

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ФИНАНСИРОВАНИЯ РАСХОДОВ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В РОССИИ И ЗАРУБЕЖНЫХ СТРАНАХ

Е. В. Ахрамович, студентка V курса экономического факультета ГОУВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П.Огарёва»

В статье дана характеристика основных моделей финансирования здравоохранения в России и в зарубежных странах. Проведен сравнительный анализ финансирования расходов на здравоохранение в РФ, Великобритании, Германии и США. Выделены основные проблемы финансирования здравоохранения и направления оптимизации финансирования системы здравоохранения.

Ключевые слова: расходы на здравоохранение, модель финансирования, государственные расходы, проблемы финансирования.

В мировой практике принято выделять четыре основных источника финансирования здравоохранения: поступления от общего налогообложения, взносы в систему обязательного медицинского страхования, взносы в систему добровольного медицинского страхования, наличные средства пациентов. В настоящее время федеральный бюджет (в условиях резко ограниченных финансовых возможностей субъектов Российской Федерации и населения) остается единственно возможным источником покрытия недофинансирования. В условиях рыночной экономики можно выделить бюджетную, страховую и частную (по источнику) системы финансирования здравоохранения (табл. 1)[5].

Т а б л и ц а 1

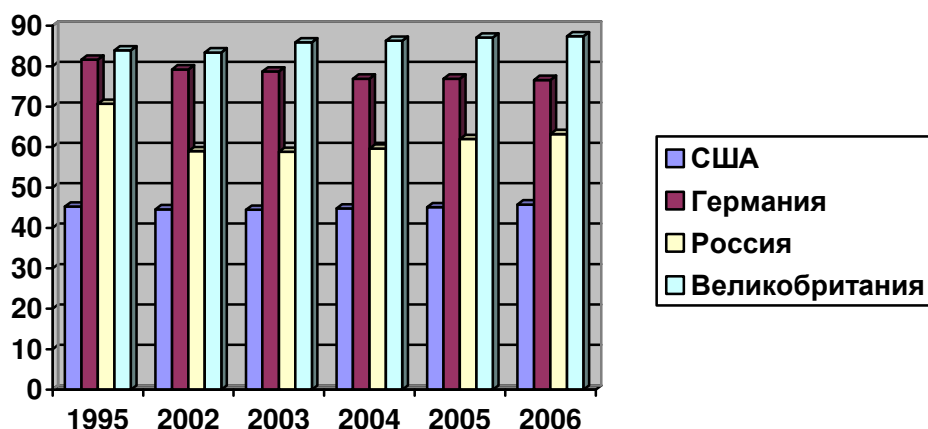
Модели финансирования здравоохранения

Модель финансирования	Характеристика
Бюджетная	Основывается на сборе налогов, из которых формируется доходная часть бюджета, а затем определяется расход на здравоохранение
Страховая	Основывается, преимущественно, на целевом взносе на медицинское страхование, выступает в форме сочетания страхового и бюджетного финансирования
Частная	Основывается, преимущественно, на взносах из личных средств граждан, благотворительных фондов и т. п.

Мероприятия по повышению собираемости взносов в систему обязательного медицинского страхования на неработающее население в субъектах Федерации не приводят к существенному увеличению объемов средств, так как даже до реформы жилищно-коммунального хозяйства и монетизации льгот эти взносы субъекты Федерации не могли собирать в полном объеме [5].

Нелегитимные платежи составляют не более 3 – 4 млрд. руб. в год, что соответствует «благодарности» в размере 1 – 2 тыс. руб. в месяц (на врача) в крупных городах. Платные медицинские услуги возможны только для 15 – 20% населения страны, у которых доходы составляют не менее 500 \$ США на одного члена семьи. Так что доля собираемых средств за счет платных медицинских услуг также незначительна.

