

---

## **РЕФОРМА СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ: СОЦИАЛЬНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ КОММЕРЦИАЛИЗАЦИИ<sup>1</sup>**

**С.Ю. Ковалев, И.Ю. Блам, И.Н. Зайцева**

*Статья подготовлена при финансовой поддержке АНО ИНО-Центр в рамках программы «Межрегиональные исследования в общественных науках» совместно с Министерством образования РФ, Институтом перспективных российских исследований им. Кеннана (США) при участии Корпорации Карнеги в Нью-Йорке (США), Фондом Дж. Д. и К.Т. МакАртуров (США)*

Несмотря на то что Конституция Российской Федерации декларирует право населения на бесплатное медицинское обслуживание, расходы домашних хозяйств на формально бесплатную медицинскую помощь и приобретение лекарств сегодня сопоставимы с объемом государственного финансирования здравоохранения [1]. Недостаточное финансовое обеспечение государственных обязательств<sup>2</sup> по предоставлению бесплатной медицинской помощи привело к расцвету теневого рынка. Причем помимо полуофициальных платных услуг<sup>3</sup> распространены и совершенно незаконные поборы с пациентов. В сложившейся ситуации, как ни парадоксально это звучит, единственным способом восстановления социальной справедливости является сокращение гарантируемого государством объема бесплатных медицинских услуг.

---

<sup>1</sup> Точка зрения, отраженная в данной статье, может не совпадать с точкой зрения благотворительных организаций, поддержавших исследование, по результатам которого она написана.

<sup>2</sup> По разным оценкам, дефицит финансирования составляет от 11 до 65% [2, 3].

<sup>3</sup> Вопреки федеральным законам, во многих регионах введен ряд частично платных медицинских услуг. Так, например, в Пермской области действуют жесткие тарифы на каждое посещение врача и каждый день госпитализации; в Карелии за стационарное обслуживание пенсионеров в медицинские учреждения перечисляется 80% их пенсий [4].

Начатая в начале 90-х годов реформа здравоохранения предусматривала прежде всего отделение институтов, предоставляющих медицинские услуги, от оплачивающих эти услуги организаций. Предполагалось, что конкуренция среди провайдеров позволит повысить качество и эффективность медицинских услуг. Несмотря на существовавший дефицит финансирования, объем гарантируемых государством бесплатных медицинских услуг остался фактически таким же, каким он был в СССР. Надежда возлагалась на дополнительный источник финансирования. Принятые в 1991 г. в рамках реформы здравоохранения Закон «О медицинском страховании граждан РСФСР» и в 1993 г. Закон «О внесении изменений и дополнений в Закон РСФСР “О медицинском страховании граждан РСФСР”» ввели в стране обязательное медицинское страхование (ОМС). Предполагалось, что предприятия будут оплачивать медицинские услуги, предоставляемые работающему населению, а средства, выделяемые федеральным правительством, будут направлены на обеспечение медицинского обслуживания остального населения страны.

С момента вступления в силу закона о медицинском страховании прошло более 10 лет, но система финансирования российского здравоохранения до сих пор не сформировалась окончательно, ее функционирование сопряжено с множеством трудностей. Медицинское страхование, не став дополнительным источником средств для здравоохранения, отчасти заменило бюджетное финансирование. Поскольку федеральные власти де-факто делегировали большую часть обязательств, связанных с финансированием здравоохранения, на региональный уровень, неравенство российских регионов усилилось. Именно регионы отчисляли средства на лечение неработающего населения в территориальные фонды ОМС и контролировали примерно две трети связанных со здравоохранением финансовых потоков общественного сектора. Региональные власти на практике определяли уровень финансирования здравоохранения и объем предоставляемых медицинских услуг.

С 1 января 2005 г. вступил в силу Федеральный закон от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российской Федерации в связи с принятием федеральных законов “О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон “Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации” и “Об общих принципах организации местного

самоуправления в Российской Федерации”». Этим законом, в частности, внесены изменения в 10 федеральных законов, касающихся охраны здоровья граждан. Основная масса поправок направлена на реформирование системы межбюджетных отношений в сфере финансирования здравоохранения: теперь за субъектами Федерации законодательно закреплены обязательства по финансированию и установлены порядок и объем предоставляемых отдельным группам населения мер социальной поддержки (в старой терминологии – льгот) в оказании медико-социальной помощи и лекарственном обеспечении.

