

О ПРОБЛЕМЕ РАСХОДОВ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ДИРЕКТОР ИНСТИТУТА
ЭКОНОМИКИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
НИУ ВШЭ
Лариса Дмитриевна
Попович



Бюджет сферы здравоохранения в России в последнее время растет довольно быстро. Реализованы нацпроект «Здоровье», в рамках которого выделялись беспрецедентные средства на оборудование, и программа модернизации, ради которой на 2% были повышены отчисления в систему ОМС. Кроме того, с 2015 года отменен лимит для начислений страховых взносов в ФОМС. По сути, система здравоохранения всё больше насыщается деньгами. Возникают вопросы: а в достаточной ли мере? если нет – сколько не хватает? если да – правильно ли мы тратим средства?

Оценка общих расходов на здравоохранение по паритету покупательной способности теперь позволяет сравнивать Россию с другими странами, но речь об этом пойдет чуть позже. В 2013 году этот показатель составил у нас порядка 1,4 тыс. долларов: более 500 долларов приходится на частные платежи, около 900 – на государственное финансирование.

Прогнозируется довольно существенный рост расходов. В 2014 году только бюджет фондов ОМС составлял более 1,2 трлн рублей, в 2017 году он должен вырасти почти в 1,5 раза, а общая сумма затрат на здравоохранение превысит 3 трлн рублей (табл. 1).

Подушевой норматив финансирования – финансовая основа реализации программ государственных гарантий бесплатной медпомощи – тоже растет в последнее время довольно существенно. Отметим,

что в 2015–2017 годах субъекты Российской Федерации будут иметь меньше свободы в определении объемов финансирования здравоохранения. Новая программа госгарантий впервые четко зафиксировала, сколько они должны выделять на так называемую бюджетную составляющую и сколько на реализацию базовой программы ОМС.

В основных направлениях бюджетной политики России на 2015–2017 годы предусмотрено, что доля расходов всей бюджетной системы на здравоохранение вырастет с 9,4% в 2014 году до 10,3% в 2017 году. Кроме этой сферы, будут расти только расходы на национальную оборону (с 9,1 до 10,7%), а по остальным расходы либо сократятся, либо останутся на прежнем уровне. Получается, что здравоохранение становится одним из приоритетов национальной экономики. Проблема, однако, в том, что его финансирование предусмотрено в основном за счет регионов и системы ОМС. В этих условиях критичной становится правильность собственно расчетов. Если синхронизировать долгосрочный прогноз социально-экономического развития (даже в текущем варианте), госпрограмму «Развитие здравоохранения» и указы президента, то окажется, что 95% средств ОМС уйдут на заработную плату врачей. Все остальные расходы системы здравоохранения лягут на плечи регионов, но региональным бюджетам они сегодня не под силу.

Важно понимать, что 40% общих расходов на здравоохранение обеспечивается за счет частных платежей граждан. В последние годы рост частных расходов в 2 раза опережает рост государственных, при этом две трети частных расходов приходится на лекарства. Формально здравоохранение у нас бесплатное, но фактически система всё больше становится платной. К сожалению, эти платежи очень трудно регулировать. Есть, скажем, регионы с низкими подушевыми доходами населения, но с высокими частными расходами на платные медицинские услуги, цены на которые, как известно, не регулируются. Как видим, это одна из «зон неэффективности» в нашей системе здравоохранения.

Таблица 1

ЗАТРАТЫ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В 2014–2017 ГОДАХ, МЛРД РУБЛЕЙ

Источник	2014	2015	2016	2017
ВСЕГО	2573,7	2738,8	3045,2	3413,7
% ВВП	3,6	3,6	3,7	3,8
Федеральный бюджет по разделу «Здравоохранение»	480,8	391,0	396,5	386,3
Консолидированный бюджет субъектов Российской Федерации	871,8	913,1	959,8	1247,3
Бюджет Федерального фонда ОМС	1221,1	1434,7	1688,9	1780,1