В России объемы государственного финансирования здравоохранения формируются по остаточному принципу. Утверждаемая ежегодно Программа Государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи не покрывает потребности здравоохранения приблизительно в два раза. Отсутствует привязка подушевого финансового норматива программы государственных гарантий к минимальному размеру оплаты труда, доле внутреннего валового продукта.



Р и с у н о к 1 Совокупные государственные расходы на здравоохранение как % от совокупных расходов на здравоохранение¹

¹ <http://www.who.int/ru/>

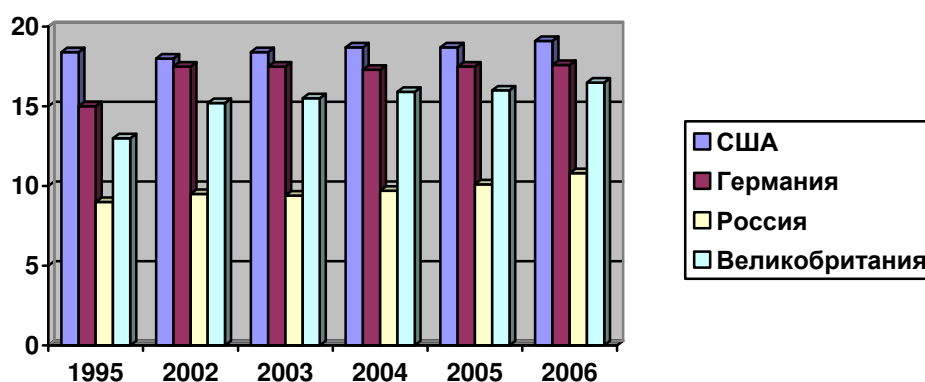
Рассматривая изменения динамики государственного финансирования здравоохранения, представленного на рисунке 1, можно отметить, что в РФ объём расходов на протяжении всего исследуемого периода был неравномерен. Если в 1995 году наблюдается довольно значительный уровень затрат на здравоохранение – 70,7%, то к концу исследуемого периода он снизился и составил 63,2% от совокупных расходов на здравоохранение. Это связано и изменившейся экономической и политической ситуацией в стране. Постоянные изменения в структуре управления системой здравоохранения, недофинансирование отрасли не могли не отразиться на функционировании системы оказания медицинской помощи населению на различных этапах взаимодействия с пациентами: в поликлинике, при оказании скорой (первичной) помощи, в проведении профилактических мероприятий. Последствия эти оказались особенно тяжелыми, поскольку налагались на результаты одновременного резкого падения уровня жизни подавляющего большинства населения и пережитого им сильнейшего стресса из-за изменений во всех сферах жизни.

Анализ данных рисунка 1 показывает, что в США совокупные государственные расходы на здравоохранение как процент от совокупных расходов на здравоохранение в 2006 году увеличились на 0,5% и стали составлять 45,8%, тогда как данные расходы в 1995 году составляли 45,3%. По сравнению с Россией этот показатель ниже на 17,4%, так как в США, в отличие от РФ, не предусмотрено государственное обеспечение медицинской помощью всех граждан, кроме социально незащищенных слоев населения (престарелые, инвалиды, бедные). Большинство американцев имеют частную страховку.

В Германии данный показатель значительно выше. В 2006 году данная группа расходов составила 76,6% тогда как в 1995 году они составляли 81,6%, следовательно произошло снижение данных расходов на 5%. Постепенное снижение государственных расходов связано с реформированием системы финансирования здравоохранения. Теперь все страховые компании осуществляют выплаты по единым тарифам через этот фонд, в то время как до

реформы платежи проводились в отдельных компаниях по различным тарифам. Если сравнить с РФ, доля государственных расходов в Германии больше на 14,3%.

