

Современное состояние системы здравоохранения России: вопросы финансирования и проблемы развития

© 2016 Хулукшинов Денис Егорович

© 2016 Норбоева Елена Цыремпиловна

Российский университет дружбы народов

117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6

E-mail: denis.rudn@gmail.com, enorbueva@yandex.ru

Проводится анализ источников финансирования системы здравоохранения России. Структура государственных расходов классифицируется по разделам, в процессе исследования освещаются проблемы развития здравоохранения в России.

Ключевые слова: система здравоохранения, бюджет, финансирование, государственные расходы, программно-целевое финансирование, государственно-частное партнерство.

Система здравоохранения - важнейшая часть социально-экономической политики государства. Согласно ст. 41 Конституции Российской Федерации медицинская помощь является бесплатной для населения¹. В этой связи становится все более актуальной проблема определения источников и размеров финансирования системы здравоохранения.

От определения направления политики государства в данной области зависит сохранение и увеличение такого важнейшего ресурса, как население.

В зависимости от преобладающего источника финансирования системы здравоохранения возможна классификация по этому показателю стран следующим образом (табл. 1).

В большинстве развитых стран финансирование расходов на здравоохранение осуществляется в основном за счет государственных средств, а в отдельных субъектах имеет место только бюджетное финансирование.

Финансирование системы здравоохранения России относится к третьему типу, который базируется на трех источниках финансирования:

- средства федерального бюджета;
- средства региональных бюджетов;
- средства фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС).

Основные параметры бюджетной системы России в краткосрочном периоде (2014-2017 гг.) характеризуются снижением доходов и расходов по отношению к ВВП (табл. 2).

Таблица 1. Источники финансирования системы здравоохранения в мире

№ п/п	Источники финансирования	Страна
1	Рыночные	США
2	Государственные	Великобритания
3	Социально-страховые	Германия, Франция, Россия, Япония

Примечание. Составлено автором.

Таблица 2. Основные параметры бюджетов бюджетной системы Российской Федерации (2014-2017 гг.)

Показатели	2014		2015		2016		2017	
	млрд руб.	% ВВП	млрд руб.	% ВВП	млрд руб.	% ВВП	млрд руб.	% ВВП
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Доходы, всего	26 367,4	36,9	27 917,6	36,7	29 770,7	36,2	31 688,2	35,3
В том числе:								
Федеральный бюджет	14 238,8	19,9	14 923,9	19,6	15 493,2	18,8	16 272,7	18,1
Консолидированные бюджеты субъектов Российской Федерации	8442,2	11,8	8927,8	11,7	9441,9	11,5	10 135,6	11,3
В том числе:								
доходы без учета межбюджетных трансфертов	7026,0	9,8	7498,8	9,9	8092,5	9,8	8735,1	9,7

Окончание табл. 2

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Бюджеты государственных внебюджетных фондов, всего	8114,5	11,4	9210,1	12,1	10 085,0	12,3	10 620,7	11,8
Бюджет ПФР	6294,6	8,8	7163,8	9,4	7761,2	9,4	8154,8	9,1
В том числе: доходы без учета межбюджетных трансфертов	3837,3	5,4	4160,5	5,5	4556,0	5,5	4913,5	5,5
Бюджет ФСС	579,8	0,8	592,6	0,8	615,8	0,7	666,8	0,7
В том числе: доходы без учета межбюджетных трансфертов	532,1	0,7	545,2	0,7	587,2	0,7	637,1	0,7
Бюджеты ФОМС	1240,1	1,7	1453,7	1,9	1707,9	2,1	1799,1	2,0
В том числе: доходы без учета межбюджетных трансфертов	733,3	1,0	789,1	1,0	1 041,8	1,3	1 129,7	1,3
Расходы, всего	27 057,2	37,8	29 577,0	38,9	31 282,3	38,0	33 003,2	36,7
В том числе: Федеральный бюджет	13 960,1	19,5	15 252,3	20,0	15 975,5	19,4	16 827,4	18,7
В том числе: расходы без учета межбюджетных трансфертов	10 033,8	14,0	10 772,0	14,2	11 390,5	13,8	12 178,8	13,6
Консолидированные бюджеты субъектов	9299,2	13,0	9870,1	13,0	10 388,1	12,6	11 041,5	12,3

Источник. Основные направления бюджетной политики Российской Федерации на 2015 год и плановый период 2016 и 2017 годов. URL: <https://www.consultant.ru>.

