----

## Выражение признательности

Данный документ подготовлен в июне 2008 года Патрисио Маркесом, ведущим специалистом Всемирного банка по вопросам здравоохранения региона Европы и Центральной Азии, с участием: Эдуарда Фрида (российского консультанта Всемирного банка), Рифата Атуна (Лондонский Империял-колледж), Калипсо Чалкидоу (Национальный институт здравоохранения и совершенствования клинической практики, Великобритания), Вили де Гейндта (консультанта Всемирного банка) и Севиль Салахутдиновой (специалиста по проектам в области здравоохранения, Московское представительство Всемирного банка).

Документ составлен с учетом замечаний и рекомендаций Джерарда Андерсона (Блумбергская школа общественного здравоохранения Университета Джона Хопкинса) и ведущих российских специалистов по экономике здравоохранения: Сергея Шишкина (Независимый институт социальной политики), Игоря Шеймана (Государственный университет — Высшая школа экономики) и Надежды Лебедевой (Фонд «Российское здравоохранение»).

Документ подготовлен в рамках более широкого проекта, осуществляемого Всемирным банком для Министерства финансов России «Россия: исследование долгосрочной бюджетной политики» под руководством Желько Богетича, главного экономиста по России и координатора российского сектора, Отдел сокращения бедности и управления экономикой, Всемирный банк.

# Введение

*«Теперь основная задача — конвертировать эти экономические успехи в социальные программы, показать, что развитие экономики улучшает жизнь каждого российского гражданина. В последнее время мы начали воплощать в жизнь несколько социальных программ и в области образования, и в области здравоохранения. Я считаю, что очень важно сохранить и развить эти программы, приступив к полноценной модернизации работы в этих сферах».*

**Дмитрий Медведев,  
Президент Российской Федерации  
(Интервью «Файненшиал Таймс», 24 марта 2008 года)**

В настоящем докладе рассматриваются три крайне важных вопроса, на которые необходимо ответить, чтобы определить целесообразный уровень расходов на здравоохранение в Российской Федерации.

- **Эффективность расходов на медицинское обслуживание населения.** Каково соотношение между затратами ресурсов и результатами их использования в РФ? Сопоставима ли экономическая эффективность расходов на здравоохранение в РФ с данным показателем в странах Европейского Союза (ЕС) и/или странах Большой восьмерки? Какие факторы снижают эффективность расходов в здравоохранении РФ, и как их минимизировать?
- **Влияние распределения ресурсов на уровень медицинского обслуживания населения.** Как распределяются ресурсы по регионам и по группам населения с различными уровнями доходов? Как минимизировать дифференциацию в разрезе регионов и доходных групп?
- **Ключевые факторы, которые окажут влияние на рост расходов на здравоохранение в течение следующих 20 лет.** Как обеспечить устойчивый экономический рост в РФ в условиях сокращения численности населения трудоспособного возраста и роста численного населения в возрасте старше 65 лет?

Настоящий анализ проведен на основе данных, собираемых в соответствии с установленной практикой на федеральном и региональном уровнях. Рамки представленного здесь анализа, как показано ниже, были ограничены в связи с недостатком информации о результатах работы системы здравоохранения в Российской Федерации.

Имеется немного данных, которые позволяли бы показать связь между расходами на здравоохранение в России и улучшением показателей состояния здоровья населения, включая снижение смертности и заболеваемости, улучшением экономических показателей и повышением производительности труда или таких более сложных индикаторов, как количество сохраненных лет жизни и количество лет жизни с учетом ее качества (QALYs). Кроме того, недостаточно данных о результатах работы больниц и других лечебно-профилактических учреждений, которые позволяли бы осуществлять надлежащий контроль за структурой оказываемых услуг и качеством медицинской помощи. Все это затрудняет оценку эффективности использования и распределения ресурсов. Несмотря на то, что для настоящего анализа использовались специально собранные данные, отсутствие детальной информации о результатах работы системы здравоохранения обусловило ограниченность масштаба исследования и представленных оценок.

Документ предназначен главным образом для лиц, отвечающих за формирование политики, ведущих аналитиков, руководителей российской системы здравоохранения и лечебно-профилактических учреждений. Он будет также полезен и для руководителей и специалистов Всемирного банка, особенно тех, кто работает в Российской Федерации и других странах со средним уровнем доходов.

# I. Эффективность расходов на здравоохранение

Обсуждение вопросов эффективности расходов на здравоохранение полезно начать с определения терминов «эффективность» и «результативность», поскольку данные термины трактуются по-разному.

Макроэкономическая эффективность связана с долей ресурсов, вложенных в систему здравоохранения, и полученной выгодой, выраженной в улучшении показателей здоровья населения. Макроэкономическая эффективность ниже в тех странах, которые расходуют на здравоохранение больший объем ресурсов и имеют такие же показатели здоровья населения, как и страны с меньшим уровнем расходов. Макроэкономическая эффективность выше в странах, имеющих более низкий уровень расходов на здравоохранение и более высокие показатели здоровья населения.

Макроэкономическая эффективность, показывающая величину полученных результатов от использования имеющихся ресурсов, включает два различных компонента: техническую и распределительную эффективность. Техническая эффективность (для обозначения которой также используется термин «производственная эффективность») предполагает сравнение разных уровней предоставления услуг при заданном уровне расходов и использовании единой методики. Например, сравнивается два подхода к проведению компьютерной томографии для выяснения, какой из этих двух методов является наименее затратным, предполагая, что они дают одинаковые результаты для здоровья пациента. Для оценки распределительной эффективности сравниваются разные способы оказания услуг с точки зрения достижения

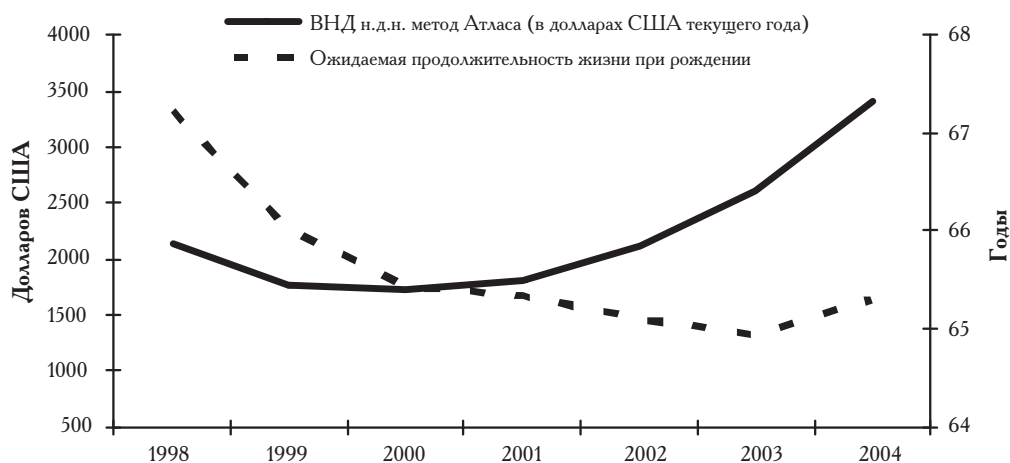
наилучших результатов. Еще одним термином, который обычно используется при оценке эффективности расходов на здравоохранение, является «результативность». Результативность в данном контексте означает степень, в которой оказываемые услуги и принимаемые меры основываются на надежной доказательной базе.

Аналитическая задача состоит в том, чтобы определить, как оценивать затраты на здравоохранение, и как оценивать конечные и промежуточные результаты. Если использовать простейший подход к решению этой задачи, следует исходить из того, что затраты — это расходы на лечение людей. Поскольку разные страны используют различные методологии оценки затрат и результатов, это затрудняет проведение международных сравнений. В то же время, принимая во внимание данное обстоятельство, мы основывались на опубликованных результатах исследований для оценки макроэкономической эффективности посредством сравнения показателей состояния здоровья населения в России с аналогичными показателями в других странах мира с последующим сравнением их уровней расходов на здравоохранение.

## 1.1. Неудовлетворительные показатели состояния здоровья населения

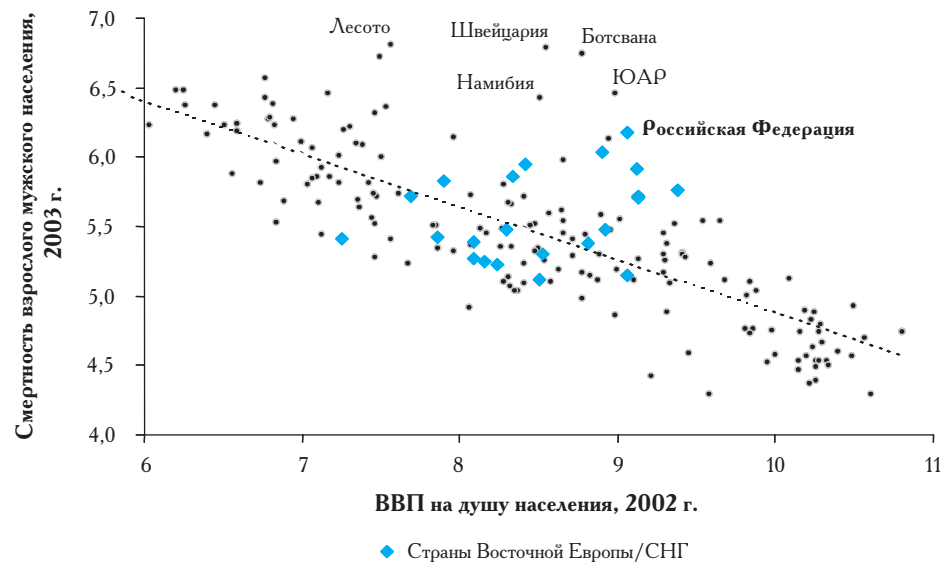
Сегодня в Российской Федерации ожидаемая продолжительность жизни женщин (72 года) близка к уровню 1955 г.; а ожидаемая продолжительность жизни мужчин (59 лет) на четыре года короче, чем в указанном году,

Рисунок 1. Валовой национальный доход на душу населения и ожидаемая продолжительность жизни



Источник: World Bank World Development Indicators 2005/WHO/EURO HFA Database 2005 (Всемирный банк: «Показатели мирового развития», 2005/ВОЗ: База данных Европейской программы «Здоровье для всех», 2005).

**Рисунок 2. ВВП на душу населения и смертность среди взрослого мужского населения в России и других странах**



Источник: Диаграмма составлена авторами настоящего доклада на основании данных Всемирного банка и ВОЗ.

и находится на таком же уровне, как в Эритрее и Папуа Новой Гвинее. В период с 1998 по 2004 г. ожидаемая продолжительность жизни сокращалась на фоне стремительного роста валового национального дохода (Рисунок 1). Даже в 2006 г., когда отмечалась положительная динамика, средняя ожидаемая продолжительность жизни в России всего лишь вернулась к низкому уровню 2000 г. (66 лет), т.е. была на 12 лет короче, чем в странах Европейского Союза (78 лет). Еще больший разрыв наблюдается в ожидаемой продолжительности здоровой жизни (ОПЗЖ): в России ОПЗЖ женщин примерно на 10 лет короче, чем во Франции, и на 16 лет, чем в Великобритании. ОПЗЖ — показатель ожидаемой продолжительности жизни в абсолютно здоровом состоянии.

Как показано на Рисунке 2, в России, по сравнению с другими странами с аналогичным уровнем доходов и развития, чрезвычайно высока смертность взрослого мужского населения. По этому показателю Россия часто отстает от других стран Восточной Европы и СНГ. Показательно то, что такая же или еще более высокая смертность характерна для нескольких африканских стран, испытавших на себе в последнее время опустошительные последствия эпидемии СПИДа.

### **1.2. Основные причины преждевременной смертности, высокой заболеваемости и инвалидности населения Российской Федерации**

Основными причинами неудовлетворительных показателей состояния здоровья взрослого населения — преждевременной смертности, высокой заболеваемости и инвалидности —

являются: (i) *неинфекционные заболевания* (НИЗ, например, инфаркты, инсульты, онкологические заболевания) и (ii) *внешние причины, в особенности травмы* в результате дорожно-транспортных происшествий.

В 2006 г. от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) умерло 56,9% из общего числа умерших, от онкологических заболеваний — 13,1%, от болезней системы пищеварения — 13,1%, от заболеваний дыхательных путей — 4,1% и от сахарного диабета — 3,8%. В целом названные заболевания были причиной 91% всех смертей. В то время как сердечно-сосудистые и онкологические заболевания были причиной 70% случаев смерти в стране в 2006 г., на долю инфекционных и паразитарных заболеваний пришлось лишь 1,6%.

Внешние причины смерти, включая травмы, занимают второе место среди основных причин смертности в России после ССЗ, в особенности среди женщин в возрасте до 35 лет и среди мужчин в возрасте до 45 лет. В 2006 г. на долю мужчин в возрасте от 20 до 24 лет пришлось 80% всех смертей от травм, а на долю женщин в возрасте от 15 до 19 лет — 54% таких смертей. Из общего числа, умерших от травм в 2006 г., 17–19% умерло от травм, полученных в результате аварий на производстве, 46% — бытовых травм и 28–30% — несчастных случаев на улице. На долю дорожно-транспортных происшествий пришлось до 60% всех смертей от травм, и они относятся к наиболее распространенным причинам утраты трудоспособности среди населения работоспособного возраста. Ежегодно в Российской Федерации в результате дорожно-транспортных происшествий травмы получают около 200 тыс. человек, а 30 тыс. из них умирают. Соответс-

твующие цифры по дорожно-транспортному травматизму среди детей — 22 тыс. пострадавших и 1,5 тыс. погибших. На сегодняшний день травматизм на дорогах является одной из самых серьезных социально-экономических и медицинских проблем в России.

Стандартизированные коэффициенты смертности (на 100 тысяч населения) по основным причинам смерти в Российской Федерации в 2005 г. значительно превышали соответствующие показатели в странах ЕС. Так, смертность от сердечно-сосудистых заболеваний и внешних причин среди мужского населения России была, соответственно, в 4 и в 7 раз, а среди женского — в 4 раза выше, чем в странах ЕС.

При сегодняшнем уровне смертности среди мужского населения менее шести из каждых десяти пятнадцатилетних российских подростков смогут дожить до 60 лет, в то время, как в Бразилии и Турции почти восемь, а в Великобритании девять из десяти подростков того же возраста доживут до 60 лет. Для российских девочек перспективы заметно лучше, хотя и по этому показателю Россия отстает от многих других стран с аналогичным уровнем социально-экономического развития.