В Англии произошёл рост в 2006 году на 3,5% по сравнению с 1995 годом, когда они составляли 83,9%. Рост расходов связан со стабильной экономической ситуацией в стране. Государство напрямую оплачивает оказываемые медицинские услуги и финансирует здравоохранение за счет общих налоговых доходов бюджета. В отличие от многих других систем, также построенных по принципу единого плательщика, например норвежской и канадской, большинство врачей и иных медработников в Британии являются государственными служащими. Увеличение государственных расходов связано с тем, что большинство медицинских услуг в рамках государственной системы медицинского страхования предоставляется бесплатно, лишь около 12% жителей страны пользуются услугами частного медицинского страхования. Сравнивая российский показатель государственных расходов на здравоохранение с английским, можно выявить, что данный показатель в Англии на 24.2% больше, чем в России.

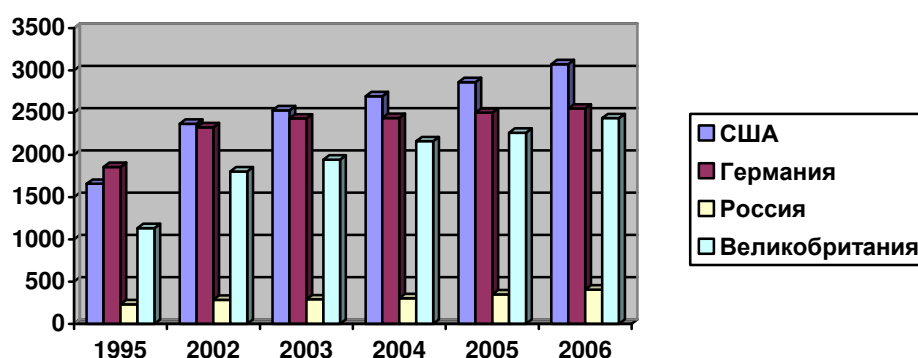


Р и с у н о к 2 Доля государственных расходов на здравоохранение в совокупных государственных расходах, %²

Доля государственных расходов на здравоохранение в совокупных государственных расходах во всех анализируемых странах увеличилась. По

² <http://www.who.int/ru/>

сравнению с Россией в США данный показатель увеличился на 8,3%, в Германии на 6,8%, а в Англии на 5,7%. Доля расходов бюджета РФ на здравоохранение в 2004-2005 годах составляла не более 9,8%. В 2006 году Президент РФ инициировал реализацию приоритетного проекта «Здоровье», предусматривающего дополнительное финансирование из федерального бюджета, что позволило увеличить долю его средств в общем объеме финансирования до 10,8%.



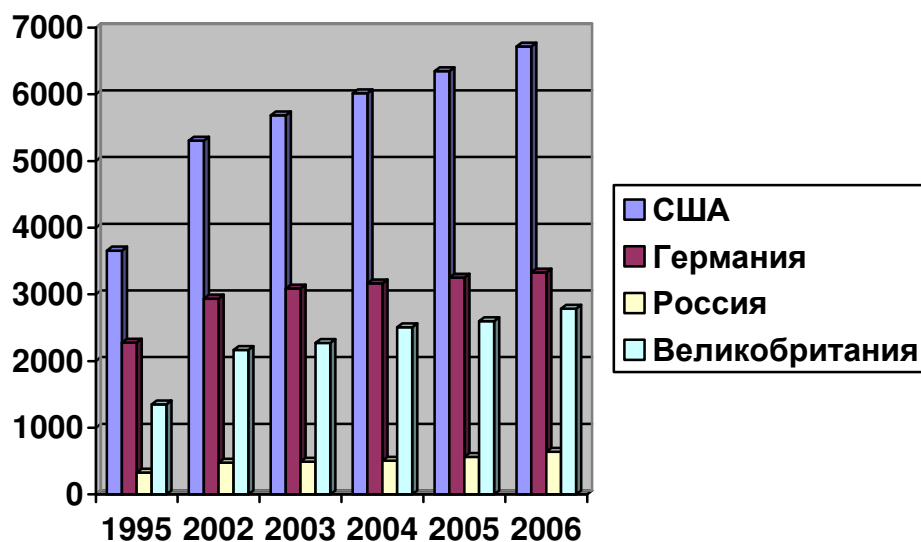
Р и с у н о к 3 Государственные расходы на здравоохранение на душу населения, долл. США³