Значительная дифференциация региональных бюджетов ставит под сомнение возможность доступа населения страны к унифицированному объему бесплатных медицинских услуг. Действительно, в богатых регионах объем собираемых в расчете на душу населения налогов в 20–30 раз выше, чем в менее развитых сельскохозяйственных областях.

Финансовая помощь регионам из федерального бюджета не обеспечивает в должной мере сокращения различий между ними в способности финансировать необходимые расходы. При анализе федеральных дотаций не учитывается такой важный компонент, как прямые расходы, составляющие около четырех пятых всех территориальных расходов федерального бюджета. Если же учесть прямые расходы, то выравнивающий эффект финансовой помощи регионам из федерального бюджета оказывается под сомнением. Так, например, в 1998 г. распределение прямых федеральных расходов на здравоохранение было крайне хаотичным. Удельные расходы на здравоохранение в сходных по условиям финансирования регионах различались в несколько десятков раз (рис. 1).

Децентрализация управления и финансирования здравоохранения разрушила региональную специализацию медицинского обслуживания и поставила в крайне тяжелые условия лечебные и научные медицинские учреждения федерального значения. Открытым остается вопрос об оплате медицинского обслуживания за пределами региона постоянного проживания. Только в 2000 г. был сделан первый шаг в направлении решения проблемы оказания высокоспециализированной медицинской помощи: были определены территориальные квоты (минимальное число больных, которым федеральный бюджет должен оплатить лечение) на лечение в медицинских центрах федерального подчинения, утверждены список медицинских центров, перечень видов медицинской помощи и порядок направления больных на высокотехнологичное лече-

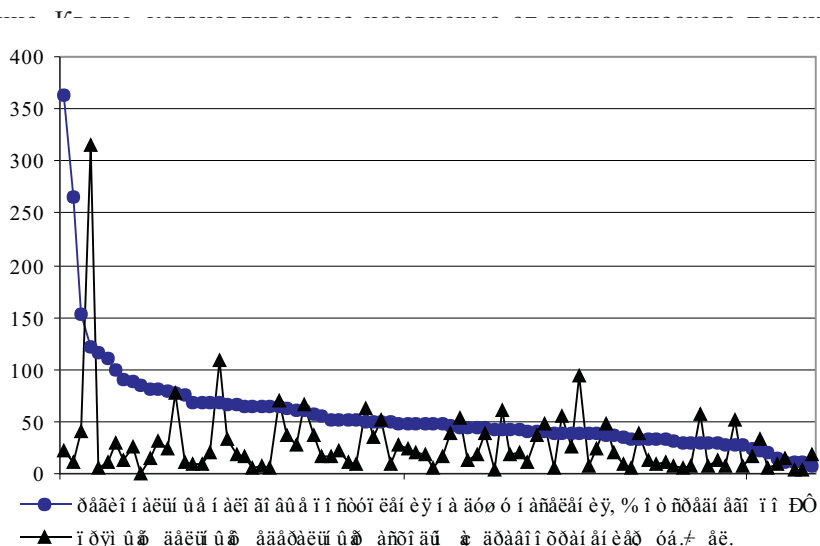


Рис. 1. Соотношение бюджетных доходов регионов на душу населения и удельных расходов на здравоохранение из федерального бюджета в 1998 г.

По данным Московского центра Института «Восток – Запад» (1999 г.)

щих видах медицинской помощи. Но они позволяют сделать прозрачными процессы направления больных на лечение и использования бюджетных средств, выявить объем платных услуг, оказываемых лечебными учреждениями федерального подчинения, реальные возможности этих учреждений и их потенциал.

Таким образом, осуществляемые реформы привели к значительным различиям в способности регионов финансировать необходимые расходы. Региональная дифференциация, углубляя противоречия между государственными обязательствами и их финансовым обеспечением, в свою очередь, способствовала коммерциализации медицинского обслуживания и углублению социального неравенства.