### 1.3. Различия в ожидаемой продолжительности жизни между регионами Российской Федерации

Смертность и ожидаемая продолжительность жизни в России значительно варьирует по регионам в зависимости от уровней их социально-экономического развития и состояния здоровья населения. Эти различия видны при анализе средней ожидаемой продолжительности жизни при рождении по регионам. При этом чрезвычайно велики различия между продолжительностью жизни мужчин и женщин. Продолжительность жизни в более социально-экономически развитых регионах почти на 20 лет

в регионе с максимальной ожидаемой продолжительностью жизни женщины живут на восемь лет дольше мужчин, а в регионе с наименьшей продолжительностью жизни — на семь лет дольше. Внутри-региональные различия указывают на то, что наряду с межрегиональными различиями существуют значительные различия между социально-экономическими группами населения (Таблица 1).

### 1.4. Социально-экономические последствия роста распространенности неинфекционных заболеваний и травматизма

По данным, недавно опубликованным Всемирным банком<sup>1</sup>, беспрецедентный рост смертности в Российской Федерации в течение последних двадцати лет в сочетании с уровнем рождаемости, не обеспечивающим воспроизводство населения, имеет целый ряд существенных последствий, выходящих за рамки непосредственно социально-демографических проблем, включая:

- (i) *Сокращение общей численности населения.* С начала 1990-х годов численность населения Российской Федерации, по оценкам, сократилась на 6 млн. человек до 143 млн. В период с 1990 по 2003 гг. численность населения в среднем ежегодно уменьшалась на 0,3%, а неизменно высокая смертность и низкая рождаемость приведут к дальнейшему сокращению численности населения. Расчеты показывают, что если бы в России динамика возрастных коэффициентов смертности соответствовала тенденциям, наблюдающимся в 15 первых странах-членах Европейского Союза (ЕС-15) с середины 1960-х годов, то ее население было бы на 17 млн. больше, чем в настоящее время<sup>2</sup>.
- (ii) *Сокращение численности работающего населения.* В случае сохранения таких тенденций в даль-

**Таблица 1. Региональные различия в ожидаемой продолжительности жизни при рождении в России (2000–2006 гг.)**

	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении								
	2000			2003			2006		
	Общая	Муж.	Жен.	Общая	Муж.	Жен.	Общая	Муж.	Жен.
Регион с наибольшей ожидаемой продолжительностью жизни	74,0	68,6	79,0	74,8	71,5	77,8	76,0	71,9	79,8
Регион с наименьшей ожидаемой продолжительностью жизни	56,1	50,4	63,0	54,1	47,4	60,2	55,9	52,8	59,8

Источник: Росстат, 2007.

превышает продолжительность жизни населения в менее развитых регионах. Более того, в пределах одного региона разница в продолжительности жизни мужчин и женщин весьма велика, и этот разрыв варьируется незначительно в зависимости от уровня развития региона. В среднем,

<sup>1</sup> Всемирный банк, 2005: «Рано умирать: Проблемы высокого уровня заболеваемости и преждевременной смертности от неинфекционных заболеваний и травм в РФ и пути их решения», Вашингтон, Округ Колумбия.

<sup>2</sup> Е.М. Andreev, 2005. “Demographic Consequences of Mortality Reversal in Russia.” Paper for the XXV IUSSP International Population Conference, Section 36: “Demographic and Socio-Economic Consequences of Adverse Mortality and Health Trends,” Tours, France, July 18, 2005.

нейшем численность трудовых ресурсов будет неизбежно сокращаться. Здоровое население в возрасте от 65 до 75 лет могло бы быть существенным дополнительным источником трудовых ресурсов<sup>3</sup>. Но тяжелое бремя высокой заболеваемости среди пожилых россиян является препятствием для достижения этой цели.

(iii) *Угроза для национальной безопасности.* Демографический кризис и крайне тяжелая ситуация с состоянием здоровья населения в Российской Федерации являются причиной возникновения многих проблем, ставящих под угрозу национальную безопасность<sup>4</sup>. Во-первых, в течение нескольких десятилетий будет стремительно сокращаться число мужчин призывного возраста. Во-вторых, в военном бюджете придется увеличивать долю средств, выделяемых на программы укрепления здоровья, питания и борьбы со злоупотреблением наркотическими и токсическими веществами для солдат, которые непригодны для службы в армии по медицинским показаниям. В-третьих, экономический рост в долгосрочной перспективе будет зависеть от наличия больших когорт здоровых и квалифицированных людей молодого и среднего возраста, работающих на производственных предприятиях, но их наличие будет ограничиваться ввиду потребностей вооруженных сил в людских ресурсах. И, наконец, правительство обеспокоено тем, что снижение плотности населения некоторых приграничных территорий может иметь отрицательные последствия для национальной безопасности.

(iv) *Влияние на расходы системы здравоохранения и экономику страны.* В связи с увеличением бремени заболеваний за счет роста распространенности НИЗ и травматизма в Российской Федерации необходимо рассмотреть два вопроса экономического характера. Во-первых, учитывая, что многие НИЗ и травмы требуют дорогостоящего и длительного лечения, следует определить, до какой степени российская система здравоохранения обременена затратами на их лечение. Во-вторых, каковы экономические последствия преждевременной смертности, высокой заболеваемости и инвалидности среди российского населения трудоспособного возраста?

(v) *Высокие затраты на лечение.* В 2003 г. были проанализированы оценки расходов двух регионов РФ (аграрной Чувашской Республики и индустриальной Кемеровской области) с их последующей экстрапо-

ляцией на национальный уровень<sup>5</sup>. Были рассчитаны доли затрат на лечение разных заболеваний в общей сумме расходов на здравоохранение, по оценкам, равной 13 млрд долл. США. Такой анализ показал, что НИЗ и травмы являются самыми «дорогостоящими» состояниями в Российской Федерации. При этом на первом месте по стоимости лечения находятся следующие четыре группы заболеваний и травм: болезни системы кровообращения, болезни органов дыхания, внешние причины (преднамеренные и непреднамеренные увечья) и болезни системы пищеварения. На долю этих состояний приходится более 50% всех расходов системы здравоохранения в стране.

(vi) *Негативные экономические последствия.* Ниже кратко изложены основные выводы, представленные в докладе Всемирного банка «Рано умирать...».

- *Во что обходятся невыходы на работу по болезни.* По консервативным оценкам, отсутствие людей на работе по болезни связано со значительными издержками: средние потери рабочего времени из-за плохого состояния здоровья работающего населения в России составляют 10 дней на одного работника в год, а в ЕС-15 этот показатель равен 7,9 дням. Отсутствие по болезни влечет за собой прямые затраты на выплаты по больничным листам, а также косвенные издержки из-за снижения производительности труда. Общая стоимость официально зарегистрированных потерь рабочих дней по болезни в России соответствует 0,55–1,37% ВВП (нижнее значение получается, если денежная стоимость потерянных за год рабочих дней выводится, исходя из средней ставки заработной платы, а верхнее, если она выводится, исходя из ВВП на душу населения). Это оказывает значительное влияние на ситуацию, при этом данный показатель не отражает многих других воздействий высокой заболеваемости на рынок труда, включая последствия снижения производительности труда.

- *Влияние на состояние трудовых ресурсов.* Высокая заболеваемость отрицательно сказывается и на обеспеченности трудовыми ресурсами, т.к. вероятность раннего выхода на пенсию или увольнения и получения доходов исключительно в виде государственной пенсии для работников, страдающих хроническими неинфекционными заболеваниями, выше, чем для здоровых людей. Гипотетический российский мужчина в возрасте 55 лет со средним доходом и прочими усредненными характеристиками<sup>6</sup> должен выходить

<sup>3</sup> P.F. Drucker, 1999. Management Challenges for the 21st Century. Burlington, MA: Butterworth-Heinemann.

<sup>4</sup> J. Twigg, 2004. "National Security Implications of Russia's Health and Demographic Crisis," PONARS Policy Memo 360: 1–5.

<sup>5</sup> Frid, E. 2005. «Health Care Costs in the Russian Federation.» Background assessment prepared for the World Bank, Moscow, March. [Э. Фрид: «Затраты на здравоохранение в РФ» Базовые материалы для исследования Всемирного банка]

<sup>6</sup> Прочие характеристики этого гипотетического мужчины: он женат, имеет одного ребенка, получил общее среднее образование, родился в России и живет в городе.

на пенсию в возрасте 59 лет, но хроническое заболевание заставит его уйти на пенсию на 2 года раньше. Аналогичные результаты получены и в отношении женщин. Таким образом, наличие хронических заболеваний является весьма значительным фактором, предопределяющим преждевременный выход на пенсию в России. Больше всех в этом отношении страдает малоимущее население, которое несет двойное бремя болезни: во-первых, они чаще страдают хроническими заболеваниями, а во-вторых, заболев, они больше страдают от экономических последствий заболевания, чем состоятельные люди, и в результате неблагоприятные социально-экономические условия становятся непреодолимыми.

- **Снижение производительности труда.** Эмпирический анализ с использованием различных методов расчета позволяет заключить, что неудовлетворительное состояние здоровья населения в РФ является причиной гораздо более значительного снижения зарплаты, чем в странах-членах Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), где слабое здоровье людей, как правило, приводит лишь к сокращению количества рабочих часов. Точнее, по данным Всероссийского обследования домашних хозяйств и здоровья населения, люди, которые считают себя здоровыми, зарабатывают больше, чем люди со слабым здоровьем: женщины — на 22%, а мужчины — на 18% (когда эндогенность решений, связанных со здоровьем, определяется с помощью стандартных эконометрических методов). Сходные результаты получены в рамках Национального обследования благосостояния домохозяйств и участия в социальных программах (НОБУС): мужчины с хорошим здоровьем зарабатывают примерно на 30%, а женщины на 18% больше, чем люди со слабым здоровьем. И, наконец, панельный анализ на основе данных Всероссийского обследования домашних хозяйств и здоровья населения (раунды 2000—2003 гг.) подтверждает, что хорошее состояние здоровья положительно влияет на оплату труда мужчин и особо не сказывается на количестве рабочих часов в неделю.
- **Потеря работы.** В Российской Федерации вероятность увольнения значительно возрастает в случае злоупотребления алкоголем.
- **Негативное влияние на семью.** Смерть члена семьи влияет на благополучие и поведение других членов семьи, вызывая различные последствия. По данным Всероссийского обследования домашних хозяйств и здоровья населения, после смерти одного неработающего члена семьи потребление алкоголя в расчете на одного члена семьи увеличивается примерно на 10 грамм в день и на 35 грамм — после смерти работающего члена семьи. Кроме того, при сдерживании

проявления других значимых факторов вероятность возникновения депрессии повышалась на 53%. Хронические заболевания отрицательно сказывались на доходах домашних хозяйств, особенно в период с 1998 по 2002 гг., когда, по оценкам, хронические заболевания были одной из причин сокращения доходов на душу населения на 5,6% в год.

Представленный выше анализ отражает разные факторы, за счет которых состояние здоровья населения сказывается на итоговых экономических показателях в Российской Федерации. Каждая из представленных здесь оценок дала статистически достоверные результаты, а там, где можно было определить величину эффекта, он был значительным.

### 1.5. Низкий уровень расходов на здравоохранение

Уровень расходов на здравоохранение в Российской Федерации был оценен посредством его сопоставления с уровнями расходов других стран. Результаты многочисленных эмпирических исследований показывают, что уровень общих расходов на здравоохранение, как правило, увеличивается с ростом ВВП. При этом страны с доходами ниже среднего уровня (ВВП < 10 тыс. долл. США на душу населения) на здравоохранение выделяют менее 6% ВВП, а все страны с более высокими уровнями доходов тратят на здравоохранение 7—10% ВВП.

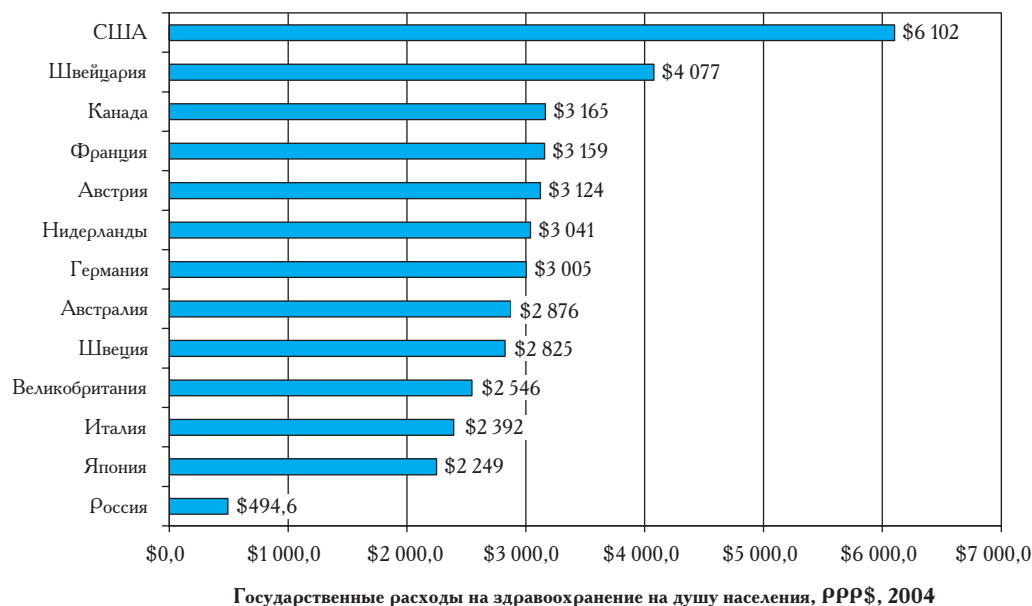
Результаты большинства исследований показывают, что США опережает многие другие страны, расходуя на здравоохранение 17% ВВП. В России — для сравнения — общие расходы на здравоохранение соответствуют 5,3% ВВП, что значительно ниже уровня стран с аналогичными доходами на душу населения<sup>7</sup>.

Как показано на Рисунке 3, Россия также меньше тратит на здравоохранение в расчете на душу населения, чем другие страны Большой восьмерки и страны ЕС. Это обстоятельство наряду с плохими показателями здоровья населения и быстрым ростом ВВП говорит о существующих возможностях для увеличения общего объема расходов на здравоохранение в Российской Федерации.

С 2001 г. в России государственные расходы на здравоохранение варьировались в пределах от 2,7% до 3,6% ВВП, что значительно ниже, чем во всех странах Большой восьмерки и ЕС-15. Расходы на здравоохранение в странах Европейского Союза составляют, как правило, 6—10% ВВП, и, за исключением США, более 75% данных расходов осуществляются из общественных источников. Однако, важно отметить, что в России государственные расходы на здравоохранение (в % ВВП) сопоставимы с расходами на эти цели в странах со средним уровнем доходов.