Таблица 3. Основные характеристики бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования (2014-2017 гг.), млрд руб.

Показатели	2014	2015	2016	2017
ФФОМС:				
доходы	1240,1	1453,7	1707,9	1799,1
межбюджетные трансферты	506,9	664,6	666,2	669,4
из федерального бюджета	28,6	23,9	25,4	1,1
из бюджетов субъектов Российской Федерации	478,3	640,7	640,7	668,3
доходы без учета межбюджетных трансфертов	733,2	789,1	1041,8	1129,7
расходы	1240,1	1453,7	1707,9	1799,1
межбюджетные трансферты				
ФСС				
федеральному бюджету				
территориальным ФОМС	1174,3	1433,9	1688,1	1779,3
расходы без учета межбюджетных трансфертов	46,7	0,7	0,8	0,8
дефицит/профицит	0,0	0,0	0,0	0,0
территориальные ФОМС				
доходы	1174,3	1433,9	1688,1	1779,3
межбюджетные трансферты	1174,3	1433,9	1688,1	1779,3
из ФФОМС	1174,3	1433,9	1688,1	1779,3
доходы без учета межбюджетных трансфертов	0,0	0,0	0,0	0,0
расходы	1174,3	1433,9	1688,1	1779,3
дефицит/профицит	0,0	0,0	0,0	0,0

Источник. О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2015 и плановый период 2016 и 2017 годов : федер. закон от 1 дек. 2014 г. URL: <https://www.consultant.ru>; Основные направления бюджетной политики Российской Федерации на 2015 год и плановый период 2016 и 2017 годов. URL: <https://www.consultant.ru>.

Доходы бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФФОМС) без учета межбюджетных трансфертов обусловлены установлением тарифа страховых взносов с 2016 г. в размере 5,1 % (в 2016 г. ожидается доход в 1707,9 млрд руб. против 1453,7 млрд руб. годом ранее). Увеличение доходов ФФОМС в части трансфертов из бюджетов субъектов Российской Федерации в 2015 г. (664,6 млрд руб.) по сравнению с 2014 г. (506,9 млрд руб.) обусловлены установлением нового тарифа страхового взноса на ОМС неработающего населения (табл. 3)². На 2016 г. запланирован уровень межбюджетных трансфертов в 666,2 млрд руб. (чуть выше уровня 2015 г.).

Существенное снижение межбюджетных трансфертов из федерального бюджета в доходах бюджета ФФОМС в 2017 г. относительно 2016 г. связано с учетом части расходов в условно утвержденных расходах федерального бюджета³.

В структуре расходов бюджетов бюджетной системы Российской Федерации на 2016-2017 гг. на здравоохранение будет приходиться около 10 % расходов от общего объема (табл. 4)⁴.

Доля расходов на социальную составляющую (социальная политика, здравоохранение, образование, культура и кинематография, ЖКХ, физическая культура и спорт) достигает 58 % от суммарных расходов бюджетов бюджетной системы России, так как приоритетной областью фи-

нансирования для государства является социальное направление.

В 2015 г. фактические расходы федерального бюджета на здравоохранение составили около 2510 млрд руб. при необходимом уровне в 3230 млрд руб. (в ценах 2014 г.). То есть дефицит финансирования составляет примерно 30 % (720 млрд руб.)⁵. Данная нехватка средств обусловлена ростом курса рубля более чем на 50 %, накопленным дефицитом 2014 г., дополнительным оказанием помощи 2 млн руб. новым гражданам (с принятием Крыма в состав России), оставшимся дефицитом расходов на 2015 г. после вычета инфляции в размере 9-11 % из текущих расходов 2015 г., повышением оплаты труда работникам в соответствии с указом Президента⁶. На 2016 г. запланировано около 3082,9 млрд руб., но данная цифра не учитывает изменившейся экономической и политической ситуации в 2014-2015 гг. (поэтому должна быть скорректирована).

Минимальный уровень финансирования здравоохранения установлен Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в размере 5,5-6 % ВВП.