Согласно оценкам некоторых исследователей (см., например, [1]), в 1997 г. размер расходов населения на медицинские услуги и лекарствен-

ные средства был сопоставим с расходами государства, при этом социально-экономическим и социальным аспектам, в том числе, формам предоставления

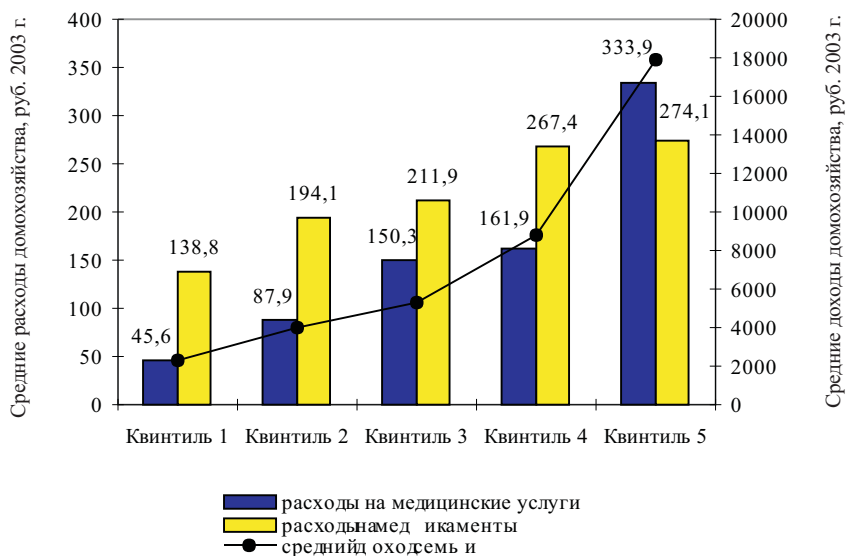


Рис. 2. Средние расходы домашних хозяйств России на медицинские услуги и лекарства в течение 30 дней (осень 2003 г.) в текущих ценах

По данным РМЭЗ

личных средств населения для финансирования здравоохранения практически отсутствовали. По данным Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения (РМЭЗ), в 2000 г. за медицинское обслуживание платили около 8,5% обратившихся за медицинской помощью респондентов. Из них 53,2% платили официально через кассу, а 51% давали непосредственно медицинским работникам деньги или делали подарки. В больнице лечение оплачивали 13,9% больных, из них 43,2% расплачивались официально.

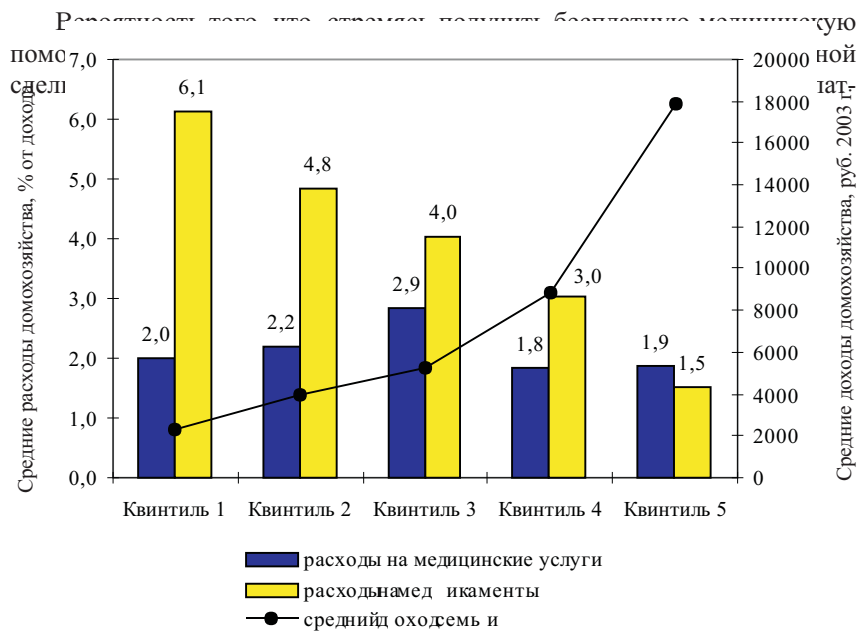


Рис. 3. Средние расходы домашних хозяйств России на медицинские услуги и лекарства в течение 30 дней (осень 2003 г.) в процентах от дохода