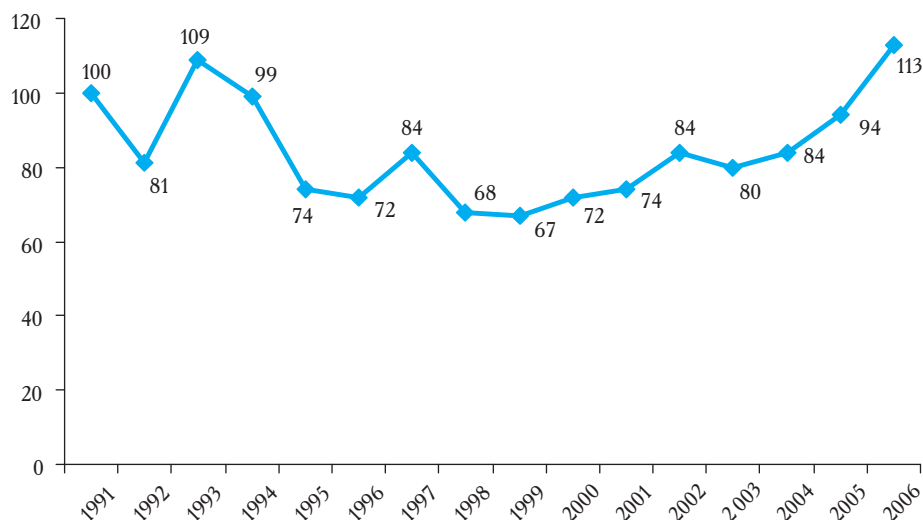
<sup>7</sup> Tompson, W. 2007. «Healthcare Reform in Russia: Problem and Prospects.» OECD Economics Department Working Papers, No. 538, OECD Publishing, doi:10.1787/327014317703.

**Рисунок 3. Расходы на здравоохранение в расчете на душу населения  
(в долл. США с учетом паритета покупательной способности)**



Источник: расчеты ОЭСР 2006 г., GDF и WBI Unified Survey.

**Рисунок 4. Государственные расходы РФ на здравоохранение  
в реальном выражении, 1991–2006 гг. (1991 г. = 100)**



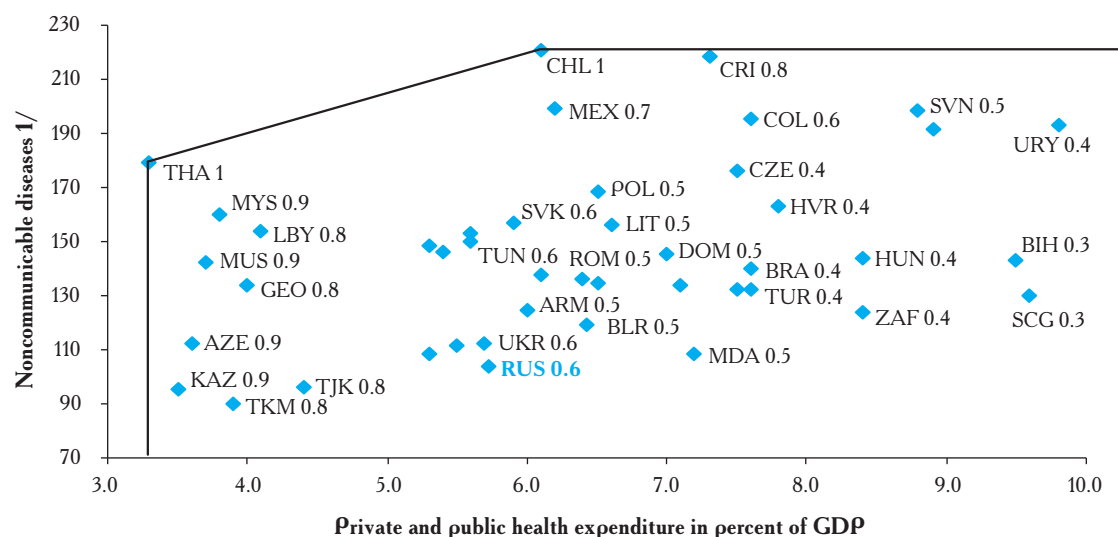
Примечание: Включая бюджетные средства и средства системы обязательного медицинского.

Источник: База данных Росстата с использованием индекса-дефлятора ВВП. — ИЭПП (2007 г.) — «Российская экономика в 2006 году». Москва: ИЭПП, с. 495. [http://www.iet.ru/files/text/trends/2006\\_en/2006\\_en.pdf](http://www.iet.ru/files/text/trends/2006_en/2006_en.pdf)

Интересно также посмотреть на соотношение между государственными и частными расходами в Российской Федерации: судя по всему, на долю частных расходов в России приходится примерно половина всех расходов. В большинстве стран Большой восьмерки и ЕС доля государственных расходов на здравоохранение составляет 75% общего объема расходов, а в некоторых странах она достигает 90%. Большая доля частных расходов в России отражает неофициальные платежи наличными в лечебно-

профилактических учреждениях и расходы пациентов на покупку лекарств. Она также свидетельствует о готовности людей больше тратить на услуги здравоохранения, чтобы компенсировать недостатки государственной системы оказания медицинской помощи и, что еще более важно, отсутствие компенсаций на приобретение лекарств при амбулаторном лечении в Программе государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению РФ.

**Рисунок 5. Эффективность частных и государственных расходов на здравоохранение**  
**Стандартизованный коэффициент смертности от неинфекционных заболеваний<sup>1/</sup>**  
**в России и других странах мира**



Источники: переработанные данные из работы Hauner (2007); информация из базы данных ВОЗ, МВФ, ПМЭ; расчеты сотрудников МВФ.

<sup>1/</sup> инверсия (по методу, использованному в работе Afonso, Schuknecht, and Tanzi 2005), поскольку улучшение состояния здоровья населения должно отражаться в более высоких значениях.

### 1.6. Тенденции финансирования расходов на здравоохранение в Российской Федерации

Несмотря на рост расходов на здравоохранение, наблюдавшийся в большинстве стран ЕС и Большой восьмерки в 1990-е годы и первое десятилетие текущего века, в Российской Федерации объем расходов на здравоохранение за этот период не увеличился.

Ухудшение состояния здоровья россиян совпало по времени с сокращением объемов государственного финансирования здравоохранения и ухудшением социально-экономического статуса населения. В 1990-е годы государственные расходы на здравоохранение сократились на одну треть. Объем расходов в реальном выражении превысил дореформенный уровень только в 2006 г., когда началось поступление ресурсов в рамках приоритетного национального проекта «Здравоохранение» (2006–2007 гг.).

Стремительный рост доходов (предполагается, что в среднесрочной перспективе рост реальных доходов, в среднем, будет превышать 5%), старение и плохое состояние здоровья населения, а также потребности растущего среднего класса — все это будет по-прежнему оказывать давление со стороны спроса на услуги здравоохранения. С учетом этого можно предположить, что в среднесрочной и долгосрочной перспективе доля совокупных и государственных расходов на здравоохранение в российском ВВП увеличится, даже при повышении эффективности существующей системы здравоохранения.

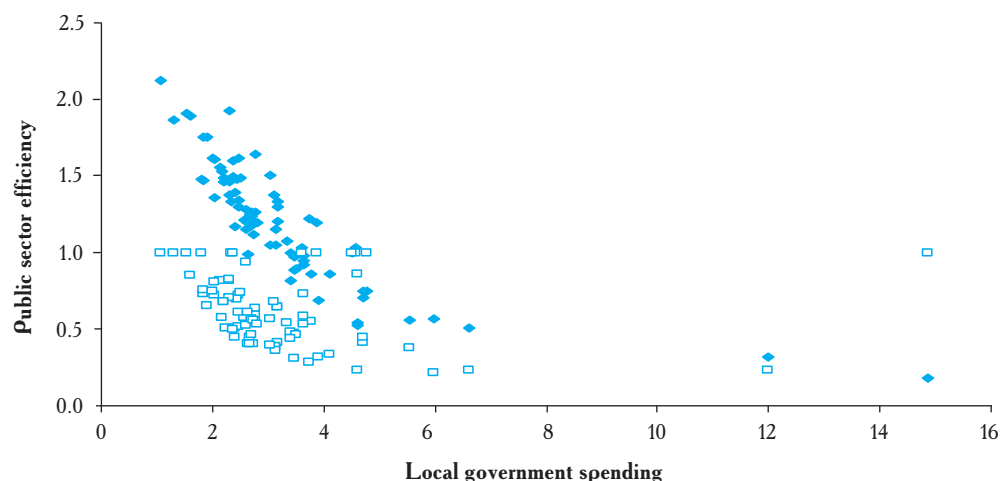
### 1.7. Расходы и состояние здоровья населения

Сопоставление уровня расходов и состояния здоровья населения с целью определения эффективности расходов на здравоохранение может оказаться проблематичным ввиду недостатка надежных данных о расходах и результатах работы российской системы здравоохранения. Однако, несмотря на эти ограничения, в ходе одного из недавних исследований<sup>8</sup> была проведена оценка эффективности расходов на социальную сферу в Российской Федерации<sup>9</sup>. И хотя сравнение уровня расходов и показателей смертности проводилось без учета ряда факторов, которые также могут оказывать влияние на смертность, результаты исследования свидетельствуют о том, что состояние здоровья россиян аналогично состоянию здоровья населения тех стран, где расходы на здравоохранение на 30-40% меньше (Рисунок 5). Это говорит о довольно низкой эффективности системы здравоохранения в России. Вторым выводом, который можно сделать

<sup>8</sup> Hauner, D. 2007. «Benchmarking the Efficiency of Public Expenditure in the Russian Federation.» IMF Working Paper WP/07/246.

<sup>9</sup> Эффективность государственных расходов оценивалась путем сравнения фактически израсходованных средств и минимального объема расходов, теоретически достаточного для получения того же результата. Исходные ресурсы определялись как объем государственных расходов по конкретным функциональным направлениям, а результаты были представлены показателями воздействия государственных расходов в этих областях. Результаты работы системы здравоохранения определялись по таким показателям, как младенческая смертность, ожидаемая продолжительность жизни, обеспеченность населения больничными койками и врачами. Для определения результатов работы на региональном уровне использовались балльные оценки результативности госсектора (РГС) и эффективности госсектора (ЭГС).

**Рисунок 6. Балльные оценки результатов функционирования системы здравоохранения на региональном уровне (РГС, ЭГС и ДЭА) в сравнении с долей расходов на здравоохранение в ВРП ЭГС (закрашенные маркеры); ДЭА (незакрашенные маркеры)**



Источники: переработанные данные из работы Hauner (2007); Росстат; расчеты сотрудников МВФ.

на основании этого доклада, заключается в том, что для улучшения состояния здоровья населения системе здравоохранения нужны дополнительные ресурсы, однако такие дополнительные ассигнования должны сочетаться с реформами, направленными на повышение эффективности и результативности организации и предоставления медицинской помощи.

Если сравнивать уровень расходов и состояние здоровья населения в разных субъектах Российской Федерации, это исследование также говорит о том, что, в среднем на региональном уровне имеющиеся показатели здоровья населения могли бы быть достигнуты при объеме ресурсов, составляющем примерно две трети от современных затрат при условии, что менее эффективные регионы последуют примеру более эффективных. Субъекты Российской Федерации финансируют около 85% всех расходов на здравоохранение. Доля региональных расходов на здравоохранение в валовом региональном продукте (ВРП) существенно меняется от региона к региону: в большинстве случаев, она составляет от 2 до 4% ВРП, но может достигать и 15% (Рисунок 6).

Несмотря на то, что доля расходов на здравоохранение в валовом региональном продукте значительно меняется от региона к региону, похоже, что различия в расходах не приводят к ощутимым различиям в результатах работы системы здравоохранения. Конечно, нужно отметить, что результаты одинаковы независимо от уровня расходов также и в других отраслях социальной сферы — будь-то в здравоохранении, образовании или социальной защите населения. Это свидетельствует о том, что регионы существенно отличаются друг от друга по уровню эффективности. Кроме того, статистические оценки подчеркивают контраст между небольшими различиями в показателях результативности госсектора (коэффициент изменчивости составляет всего лишь 0,10–0,17) и гораздо более сильными различиями в показателях эффективности госсектора (коэффициент изменчивости составляет 0,38–0,42). Тем не менее, наблюдаемая разница между минимальными и максимальными показателями результативности госсектора в регионах по-прежнему значительна: в здравоохранении это 0,60–1,30. Иными словами, результативность госсектора в области здравоохранения в самом лучшем регионе более чем в два раза выше, чем в самом плохом регионе.

## II. Влияние распределения расходов на услуги здравоохранения

В настоящем разделе сначала проводится сравнение государственных и частных расходов в разных российских регионах, а затем сопоставляются расходы по регионам с разным уровнем дохода, измеряемого как объем валового регионального продукта (ВРП). Анализ расходов на региональном уровне имеет особое значение, поскольку подавляющее большинство населения получает медицинские услуги на региональном или муниципальном уровне. Именно поэтому усилия, направленные на оказание высокотехнологичных и дорогостоящих медицинских услуг в федеральных медицинских центрах, хотя и имеют большое значение, все же не оказывают заметного влияния на общую эффективность государственных расходов.

### 2.1. Распределение расходов на здравоохранение по регионам Российской Федерации

В таблице 2 показан уровень расходов на здравоохранение в каждом субъекте федерации. В таблице приведены фактический ежемесячный объем расходов на душу насе-

ления, а также расходы на оплату труда работников здравоохранения и оплату медикаментов.

Представленные в таблице данные показывают, что дифференциация в фактических расходах на здравоохранение в расчете на душу населения достигает почти 12 раз: регион с самыми большими расходами ежемесячно тратит 255,02 руб. в расчете на душу населения, а регион с наименьшими расходами — 20,79 руб. на душу населения. Соответственно отмечаются значительные различия в фактических расходах на оплату труда работников здравоохранения в расчете на душу населения — почти в 13 раз: по регионам расходы колеблются от 152,58 руб. в месяц до 11,90 руб. в месяц. Диапазон расходов на оплату медикаментов в расчете на душу населения составляет от 40,97 руб. до 5,78 руб., таким образом, региональная дифференциация составляет 7 раз. На долю оплаты труда, как правило, приходится две трети, а на долю лекарств — около одной пятой общих расходов на здравоохранение.

