

УДК 32

DOI 10.21661/r-473612

И.А. Ланская

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ГОСУДАРСТВЕННОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ОТРАСЛЕЙ ОБЩЕСТВЕННОГО СЕКТОРА ТРЕХ СТРАН

Аннотация: в настоящей работе проведен сравнительный анализ систем здравоохранения в России, Казахстане и Германии. Автором обоснован выбор этих 3-х конкретных стран для сравнения. Описаны типы систем здравоохранения и их финансирования, а также представлено краткое описание истории развития системы здравоохранения в РФ.

Ключевые слова: системы здравоохранения, финансирование здравоохранения, медицинская помощь гражданам.

I.A. Lanskaya

COMPARATIVE ANALYSIS OF STATE REGULATION OF THE BRANCHES OF PUBLIC SECTORS OF THE THREE COUNTRIES

Abstract: comparative analysis of health systems in Russia, Kazakhstan and Germany is made in this paper. The choice of these 3 specific countries for comparison is justified by the author. The types of health care systems and their financing are described, also this paper presents a brief description of the history of the development of health care system in the Russian Federation.

Keywords: health care systems, health care financing, medical care for citizens.

Здравоохранение представляет собой одну из ключевых социальных государственных отраслей, целью которой является охрана здоровья населения [1]. Именно социальная значимость сферы здравоохранения обеспечивает ей внимание со стороны многих исследований и частое сравнение с другими странами. Однако не каждый сравнительный анализ может быть научно обоснован. Это связано как с различиями в регулировании систем здравоохранения, так и с

различными системами финансирования и государственными обязательствами по медицинской помощи гражданам страны.

Система здравоохранения в России является прямым продолжением системы еще Советской модели Н.А. Семашко, предложенной в 1920-х годах прошлого века. Модель Семашко подразумевает несколько основных аспектов, характеризующих качество и доступность медицинской помощи, а именно [2]:

1. Право всех граждан на бесплатную медицинскую помощь.
2. Широкая сеть покрытия медицинскими учреждениями амбулаторной и стационарной помощи разных уровней по всей стране.

Такая модель организации здравоохранения дает очень высокий уровень покрытия населения медицинской помощью, но требует регулярной и значительной финансовой поддержки со стороны государства.

С падением Советского Союза и, последовавшим экономическим кризисом, способность РФ к финансированию и поддержанию масштабной Семашковской системы заметно сократилась. Одновременно с этим начался поиск новой модели финансирования и организации здравоохранения в стране. Таким решением стал переход к системе Обязательного Медицинского Страхования (ОМС) [3].

ОМС – является механизмом всеобщего социального страхования, которая в настоящий момент является основной формой социального обеспечения населения. Законодательное обеспечение ОМС осуществляется на основании Федерального Закона №326 «Об обязательном Медицинском Страховании в Российской Федерации» от 29 ноября 2010 года.

Для финансового обеспечения системы ОМС были созданы территориальные фонды ОМС – некоммерческие организации, учрежденные субъектами РФ, цель которых – агрегация и распределение страховых взносов в системе ОМС. Фонды ОМС финансируются за счет обязательного социального платежа от работодателей в размере 5,1% от Фонда оплаты труда. Распределение средств из фонда происходит на основании выполненных медицинским организациям процедур и медицинских услуг по тарифам ОМС. Медицинская организация регулярно отправляет ведомости об оказанных услугах в ТФОМС и получает

финансирование. Кроме того, эти ведомости регулярно проверяются страховыми организациями, участвующими в системе ОМС [3].

Стоит отметить, что часть высокотехнологичной медицинской помощи и деятельность медицинских научных центров продолжает финансироваться государством, хотя продолжается обсуждения перехода к одноканальной, т.е. только за счет средств ОМС системе финансирования медицинской помощи в России [4].

Таким образом, система здравоохранения РФ почти полностью перешла от полного государственного финансирования к финансированию через механизм социального страхования. Такую систему часто называют Бисмаркианской системой здравоохранения. Бисмаркианская система является одной из двух систем в общепринятой характеристике систем здравоохранения. Вторым видом является так называемая Бевериджская или Английская система финансирования, при которой общедоступность медицинской помощи для населения реализована через полное государственное финансирование [5].