Финансирование здравоохранения в экономически развитых странах (США, Канада, Франция, Великобритания, Япония) составляет 7,9-8,1 % ВВП (рис. 1).

В Восточной Европе - "Новых странах ЕС" (Венгрия, Польша, Чехия, Словакия) государственные расходы на здравоохранение составля-

Таблица 4. Расходы бюджетов бюджетной системы Российской Федерации по разделам классификации расходов бюджета (2014-2017 гг.)

Показатели	2014		2015		2016		2017	
	млрд руб.	% к итогу	млрд руб.	% к итогу	млрд руб.	% к итогу	млрд руб.	% к итогу
Расходы, всего	27 057,2	100,0	29 577,0	100,0	31 282,3	100,0	33 003,2	100,0
В том числе:								
Общегосударственные вопросы	1545,8	5,7	1655,1	5,6	1702,1	5,4	1837,8	5,6
Национальная оборона	2472,4	9,1	3033,3	10,3	3341,9	10,7	3523,4	10,7
Национальная безопасность и правоохранительная деятельность	2172,8	8,0	2251,6	7,6	2236,7	7,1	2096,9	6,4
Национальная экономика	3749,3	13,9	3767,6	12,7	3621,2	11,6	3675,6	11,1
ЖКХ	1014,4	3,7	1022,9	3,5	994,2	3,2	1000,7	3,0
Охрана окружающей среды	77,5	0,3	71,7	0,2	73,8	0,2	70,4	0,2
Образование	3085,9	11,4	3282,4	11,1	3503,9	11,2	3748,2	11,4
Культура, кинематография	430,4	1,6	478,8	1,6	541,2	1,7	606,1	1,8
Здравоохранение	2547,6	9,4	2718,6	9,2	3082,9	9,9	3386,5	10,3
Социальная политика	9081,5	33,6	10 379,6	35,1	10 800,6	34,5	11 153,1	33,8
Физическая культура и спорт	242,8	0,9	268,0	0,9	272,0	0,9	268,6	0,8
СМИ	113,2	0,4	94,6	0,3	89,3	0,3	102,2	0,3
Обслуживание государственного и муниципального долга	523,6	1,9	552,7	1,9	623,2	2,0	692,4	2,1
Условно утвержденные расходы федерального бюджета	0,0		0,0	399,4	1,3		841,4	2,5

Источник. Основные направления бюджетной политики Российской Федерации на 2015 год и плановый период 2016 и 2017 годов. URL: <https://www.consultant.ru>.

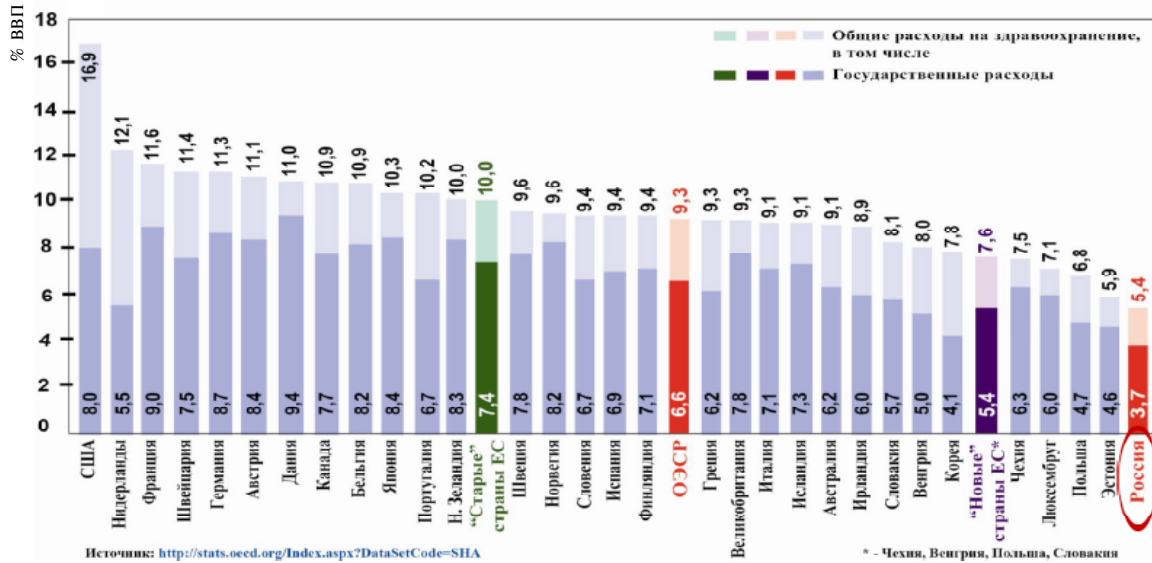


Рис. 1. Расходы на здравоохранение в Российской Федерации по сравнению с другими странами мира