**Таблица 2. Фактические ежемесячные расходы на здравоохранение в расчете на душу населения: субъекты Российской Федерации, 2006 г.**

	Фактические расходы на душу населения		Фактические расходы на оплату труда			Фактические расходы на оплату медикаментов		
	Сумма в долл. США	Сумма в рублях	Сумма в долл. США	Сумма в рублях	Процент	Сумма в долл. США	Сумма в рублях	Процент
Белгородская область	3,70	99,64	2,69	72,56	72,8%	0,62	16,73	16,8%
Брянская область	3,77	101,51	2,69	72,35	71,3%	0,77	20,62	20,3%
Владимирская область	3,72	100,28	2,82	75,87	75,7%	0,65	17,38	17,3%
Воронежская область	3,86	104,00	2,50	67,41	64,8%	0,58	15,73	15,1%
Ивановская область	3,55	95,76	2,62	70,49	73,6%	0,71	19,13	20,0%
Калужская область	4,13	111,39	2,93	79,04	71,0%	0,83	22,27	20,0%
Костромская область	3,61	97,32	2,43	65,59	67,4%	0,68	18,19	18,7%
Курская область	3,15	84,74	2,12	57,25	67,6%	0,65	17,50	20,7%
Липецкая область	4,58	123,40	3,19	86,03	69,7%	0,80	21,66	17,6%
Московская область	4,38	117,95	3,05	82,28	69,8%	0,82	22,02	18,7%
Орловская область	3,88	104,49	2,66	71,65	68,6%	0,82	22,02	21,1%
Рязанская область	3,07	82,63	2,09	56,42	68,3%	0,70	18,77	22,7%
Смоленская область	3,30	88,85	2,39	64,32	72,4%	0,66	17,91	20,2%
Тамбовская область	3,34	90,03	2,57	69,27	76,9%	0,55	14,79	16,4%
Тверская область	3,51	94,67	2,92	78,80	83,2%	0,38	10,37	11,0%
Тульская область	3,00	80,70	1,46	39,23	48,6%	1,16	31,14	38,6%
Ярославская область	4,95	133,47	3,20	86,25	64,6%	0,78	20,99	15,7%

**Таблица 2. Фактические ежемесячные расходы на здравоохранение в расчете на душу населения: субъекты Российской Федерации, 2006 г. (продолжение)**

	Фактические расходы на душу населения		Фактические расходы на оплату труда			Фактические расходы на оплату медикаментов		
	Сумма в долл. США	Сумма в рублях	Сумма в долл. США	Сумма в рублях	Процент	Сумма в долл. США	Сумма в рублях	Процент
г. Москва	7,09	190,92	5,14	138,52	72,6%	0,77	20,87	10,9%
Республика Карелия	2,51	67,64	1,53	41,23	61,0%	0,59	15,80	23,4%
Республика Коми	3,88	104,62	2,75	74,10	70,8%	0,79	21,15	20,2%
Архангельская область	2,60	70,15	1,93	52,06	74,2%	0,52	14,13	20,1%
Вологодская область	4,33	116,69	3,18	85,72	73,5%	0,88	23,67	20,3%
Калининградская область	3,49	94,13	2,43	65,46	69,5%	0,76	20,59	21,9%
Ленинградская область	4,67	125,74	3,55	95,68	76,1%	0,76	20,37	16,2%
Мурманская область	3,43	92,46	2,89	77,74	84,1%	0,39	10,46	11,3%
Новгородская область	4,03	108,65	2,73	73,53	67,7%	0,56	15,22	14,0%
Псковская область	3,82	102,96	2,35	63,26	61,4%	1,03	27,65	26,9%
г. Санкт-Петербург	4,81	129,51	4,14	111,54	86,1%	0,43	11,46	8,8%
Ненецкий автономный округ	3,76	101,41	2,85	76,68	75,6%	0,58	15,63	15,4%
Республика Адыгея	4,17	112,46	3,09	83,22	74,0%	0,81	21,76	19,3%
Республика Дагестан	3,02	81,50	1,89	50,91	62,5%	0,77	20,78	25,5%
Республика Ингушетия	1,76	47,34	1,38	37,26	78,7%	0,21	5,78	12,2%
Кабардино-Балкарская Республика	3,50	94,17	2,41	65,00	69,0%	0,85	22,82	24,2%
Республика Калмыкия	2,72	73,26	2,09	56,41	77,0%	0,52	13,91	19,0%
Карачаево-Черкесская Республика	4,26	114,86	2,88	77,53	67,5%	1,07	28,80	25,1%
Республика Северная Осетия – Алания	3,01	81,05	1,67	44,94	55,4%	1,06	28,43	35,1%
Чеченская Республика	0,77	20,79	0,01	0,15	0,7%	0,53	14,32	68,9%
Краснодарский край	3,88	104,65	2,34	63,09	60,3%	1,22	32,95	31,5%
Ставропольский край	3,35	90,15	2,22	59,91	66,5%	0,92	24,69	27,4%
Астраханская область	2,84	76,44	1,95	52,62	68,8%	0,50	13,44	17,6%
Волгоградская область	3,43	92,28	2,47	66,68	72,3%	0,60	16,24	17,6%
Ростовская область	4,46	120,14	2,51	67,66	56,3%	1,08	29,01	24,1%
Республика Башкортостан	4,02	108,43	2,46	66,29	61,1%	0,64	17,12	15,8%
Республика Марий Эл	3,47	93,62	1,84	49,56	52,9%	0,82	22,07	23,6%
Республика Мордовия	3,17	85,53	1,24	33,36	39,0%	1,24	33,47	39,1%
Республика Татарстан	4,61	124,16	3,44	92,80	74,7%	0,79	21,41	17,2%
Удмуртская Республика	2,82	75,96	0,97	26,22	34,5%	1,22	32,91	43,3%
Чувашская Республика	2,69	72,53	1,63	43,99	60,7%	0,83	22,29	30,7%
Кировская область	3,42	92,21	2,19	59,03	64,0%	0,92	24,84	26,9%
Нижегородская область	4,56	122,79	2,82	76,04	61,9%	1,25	33,71	27,5%
Оренбургская область	4,47	120,53	2,85	76,91	63,8%	0,70	18,73	15,5%
Пензенская область	3,24	87,36	2,34	63,12	72,3%	0,68	18,19	20,8%
Пермская область	2,94	79,22	2,14	57,57	72,7%	0,57	15,23	19,2%
Самарская область	3,23	86,96	2,28	61,33	70,5%	0,64	17,22	19,8%
Саратовская область	2,56	69,10	1,45	39,00	56,4%	0,69	18,71	27,1%
Ульяновская область	2,71	73,05	0,84	22,72	31,1%	1,48	39,83	54,5%
Коми-Пермяцкий автономный округ	3,22	86,83	2,33	62,71	72,2%	0,60	16,08	18,5%
Курганская область	3,40	91,69	2,24	60,27	65,7%	0,92	24,70	26,9%
Свердловская область	3,48	93,72	2,16	58,07	62,0%	1,03	27,88	29,7%

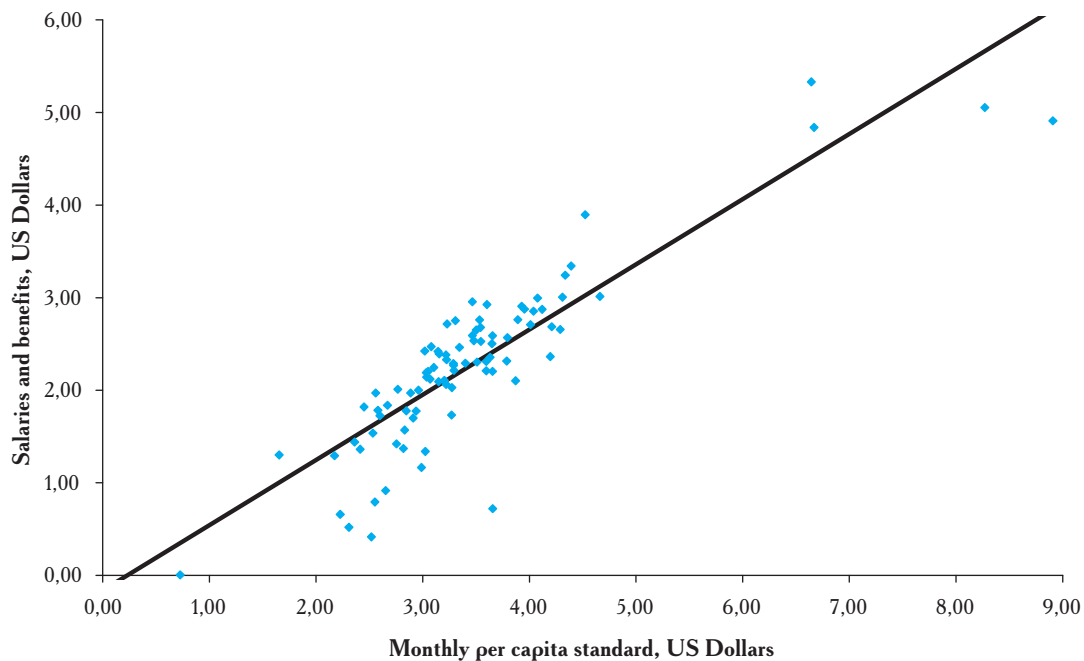
**Таблица 2. Фактические ежемесячные расходы на здравоохранение в расчете на душу населения: субъекты Российской Федерации, 2006 г. (продолжение)**

	Фактические расходы на душу населения		Фактические расходы на оплату труда			Фактические расходы на оплату медикаментов		
	Сумма в долл. США	Сумма в рублях	Сумма в долл. США	Сумма в рублях	Процент	Сумма в долл. США	Сумма в рублях	Процент
Тюменская область	9,47	255,02	5,22	140,54	55,1%	1,38	37,25	14,6%
Челябинская область	3,21	86,44	2,57	69,36	80,2%	0,49	13,28	15,4%
Ханты-Мансийский автономный округ	3,89	104,69	0,77	20,66	19,7%	1,52	40,97	39,1%
Ямало-Ненецкий автономный округ	4,11	110,82	2,23	60,20	54,3%	0,87	23,56	21,3%
Республика Алтай	3,12	84,10	1,89	50,80	60,4%	0,91	24,44	29,1%
Республика Бурятия	3,73	100,45	2,45	65,94	65,6%	0,80	21,48	21,4%
Республика Тыва	2,31	62,22	1,37	37,03	59,5%	0,49	13,33	21,4%
Алтайский край	3,50	94,26	2,35	63,37	67,2%	1,01	27,31	29,0%
Красноярский край	3,35	90,32	2,54	68,53	75,9%	0,62	16,71	18,5%
Иркутская область	2,76	74,41	1,83	49,40	66,4%	0,52	14,00	18,8%
Кемеровская область	3,76	101,18	2,93	79,03	78,1%	0,61	16,35	16,2%
Новосибирская область	4,29	115,61	3,03	81,69	70,7%	0,93	25,03	21,7%
Омская область	3,21	86,57	1,42	38,33	44,3%	1,19	31,97	36,9%
Томская область	3,42	92,16	2,53	68,19	74,0%	0,66	17,83	19,3%
Читинская область	2,45	66,10	0,55	14,87	22,5%	0,82	22,08	33,4%
Агинский Бурятский автономный округ	2,93	78,88	1,51	40,70	51,6%	1,24	33,47	42,4%
Таймырский автономный округ	7,06	190,19	5,66	152,58	80,2%	0,77	20,76	10,9%
Усть-Ордынский Бурятский автономный округ	3,09	83,33	1,81	48,68	58,4%	1,11	29,96	36,0%
Эвенкийский автономный округ	2,68	72,12	0,44	11,90	16,5%	1,49	40,25	55,8%
Республика Саха (Якутия)	4,20	113,17	3,06	82,32	72,7%	0,79	21,40	18,9%
Приморский край	3,27	88,20	2,63	70,73	80,2%	0,32	8,63	9,8%
Хабаровский край	3,68	99,21	3,14	84,61	85,3%	0,35	9,52	9,6%
Амурская область	3,82	102,96	2,46	66,17	64,3%	1,02	27,61	26,8%
Камчатская область	3,83	103,15	3,11	83,76	81,2%	0,43	11,57	11,2%
Магаданская область	3,26	87,89	2,25	60,72	69,1%	0,74	19,97	22,7%
Сахалинская область	2,37	63,77	0,70	18,88	29,6%	1,22	32,97	51,7%
Еврейская автономная область	3,68	99,25	2,75	74,17	74,7%	0,80	21,43	21,6%
Корякский автономный округ	2,74	73,86	1,90	51,07	69,1%	0,49	13,13	17,8%
Чукотский автономный округ	8,79	236,74	5,37	144,68	61,1%	0,81	21,76	9,2%
<b>В среднем</b>	<b>3,67</b>	<b>98,93</b>	<b>2,41</b>	<b>65,04</b>	<b>65,2%</b>	<b>0,79</b>	<b>21,36</b>	<b>22,7%</b>
<b>Минимальный уровень</b>	Эвенкийский АО		<b>11,90</b>		Респ. Ингушетия		<b>5,78</b>	
<b>Максимальный уровень</b>	Таймырский АО		<b>152,58</b>		Ханты-Мансийский АО		<b>40,97</b>	

Примечание: Коэффициенты изменчивости составляют: 21,3% для фактических расходов на оплату труда и 42,3% для фактических расходов на оплату лекарств.

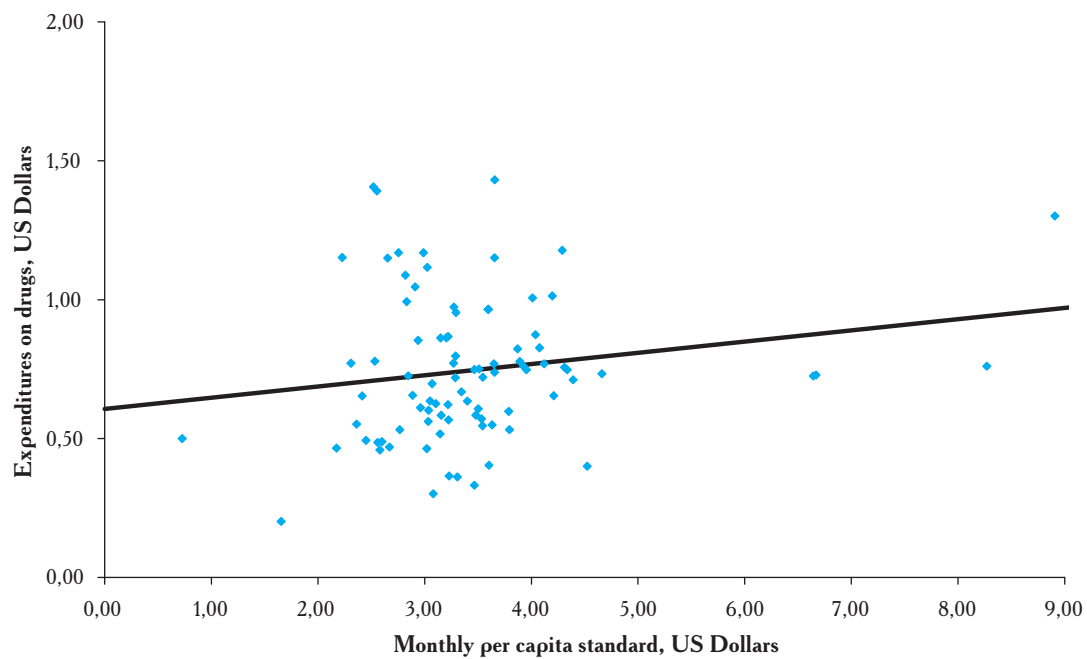
Источник: Отчетная форма № 62 «Сведения об оказании и финансировании медицинской помощи населению за 2006 г.» (Министерство здравоохранения и социального развития РФ, ФФОМС).