Общие затраты на здравоохранение на душу населения (по данным ВОЗ и независимых экспертов) в РФ в 7 раз меньше, чем в США, в 5,6 раз чем в Германии, в 6 раз чем в Англии. Этот показатель в РФ находится на очень низком уровне, соответствующем бедным государствам. По данным ВОЗ, в 1995 г. общие подушевые затраты на здравоохранение составляли в России около 230 \$, в 2002 г. – 282 \$; по данным независимых экспертов, в 2003 г. – 289 \$, в 2004 г. – 301 \$, в 2005 г. – 348 \$, в 2006 г. – 404 \$. В европейских странах подушевой норматив по сравнению с 1995 г. увеличился в 1,5-2 раза, в России темп его роста значительно ниже.

В период 1995 – 2006 гг. фактическое финансирование здравоохранения Российской Федерации из всех источников возросло в 2 раза. Основным источником финансирования (61,9%) являются средства государственного управления, в том числе средства федерального бюджета – 14,0%,

³ <http://www.who.int/ru/>

региональных – 13,0%, муниципальных – 13,2% и средства государственных внебюджетных фондов (ОМС, ФСС, ПФ) – 21,7% [3]. Основным источником финансирования здравоохранения в России остаются консолидированные бюджеты субъектов Российской Федерации. Их доля в динамике постоянно снижается. При этом, взносы на ОМС неработающих граждан составили 89,9 млрд. руб., собственно расходы консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации составили 288 млрд. руб. [3]. Отмечен рост доли федерального бюджета в финансировании системы здравоохранения с 9,5% – в 2003 г. до 24,6% – в 2006 г.

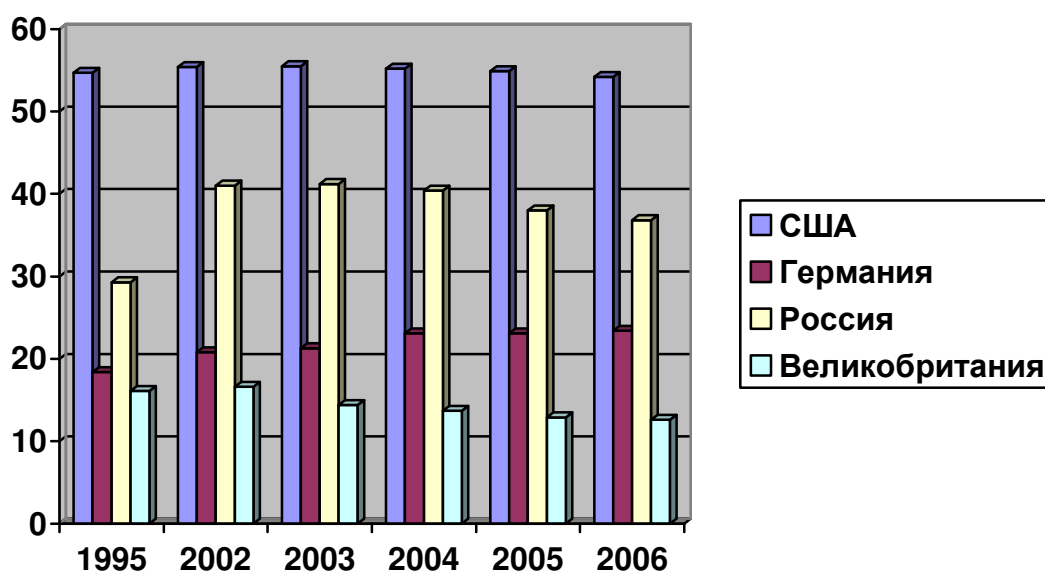


Р и с у н о к 4 Совокупные расходы на здравоохранение на душу населения, долл.США⁴

