

УДК 336.1: 332:1

***ЭКОНОМИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ***

Жукова О.А.

магистрант кафедры экономики и финансов

Пермский национальный исследовательский политехнический университет

Пермь, Россия

Карпович Ю.В.

к.э.н., доцент кафедры экономики и финансов

Пермский национальный исследовательский политехнический университет

Пермь, Россия

Аннотация: В ходе работы проведено сравнение статистических показателей, характеризующих распределение государственных расходов на здравоохранение. Также проведены статистические показатели, которые отражают современное состояние и динамику изучаемых данных в здравоохранении РФ в сопоставлении по регионам Приволжского Федерального округа, а также в сравнении с другими странами. Методом аналогии и обобщения проработана информация по изучаемым параметрам.

Ключевые слова: система здравоохранения, демография, государственные расходы, финансовое обеспечение медицинской помощи

***ECONOMIC AND STATISTICAL ANALYSIS OF THE DEVELOPMENT OF
THE HEALTHCARE SYSTEM OF THE RUSSIAN FEDERATION***

Zhukova O.A.

Master's student of the Department

Economics and Finance of the

Perm National Research Polytechnic University

Perm, Russia

Karpovich Yu.V.

PhD in Economics, Associate Professor

Department of Economics and Finance

Perm National Research Polytechnic University

Perm, Russia

Abstract: In the course of the work, a comparison of statistical indicators characterizing the distribution of public expenditure on health care was carried out. Also, statistical indicators were carried out that reflect the current state and dynamics of the studied data in the healthcare of the Russian Federation in comparison with the regions of the Volga Federal District, as well as in comparison with other countries. The information on the studied parameters was processed by the method of analogy and generalization.

Ключевые слова: healthcare system, demography, government spending, financial support for medical care

Актуальность выбранной темы обусловлена важностью совершенствования оказания медицинских услуг и развитием сферы здравоохранения. Уровень оказания медицинской помощи определяет качество и продолжительность жизни населения, демографическую ситуацию в стране. В современных рыночных условиях медицинская организация планирует экономическое развитие, вкладывая в основу анализ влияния статистических показателей на конечный финансовый результат. В экономическом анализе деятельности клиники важно правильно определить показатели, характеризующие функционирование медицинского учреждения, проанализировать динамику, определить факторы, влияющие на рентабельность. В современной мире, для развития любой сферы, а особенно сферы здравоохранения, важно определить пути решения экономических вопросов в повседневных условиях, а также в условиях непредвиденных обстоятельств. Появление в наших реалиях COVID-19 спровоцировало кризис в области общественного здравоохранения - медицинские учреждения оказались плохо подготовлены к таким ситуациям. Следовательно, растет важность оценок возможностей и результатов работы больниц с целью разработки предложений по улучшению организации их деятельности. Перегрузка системы здравоохранения в период пандемии была результатом неправильного распределения ресурсов. Реализуемые в течение последних лет приоритеты по сокращению числа и мощностей круглосуточных стационаров

должны быть заменены на приоритеты по обеспечению устойчивости и эффективности их работы, особенно в случае ухудшения эпидемической ситуации.

В современном мире медицинская помощь приравнивается к услуге. Мероприятия, направленные на поддержание и восстановление здоровья населения, являются результатом производственной деятельности, осуществляемой по заказу потребителя (пациента). Так или иначе, производитель услуги получает оплату за совершенные действия.

В настоящее время финансирование системы здравоохранения в РФ осуществляется из государственных и частных расходов, последние составляют около 35 % от общего объема, что свидетельствует о недостаточности финансирования сферы здравоохранения из государственных источников. Так, для сравнения, в высокоразвитых странах ЕС доля личных расходов граждан составляет лишь 27 %. В РФ экономическая стабильность медицинской организации находится лишь в процессе становления.

Для описания модели финансирования системы здравоохранения, используемой в РФ следует рассмотреть такой вид как государственное финансирование, которое формируется из следующих источников: федеральные и региональные налоги, собираемые в федеральном бюджете и в консолидированных бюджетах субъектов РФ, а также взносы в систему обязательного медицинского страхования (ОМС).

В рейтинге стран мира по государственным расходам на здравоохранение (в процентах к ВВП) Россия опережает такие страны как Болгария, Алжир, Бразилия, Латвия, Турция, Мексика, Египет, Индия, и уступает более развитым странам ЕС, США, Канаде, Японии, Австралии. Для построения диаграммы (рисунок 1) использованы сведения из Российского статистического ежегодника Здравоохранение. В сборнике представлены данные по международным сравнениям России с зарубежными странами. По странам ближнего зарубежья (Эстония, Латвия, Украина, Таджикистан, Азербайджан, Киргизия, Казахстан) и России.