**Рисунок 7. Зависимость отчислений на заработную плату работников здравоохранения от величины месячного подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования, 2006 г.**



*Источник:* Расчеты авторов с использованием данных Отчетной формы № 62 по регионам за 2006 г. (Министерство здравоохранения и социального развития РФ, ФФОМС).

**Рисунок 8. Зависимость расходов на медикаменты от величины месячного подушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования, 2006 г.**



*Источник:* Расчеты авторов с использованием данных Отчетной формы № 62 по регионам за 2006 г. (Министерство здравоохранения и социального развития РФ, ФФОМС).

Поскольку примерно две трети всех расходов — это затраты на оплату труда, следует обратить внимание на увеличение как общей суммы, так и доли расходов на оплату труда. В последнее время в Российской Федерации выделены значительные средства на повышение заработной платы медицинских работников, особенно в рамках приоритетного национального проекта «Здравоохранение». Как видно на Рисунке 7, объем отчислений на заработную плату демонстрирует тесную корреляцию с региональными расходами на здравоохранение в расчете на душу населения. Регионы с более высоким уровнем расходов отличаются и более значительными общими расходами на оплату труда, и более высокой долей отчислений на заработную плату в совокупных расходах.

В то время как объем отчислений на заработную плату в том или ином субъекте федерации отчетливо коррелирует с региональными расходами на здравоохранение в расчете на душу населения, между объемом расходов на медикаменты и расходами на здравоохранение в расчете на душу населения такой корреляции нет (Рисунок 8). Однако ввиду отсутствия надежной информации об оплате лекарств пациентами за наличный расчет данные, представленные на Рисунке 8, следует считать не совсем точными.

## 2.2. Распределение расходов на здравоохранение в зависимости от региональных доходов

В таблице 3 показана зависимость между уровнем доходов на душу населения и расходами на здравоохранение

в каждом субъекте федерации. Все регионы разделены на децили в зависимости от уровня государственных расходов на душу населения. Наблюдается существенная региональная дифференциация в уровне расходов на здравоохранение в расчете на душу населения: от 54,22 долл. США (1460,76 руб.) в Республике Дагестан до 556,76 долл. США (15 000,48 руб.) в Эвенкийском автономном округе (Красноярский край). Самые высокие показатели приходятся на северные регионы, где добываются нефть, газ, золото и другие полезные ископаемые и проживает очень мало людей. Коэффициент вариации составляет 30,3%.

На рисунке 9 показано распределение расходов на здравоохранение по источникам финансирования, включая бюджетные средства и средства системы обязательного медицинского страхования (ОМС). Коэффициент Джини для всех расходов, показанных на Рисунке 9, составляет 0,234, что свидетельствует о неравномерном распределении расходов на здравоохранение в субъектах федерации. В странах, где обеспечен всеобщий охват населения услугами здравоохранения и относительно легкий доступ к этим услугам, коэффициент Джини составляет порядка 0,1, а в странах со средним уровнем доходов (например, в Мексике) коэффициенты Джини оказались близкими к тому, что наблюдается в Российской Федерации. Задача России заключается в том, чтобы уменьшить зависимость доступа к медицинским услугам от возможностей их оплаты. Коэффициент Джини является показателем статистического разброса, который чаще всего используется для оценки неравенс-

**Таблица 3. Расходы на здравоохранение в расчете на душу населения и доходные децили: субъекты Российской Федерации, 2006 г.**

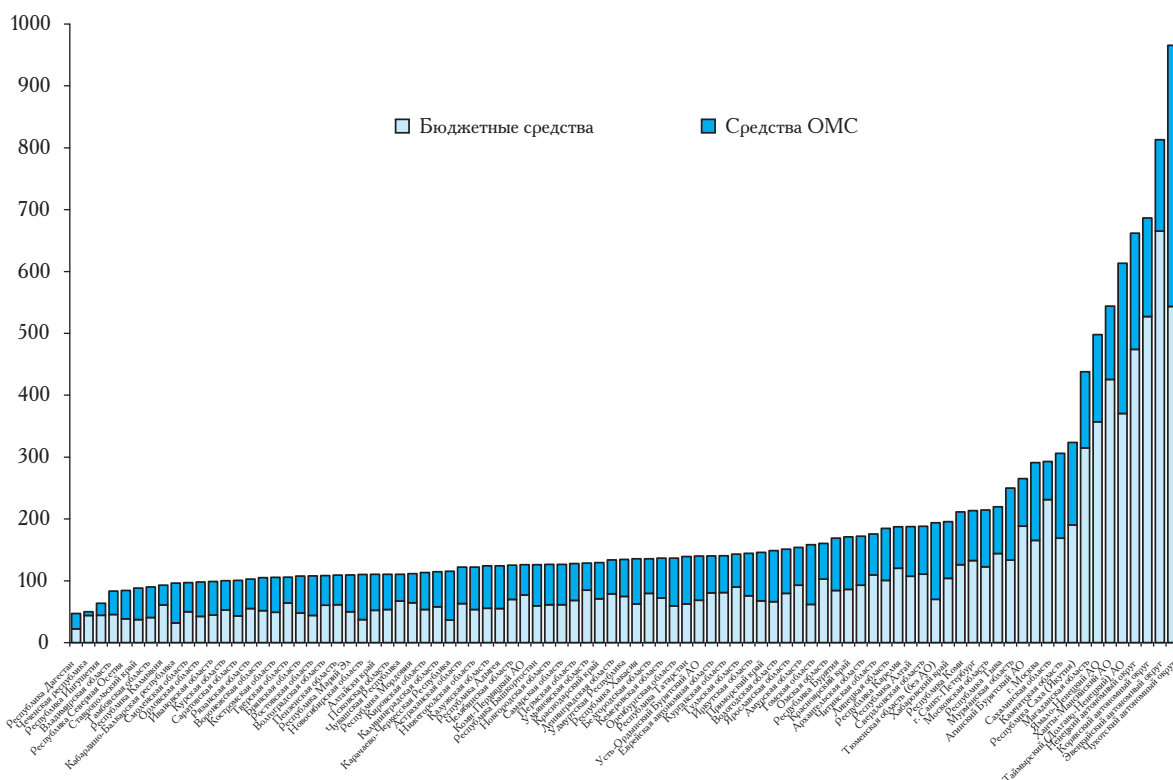
Субъект федерации	Государственные расходы на здравоохранение в расчете на душу населения		Дециль	Субъект федерации	Государственные расходы на здравоохранение в расчете на душу населения		Дециль
	в рублях	в долл. США			в рублях	в долл. США	
Белгородская область	3655,9	135,69	4	Республика Татарстан	3749,7	139,18	5
Брянская область	2901,1	107,68	2	Удмуртская Республика	3622,0	134,44	4
Владимирская область	2239,2	83,11	1	Чувашская Республика	2980,0	110,61	2
Воронежская область	2836,7	105,29	1	Кировская область	3057,5	113,48	2
Ивановская область	2658,0	98,66	1	Нижегородская область	3295,5	122,32	3
Калужская область	3345,7	124,18	3	Оренбургская область	3681,3	136,64	5
Костромская область	2842,2	105,49	1	Пензенская область	2936,2	108,98	2
Курская область	2701,3	100,26	1	Пермская область	3446,6	127,93	4
Липецкая область	4979,2	184,81	7	Самарская область	3410,5	126,59	4
Московская область	5781,8	214,60	8	Саратовская область	2708,3	100,52	1
Орловская область	2641,8	98,05	1	Ульяновская область	3462,4	128,51	4
Рязанская область	2763,5	102,57	1	Коми-Пермяцкий автономный округ	3395,6	126,03	3

**Таблица 3. Расходы на здравоохранение в расчете на душу населения и доходные децили: субъекты Российской Федерации, 2006 г. (продолжение)**

Субъект федерации	Государственные расходы на здравоохранение в расчете на душу населения		Дециль	Субъект федерации	Государственные расходы на здравоохранение в расчете на душу населения		Дециль
	в рублях	в долл. США			в рублях	в долл. США	
Смоленская область	2613,9	97,02	1	Курганская область	3784,4	140,46	5
Тамбовская область	2424,0	89,97	1	Свердловская область	5066,8	188,06	7
Тверская область	2857,3	106,05	1	Тюменская область (включая автономные округа)	5219,9	193,74	7
Тульская область	3856,2	143,13	5	Челябинская область	3374,1	125,23	3
Ярославская область	4074,8	151,24	6	Ханты-Мансийский автономный округ	14652,9	543,86	10
г. Москва	7838,7	290,94	9	Ямало-Ненецкий автономный округ	13417,3	498,00	10
Республика Карелия	5047,6	187,35	7	Республика Алтай	5053,9	187,58	7
Республика Коми	5695,9	211,41	7	Республика Бурятия	4554,9	169,06	6
Архангельская область	4636,2	172,08	6	Республика Тыва	5911,0	219,39	8
Вологодская область	4008,7	148,79	6	Республика Хакассия	3654,5	135,64	4
Калининградская область	3086,9	114,57	3	Алтайский край	2974,0	110,38	2
Ленинградская область	3607,6	133,90	4	Красноярский край	4606,6	170,98	6
Мурманская область	6732,6	249,89	8	Иркутская область	3894,8	144,56	5
Новгородская область	3404,5	126,36	3	Кемеровская область	3680,4	136,60	5
Псковская область	2974,7	110,41	2	Новосибирская область	2965,8	110,08	2
г. Санкт-Петербург	5750,3	213,43	8	Омская область	4321,4	160,39	6
Ненецкий автономный округ	17833,2	661,90	10	Томская область	4261,1	158,16	6
Республика Адыгея	3348,1	124,27	3	Читинская область	4730,5	175,58	6
Республика Дагестан	1268,7	47,09	1	Агинский Бурятский автономный округ	7148,7	265,33	8
Республика Ингушетия	1714,7	63,64	1	Таймырский (Долгано-Ненецкий) автономный округ	16526,9	613,42	10
Кабардино-Балкарская Республика	2594,1	96,28	1	Усть-Ордынский Бурятский автономный округ	3769,2	139,90	5
Республика Калмыкия	2500,7	92,82	1	Эвенкский автономный округ	21900,7	812,87	10
Карачаево-Черкесская Республика	3106,2	115,29	3	Республика Саха (Якутия)	8718,7	323,61	10
Республика Северная Осетия – Алания	2269,3	84,23	1	Приморский край	3933,5	146,00	5
Чеченская Республика	1343,9	49,88	1	Хабаровский край	5270,6	195,63	7
Краснодарский край	3480,3	129,18	4	Амурская область	4150,9	154,07	6
Ставропольский край	2378,3	88,27	1	Камчатская область	8242,5	305,93	10
Астраханская область	3290,5	122,13	3	Магаданская область	11805,2	438,17	10
Волгоградская область	2924,1	108,53	2	Сахалинская область	7888,4	292,79	10
Ростовская область	2908,0	107,93	2	Еврейская автономная область	3779,8	140,29	5
Республика Башкортостан	3397,7	126,11	3	Корякский автономный округ	18494,7	686,46	10
Республика Марий Эл	2949,2	109,46	2	Чукотский автономный округ	26013,9	965,54	10
Республика Мордовия	3005,4	111,55	2	<b>Средневзвешенное значение</b>	<b>4074,9</b>	<b>151,24</b>	
				<b>Минимальный уровень</b>	<b>1460,8</b>	<b>54,22</b>	
				<b>Максимальный уровень</b>	<b>15000,5</b>	<b>556,76</b>	

Источник: <http://www.socpol.ru/baza/baza/pokazately.shtml>.

**Рисунок 9. Распределение расходов на здравоохранение с разбивкой по субъектам Российской Федерации и источникам финансирования (в долл. США), 2006**



Источник: Сайт Независимого института социальной политики: <http://www.socpol.ru/baza/baza/pokazately.shtml>

**Таблица 4. Финансирование территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи в расчете на душу населения, 2006 г.**

Дециль	Численность населения	Средний уровень финансирования территориальной программы государственных гарантий на одного жителя (в долларах США)
1	24 042	91
2	19 676	112
3	17 852	123
4	16 494	133
5	15 477	142
6	13 719	160
7	11 586	190
8	10 328	213
9	8 576	256
10	5 809	378

Источник: Сайт Независимого института социальной политики: <http://www.socpol.ru/baza/baza/pokazately.shtml>

тва в распределении богатства. Он определяется как отношение и имеет значения от 0 до 1: низкий коэффициент Джини отражает более равномерное распределение доходов или богатства, а высокий коэффициент Джини отражает менее равномерное распределение. 0 означает полное равенство (все получают одинаково), а 1 означает полное неравенство (одному достается весь доход, а все остальные не имеют ничего).

Как видно из таблицы 4 основной причиной значительных межрегиональных различий в уровне подушевых расходов на здравоохранение являются различия в уровне региональных доходов на душу населения. Субъекты федерации с более высоким уровнем доходов на душу населения выделяют больше средств на финансирование здравоохранения.

### 2.3. Состояние здоровья населения в субъектах Российской Федерации

Ожидаемая продолжительность жизни взрослых россиян, проживающих в наиболее зажиточных регионах, в среднем, на 20 лет больше, чем у жителей самых бедных регионов. Кроме того, как показало обследование НОБУС, проведенное в 2003 г., россияне, относящиеся к самым

бедным доходным группам, чаще, чем представители более богатых доходных групп, оценивали собственное здоровье как плохое или очень плохое (Таблица 5).

**Таблица 5. Самооценка здоровья людей с разбивкой по квинтилям, 2003г.**

Квинтиль	Процент респондентов, оценивших свое здоровье как		
	Хорошее или очень хорошее	Удовлетворительное	Плохое или очень плохое
1 Самые бедные	38	16	47
2	39	20	41
3	39	20	41
4	43	21	35
5 Самые богатые	52	20	28

Источник: НОБУС, 2003 г.

Обращаемость за медицинской помощью имеет позитивную корреляцию с уровнем доходов. Как показывает Таблица 6, разница между долей респондентов из самой богатой доходной группы и самой бедной доходной группы, обращавшихся за медицинскими услугами достигает 1,5 раз. Это говорит о том, что доступность услуг здравоохранения меняется в зависимости от уровня дохода.

**Таблица 6. Доля респондентов, обращавшихся за медицинской помощью**

В среднем	34,4
Доходные децили	
10% самых бедных	23,5
10% самых богатых	35,9

Источник: Росстат, 2007 г.

#### 2.4. Распределение расходов по видам услуг здравоохранения

В целом, все согласны с тем, что в Российской Федерации на долю стационарной помощи приходится слишком большая, а на долю амбулаторной помощи — слишком маленькая часть расходов на здравоохранение. В большинстве стран Европейского союза и Большой восьмерки на долю стационарной помощи приходится от 30 до 40%. Как видно из таблицы 7, в России на лечение в стационарах выделяется от 59 до 64% всех расходов на здравоохранение. Однако доля стационарной помощи сокращается, что свидетельствует о переходе к более эффективному распределению финансирования.