Больше всего в смысле эффективности мы теряем на нерациональном использовании медицинского персонала: в случаях, например, когда больному может помочь медсестра, работает врач. Врачи перегружены, их не хватает на всех, а в результате страдает качество медицинского обслуживания в целом. Это во-первых. Во-вторых, нам мешает избыточное использование процедур, исследований, оборудования. В-третьих, наши потери обусловлены низким качеством помощи и медицинскими ошибками: проблема связана с недостаточной квалификацией персонала. В-четвертых, есть проблемы медицинской инфраструктуры, распыления госпитальных мощностей. Маленькие больницы не могут оказать действенную помощь, а содержать их надо. Сейчас весь мир движется к концентрации ресурсов, старается вывести систему оказания медицинской помощи на «промышленный» уровень. В-пятых, сроки госпитализации у нас завышены. Во всём мире длительность госпитализации составляет 5–7 дней, в России – 12. Кроме того, почти треть всех госпитализаций связана с неэффективной работой первичного звена.

В России больничных коек больше, чем в любой другой стране, а по относительному количеству врачей мы уступаем только Кубе. Однако речь идет только о штатных единицах: 792 тыс. ставок у нас фактически занимают 465 тыс. врачей, то есть реальная нехватка специалистов составляет более 40%. В условиях такого дефицита сложно обеспечить оказание эффективной помощи, своевременное проведение профилактики и диагностики. Например, в 33 субъектах Российской Федерации нет ни одного детского онколога. Очевидно, что многие медицинские случаи там просто упускаются. Другой пример: в некоторых регионах более 40% врачей старше 60 лет. Понятно, что новые технологии им освоить довольно тяжело. Неэффективность во многом связана и с неадекватным назначением лекарств, с отсутствием нормального доступа к лекарственной помощи.

Еще одна проблема касается введения системы лекарственного страхования, которая используется в большинстве развитых стран. Но мы не можем ее ввести, потому что у нас она воспринимается как источник дополнительных расходов. Однако мировой опыт по-

казывает, что повышение доступности лекарственных средств в амбулаторном звене как раз позволяет сократить неэффективные расходы: болезнь удается остановить в начале ее развития, что снижает потребность в дорогостоящей стационарной помощи.

Что касается технической стороны дела, то в мире эта система выстроена очень по-разному, на вооружение можно взять любой вариант. Нам не хватает толчка, который бы заставил правительство к ней перейти. Кроме того, в российской системе ОМС пока в принципе отсутствует технология соплатежа. Формально гражданин обязан или получить в медицинском учреждении бесплатный минимум услуг, или, если пожелает, оплатить услугу/набор услуг полностью. Например, у нас нет легальной возможности доплатить только за сервис, а остальное получить по ОМС. Отсутствие такой практики тормозит и внедрение системы возмещения стоимости лекарств в амбулаторном звене, поскольку там ядром является соплатеж пациента за лекарство дороже установленной – референтной – цены.

Мы имеем неудачный опыт введения системы дополнительного льготного обеспечения лекарственными средствами (ДЛЮ). Мы разрешили гражданам выйти из нее и забрать деньги. Большинство льготников воспользовалось этим правом, в результате чего был нарушен страховой принцип. Как минимум 25% «отказников», судя по имеющейся статистике, одновременно получают денежные выплаты и пользуются региональными льготами. Вся эта неудачная конструкция теперь мешает перейти к лекарственному страхованию. Деньги в системе есть, и теоретически их хватит, чтобы запустить реформу.

Для определения приоритетов бюджетной политики по расходам можно воспользоваться таким инструментом, как оценка социально-экономической эффективности различных решений. Она позволяет увидеть, что окупаемость инвестиций в раннее выявление и лечение отдельных заболеваний многократно превышает затраченные средства. По опыту зарубежных стран окупаемость инвестиций в оздоровление персонала различных предприятий составляет 3–8 долларов на 1 доллар. Мы рассчитали этот коэффициент для российской программы профилактики сердечно-сосудистых заболеваний: он



Таблица 2

**СРЕДНЕГОДОВЫЕ РАСХОДЫ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ
ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫМИ УСЛУГАМИ В ДАННОЙ СФЕРЕ**