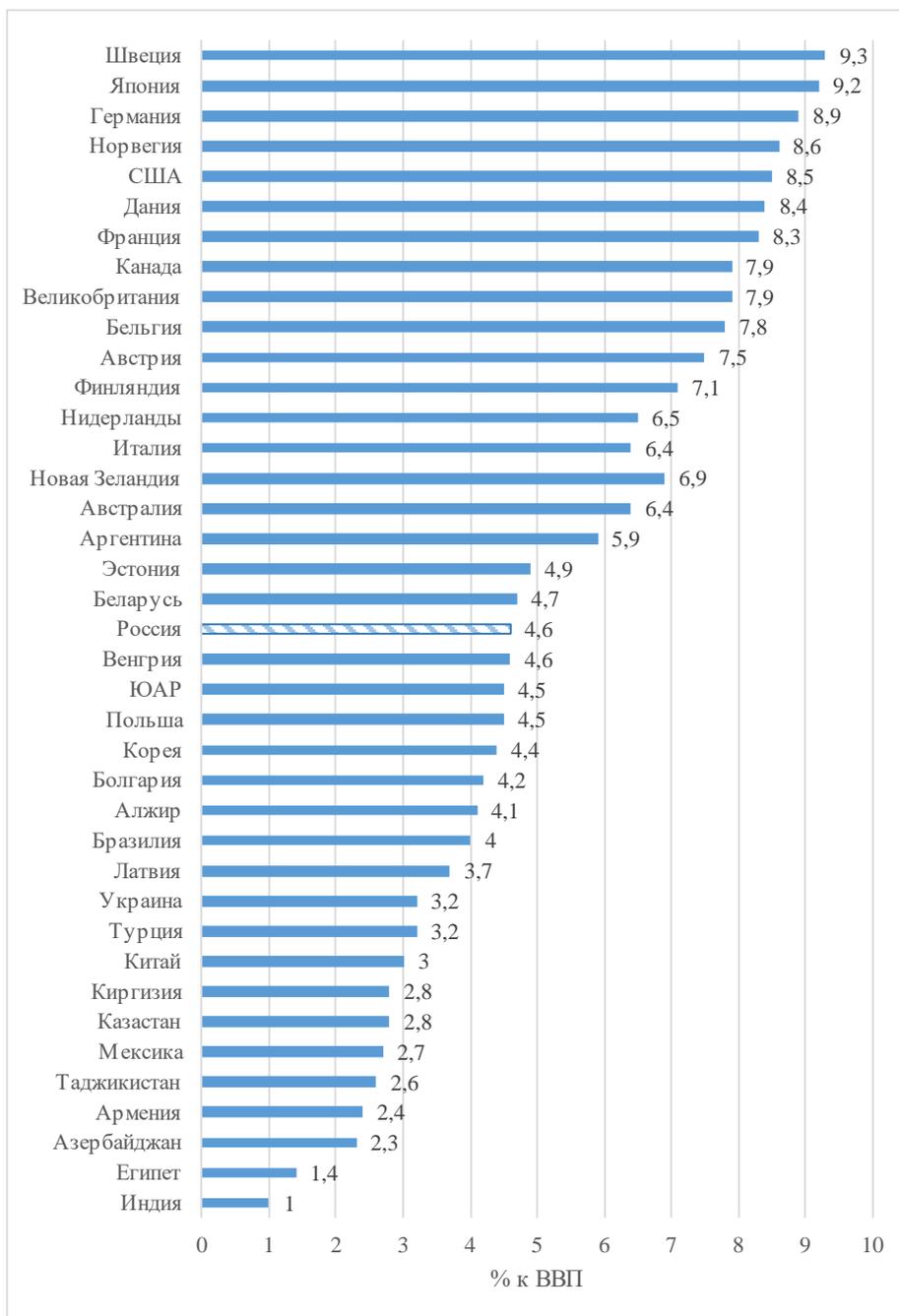


Рисунок 1. Распределение государственных расходов на здравоохранение по странам мира (в % к ВВП).

Изучаемый показатель в России равен 4,6 – это в 2 раза меньше чем в Швеции (9,3), где зафиксирован максимальный показатель среди рассматриваемых стран. Показатель России меньше, чем в развитых странах Европы (Германия, Норвегия, Франция, Дания) в 1,9 раз; меньше, чем в Австралии и Новой Зеландии в 1,5 раза. Показатель России находится

примерно на одном уровне с такими странами как Беларусь, Венгрия, ЮАР, Польша, Корея, и превышает показатель Китая и Турции в 1,5 раза, Мексики и Казахстана в 1,7 раз, Армении и Азербайджана в 2 раза, Индии в 4,6 раз.

Сравнивая государственные затраты на здравоохранение в Российской Федерации, можно отметить, что они гораздо ниже выделяемых финансовых объемов в развитых странах, а личные траты населения в текущих расходах на здравоохранение соответствуют уровню стран «третьего мира». Материально-техническая база здравоохранения РФ имеет значительный моральный и физический износ, а для дальнейшей комплексной модернизации отрасли также нужны значительные финансовые ресурсы. Возрастающие темпы роста расходов на здравоохранение и недофинансирование медицинских организаций наводят на мысль о необходимости пересмотреть организацию системы здравоохранения и механизм ее финансового обеспечения [1]. Шишкин С.В. отмечает отсутствие модернизации системы здравоохранения несмотря на масштабные проекты, обозначенные в государственных программах правительства касательно проблем и путей решения в медицинской сфере [2]. Акцент на правильность выбранной модели финансирования здравоохранения и ее влиянии на повышение качества медицинских услуг описан в работе Беседовского С.Г. и др. [3].