Совокупные расходы на здравоохранение на душу населения в РФ по прежнему ниже чем в остальных странах. В 2006 году данный показатель в России меньше в 10,5 раза чем в США, в 5 раз чем в Германии, в 4 раза чем в Англии. Это объясняется тем, что в России в рассматриваемый период были такие проблемы, как несбалансированности программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи и их финансового обеспечения, слабые стимулы к труду медицинских работников, низкая эффективность использования имеющихся в здравоохранении ресурсов; крайняя изношенность

⁴ <http://www.who.int/ru/>

имеющегося в лечебно-профилактических учреждениях медицинского оборудования.



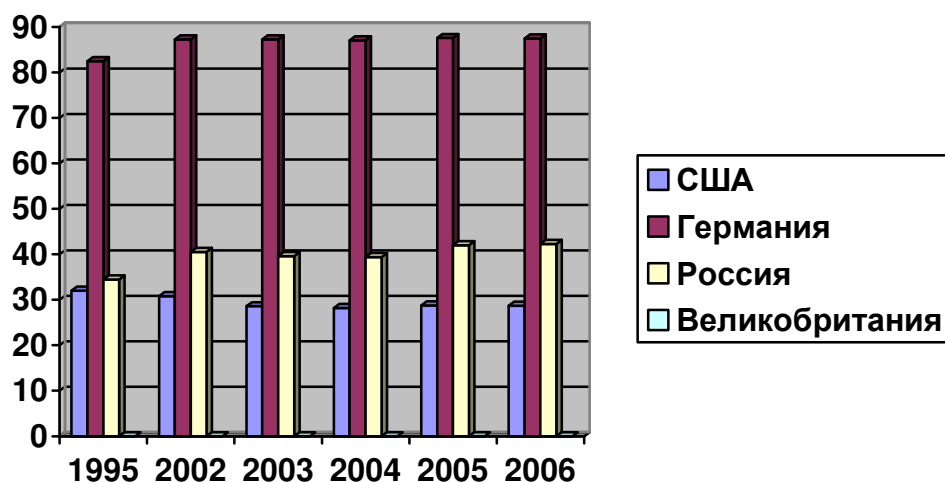
Р и с у н о к 5 Доля частных расходов на здравоохранение в совокупных расходах на здравоохранение, %⁵

Доля частных расходов в 2006 году в РФ по сравнению с США уменьшилась на 17,4%, а если сравнить с Германией, то в России этот показатель увеличился на 13,4%, , сравнивая с Францией, можно заметить, что доля частных расходов в России увеличилась на 24,2%.

Доля личных расходов населения в совокупном объеме затрат на здравоохранение тесно коррелирует с уровнем экономического развития страны. Чем выше размер ВВП, тем больше участие государства в покрытии расходов на медицинскую помощь. Таким образом, наша страна по этому показателю находится на уровне развивающихся стран с средним уровнем дохода.

Из этого следует вывод о том, что соотношение между государственным и частным финансированием зависит от уровня экономического развития и в значительной степени носит объективный характер.

⁵ <http://www.who.int/ru/>



Р и с у н о к 6 Доля расходов страховой медицины в совокупных государственных расходах на здравоохранение, %⁶

В Германии доля расходов страховой медицины в совокупных государственных расходах на здравоохранение в 2006 году значительно выше по сравнению с Россией и эта разница составляет 45,2%. Это связано с тем, что в Германии используется страховая модель финансирования здравоохранения. В основе этой модели лежит принцип профессиональной солидарности, предусматривающий существование страховых фондов, управляемых на паритетных началах наемными работниками и предпринимателями. Они аккумулируют социальные отчисления с заработной платы, из которых и осуществляются страховые выплаты.