Как и в России, в других странах бывшего советского союза после его распада возникли проблемы с возможностями финансового обеспечения системы здравоохранения и поддержания советских гарантий бесплатной медицинской помощи [6]. Многие страны сохраняют систему полностью государственного финансирования системы здравоохранения. Например, в Казахстане по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) государственный бюджет является основным источником финансирования медицины в стране [7]. В Казахстане установлен Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи (ГОБМП), который финансируется из средств бюджета Казахстана и включает в себя скорую медицинскую помощь, пакет отдельных амбулаторных и стационарных услуг [7].

Несмотря на то, что Казахская система здравоохранения представляет собой чистую Бевереджскую систему с концентрацией финансовых средств на уровне отдельных областей [7], с 1 января 2018 года планируется введение системы

обязательного медицинского страхования [8] в рамках реформирования системы здравоохранения Казахстана.

Таким образом, в настоящее время система здравоохранения Казахстана находится в процессе реформирования и в скором времени перейдет на систему социального страхования, что делает ее интересной страной для сравнительного анализа с РФ.

Отдельно стоит отметить, что значительную роль в финансировании здравоохранения в России и Казахстане играют государственные и целевые программы финансирования, как например программа модернизации здравоохранения 2011–2013 годов в России и ФЦП «Здоровье», так и программа «Саламатты Қазақстан» 2011–2015 годов в Казахстане. Эти программы временно увеличивают финансирование здравоохранения, нацеливаясь на решение отдельных проблем, но не представляют собой комплексные долгосрочные программы.

Третьей отобранной страной для проведения сравнительного анализа стала Германия. Несмотря на значительную разницу в уровне экономического развития и благосостояния граждан, немецкая система здравоохранения интересна тем, что является «чистой» бисмаркианской системой здравоохранения, т.е. такой системой, к которой стремятся Россия и Казахстан. Таким образом, ее текущее состояние может быть иллюстративным и целевым для РФ и РК на горизонте ближайших 5 лет.

Итак, для проведения сравнительного анализа государственного регулирования систем здравоохранения были отобраны 3 страны: Россия, Казахстан, Германия.

В предыдущей половине работы было показано, что Россия и Казахстан находятся на пути перехода к системе финансирования здравоохранения на базе социального страхования, в то время как Германия является примером страны с чистой системой социального страхования.

Основным источником данных для проведения настоящего анализа является база данных Всемирной Организации Здравоохранения: Europe Health For All Database [9]. Эта база данных агрегирует данные локальных министерств,

статистических бюро и дополняет их экспертными оценками. Одно из ключевых преимуществ этой базы данных – сопоставимость данных по разным категориям стран и экономик.

Вторым источником данным для настоящей работы является база знаний Всемирного Банка [10].

Таблица 1

Базовые экономические характеристики анализируемых стран, 2015

	Население, тыс. чел.	ВВП на душу населения в текущих ценах, долл. США	ВВП на душу населения по PPP, current international USD	Валовые расходы на здравоохранение, % ВВП
Россия	144 096,87	9329,3	23 702,8	7,1%
Казахстан	17 544,3	10 510,0	25 044,9	4,35%
Германия	81 686,61	41 176,9	47 998,9	11,3%

Источник: Всемирный Банк

В таблице 1 представлены базовые показатели анализируемых стран. Видно, что 2 из 3 сравниваемых стран, а именно Россия и Казахстан являются сравнимыми по уровню благосостояния, выраженном в ВВП на душу населения, как в текущих, так и в паритетных ценах. Германия при этом находится на более высоком уровне, как по ВВП на душу, так и по удельным расходам на здравоохранение. Принимая во внимание, что Россия и Казахстан находятся на этапе реформ на пути к системе социально страхования, а Германия уже работает по этой системе, то для целей настоящей работы, примем Германию как целевой показатель (бенчмарк) для двух других анализируемых стран.

В этой части работы проанализированы основные показатели финансирования системы здравоохранения в выбранных странах в динамике с 2000 по 2014 год. Анализируются следующие 3 показателя: общие расходы на здравоохранение, как % от ВВП; доля государственных расходов в общих расходах на здравоохранение в стране и доля частных (так называемых out of pocket расходов на здравоохранение).