**Таблица 7. Государственные расходы на здравоохранение (в процентном отношении)**

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Скорая помощь	5,5	6,7	6,0	6,3	6,6	6,9	7,2
Амбулаторно-поликлиническая помощь	29,0	30,6	31,3	30,6	29,8	29,9	31,4
Стационарное лечение	64,0	60,0	60,3	60,5	60,7	60,4	58,7
Дневной стационар	1,5	2,7	2,4	2,6	2,9	2,8	2,7
<b>Итого</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Источник: Стародубов В.И., Флек В.О. «Финансирование медицинской помощи населению Российской Федерации, ориентированное на результат» / Под ред. В.И. Стародубова. Москва, МЦФЭР, 2007 г., 400 с.; Отчетная форма № 62 «Сведения об оказании и финансировании медицинской помощи населению за 2006 г.» (Министерства здравоохранения и социального развития РФ, ФФОМС).

Существует ряд предположений, объясняющих слишком высокую долю стационарной помощи в общем объеме расходов и тенденцию к ее сокращению. К числу таких причин можно отнести следующее:

- Традиционно большое число больничных коек на душу населения. Сеть медицинских учреждений реформируется очень медленно; во многих случаях даже явно избыточные стационары не закрываются, а их руководство старается заполнить все свободные койки. Для этого госпитализируются больные, которые могут обойтись без госпитализации и лечиться в амбулаторных условиях; люди находятся в стационаре в течение очень длительного периода времени; больные госпитализируются на клинический уровень, хотя их можно было бы лечить на районном уровне.
- Считается, что работники стационаров имеют более высокий уровень квалификации, чем работники амбулаторно-поликлинических учреждений. Пациенты стремятся попасть в стационар часто просто потому, что считают, что там врачи лучше.
- Малоимущие слои населения предпочитают больницы еще и потому, что в стационаре лекарства выдаются бесплатно (хотя и не везде), в то время как при амбулаторном лечении больные вынуждены покупать медикаменты за свой счет.

Руководители органов здравоохранения и лица, отвечающие за разработку политики, знают об этих проблемах и начали проведение реформ в регионах, направленных на изменение структуры и процесса оказания медицинских услуг, а также существующих стимулов. Так, государство профинансировало из федеральных средств установку современного оборудования в амбулаторно-поликлинических учреждениях и значительно увеличило зарплату работникам первичного звена медицинской помощи. В результате этих и других инициатив доля расходов на стационарную помощь сократилась с 64% в 2000 г. до 58,7% в 2007 г.

## 2.5. Расходы населения на покупку лекарственных средств

Данные обследований, проведенных в последнее время в Российской Федерации, показывают, что около 95% респондентов, приобретавших лекарственные средства за последние три месяца, оплачивали их из своих собственных средств. Доля лиц, купивших лекарства за свой счет, колеблется от 82,5% среди пожилых граждан старше 65 лет до 99,5% среди работающих граждан. Пожилые и неработающие граждане, как правило, получают лекарства бесплатно или по льготным ценам. В целом собственные расходы граждан на лекарственные средства в России весьма велики. Кроме того, распределение этих расходов несправедливо, так как различия в их уровне между группами с самыми низкими и самыми высокими доходами, бедными и небедными, городскими и сельскими жителями, домохозяйствами разного размера, а также разными возрастными группами минимальны.

Доля респондентов, обратившихся за медицинской помощью, несколько ниже доли тех, кто принимал лекарственные средства (34,4 и 37,1% соответственно). Примерно 3% граждан принимают лекарства без получения консультации врача в медицинском учреждении. При анализе результатов обследований, позволяющих сопоставить данные об обращении за медицинской помощью и использовании лекарств, выявляются две тенденции. Во-первых, некоторые группы населения гораздо чаще пользуются лекарственными средствами, чем медицинской помощью. Это относится к децильной группе с самыми высокими доходами, небедным гражданам, пожилым людям, одиноко проживающим гражданам, а также квалифицированным специалистам. Однако это может объясняться различиями в интерпретации слова «использование», например, лекарство можно использовать каждый день, а врача посещать — реже. Во-вторых, некоторые группы населения пользуются медицинской помощью чаще, чем лекарственными средствами. Это особенно относится к бедным гражданам, сельскому населению, лицам молодых возрастных групп (0–15 лет и 15–24 лет), менее образованным гражданам, лицам, проживающим в больших домохозяйствах, а также безработным. Последняя тенденция отражает финансовые препятствия для приобретения лекарственных средств.

С учетом упомянутого в предыдущем пункте высокого уровня собственных расходов граждан на приобретение лекарств это может указывать на существование у этих групп населения финансовых препятствий для покупки лекарственных средств. Как отмечается в других публикациях<sup>10</sup>, одна из главных проблем российской системы здравоохранения — это относительная недостаточность государственного финансирования для покрытия затрат на предоставление услуг, обещанных правительством в рамках Программы государственных гарантий оказания гражд-

<sup>10</sup> «Реформирование системы здравоохранения Российской Федерации в целях улучшения состояния здоровья населения: основные задачи на 2008 г. и последующий период» (Better Outcomes through Health Reforms in the Russian Federation: The Challenge in 2008 and Beyond), Всемирный банк, 2008, г. Вашингтон.

данам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. Что касается финансирования лекарственного обеспечения, то в России существует разрыв между обязательствами, принятыми на себя государством, и наличием финансовых средств. В теории стационарным больным лекарственные средства предоставляются бесплатно, но амбулаторные пациенты должны платить за лекарства несмотря на то, что лекарственная помощь льготным категориям граждан (16,9 млн человек) при амбулаторно-поликлиническом лечении предусматривается федеральной программой по дополнительному лекарственному обеспечению. Обладателям льгот приходится платить за то, что им должно предоставляться бесплатно. В стационарном секторе широко распространены неформальные платежи. Поэтому предполагается, что значительная доля спроса на лекарства в России просто остается неудовлетворенной<sup>11</sup>.

Сказанное выше подразумевает, что программа государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи в рамках системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации должна быть пересмотрена с тем, чтобы избежать принятия государством обязательств, которые оно не сможет профинансировать, а также исключить формирование стимулов для выбора более дорогостоящих медицинских услуг<sup>12</sup>. Именно такая нынешняя ситуация с финансированием лекарственного обеспечения при амбулаторном лечении: пациенты, нуждающиеся в лекарствах для постоянного контроля своего заболевания на ранней стадии (например, гипертоники, которые должны принимать лекарства ежедневно), просто не имеют доступа к этим лекарствам и впоследствии могут оказаться в состоянии, требующем более дорогостоящей медицинской помощи (например, госпитализации, без которой можно было обойтись, и лечения последствий инсульта).

## 2.6. Обращаемость за медицинскими услугами групп населения с различным уровнем доходов

Анализ данных, полученных в результате различных социологических обследований, показывает, что группы населения с более высоким уровнем доходов более часто обращаются за медицинскими услугами, чем группы населения с низкими доходами. Регрессионный анализ данных Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения (РМЭЗ), полученных в 2004 г., показывает, что уровень доходов является вторым по значению фактором обращаемости за медицинской помощью после состояния здоровья. С ростом благосостояния увеличивается вероятность обращения за медицинской помощью: богатые (пятый квинтиль) обращаются к медицинским работникам на 37% чаще, чем бедные (первый квинтиль)<sup>13</sup>.

<sup>11</sup> Tragakes, E. and S. Lessof. 2003. Health Care Systems in Transition: Russian Federation. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.

<sup>12</sup> Tompson, W. 2007. Healthcare Reform in Russia: Problems and Prospects, OECD Economic Department Working Papers, N0.538, OECD Publishing. Doi:10.1787/327014317703. («Реформирование системы здравоохранения в России: проблемы и перспективы», рабочие документы Департамента экономики ОЭСР).

<sup>13</sup> См. [http://www.socpol.ru/research\\_projects/pdf/proj25\\_report\\_rus.pdf](http://www.socpol.ru/research_projects/pdf/proj25_report_rus.pdf)

### III. Факторы, которые окажут влияние на рост расходов на здравоохранение в предстоящие 20 лет, и возможные подходы к распределению дополнительных ресурсов

Перед тем как перейти к анализу прогнозов объема расходов на здравоохранение, важно рассмотреть последние тенденции в финансировании здравоохранения, так как прошлое зачастую является наилучшей основой для прогнозирования объема расходов в будущем. В таблице 8 показаны тенденции изменения объемов финансирования здравоохранения, а также другие данные за период

с 2002 по 2005 гг.. Приведенные данные демонстрируют сокращение численности населения, увеличение бюджетных расходов на здравоохранение в текущих и постоянных ценах в рублях, увеличение расходов за счет средств ОМС в текущих и постоянных ценах в рублях, а также увеличение собственных расходов граждан в текущих и постоянных ценах в рублях.

**Таблица 8. Оценка тенденций изменения объемов финансирования здравоохранения (по различным источникам и годам)**

	2002	2003	2004	2005	Тренд	R <sup>2</sup>
Численность населения (млн. человек)	145,3	144,6	143,8	143,1		
Дефляторы потребительских цен	1,158	1,137	1,109	1,127		
Бюджетные расходы финансирования Программы государственных гарантий на душу населения в текущих ценах, руб.	1120	1245	1508	1763		
Бюджетные расходы финансирования Программы государственных гарантий на душу населения в текущих ценах, долл. США	35,56	40,98	51,92	61,58		
Бюджетные расходы финансирования Программы государственных гарантий на душу населения в ценах 2005 года, руб.	1592	1556	1699	1763	66	0,79
Бюджетные расходы финансирования Программы государственных гарантий на душу населения в ценах 2005 года, долл. США	50,54	51,22	58,49	61,58		
Расходы на душу населения за счет средств ОМС в текущих ценах, руб.	860	1042	1293	1513		
Расходы на душу населения за счет средств ОМС в текущих ценах, долл. США	27,30	34,30	44,51	52,85		
Расходы на душу населения за счет средств ОМС в ценах 2005 года, руб.	996	1185	1434	1705	238	0,99
Расходы на душу населения за счет средств ОМС в ценах 2005 года, долл. США	31,62	39,00	49,37	59,56		
Расходы на здравоохранение, не входящие в Программу государственных гарантий, на душу населения в текущих ценах, руб.	172,00	250,50	340,20	672,40		
Расходы на здравоохранение, не входящие в Программу государственных гарантий, на душу населения в текущих ценах, долл. США	5,46	7,95	10,80	21,35		
Расходы на здравоохранение, не входящие в Программу государственных гарантий, на душу населения в ценах 2005 года, руб.	244,49	313,07	383,29	672,40		
Расходы на здравоохранение, не входящие в Программу государственных гарантий, на душу населения в ценах 2005 года, долл. США	7,76	9,94	12,17	21,35		
Фактические собственные расходы граждан, млн. руб.	199991,8	243218,0	293595,7	352763,6		
Фактические собственные расходы граждан, млн. долл. США	6348,9	8005,6	10107,6	12322,2		
Фактические собственные расходы граждан на душу населения в ценах 2005 года, руб.	1956	2102	2301	2465	173	1,00
Фактические собственные расходы граждан на душу населения в ценах 2005 года, долл. США	62,09	69,19	79,22	86,10		

Источник: Стародубов В. И., Флек В. О. Финансирование медицинской помощи населению Российской Федерации, ориентированное на результат / Под общ. ред. В. И. Стародубова. — М.: МЦФЭР, 2007. — 400 с.

### 3.1. Основные факторы, влияющие на объем расходов на здравоохранение и оказание долгосрочной медицинской помощи в мире

Государственные расходы на здравоохранение и оказание долгосрочной медицинской помощи являются одним из основных источников давления на государственный бюджет во всех странах мира. В недавно выполненном исследовании по странам-членам ОЭСР сформулированы следующие основные факторы, определяющие объем расходов на здравоохранение и оказание долгосрочной медицинской помощи<sup>14</sup>:

- Демографические факторы, связанные со здравоохранением. Рост доли старших возрастных групп в общем населении будет оказывать давление в сторону увеличения затрат, так как с возрастом затраты на поддержание здоровья растут. Однако средний объем затрат в расчете на одного человека в старших возрастных группах будет со временем снижаться по двум причинам: (1) предполагается, что дополнительные годы жизни обернутся дополнительными годами хорошего здоровья («здоровое старение»); а также (2) основные затраты на медицинскую помощь приходятся на конец жизни.
- Недемографические факторы, связанные со здравоохранением. Затраты на медицинскую помощь, как правило, растут быстрее, чем уровень доходов (даже при увеличении доходов). Обычно считается, что это обусловлено внедрением новых технологий и ростом относительных цен в сфере предоставления медицинских услуг. Кроме давления, оказываемого ростом затрат, существует фактор сдерживания затрат в рамках государственной политики, направленной на ограничение роста «дополнительных» расходов.
- Демографические факторы, связанные с долгосрочной медицинской помощью. Зависимость от долгосрочной медицинской помощи будет расти по мере увеличения доли пожилых людей в общем населении. Этот эффект несколько смягчается за счет того, что доля иждивенцев в каждой старшей возрастной группе будет сокращаться по мере увеличения продолжительности жизни в результате «здорового старения» людей.
- Недемографические факторы, связанные с долгосрочной медицинской помощью. Объем расходов, по всей вероятности, будет увеличиваться вследствие роста относительных цен на услуги долгосрочной медицинской помощи в соответствии со средним ростом производительности в экономике.

<sup>14</sup> OECD. 2006. Projecting OECD Health and Long-Term Care Expenditures: What are the Main Drivers? Economics Department Working Papers No. 477. Paris: OECD. («Прогнозирование объема расходов на здравоохранение и оказание долгосрочной медицинской помощи в странах ОЭСР: основные факторы», рабочие документы Департамента экономики ОЭСР).

### 3.2. Увеличение уровня расходов на здравоохранение в Российской Федерации: основные проблемы

Одна из главных проблем российской системы здравоохранения — это относительная недостаточность государственного финансирования для покрытия затрат на предоставление услуг в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. Объем этого гарантированного пакета медицинских услуг довольно велик для страны, которая тратит на здравоохранение относительно небольшую долю своего ВВП. В течение последних 15 лет доступность медицинской помощи устойчиво снижалась вследствие недостатка имеющихся ресурсов для финансирования гарантированного государством объема медицинской помощи (только в 2006 г. расходы на здравоохранение превысили расчетную стоимость затрат по программе государственных гарантий). России нужно увеличивать объем расходов на здравоохранение по сравнению с сегодняшним уровнем. Все основные долгосрочные факторы, определяющие объем расходов на здравоохранение, включая рост доходов<sup>15</sup>, технологические преобразования и демографические изменения, указывают на то, что в долгосрочной перспективе расходы на здравоохранение существенно возрастут. Разумно предположить, что частично это увеличение может и должно быть реализовано в рамках государственной системы здравоохранения, которая, по всей вероятности, останется важным компонентом общей системы, несмотря на ожидаемое повышение роли частного сектора в оказании медицинской помощи и ее финансировании.