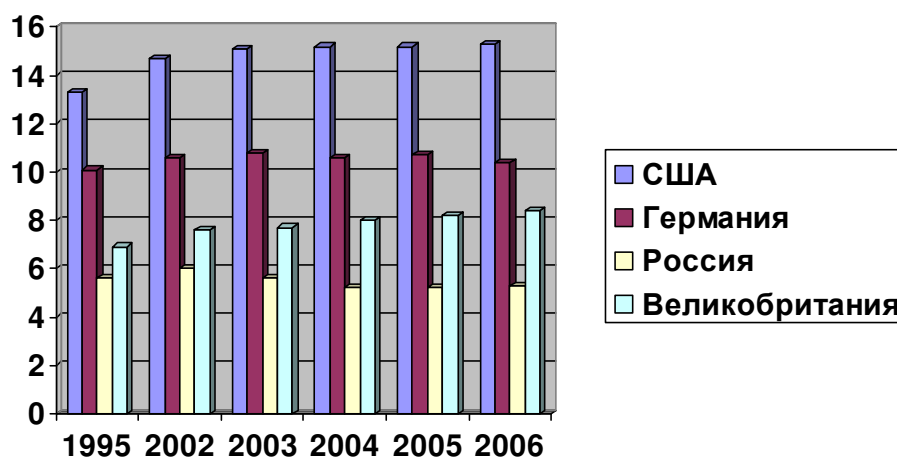
Если сравнить Россию и США, то можно увидеть, что данный показатель в РФ выше на 13,6%, чем в США. В США практически в 2 раза доля страховой медицины меньше доли частных расходов. США принадлежит ведущее место в капиталистическом мире по масштабам ресурсов, сосредоточенных в здравоохранении. Хотя преимущественное развитие получила здесь коммерческая (частная) медицина, государство играет существенную роль в организации мер по охране здоровья населения. В целях облегчения бремени расходов на лечение американцы покупают полисы страховых компаний, дающие право на полную или частичную оплату лечения

⁶ <http://www.who.int/ru/>

в зависимости от его стоимости и суммы взносов. Медицинский полис служит гарантией получения медицинской помощи, объем, характер и пределы которой predeterminedены условиями медицинской страховки.

В Англии данный показатель имеет нулевое значение, так как в этой стране представлена бюджетная модель финансирования здравоохранения, которая основывается на сборе налогов, из которых формируется доходная часть бюджета, а затем определяется расход на здравоохранение

В России же анализ показателей свидетельствует о том, что расходов страховой медицины в совокупных государственных расходах на здравоохранение в 2006 году выше, чем в 1995 году на 7,8, и на 5,5 выше, чем доля частных расходов на здравоохранение в совокупных расходах на здравоохранение.



Р и с у н о к 7 Доля совокупных расходов на здравоохранение в ВВП, %⁷

По расчетам экспертов Всемирной организации здравоохранения, для адекватного и эффективного функционирования системы здравоохранения финансирование должно составлять не менее 6 – 8 % от валового внутреннего продукта (ВВП). Анализируя расходы на здравоохранение нельзя не отметить, что отечественное здравоохранение на протяжении нескольких десятилетий

⁷ <http://www.who.int/ru/>

(данные 1995 – 2006 гг.) находится в состоянии хронического недофинансирования в пределах 2,7 – 6,0% от ВВП.

В 2005 – 2006 гг. государственное финансирование здравоохранения Российской Федерации составило: в 2005 г. – 5,2% от ВВП, в 2006 г. – 5,3%.. В структуре государственных расходов на здравоохранение Российской Федерации средства федерального бюджета составляют около 8%, средства бюджетов субъектов Федерации – около 50%, средства обязательного медицинского страхования – 42%.

При этом общие расходы на здравоохранение в период 1995 – 2006 гг. в доле ВВП в странах Западной Европы составляют от 5,8% (Германия – 10,6 – 10,7% от ВВП), а в США – около 15 % (расходы составляют 14,7 – 15,3 % от ВВП). При этом, абсолютная величина ВВП в России почти в 20 раз меньше, чем в странах ЕС и США.