Страна	Подушевое финансирование в среднем в год, долларов	Удовлетворенность населения, %
Куба	Менее 500	87
Мексика	Около 1000	69
Индия	Около 200	67
Аргентина	Около 1500	66
Грузия	700–800	61
США	Около 9000	55
Япония	Около 6000	54
Эстония	Менее 1500	46
Польша	Около 1500	45
Белоруссия	Менее 1000	45
Бразилия	Около 1100	44
Россия	Около 1500	35
Китай	Около 600	32
Литва	Около 1500	29
Украина	Около 600	23

составит 7,2 рубля на 1 рубль, если будут достигнуты предусмотренные в ней показатели. Программы борьбы с наркоманией и алкоголизмом приносят 3–4 рубля на 1 рубль, меры по сокращению табакокурения – порядка 3 рублей. Причем этот возврат инвестиций происходит не в здравоохранении, а в других сферах экономики. Вложения в здравоохранение необходимо рассматривать не как расходы, а как инвестиции. И нужно научиться выбирать приоритеты этих инвестиций.

Вообще, пора инвентаризовать все источники поступления средств, связанных с охраной здоровья, и понять, какими ресурсами мы располагаем. Мы всё время говорим только о бюджете и об ОМС, но ведь есть и благотворительные взносы, и колоссальные расходы предприятий на оздоровление сотрудников, и страхование от несчастных случаев на производстве и профзаболеваний. Есть обязательное профессиональное страхование отдельных категорий граждан, есть транспортное страхование населения. Необходимо проанализировать направления расходования этих денег. Сейчас мы слишком увлеклись строительством вместо того, чтобы вкладывать средства в профилактические программы и квалификацию врачей. Нужно снимать обязательства по

содержанию и оснащению зданий с плеч государства и переходить к сервисной модели, которая предполагает оплату самой услуги – диагностической, лечебной – любому провайдеру, готовому ее предоставить на своем оборудовании и в своих помещениях. Разумеется, для этого тариф, который устанавливает государство, должен учитывать издержки провайдера. Сейчас порядка 40% центров гемодиализа – частные. Такая же модель может быть использована в любом клинично-диагностическом центре, что повысит эффективность финансирования системы здравоохранения. По той же причине необходимо думать о переводе врачей первичного звена из бюджетного сегмента здравоохранения в частные практики. Это может существенно повысить мотивацию врачей к результативности профилактики и лечения, развить конкуренцию. Совершив этот «бюджетный маневр», мы поймем, сколько денег нам не хватает для удовлетворения потребностей населения.

Кстати, существует интересная закономерность: степень удовлетворенности населения здравоохранением не зависит от уровня его финансирования. Показатели удовлетворенности выше всего на Кубе, в Мексике и Индии, то есть там, где расходы существенно меньше,



чем в России и тем более в США. У нас уровень удовлетворенности довольно низкий, что подтверждают статистические данные по ряду стран (табл. 2).

Следует добавить, что тревога населения за состояние здравоохранения растет пропорционально увеличению финансирования. Таким образом, проблема не столько в объемах, сколько в эффективности расходов. Работа системы ОМС также вызывает большие нарекания. Факт присутствия в этой сфере страховых компаний системе ничего не дает, только излишне фрагментирует. Пришло время радикальных решений. Нужно либо передать всю систему в руки страховых компаний, либо вообще от них отказаться. Успех того или другого варианта зависит от того, что в системе полезно, а что нет. Скажем, Англия со своей бюджетной системой здравоохранения стабильно занимает лидирующие позиции по эффективности. Голландия от нее не отстает, хотя там используется страховая модель. Далека от идеала самая финансируемая и либеральная система страхования – американская, – а Куба, где используются государственные механизмы, показывает диаметрально отличные результаты.

Российская система должна быть разделена на две составляющие. У нас есть категории населения, которые не могут доплачивать за медицинскую помощь из своего кармана и согласны получать ее в объеме, гарантированном социальным стандартом. Эти граждане должны быть включены в бюджетно-распределительную систему – систему социального обеспечения. Но есть и люди с другими запросами: им хочется более комфортных условий и персонализированного подхода, к тому же они готовы за это доплачивать. Для них действует вторая составляющая, и по иным принципам.