По данным РМЭЗ

ной операции или лечения серьезного заболевания вероятность столкновения с коррупцией составляет 25,8%, а при получении в больнице бесплатной полноценной помощи и обслуживания – 27,3%. Не менее 12 млн россиян не обращаются за необходимой медицинской помощью из-за отсутствия денег на взятку [5].

<sup>4</sup> Мы рассматриваем данные 5–12-й волн исследования, охватывающих 1994–2003 гг.

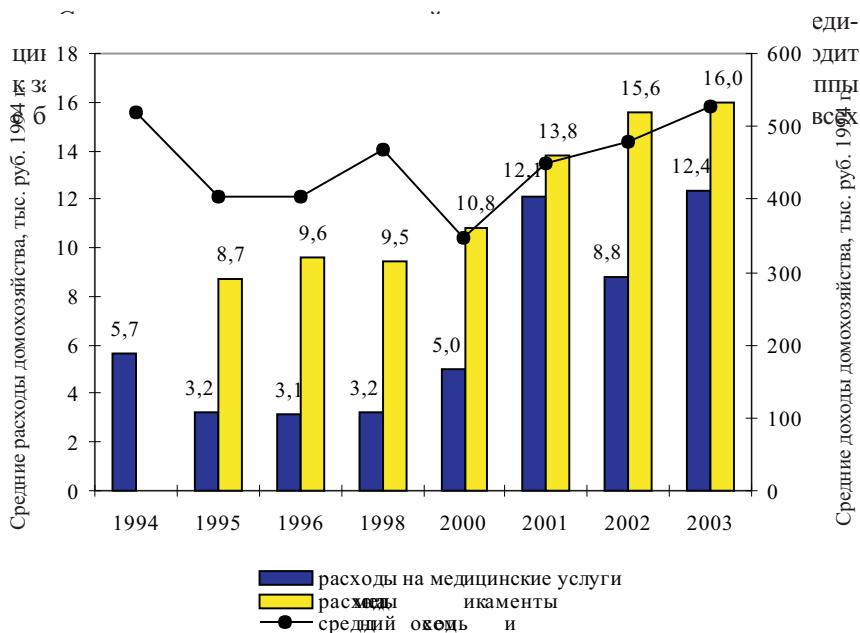


Рис. 4. Средние расходы домашних хозяйств России на медицинские услуги и лекарства в течение 30 дней (осень 1994–2003 гг.) в ценах 1994 г.

По данным РМЭЗ. Здесь, а также на рис. 5 и 6 для 1994 г. не показаны расходы на медикаменты, так как в вопросе 1994 г. эти расходы были объединены с другими статьями расходов (оплата фитнес-центров и др.), поэтому выделить их невозможно

пяти волн наблюдений картина, когда абсолютная величина расходов домохозяйств на платные услуги здравоохранения и лекарства повышается с ростом доходов, но при этом доля подобных расходов в общих доходах домохозяйства снижается. На этих двух рисунках сопоставляются расхо-