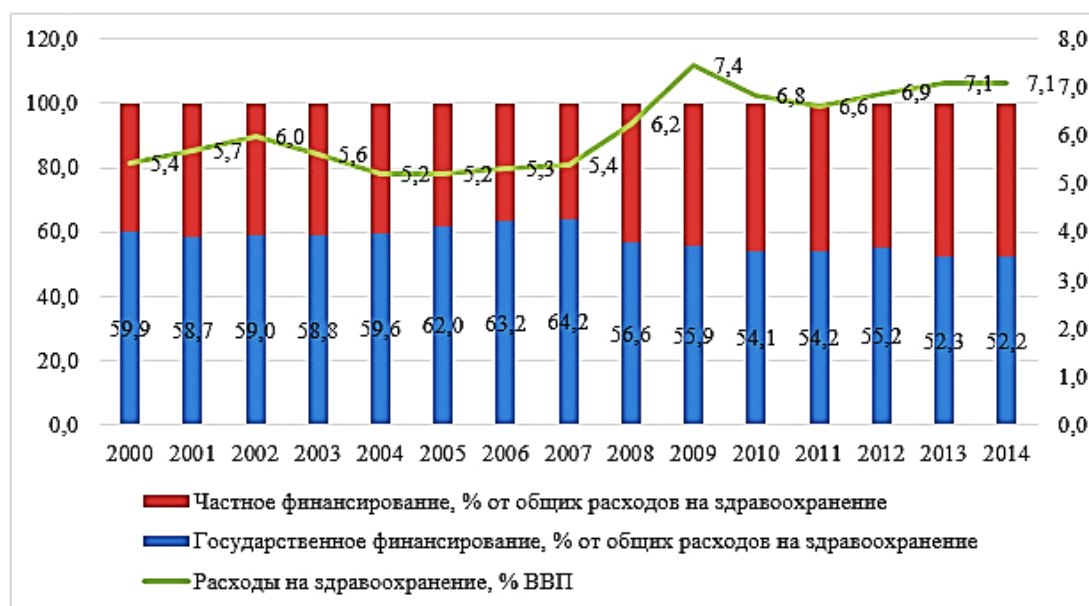


Рис. 1. Динамика расходов на здравоохранение в РФ

На рис. 1 показана динамика трех этих показателей для России. Видно, что с 2000 по 2014 год наблюдался рост общих расходов на здравоохранение в РФ с 5,4% от ВВП к 7,1% от ВВП. В отдельные годы (2004–06) наблюдалось сокращение расходов на здравоохранение. Заметный рост расходов на медицину наблюдался с 2009 года, как раз в момент введения закона об ОМС. Также с 2009 года можно наблюдать перераспределение в структуре затрат на здравоохранение, а именно: если до реформы порядка 60% валовых затрат осуществлялось государством, то после 2009 года это значение сократилось до 56% и в 2014 году достигло 52,2%. Это наблюдение иллюстрирует увеличение частных расходов семей на медицинские услуги и косвенно отражает снижение доступности бесплатной медицинской помощи в стране. Действительно, проведенный в 2016 году опрос показал, что 27% граждан страны оплачивают свои визиты к врачу [2].