В любой модели организации здравоохранения самое важное – определить, кому, что и при каких условиях предоставляется бесплатно. В России бесплатная помощь гарантируется при всех заболеваниях и состояниях. В систему ОМС сегодня не поступают платежи за 30 млн человек, но лечатся все, включая иностранцев и лиц без гражданства. К тому же населению предоставлено право свободно выбирать медицинскую организацию. Существует полная неопределенность с объемом обязательств: обещано всё, всем, бесплатно и в любом месте. Такая система никогда не будет сбалансированной. Необходимо четко определиться с программой государственных гарантий, то есть с тем, что мы обещаем.

Высокие подушевые расходы на здравоохранение, как уже упоминалось, не панацея, но еще хуже, когда люди безответственно относятся к собственному здоровью и не доверяют врачам, когда их недоверие тиражируется «благодаря» СМИ, – картина, очень характерная для России. Неправильно выстроенные отношения между населением и системой здравоохранения в сочетании с проблемами последней привели к тому, что Россия в глобальном рейтинге здоровья занимает 97-е место, а по уровню смертности находится между Ботсваной и Мали. Ожидаемая продолжительность жизни

ни у мужчин в России на 16 лет меньше, чем в Германии, у женщин – на 13 лет, и данный показатель почти не меняется к лучшему. У нас значительно реже, чем во многих развитых странах, обнаруживаются онкологические заболевания, зато смертность от них гораздо выше, и не только из-за позднего выявления заболевания, но и потому, что мы неправильно их ведем. А по общей смертности от неинфекционных заболеваний мы вообще стоим на уровне азиатских и африканских стран.

Нам надо научиться разумно использовать собственные ресурсы. Например, у нас наблюдается избыток коечного фонда. Планируется, что к 2018 году число коек в России сократится на 10 единиц в расчете на 10 тыс. населения. Это будет означать общее уменьшение доступности медицинской помощи. Если мы идем по пути сокращения, значит, надо создавать другие условия для лечения, выстраивать так называемую пациентоцентричную систему, как в других странах. В частности, человек должен иметь возможность получить необходимую помощь в домашних условиях. Такой подход может стать одним из вариантов оптимизации российской системы здравоохранения. Далее. У нас обеспеченность населения мобильными телефонами выше, чем во многих европейских странах, а это открывает возможности для развития телемедицинских технологий. Здесь можно привести в пример Индию, которая, несмотря на колоссальную нехватку врачей, выстраивает свою систему здравоохранения на основе национальной коммуникационной инфраструктуры. Конечно, не всех больных можно курировать удаленно, но зачастую это эффективное и дешевое решение проблемы.

Мы построили множество перинатальных центров, но они нередко полупустые. В медучреждениях простаивает дорогостоящее оборудование. Возьмем продуктивность использования магнитно-резонансных томографов: в расчете на 1 млн населения в России их в 2 раза больше, чем в Израиле, а в Москве даже в 4 раза. При этом на каждом нашем томографе делается в день в 3 раза меньше процедур. Похожая ситуация и с компьютерными томографами, и с ангиографами.

Значительные различия есть и между регионами России. Что касается флюорограмм или маммограмм на один аппарат, то разброс по количеству их снятий достигает 8–12 раз. Разброс тарифов по территориальным программам госгарантий тоже удивляет, так как разница в суммах доходит до 23 раз. Наблюдаются существенные различия и в доступности лекарственной терапии. Скажем, средняя стоимость курсового лечения при онкологическом заболевании в Курганской области составляет 80 тыс. рублей, а в Кемеровской области – 500 рублей. Безусловно, это результат неэффективно выстроенной системы медицинской помощи. Повторюсь, что развиваться нашему здравоохранению поможет ликвидация «зон неэффективности». Только после этого шага можно заняться кардинальной перестройкой системы под новые вызовы.