Особенно существенным будет влияние демографических факторов. Как уже отмечалось, население Российской Федерации стремительно стареет: доля населения в возрасте старше 60 лет, по прогнозам, увеличится с 17% в 2005 г. до 31% к 2050 г. Поскольку величина подушевых расходов на медицинскую помощь пенсионерам (женщинам старше 55 лет и мужчинам старше 60 лет), по оценкам, обычно примерно в три раза превышает расходы на медицинскую помощь взрослым трудоспособного возраста и в два раза — расходы на детей, то по мере старения населения система здравоохранения начнет испытывать огромное давление, если ожидаемая продолжительность здоровой жизни россиян не увеличится. В частности, состояние здоровья российских женщин, как правило, хуже, чем у российских мужчин и женщин западных стран, и с возрастом этот разрыв увеличивается. Это является одной из причин, объясняющих, почему успех реформирования системы здравоохранения будет зависеть от результатов реализации более широких инициатив, направленных на улучшение состояния здоровья российских граждан. Если не удастся обеспечить увеличение ожидаемой продолжительности здоровой жизни (ОПЗЖ) россиян, возникнет риск перегрузки системы здравоохранения в связи с необходимостью обслуживания стремительно стареющего населения с ухудшающимся состоянием здоровья.

<sup>15</sup> Как в странах ОЭСР, так и в странах с переходной экономикой расходы на здравоохранение демонстрируют тенденцию повышения более быстрыми темпами, чем реальный ВВП.

С учетом вышеприведенных соображений возникает вопрос о том, сколько именно Россия должна тратить на здравоохранение, принимая во внимание нынешний уровень эпидемиологического благополучия в стране по отношению к желаемому уровню состояния здоровья населения, эффективность закупок в системе здравоохранения, которые будут осуществляться при существующих ценах, а также относительную стоимость и затраты на удовлетворение других потребностей в социальной сфере<sup>16</sup>. В поисках ответа на этот вопрос можно использовать два подхода: (i) метод сравнения с аналогичными странами, предусматривающий определение того, тратит ли страна на здравоохранение больше или меньше других стран, сопоставимых по таким характеристикам, как уровень доходов, культура и эпидемиологические особенности; при этом признается, что взаимосвязь между объемом финансирования здравоохранения и состоянием здоровья населения установить трудно, и вместо этого необходимо следовать опыту сопоставимых стран; (ii) подход, предусматривающий определение желаемых изменений в состоянии здоровья населения, а также определение того, что необходимо улучшить в системе здравоохранения при заданном уровне финансовых ресурсов; при этом главное внимание должно уделяться улучшению состояния здоровья населения, затратам, эффективности, а также компромиссным решениям.

Если следовать подходу, предусматривающему сравнение с аналогичными странами, то в ближайшие 5–12 лет российскому правительству, по всей вероятности, необходимо будет постепенно повышать совокупный объем государственного финансирования здравоохранения с 3,5% ВВП в 2006 г. до 4,5–6% ВВП — уровня, наблюдаемого в других странах со средним уровнем доходов (Таблица 9). Если этого удастся достичь, это будет разумным уровнем повышения. Слишком быстрые темпы увеличения объема финансирования приведут к инфляции и неспособности системы здравоохранения эффективно использовать выделенные ресурсы. Как уже отмечалось, уровень расходов на здравоохранение в Российской Федерации ниже среднего уровня, наблюдаемого в странах с аналогичным уровнем доходов. Объем государственного финансирования здравоохранения в стране также ниже международных норм. Увеличение расходов на здравоохранение в России в большой мере оправдано в силу существующего недофинансирования системы здравоохранения в прошлом, и сейчас необходимо наверстать упущенное и добиться улучшения результатов. Тем временем будут осуществляться структурные реформы и приниматься меры, направленные на изменение поведения людей и повышение эффективности, что займет немало времени.

Расходы из частных источников, как ожидается, также будут увеличиваться в долгосрочной перспективе — с нынешних 1,8% до 2,5–3% ВВП. В перспективе российская система здравоохранения должна опираться как на прочный стержень в виде государственного здравоохранения,

<sup>16</sup> Содержательное рассмотрение этого вопроса представлено в работе Savedoff, W.D. «What Should a Country Spend on Health Care?», Health Affairs 26, no.4(2007):962-969.

так и на частный сектор, роль которого в оказании медицинской помощи и ее финансировании будет повышаться.

**Таблица 9. Прогнозируемый уровень государственных расходов на здравоохранение в Российской Федерации в 2008–2020 гг. (% ВВП, среднегодовой показатель)**

2006–2007	2008–2010	2011–2015	2016–2020
3,5	4,5	5,5	6

Источник: оценки, выполненные авторами доклада.

Увеличение государственных расходов поможет решить ряд давно назревших проблем: (1) повысить базовую зарплату врачам и медицинским сестрам; (2) внедрить стимулы к повышению результативности за счет дифференциации размера оплаты труда в зависимости от объема и качества медицинской помощи; (3) обеспечить бесплатное предоставление лекарственных средств для стационарного лечения и финансирование программ адресной лекарственной помощи детям и престарелым гражданам при амбулаторно-поликлиническом лечении; а также (4) провести реконструкцию медицинских учреждений, заменить устаревшее оборудование и обучить персонал<sup>17</sup>.

### 3.3. Где взять дополнительные государственные ресурсы?

Если отвечать коротко — преимущественно за счет улучшения структуры государственных расходов, т.е. ее переориентации на удовлетворение долгосрочных потребностей таких ключевых социальных секторов, как здравоохранение, образование и пенсионное обеспечение, и отказа от менее эффективных категорий государственных расходов (например, нецелевых субсидий и трансфертов, общих административных расходов, неэффективных государственных инвестиций). Поскольку российская система здравоохранения финансируется преимущественно из общих доходов бюджетов, а не из целевых поступлений от налогов на фонд оплаты труда, необходимо проработать механизмы привлечения дополнительных финансовых средств из региональных бюджетов — в виде взносов в систему обязательного медицинского страхования (ОМС) за неработающее население. Еще одна сфера, заслуживающая более глубокого анализа, — это привлечение в здравоохранение дополнительных частных средств через систему добровольного медицинского страхования в дополнение к системе ОМС.

### 3.4. Как распределять дополнительные финансовые ресурсы на цели здравоохранения?

Любое обсуждение величины будущих расходов на здравоохранение в Российской Федерации должно основываться

<sup>17</sup> Подробнее см. в работе Вишневецкий А.Г., Кузьминов Я.И., Шевский В.И., Шейман И.М., Шишкин С.В., Якобсон Л.И., Ясин Е.Г., «Российское здравоохранение: как выйти из кризиса», Доклад ГУ — ВШЭ, Москва.

ваться на принятых в обществе моральных ценностях или этике, которой руководствуются при распределении ресурсов в системе здравоохранения. Без определения этических принципов, таких как является ли система здравоохранения общественным благом, доступным всем на равных основаниях, или она является общественным благом, доступным всем за исключением небольшой элиты, или она является частным благом, таким как продукты питания или жилье, невозможно определить минимально необходимые затраты ресурсов для достижения поставленных целей<sup>18</sup>.

<sup>18</sup> Презентация проф. Уве Рейнхарта на открытии Европейской министерской конференции ВОЗ по системам здравоохранения, Таллин, Эстония, 25-27 июня 2008 г.

Если в поиске ответа на вопрос о том, сколько Россия должна тратить на здравоохранение, следовать второму подходу, то можно заключить, что основная задача в краткосрочной и среднесрочной перспективе — это распределение дополнительных финансовых средств эффективным и результативным образом для реального обеспечения всеобщей доступности, гарантируемой Конституцией РФ. Как уже отмечалось, наблюдаются значительные межрегиональные различия по объему расходов и их эффективности. Один из возможных вариантов — определение минимального набора услуг и выделение средств на этой основе, что позволит обеспечить наличие во всех регионах необходимых ресурсов для предоставления гарантированного минимального объема услуг в соответствии с клиническими стандартами, основанными на доказательной базе. Как свидетельствует

### Пример 1. Определение приоритетов и расходы на здравоохранение в Соединенном Королевстве в 2000-х гг.

В Плате развития Национальной системы здравоохранения (НСЗ) Соединенного Королевства, опубликованном в 2000 г., а также в последующих отчетах Уонлесса (2002; 2004), было предложено осуществить наибольший за всю историю развития НСЗ рост государственных расходов на здравоохранение с целью увеличения доли расходов на здравоохранение в ВВП до среднеевропейского уровня. За период с 2002 по 2008 гг. государственные расходы на здравоохранение выросли больше, чем в 2 раза, с 44 млрд. фунтов стерлингов до 91 млрд. фунта стерлингов. Наибольшая часть возросших расходов была использована на увеличение оплаты труда работников НСЗ (50% в 2005/06 и 40% в 2006/07).

**Выбор высокоприоритетных направлений для увеличения инвестиций:** Значительная часть оставшихся средств была использована для финансирования высокоприоритетных направлений, установленных на национальном уровне. Данные направления могут быть сгруппированы в три основных категории: (а) *высокоприоритетные заболевания*, определенные на основе таких данных, как информация об имеющемся бремени болезней, международные сопоставления по показателям результатов работы НСЗ (напр., смертность), необоснованные различия в клинической практике, распространенности и в доступе к новым технологиям; (б) *предоставление медицинских услуг*, здесь основная задача состояла в обеспечении своевременного доступа к медицинским услугам посредством сокращения сроков ожидания плановых операций или в случае неотложных состояний; и (в) *удовлетворенность пациентов медицинским обслуживанием*, с акцентом на обеспечение пациентам возможности выбора, предоставлении большей информации и развитие принципов доброжелательного отношения к пациенту в НСЗ.

Клинические стандарты, внедряемые при помощи клинических руководств Национального института совершенствования клинической практики (NICE) и руководств Национальной системы здравоохранения (National Service Frameworks — NSFs), помогли направить инвестиции в основном для лечения высокоприоритетных заболеваний, а также, в меньшей степени, в совершенствование организации предоставления медицинской помощи, в то время как решения об инвестировании в мероприятия по повышению удовлетворенности пациентов, основывались в основном на опросах пациентов и фокус-группах.

**Распределение дополнительных средств на основе клинических стандартов:** Психические болезни, рак и сердечно-сосудистые заболевания были определены как основные приоритеты и были разработаны национальные планы действий (NSFs), определившие направления реформы в организации медицинской помощи с целью улучшения конечных результатов. В рамках данного широкого приоритета NICE разработал для Национальной системы здравоохранения руководства по оптимальному использованию медицинских технологий, наилучшей клинической практике и программам профилактики болезней, основанные на доказанной клинической эффективности и эффективные с точки зрения затрат. Например, в 2006/07 гг. на основе рекомендаций NICE о необходимости использования новых технологий было осуществлено примерно 13% дополнительных инвестиций в здравоохранение.

**Оценка эффекта:** Несмотря на то, что достаточно тяжело определить причинно-следственную связь между ростом инвестиций и конечными результатами, имеются некоторые доказательства полученного эффекта. Например, в случае заболевания раком доступ к лечению и показатели смертности от наиболее распространенных видов рака в Соединенном Королевстве улучшились за последние годы. Данные национального отчета о достигнутом прогрессе говорят о том, что с помощью руководств NICE по использованию новых эффективных с точки зрения затрат технологий был достигнут 50-ти процентный рост в их использовании в период с 2003 по 2005 гг., а также существенное сокращение географических различий в их доступности. По другому приоритетному направлению, сердечно-сосудистым заболеваниям, реализация недавних рекомендаций NICE по повышению использования статинов пациентами из групп высокого риска стоила системе здравоохранения 35 миллионов дополнительных фунтов стерлингов и позволила предотвратить примерно 15 000 инфарктов миокарда. В свете текущего сокращения темпов роста инвестиций в здравоохранение в Соединенном Королевстве правительство уделяет особое внимание использованию клинических стандартов для повышения эффективности инвестиций посредством использования финансовых стимулов и нормативных расценок для технологий и услуг, предоставляемых в Национальной системе здравоохранения.

*Источник: Подготовлено авторами доклада на основе различных источников.*

опыт Национальной службы здравоохранения Великобритании, а также опыт таких стран со средним уровнем доходов, как Бразилия и Чили, существует целый ряд взаимодополняющих способов достижения этой цели.

Отправной точкой может стать разработка стандартов в области лечения приоритетных заболеваний, принимая во внимание бремя этих болезней и возможную пользу от его снижения; стандартов, направленных на устранение неоправданной дифференциации между социально-экономическими группами и межрегиональной дифференциации; а также стандартов в высокотратных клинических областях. В докладе Всемирного банка под названием «Рано умирать» приводятся аргументы в пользу концентрации усилий на борьбе с неинфекционными заболеваниями, особенно сердечно-сосудистыми заболеваниями, онкологическими заболеваниями, заболеваниями желудочно-кишечного тракта, органов дыхания, сахарным диабетом — наряду с ВИЧ-инфекцией и туберкулезом. Принимая во внимание сравнительно большой вклад этих заболеваний в бремя болезней в России, их можно использовать в качестве исходного приоритетного перечня.

В Британском Национальном институте совершенствования клинической практики (NICE) разработаны протоколы ведения больных по большинству клинических заболеваний, и эти методики использовались многими странами при определении способов распределения ресурсов. Адаптация методик NICE с учетом российской ситуации и медицинской практики представляет собой непростую задачу. Для повышения вероятности реализации на местном уровне процесс такой адаптации должны возглавить практикующие врачи и эксперты научных учреждений Российской Федерации. Впоследствии эти рекомендации можно использовать для определения приоритетного перечня услуг и способов выделения ресурсов для их финансирования. Средства должны выделяться таким образом, чтобы услуги предоставлялись там, где они действительно необходимы, а это, в свою очередь требует, чтобы при определении экономической эффективности и финансовой доступности необходимых услуг врачи-клиницисты работали вместе с экономистами в области здравоохранения.

Использование международных рекомендаций, адаптированных к российским условиям, — это один из способов разработки и модернизации стандартов лечения приоритетных заболеваний. Любые дополнительные финансовые средства должны направляться на разработку и внедрение стандартов в этих областях как за счет реализации эффективных и экономически целесообразных медицинских технологий и государственных мер в области здравоохранения, так и посредством совершенствования процесса оказания медицинской помощи (например, сокращения очередей и обеспечения доступности базового пакета медицинских услуг для всех граждан). Непрерывный процесс мониторинга и определения приоритетов в клинических областях и сфере здравоохранения также подразумевает, что по мере поступления дополнительных ресурсов и (или) изменения приоритетов приоритетный

перечень будет дополняться новыми заболеваниями. Применение данного подхода в Соединенном Королевстве с начала 2000-х гг. описано выше в Примере 1.