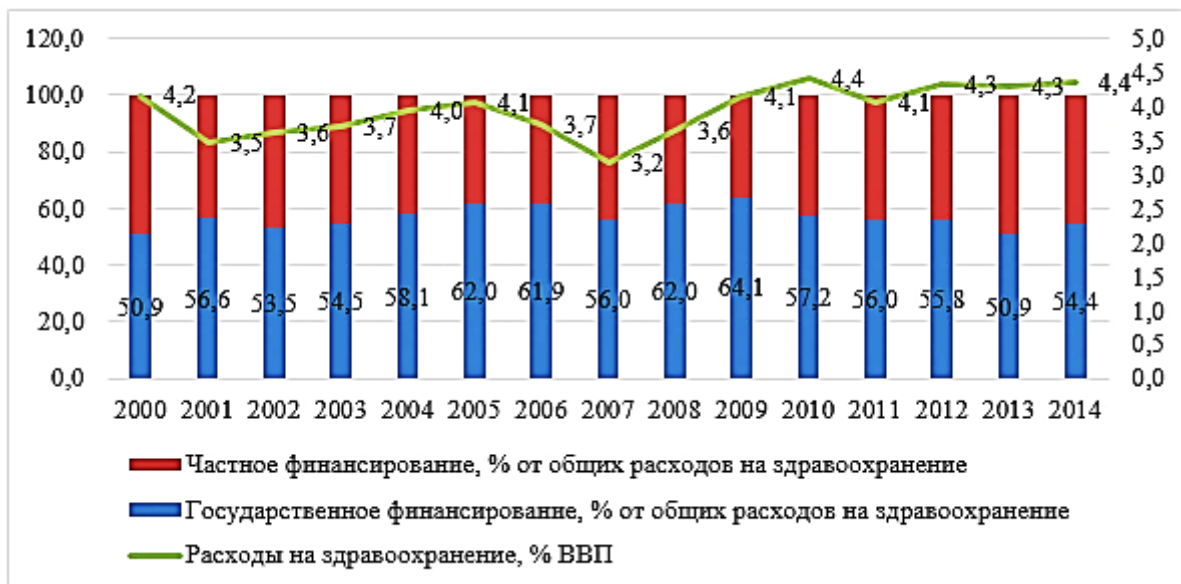


Рис. 2. Динамика расходов на здравоохранение в Казахстане

Источник: Всемирный Банк, ВОЗ

В Казахстане наблюдается схожая картина, рис. 2. В период с 2000 по 2007 годы можно наблюдать сокращение общих расходов на здравоохранение и рост доли государственных расходов в общих расходах на здравоохранение.

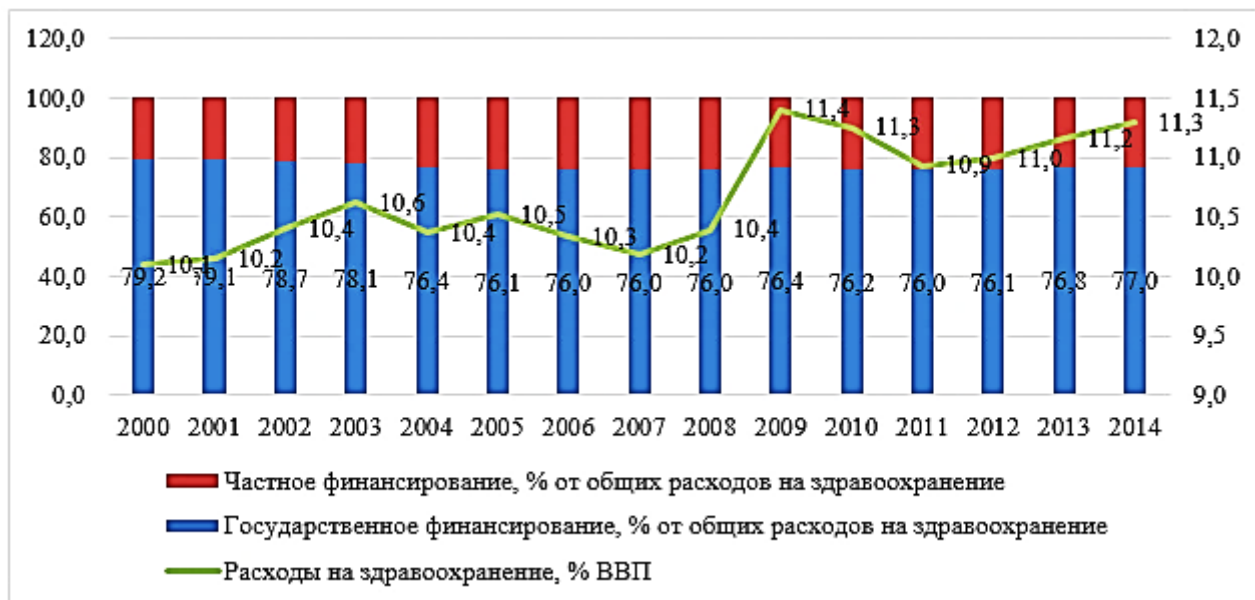


Рис. 3. Динамика расходов на здравоохранение в Германии

Источник: Всемирный Банк, ВОЗ

По сравнению с РФ, в Казахстане доля расходов на здравоохранение держится на относительно стабильном уровне при схожей с Россией снижении доли государственных расходов.