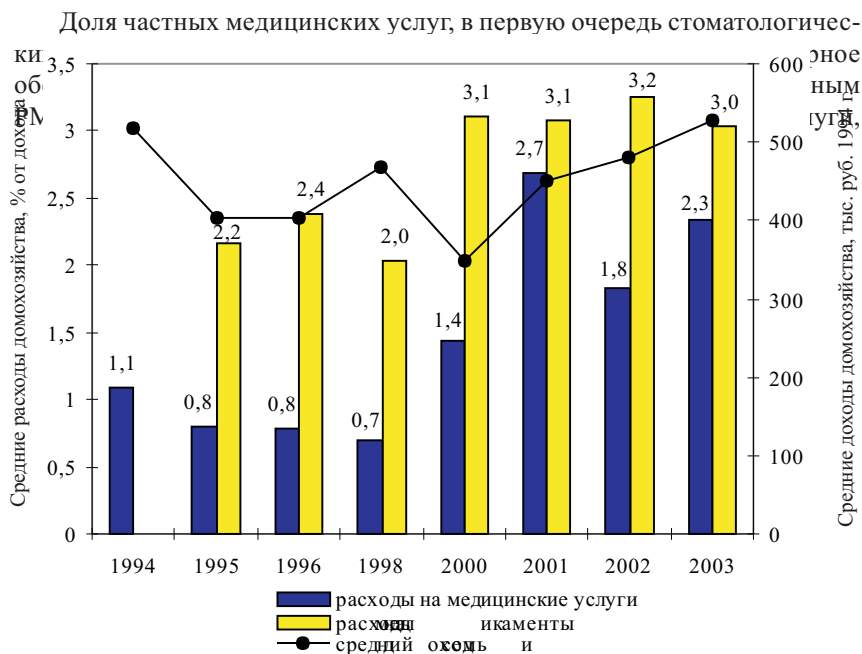


Рис. 5. Средние расходы домашних хозяйств России на медицинские услуги и лекарства в течение 30 дней (осень 1994–2003 гг.) в долларах США

По данным РМЭЗ

Как показано на рис. 4 и 5, несмотря на колебания среднедушевого уровня доходов, величина денежных расходов на услуги здравоохранения и лекарства в реальном выражении оставалась весьма стабильной. При этом доля расходов на медицинские услуги и лекарственные средства в общих доходах существенно повышалась в годы, когда доходы были относительно низкими (см. рис. 6).





*Рис. 6.* Средние расходы домашних хозяйств России на медицинские услуги и лекарства в течение 30 дней (осень 1994–2003 гг.) в процентах от дохода

По данным РМЭЗ

которыми предпочитают пользоваться респонденты с высоким доходом, – это означает, что выбор сегодня есть только у больных, способных платить за медицинское обслуживание. Так, в 2000 г. в частные амбулаторные медицинские учреждения обращалось лишь 3,7% всех пациентов, однако затраты на лечение здесь составили треть всех расходов домашних хозяйств на амбулаторное лечение (для стационарного медицинского обслуживания эти показатели равны соответственно 4,5 и 15,4%). При этом частными ме-

дицинскими услугами воспользовались 3,4% пациентов, относящихся к 20-процентной группе с наименьшими доходами, и 10,5% из квинтиля наиболее обеспеченных семей.

\*\*\*

Неспособность государства обеспечить равный доступ к гарантированному объему бесплатной медицинской помощи влечет за собой углубление социального неравенства и увеличение неэффективных расходов в сфере здравоохранения. Для того чтобы решить эти проблемы, прежде всего необходимо пересмотреть фактически неисполняемую конституционную норму о праве всех граждан на получение неограниченной бесплатной медицинской помощи. Объем гарантируемого государством бесплатного набора медицинских услуг должен быть приведен в соответствие с реальными возможностями бюджетного финансирования и системы ОМС. Не менее важное направление – развитие механизмов легального привлечения в систему здравоохранения дополнительных средств, и в первую очередь развитие системы добровольного медицинского страхования.

### Литература

1. **Бойков В., Фили Ф., Шейман И., Шишкин С.** Расходы населения на медицинскую помощь и лекарственные средства // Вопросы экономики. – 1998. – № 10.
2. **Шишкин С.В., Гудков А.А., Попович Л.Д.** Перспективы сочетания обязательного и добровольного медицинского и социального страхования в России. – М.: ИЭПП, 2002.
3. **Макарова Т.Н.** Внедрение новых методов оплаты медицинской помощи: российский опыт 1988–1999 гг. – М.: TACIS, 2000.
4. **Трагакес Э., Лессоф С.** Системы здравоохранения: время перемен. Россия. – Европейская обсерватория по системам здравоохранения, 2003.
5. **Сагаров Г.** Диагностика российской коррупции: социологический анализ: Краткое резюме доклада. – М.: Фонд ИНДЕМ, 2002.

© Ковалев С.Ю., Блам И.Ю., Зайцева И.Н., 2005