### 3.5. Процесс разработки стандартов

При разработке стандартов необходимо принимать во внимание следующие соображения:

- (i) *Разработка механизмов определения приоритетов и распределения ресурсов на поэтапной основе.* Определение приоритетов это трудная задача в методологическом и этическом отношении. Она также сопряжена с большим объемом вычислительной работы и значительными информационными потребностями. Если вместо этого направлять имеющиеся дополнительные финансовые средства в основном на высокоприоритетные направления, то можно на этих направлениях провести апробацию и усовершенствовать как процедуры, так и методы принятия решений о распределении ресурсов. В качестве отправной точки для оптимизации (вместо формирования с нуля) тарифов на услуги здравоохранения можно использовать действующие тарифы и цены и сравнительный анализ со странами, в которых величина ВВП и показатели состояния здоровья населения сопоставимы с Россией.
- (ii) *Институциональная реформа для совершенствования принятия государственных решений по распределению ресурсов в системе здравоохранения.* Такая реформа требует передачи полномочий по принятию решений в области распределения ресурсов от федерального правительства к прозрачному и многостороннему органу, который пользовался бы широкой политической поддержкой при принятии сложных решений по распределению ресурсов. Уход от модели принятия решений «сверху-вниз» увеличил бы вероятность реализации политики, основанной на доказательствах, и сократил бы влияние, оказываемое на принимаемые решения определенными заинтересованными кругами.
- (iii) *Стандарты должны быть гибкими и адаптируемыми с учетом региональных потребностей и бюджетной обеспеченности регионов.* Это непростая задача в методологическом отношении, и она связана с удовлетворением значительных информационных потребностей. Вместе с тем этот принцип крайне важен для обеспечения содержательности стандартов и возможности их реализации на местном уровне.
- (iv) *Постепенное внедрение доступного в финансовом отношении и справедливого базового пакета медицинских услуг, финансируемых государством,* позволит защитить население от высоких расходов на медицинскую помощь, осуществляемых за собственный счет, а также обеспечить гражданам доступ к необходимому лечению.

# IV. Необходимость программных, структурных и институциональных реформ с целью улучшения конечных результатов работы системы здравоохранения

В настоящем докладе приводятся доводы в пользу того, что увеличение объема расходов, хотя и необходимо, но будет недостаточным для улучшения состояния здоровья российских граждан на устойчивой основе. Поэтому крайне важно, чтобы увеличение инвестиций в здоровье и расходов на здравоохранение в Российской Федерации сопровождалось проведением межсекторальной политики совместно со структурными и институциональными реформами, направленными на повышение эффективности и результативности системы организации и финансирования медицинской помощи.

## 4.1. Основные направления действий

В докладе Всемирного банка за 2008 г. «Реформирование системы здравоохранения Российской Федерации в целях улучшения состояния здоровья населения: основные задачи на 2008 г. и последующий период»<sup>19</sup>, а также в последнем докладе Всемирного банка об экономике России (№ 16)<sup>20</sup> обращается внимание на то, что российскому правительству следует дополнительно рассмотреть и реализовать следующие основные направления действий:

(а) *Реализация межсекторальных мер, направленных на устранение причин кризисного состояния здоровья населения в России.* Сокращение высоких показателей смертности, заболеваемости и инвалидности среди населения трудоспособного возраста от неинфекционных заболеваний (НИЗ), таких как сердечно-сосудистые заболевания, онкологические заболевания и диабет, а также травм и повреждений в результате дорожно-транспортных происшествий и других внешних причин, вероятно, обеспечит наибольший положительный эффект для социально-экономического развития страны. Эти усилия должны рассматриваться в качестве ключевых инвестиций в укрепление всеобщего благосостояния и обеспечение устойчивого экономического роста. Целесообразно обеспечить поддержку российским

регионам в реализации утвержденной на национальном уровне межсекторальной программы по профилактике и контролю НИЗ и травм, с учетом региональных особенностей и отбором специфичных для регионов мер, в соответствии с их нуждами и приоритетами. В рамках данной программы могли бы быть разработаны правовые и финансовые меры по следующим направлениям: (i) меры по борьбе со злоупотреблением алкоголя, ориентированные на предложение (например, регулирование производства, сбыта, цен, доступности и рекламы алкогольной продукции), так и на спрос (например, проведение информационно-разъяснительных кампаний); (ii) борьба с потреблением табака (например, разработка политики, предусматривающей запрещение курения на рабочих местах и в общественных помещениях, налоговые меры, принятие законов о полном запрещении рекламы и пропаганды табачных изделий и их продажи несовершеннолетним); (iii) пропаганда здорового питания и физической активности (например, включение в государственную политику в области здравоохранения мер, стимулирующих пропаганду принципов здорового питания, реализацию школьных программ, направленных на пропаганду здорового питания и физической активности); а также (iv) повышение безопасности дорожного движения (например, использование ремней безопасности и шлемов, мер профилактики вождения в нетрезвом виде, оборудование дорожной инфраструктуры средствами обеспечения безопасности и систематический ремонт дорог для устранения очагов опасностей).

(б) *Введение одноканальной системы финансирования системы здравоохранения.* В настоящее время система финансирования здравоохранения в России сильно фрагментирована и гораздо более децентрализована, чем в большинстве стран со средним и высоким уровнем доходов. Кроме того, эта система неэффективна из-за неоправданного дублирования административных функций и высоких операционных издержек. Финансовые средства поступают из федерального бюджета, бюджетов субъектов федерации и муниципальных бюджетов, а также из созданной в 1991 г. системы ОМС. В России бюджетное финансирование составляет примерно 60% от общего

<sup>19</sup> World Bank. 2008. Better Outcomes through Health Reforms in the Russian Federation: The Challenge in 2008 and Beyond, Policy Note. Washington, D.C.

<sup>20</sup> Marquez, P. 2008. «Tackling Health Reform,» in Russia Economic Report No.16. Moscow: The World Bank. («Реформирование системы здравоохранения», Доклад об экономике России № 16, Всемирный банк, Москва)

объема государственных расходов на здравоохранение, а остальная часть приходится на систему ОМС. Основная часть государственных средств (свыше 85%) аккумулируется и распределяется на региональном уровне за счет общих бюджетных доходов и поступлений налога на фонд оплаты труда в размере 3,1%. При этом в федеральных трансфертах на выравнивание уровня бюджетной обеспеченности регионов никогда не предусматривались целевые средства на нужды системы здравоохранения. Регионы в большинстве своем не стремились ни вносить свой вклад в страхование неработающего населения, ни объединять бюджетные и страховые средства в территориальных фондах обязательного медицинского страхования, как это предусмотрено законодательством. Постепенная интеграция бюджетных средств и средств системы ОМС позволит сформировать единый канал финансирования государственной системы здравоохранения. В свою очередь, это позволит разработать более обоснованные стратегические планы комплексного развития региональных систем здравоохранения, стимулировать интеграцию и координацию, снизить внутриотраслевые барьеры, а также обеспечить большую степень гибкости в перераспределении средств на оказание различных видов услуг.

(в) *Пересмотр программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи.* Несмотря на то, что объем расходов на здравоохранение, как предполагается, продолжит расти, как в абсолютном выражении, так и в отношении к ВВП, баланс между принятыми обязательствами и имеющимися ресурсами будет невозможно восстановить только за счет увеличения объема ресурсов. Необходимо пересмотреть саму программу государственных гарантий бесплатной медицинской помощи. Этот процесс включает в себя не только оценку финансовых возможностей государства, хотя ресурсные ограничения, безусловно, будут решающим фактором. Программа государственных гарантий должна стать прозрачной и для организаций, предоставляющих услуги, и для населения, а для этого необходимо уточнить виды, объемы, порядок и условия предоставления медицинской помощи. Кроме того, должны быть предусмотрены механизмы для обеспечения реализации гражданами своих прав в случае невыполнения обязательств, установленных программой государственных гарантий. Следует определить набор услуг и лекарственных средств по приоритетным заболеваниям, которые должны бесплатно предоставляться в рамках государственных гарантий.

(г) *Решение проблем структурного дисбаланса в системе здравоохранения.* Многие российские регионы в настоящее время нуждаются в значительных

капиталовложениях в реконструкцию, модернизацию и надлежащее оснащение инфраструктуры здравоохранения. Хотя в России существуют и особые проблемы, связанные с географической удаленностью и суровыми климатическими условиями, что обуславливает необходимость создания дополнительной инфраструктуры, это не обязательно означает строительство новых учреждений, а скорее модернизацию существующей сети медицинских учреждений. При осуществлении разумных инвестиций в больницы, учреждения первичной медицинской помощи, службы скорой медицинской помощи, а также в повышение квалификации работников, совершенствование системы управления, включая внедрение систем электронной медицинской документации, число госпитализаций и длительность пребывания больных в стационаре можно значительно сократить, одновременно увеличив охват населения амбулаторными видами помощи.

(д) *Внедрение систем оплаты медицинской помощи, предусматривающих стимулы для повышения качества и эффективности ее оказания.* Метод подушевой оплаты следует комбинировать с «оплатой по результатам», увязанной с достижением установленных стандартов качества или предоставлением новых услуг. Например, дополнительные (премиальные) целевые выплаты могут осуществляться при достижении определенных целевых показателей качества и эффективности (расширение охвата населения такими программами, как иммунизация, скрининг рака шейки матки, ежегодное консультирование мужчин и женщин по вопросам здорового образа жизни, отказа от курения, сокращения потребления алкоголя). Услуги больниц в России оплачиваются в основном по принципу «за пролеченный случай», но некоторые статьи расходов (преимущественно фиксированные) не включаются в тарифы ОМС и покрываются непосредственно из бюджетов различных уровней. Такое сочетание неэффективно, поскольку при сметном финансировании оплачиваются затраты, и у поставщиков услуг почти нет стимулов к повышению эффективности своей деятельности. Средства, предоставляемые медицинским учреждениям в рамках сметного финансирования, следует включить в существующие тарифы, которые, в свою очередь, должны быть модифицированы таким образом, чтобы они отражали стандарты качества и эффективности (например, среднюю продолжительность пребывания в стационаре в соответствии с теми стандартами, которых можно достичь с помощью медицинского вмешательства, более эффективного в экономическом отношении).

(е) *Роль организаций частного сектора.* Участие частного сектора также имеет большое значение. Поскольку частные компании несут большую долю изде-

ржек, связанных с плохим состоянием здоровья своих работников, у них имеются прямые стимулы к тому, чтобы инвестировать в их здоровье. Частные и государственно-частные инициативы могут способствовать снижению затрат и повышению эффективности программ, нацеленных на охрану здоровья населения. Компании могут оказывать значительное влияние на поведение своих сотрудников, а также доводить до их сведения информацию о рисках здоровью по каналам, не имеющимся в распоряжении государства. Для стимулирования участия организаций частного сектора можно использовать налоговые льготы, как это делается в ряде стран «Большой восьмерки».

#### 4.2. Возможно ли реформировать систему здравоохранения в Российской Федерации?

Вопреки заключенному в этом вопросе сомнению, результаты, полученные в Чувашской Республике и Воронежской области, демонстрируют, что вполне возможно провести эффективную реструктуризацию региональных систем здравоохранения в целях решения существующих проблем в сфере состояния здоровья населения, с которыми сталкивается Российская Федерация. При поддержке со стороны Минздравсоцразвития России и в рамках финансируемого Всемирным банком проек-

та «Техническое содействие реформе системы здравоохранения» в этих двух пилотных регионах получены столь нужные доказательства успеха, а также накоплен богатый опыт на местах, которым могут воспользоваться другие регионы при реструктуризации своих систем здравоохранения.

Как отмечается в готовящемся к публикации докладе Всемирного банка под названием «Возможно ли реформировать систему здравоохранения Российской Федерации? Новые данные по Чувашской Республике и Воронежской области»<sup>21</sup>, по целому ряду ключевых направлений реформирования в этих регионах первоначальные результаты выглядят многообещающими: по многим показателям эффективности достигнут серьезный прогресс. Например, в обоих регионах мощности амбулаторных учреждений возросли, и в то время как число офисов врачей общей практики выросло значительно, число больниц и больничных коек существенно сократилось. Созданы механизмы финансирования, позволившие почти вдвое увеличить объем финансирования здравоохранения из федерального, регионального и муниципальных бюджетов. Возможно, еще важнее то, что расходы на первичную медицинскую помощь существенно возросли по сравнению со специализированной медицинской помощью.

## V. Путь вперед

Новая администрация Российской Федерации взяла на себя обязательство увеличить государственные расходы на здравоохранение. Чтобы дополнительное финансирование помогло добиться улучшения результатов, крайне важно, чтобы текущие и дополнительные инвестиции (1) были направлены на борьбу с приоритетными заболеваниями; (2) осуществлялись на основе сравнительной оценки клинической и экономической эффективности альтернативных мер в клинических областях и сфере здравоохранения, а также (3) были созданы надлежащие институты и структуры, позволяющие федеральному правительству и органам власти субъектов федерации разрабатывать и внедрять на практике инвестиционные решения, основанные на доказательствах.

Вместе с тем совершенно очевидно, что для решения большинства проблем, связанных с состоянием здоровья

населения Российской Федерации, необходимы широко-масштабные программные и институциональные преобразования на федеральном, региональном и муниципальном уровне с участием многих секторов, а не только системы здравоохранения. Комплексное реформирование здравоохранения для улучшения показателей здоровья населения и работы системы здравоохранения представляет собой сложнейшую задачу на среднесрочную и долгосрочную перспективу, решение которой следует сегодня ускорить, прилагая для этого максимум усилий.

В заключении подчеркнем значение инвестиций в здоровье, ссылаясь на слова Герофила, врача Александра Македонского, который в 325 г. до н.э. сказал, что «когда нет здоровья, мудрость не может себя проявить, искусство не может себя показать, сила не может бороться, богатство становится бесполезным, и ум невозможно применить».

<sup>21</sup> Запланировано к публикации в августе—сентябре 2008 г.



This map was produced by the Map Design Unit of The World Bank. The boundaries, colors, denominations and any other information shown on this map do not imply, on the part of The World Bank Group, any judgment on the legal status of any territory, or any endorsement or acceptance of such boundaries.

## РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

- ОБЛАСТНЫЕ ЦЕНТРЫ
- ⊕ ГОСУДАРСТВЕННАЯ СТОЛИЦА
- РЕКИ
- РЕПУБЛИКАНСКИЕ, ОБЛАСТНЫЕ ИЛИ КРАЕВЫЕ ГРАНИЦЫ
- ГРАНИЦЫ АВТОНОМНЫХ ОБЛАСТЕЙ, ОКРУГОВ ИЛИ РЕПУБЛИКАНСКИЕ
- МЕЖДУНАРОДНЫЕ ГРАНИЦЫ