В системе государственного финансирования Германии наблюдается несколько ключевых отличий от проанализированных выше России и Казахстана. Во-первых, наблюдается более высокий уровень валовых расходов на здравоохранение по отношению к ВВП 10–11% против 5–7% в России и 3–5% в Казахстане. Во-вторых, наблюдается более высокая доля государственных расходов в общей структуре расходов на здравоохранение 75–80% против 50–60% в России и 50–60% в Казахстане. В-третьих, уровень, как общих расходов на здравоохранение по отношению к ВВП, так и доли государственных расходов, находится на более стабильном уровне, то есть практически не изменен год к году, в то время как в Казахстане и России эти колебания значительны и вероятно связаны с реализацией отдельных государственных программ.

Очевидно, что степень финансирования системы здравоохранения напрямую связана с показателями здоровья населения страны. Для целей анализа был выбран показатель средней ожидаемой продолжительности жизни при рождении, поскольку он является интегральным показателем здоровья населения. Более того, был проведен корреляционный анализ взаимосвязи средней продолжительности жизни и общих расходов на здравоохранение, а также доли государственных расходов на здравоохранение. Результаты анализа представлены в таблице 2.

Таблица 2

Основные показатели финансирования здравоохранения, здоровья населения и взаимосвязи между ними, 2000–2014

	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет	Расходы на здравоохранение, % ВВП	Доля государственных расходов в общих расходах населения, %	Коэффициент корреляции между общими расходами и средней продолжительностью жизни	Коэффициент корреляции между долей государственных расходов и средней продолжительностью жизни
Россия	70,74	7,1%	52,2%	0,84	-0,75
Казахстан	71,62	4,35%	54,36%	0,65	-0,19
Германия	81,09	11,3%	76,99%	0,78	-0,66

Источник: Всемирный Банк, ВОЗ

Из таблицы 2 видно, что в России и Казахстане средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении находится на сопоставимом уровне. Во всех 3 анализируемых странах наблюдается прямая корреляционная взаимосвязь между общим уровнем расходов на здравоохранение и средней продолжительностью жизни, т.е., чем больше уровень расходов на здравоохранение по отношению к ВВП страны, тем выше ожидаемая продолжительность жизни. Кроме того, в 2 из 3 проанализированных стран (Россия и Германия) обнаружена обратная корреляционная зависимость между долей государственных расходов и ожидаемой продолжительностью жизни, т.е., чем ниже доля государственных расходов в общих расходах на здравоохранение, тем ниже средняя продолжительность жизни.

Заключение

В настоящей работе были проанализированы 3 системы организации здравоохранения: Российская, Казахская и Немецкая. Немецкая модель представляет собой чистый пример системы социального страхования, в то время как

Российская и Казахская модели находятся на промежуточном этапе движения от системы с полной государственной поддержкой к системе социального страхования.

Показано, что и в России, и в Казахстане доля валовых расходов на здравоохранение по отношению к ВВП заметно ниже, чем в Германии. Кроме того, в структуре расходов на здравоохранение России и Казахстана государство играет менее значимую роль, чем в Германии.

В третьей части работы проанализирована взаимосвязь между расходами на здравоохранение и ожидаемой продолжительностью жизни. Обнаружена прямая взаимосвязь между валовыми расходами на здравоохранение и средней продолжительностью жизни, в то же время показана обратная взаимосвязь между долей государственных расходов и продолжительностью жизни.

Таким образом, здравоохранение является социально значимой сферой государственной деятельности, поскольку уровень расходов на медицину напрямую связан с показателями здоровья населения. Россия и Казахстан движутся по направлению к Бисмаркианской системе финансирования здравоохранения, но по сравнению с целевым бенчмарком (Германия), можно утверждать, что система здравоохранения является недофинансированной со стороны государства, более половины всех расходов на здравоохранение оплачиваются из кармана граждан, что свидетельствует о сокращении доступности бесплатной медицинской помощи для населения. Несмотря на переход к системе социального страхования, которая подразумевает перенос социальной нагрузки по оплате расходов на здравоохранение на граждан и работодателей, здравоохранение в Казахстане и РФ по-прежнему сильно зависит от отдельных целевых программ финансирования. А высокая степень колебаний государственных расходов на здравоохранение год к году свидетельствует об отсутствии долгосрочных программ развития здравоохранения в проанализированных странах.