Источник. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать: научное обоснование “Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года” : монография. Москва, 2010.

ют 5,4 % ВВП, а в России - 3,5-3,7 % ВВП. По оценке ВОЗ, Россия в настоящее время находится на 70-м месте в мире по финансированию здравоохранения и на 130-м месте по его эффективности. Это говорит о том, что до настоящего момента России не удалось достичь минимального уровня финансирования здравоохранения, установленного ВОЗ, а имеющийся объем бюджетных средств, направленных на поддержание и развитие системы здравоохранения, используется неэффективно.

Уровень финансирования системы здравоохранения оказывает прямое влияние на ожидаемую продолжительность жизни (ОПЖ). В развитых странах ОПЖ составляет около 82 лет, а в странах Восточной Европы 76 лет. В России данный показатель колеблется в районе 71-72 лет (достаточно низкий уровень для страны с развивающейся экономикой), а к 2018-2020 г. ОПЖ должна составлять 74 года. Для достижения данного уровня необходимо увеличить нормативы подушевых государственных расходов в 1,4 раза (с 910 до 1300 долл. ППС) (рис. 2)⁷.

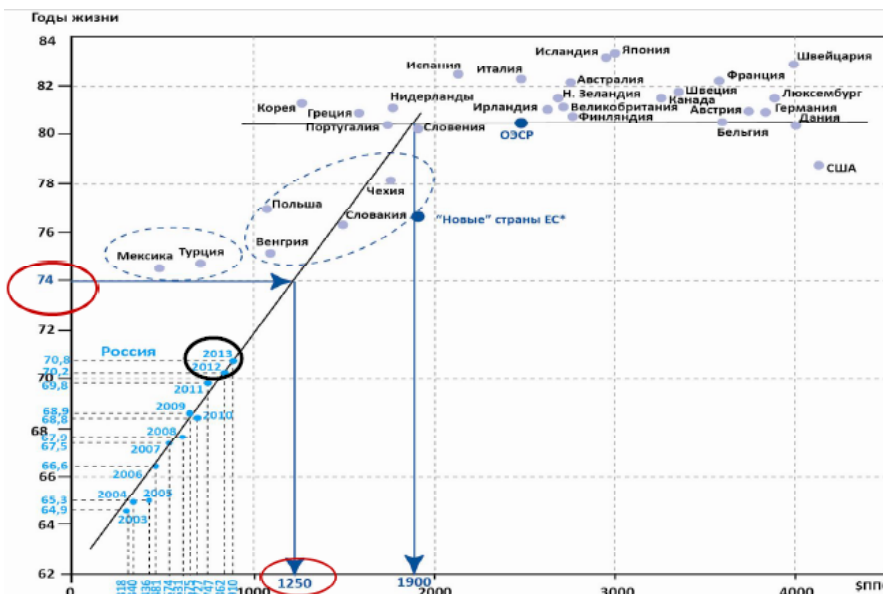


Рис. 2. Взаимосвязь государственных расходов на здравоохранение и ОПЖ в разных странах мира

Источник. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать: научное обоснование “Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года” : монография. Москва, 2010.