Таким образом, среди основных проблем финансирования здравоохранения можно выделить следующие:

1. Недофинансирование отрасли на протяжении нескольких десятилетий в пределах 2,7 – 6,0% ВВП. В связи с этим – низкая материально-техническая база подавляющего большинства учреждений, низкая зарплата медицинских работников, недофинансирование по медикаментам, питанию, капитальному ремонту, оборудованию и т. д.

2. Программа государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи финансово не покрывает потребности как отрасли, так и населения.

3. Мероприятия по повышению собираемости взносов в систему обязательного медицинского страхования на неработающее население в субъектах Российской Федерации не приводят к существенному увеличению собираемых средств.

4. Имеет место практика сбора 0,8% средств из региональных фондов обязательного медицинского страхования всех регионов в федеральный фонд с целью частичного покрытия дефицита недотационных регионов, вместо

прямого дофинансирования из федерального бюджета как недотационных, так и дотационных субъектов.

5. Отсутствие консолидации бюджетов всех уровней, финансирование медицинских учреждений из различных источников, отсутствие единых критериев финансирования медицинских учреждений не позволяют эффективно управлять финансовыми потоками в условиях недостаточного финансирования.

6. Существующая система централизованного снабжения лечебно-профилактических учреждений медикаментами и изделиями медицинского назначения сопровождается постоянным дефицитом и перебоями в их поставках [4].

Основными направлениями оптимизации финансирования системы здравоохранения следует считать:

- совершенствование распределения полномочий, ответственности и финансирования в области здравоохранения;
- допуск всех поставщиков медицинских услуг и товаров, разных форм собственности, в т. ч. ведомственного и корпоративного здравоохранения, соответствующих установленным государством единым требованиям к предоставлению услуг, в т. ч. к выполнению программы государственных гарантий, на равной, конкурсной основе;
- формирование тарифов для предоставления помощи на основе медико-экономических стандартов с учетом уровня учреждения здравоохранения и региональных особенностей;
- принятие, на основе национальных проектов, экономически целесообразного единообразного механизма финансирования программ государственных гарантий медицинской помощи;
- финансирование корпоративных программ здравоохранения за счет средств частного бизнеса;

- разработку и внедрение системы мотивации субъектов рынка медицинских услуг и товаров, фармацевтической продукции, на решение приоритетных задач в здравоохранении;
- сокращение различий в потреблении медицинской помощи между социальными группами;
- осуществление мер, направленных на легализацию теневых платежей в здравоохранении;
- контроль за ценообразованием, в т. ч. при закупках по импорту;
- сохранение разных форм собственности поставщиков услуг и товаров здравоохранения при обеспечении права добровольного выбора гражданина, отказ от соинвестирования учреждений частных форм собственности, соблюдение запрета на приватизацию учреждений здравоохранения.

Библиографические ссылки

- 1 Андреева О. В. Анализ эффективности использования государственных ресурсов в здравоохранении Российской Федерации. Анализ и результаты / О. В. Андреева, В. О. Флек, Н. Ф. Соковникова – М., ООО «Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2006. – 162 с.
- 2 Богатова Т. В. Бесплатное здравоохранение: реальность и перспективы / Т. В. Богатова, Е. Г. Потапчик, В. А. Чернец – М., ООО «Пробел – 2000», 2002. – 178 с.
- 3 Гришин В. В. Система ОМС работает без сбоев уже 15 лет /В. В. Гришин //Медицинский вестник – 2008. – №16(443) – С. 4–6.
- 4 Рейхарт Д. В. Система обязательного медицинского страхования: актуальные вопросы и перспективы развития / Д. В. Рейхарт // Экономика здравоохранения. – 2008. – №10. – С.21 – 29.
- 5 Решетников А. В. Экономика здравоохранения: учебное пособие для вузов / А. В. Решетников, В. М. Алексеева, Е. Б. Галкин – М. : ООО «Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2007. – 271 с.