Список литературы

1. Лисицин Ю. Общественное здоровье и здравоохранение / Ю. Лисицин, Н. Полунина, Е. Нестеренко, Е. Савельева». – М.: Гэотар-Медиа, 2010. – 512 с.

2. Shishkin S. How history shaped the health system in Russia // *The Lancet*. – 2017 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)32339-5/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)32339-5/fulltext)
3. Решетников А.В. Медицинское страхование // *Общественное здоровье и здравоохранение*. – М.: Геотар-Медиа, 2013. – 624 с.
4. Шавалеева Ч.М. Преимущественно одноканальное финансирование учреждений здравоохранения: опыт Республики Татарстан // *Казанский Медицинский Журнал*. – 2013.
5. Preker S.A. Spending Wisely: Buying Health Services for the Poor / S.A. Preker, J.C. Langenbrunner // *World Bank Document*. – 2008 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://documents.worldbank.org/curated/en/261951468137113218/pdf/344250PUB0RUSS101OFFICIAL0USE0ONLY1.pdf>
6. Rechel B. Health and health systems in the Commonwealth of Independent States / B. Roberts, E. Richardson, S. Shishkin, V. Shkolnikov, D. Leon, M. Bobak, M. Karanikolos, M. McKee // *The Lancet: Health in Europe*. – 2013. – №3 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(12\)62084-4.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(12)62084-4.pdf)
7. Кацага А. Системы здравоохранения: время перемен. Казахстан: обзор системы здравоохранения / А. Кацага, М. Кульжанов, М. Karanikolos, B. Rechel // *Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения*. – 2012 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/181579/e96451-Rus.pdf
8. Астахова А. Казахский вариант. – 2016 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://alla-astakhova.ru/kazahskij-variant/>
9. Europe Health for All Database [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://data.euro.who.int/hfad/>
10. World Bank Database [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://data.bank.worldbank.org>

References

1. Lisitsin, Iu., Polunina, N., Nesterenko, E., & Savel'eva, E. (2010). *Obshchestvennoe zdorov'e i zdravookhranenie*, 512. M.: Geotar-Media.
2. Shishkin, S. (2017). How history shaped the health system in Russia. *The Lancet*. Retrieved from <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736>
3. Reshetnikov, A. V. (2013). Meditsinskoe strakhovanie. *Obshchestvennoe zdorov'e i zdravookhranenie*, 624. M.: Geotar-Media.
4. Shavaleeva, Ch. M. (2013). Preimushchestvenno odnokanal'noe finansirovanie uchrezhdenii zdravookhraneniia: opyt Respubliki Tatarstan. *Kazanskii Meditsinskii Zhurnal*.
5. Preker, S. A., & Langenbrunner, J. C. (2008). Spending Wisely: Buying Health Services for the Poor. *World Bank Document*. Retrieved from <http://documents.worldbank.org/curated/en/261951468137113218/pdf/344250PUB0RUSS101OFFICIAL0USE0ONLY1.pdf>
6. Rechel, B., Roberts, B., Richardson, E., Shishkin, S., Shkolnikov, V., Leon, D., Bobak, M., & Karanikolos, M. (2013). Health and health systems in the Commonwealth of Independent States. *The Lancet: Health in Europe 3*. Retrieved from <http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736>
7. Katsaga, A., Kul'zhanov, M., Karanikolos, M., & Rechel, B. (2012). Sistemy zdravookhraneniia: vremia peremen. Kazakhstan: obzor sistemy zdravookhraneniia. *Evropeiskaia observatoriia po sistemam i politike zdravookhraneniia*. Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/181579/e96451-Rus.pdf
8. Astakhova, A. Kazakhskii variant. Retrieved from <http://alla-astakhova.ru/kazakhskij-variant/>
9. Europe Health for All Database. Retrieved from <http://data.euro.who.int/hfad/>
10. World Bank Database. Retrieved from <http://databank.worldbank.org>

Ланская Ирина Андреевна – магистрант ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», Россия, Москва.

Lanskaya Irina Andreevna – undergraduate of the National Research University
«Higher School of Economics», Russia, Moscow.