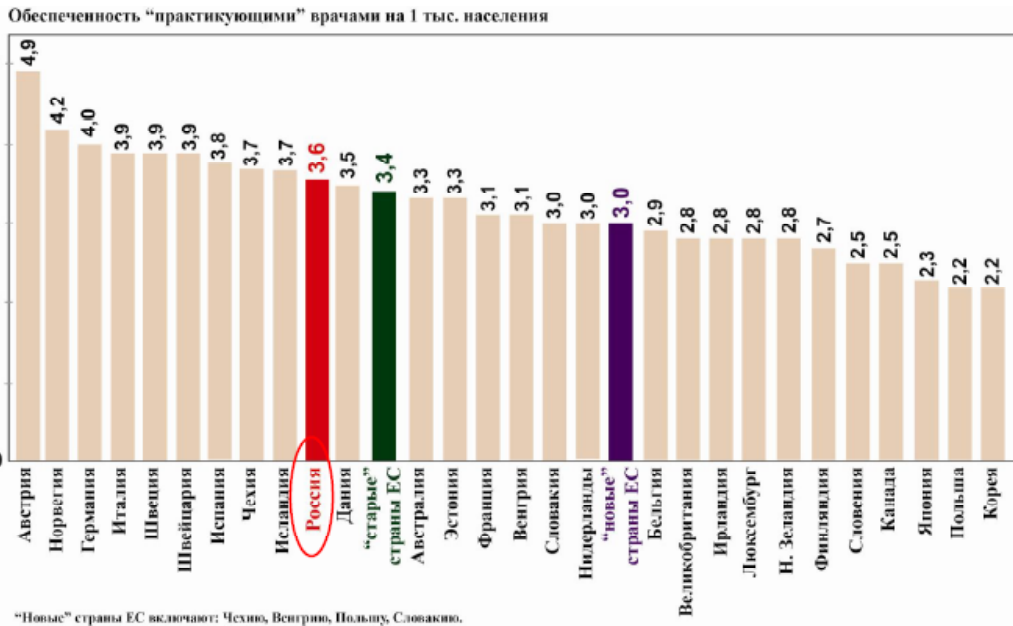


Рис. 3. Обеспеченность практикующими врачами в разных странах мира

Источник. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать: научное обоснование "Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года": монография. Москва, 2010.

Кроме того, в системе здравоохранения России наблюдается нехватка медицинских работников. Уровень обеспеченности практикующими врачами находится на уровне стран Западной Европы, но потребность в медицинской помощи в России выше, чем в "старых" странах ЕС. В странах Восточной Европы на 1000 населения приходится меньше практикующих врачей, чем в России (рис. 3).

Также в России существует нехватка лекарственного обеспечения населения. Государствен-

ные расходы на покупку лекарственных средств устанавливаются по паритету покупательной способности (ППС) и составляют 55 долл. (в 4,5 раза ниже, чем в странах Восточной Европы, и в 6 раз ниже, чем в странах Западной Европы), а общие расходы - 272 долл. ППС. Лидером по общим расходам являются США (1000 долл. ППС) и Канада (700 долл. ППС), а по уровню государственных расходов - Ирландия, Япония и Германия (на уровне 500 долл. ППС) (рис. 4).

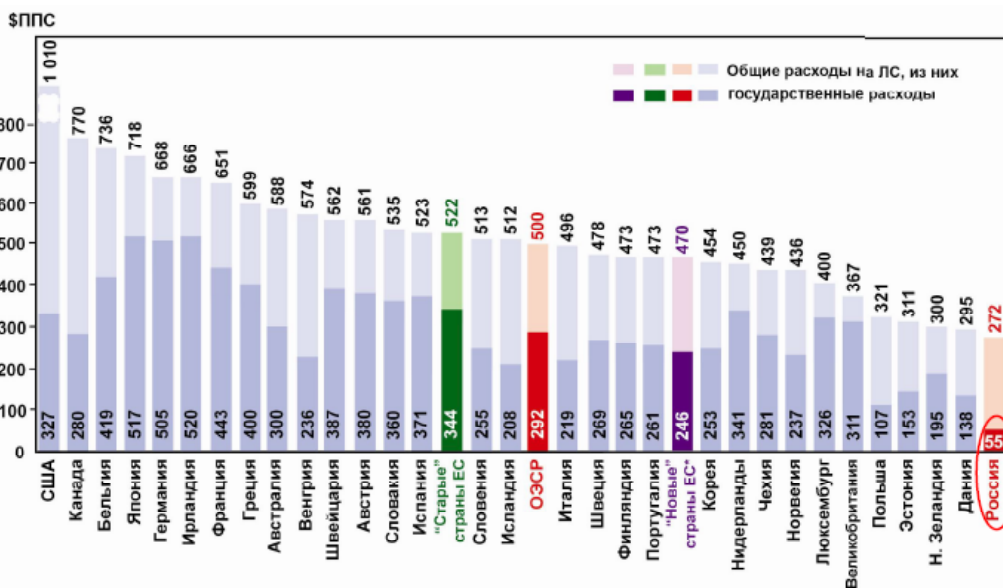


Рис. 4. Недостаточное лекарственное обеспечение населения в амбулаторных условиях в разных странах мира

Источник. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать: научное обоснование "Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года": монография. Москва, 2010.

В настоящее время перед системой здравоохранения России стоит задача по достижению равного доступа к полному спектру медицинских услуг для каждого человека. С помощью применения программно-целевого финансирования (ПЦФ) данная проблема может быть решена только частично, так как носит дополняющий характер по отношению к проводимым в сфере здравоохранения структурным реформам. Это поможет дать возможность отдельным группам населения получить доступ к дорогим медицинским услугам.

Для развития инфраструктуры здравоохранения и доступности медицинских услуг можно использовать механизм государственно-частного партнерства (ГЧП).

На сегодняшний день частный сектор принимает участие в проектах по строительству и модернизации объектов здравоохранения. Доля амбулаторно-поликлинических учреждений частной формы собственности 21 % (3,5 тыс.) от их общего числа, в них задействовано 306 тыс. медицинских и фармацевтических работников (7 %)⁸.

Финансирование в некоторых областях здравоохранения (стоматология, урология, акушерство и гинекология, челюстно-лицевая хирургия и др.) покрывает государство. В данных направлениях участие частного бизнеса маловероятно, но в области реабилитации, сестринского ухода, паллиативной помощи, дистанционного мониторинга и некоторых других взаимодействии государственных структур и частного сектора возможно.

Применение механизма ГЧП возможно и при предоставлении дорогостоящих видов медицинских услуг (строительство современных медицинских центров с качественным оборудованием), при оказании высокотехнологической медицинской помощи населению (экстракорпоральное оплодотворение, выхаживание 500-граммовых младенцев, трансплантология). Повысить эффективность обследований и лечения можно как раз при использовании ГЧП в подобных видах услуг. Вместе с тем это может привести к увеличению ограниченности доступа к получению таких видов услуг для многих граждан, которые не располагают достаточными собственными средствами.

Исходя из проведенного анализа состояния системы здравоохранения России, можно утверждать, что существуют структурные проблемы в данной области. Вместо срочного решения первоочередных проблем по ликвидации дефицита медицинских кадров и повышения их квалификации расходы по этим статьям в государственной программе «Развитие здравоохранения» снижаются в постоянных ценах⁹. Отсутствие в 2014–2015 гг. роста расходов на здравоохранение уже привело к снижению доступности и качества медицинской помощи, общего коэффициента смертности (ОКС).

Сохранение данной политики государства в области финансирования здравоохранения с учетом имеющихся негативных тенденций (сокращение бюджетного финансирования, сокращение высококвалифицированных кадров в рамках реформы здравоохранения, увеличение инфляции, девальвация рубля, санкции, напряженная геополитическая обстановка) приведет к снижению ОКС. А как следствие, снижение уровня ОКС окажет негативное влияние на социально-экономическую обстановку в стране.

¹ Конституция Российской Федерации : [принята всенародным голосованием 12 дек. 1993 г.]. URL: <https://www.consultant.ru>.

² О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2015 и плановый период 2016 и 2017 годов : федер. закон от 1 дек. 2014 г. URL: <https://www.consultant.ru>.

³ Основные направления бюджетной политики Российской Федерации на 2015 год и плановый период 2016 и 2017 годов. URL: <https://www.consultant.ru>.

⁴ Там же.

⁵ Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать: научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года»: монография. Москва, 2010.

⁶ О мероприятиях по реализации государственной социальной политики : указ Президента Рос. Федерации от 7 мая 2012 г. □ 597. URL: <https://www.consultant.ru>.

⁷ Улумбекова Г.Э. Указ. соч.

⁸ Там же.

⁹ Проект «Концепции развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года». URL: <http://old.rosminzdrav.ru/health/zdravo2020>.

Поступила в редакцию 02.04.2016 г.