К основным источникам финансирования здравоохранения относятся также средства ОМС. В настоящее время бюджеты здравоохранения всех уровней и фондов ОМС формируются на основе ежегодно утверждаемой Программы государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью. По мнению Альвианской Н.В. [4] основные параметры финансового обеспечения бесплатной медицинской помощи, предоставляемой на основе территориальных программ государственных гарантий, сложившиеся до начала пандемии, были сохранены и даже увеличены. Ежегодно в территориальные фонды ОМС поступают средства на здравоохранения.

Далее приведены сведения о фактической разнице между поступлением и расходованием средств ОМС в регионах Приволжского федерального округа

в 2020 году (таблица 4). Наибольший объем неизрасходованных средств в Республике Татарстан - 0,55% (- 320 млн. руб.), в Ульяновской области – 0,56% (- 90 млн. руб.), в Нижегородской области – 0,38% (- 40 млн. руб.), в Удмуртской республике – 0,11% (- 24 млн. руб.). Превышение расходования финансирования ОМС над поступившими объемами наиболее заметно в Саратовской области 0,33% (+ 109 млн. руб.), в Пермском крае 0,20% (+ 84 млн. руб.), в Кировской области 0,38% (+ 74 млн. руб.)

Таблица 1

Сведения о фактической разнице между поступлением и расходованием средств ОМС в регионах Приволжского федерального округа в 2020 году

	Млн. руб.		Абсолютное отклонение (млн. руб.)	Относительное отклонение
	Поступление средств ОМС	Расходование средств ОМС		
Приволжский федеральный округ	419694	419605	- 89	-0,02 %
Республика Башкортостан	59098	59136	38	0,06 %
Республика Марий Эл	9201	9198	- 3	-0,03 %
Республика Мордовия	10342	10332	- 10	-0,10 %
Республика Татарстан	59024	58704	- 320	-0,55 %
Удмуртская Республика	22178	22154	- 24	-0,11 %
Чувашская Республика	17032	17081	49	0,29 %
Пермский край	42169	42253	84	0,20 %
Кировская область	19559	19633	74	0,38 %
Нижегородская область	42835	42795	- 40	-0,09 %
Оренбургская область	29485	29538	53	0,18 %
Пензенская область	17897	17841	-56	-0,31 %
Самарская область	42172	42218	46	0,11 %
Саратовская область	32442	32551	109	0,33 %
Ульяновская область	16261	16171	-90	-0,56 %

В настоящее время в системе ОМС активно участвуют не только государственные медицинские организации. В 2013 году Председатель Правительства Российской Федерации Д.А. Медведев утвердил Основные направления деятельности Правительства, в том числе и меры по привлечению частного капитала и развитию механизмов государственно-частного партнерства для реализации инфраструктуры здравоохранения. Также следует отметить, что механизм государственно-частного партнерства предусмотрен и в государственной программе «Развитие здравоохранения». В

результате инициативы Правительства России уже в 2014 году был создан Координационный совет Минздрава России по государственно-частному партнерству, а в 2015 году – утверждены Методические рекомендации для органов государственной власти субъектов Российской Федерации по применению механизмов государственно-частного взаимодействия в сфере охраны здоровья. Непосредственно алгоритм участия частного сектора в системе ОМС прописан в 15-й статье № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». В соответствии с этим федеральным законом: любая негосударственная медицинская организация может войти в систему ОМС, но для этого ей следует до 1-го сентября предшествующего году начала работы подать уведомление установленной формы в Фонд ОМС. Применение одноканальной модели финансирования здравоохранения через систему ОМС считает неэффективным Репринцева Е.В. и видит целесообразным привлекать частных партнеров с целью притока инвестиционных средств [5]. По одной из версий причиной неэффективного финансирования здравоохранения РФ является использование затратной многоканальной модели системы здравоохранения по образцу развитых стран мира [6]. Определенные возможные источники дополнительных доходов системы здравоохранения, задачи и механизмы их решения в Стратегии развития здравоохранения рассмотрены в статье Стародубова В.И., Улумбековой Г.Э. [7]. Отличием РФ от других развитых стран мира является недостаточное государственное финансирование здравоохранения, а доля расхода личных средств населения в РФ намного превышает уровень, допустимый для инновационного развития этой сферы. Правильное распределение финансовых ресурсов лежит в основе стабильного функционирования здравоохранения и определяет уровень здоровья населения как основную движущую силу экономического развития государства [8]. Привлекает внимание к актуальным вопросам финансового обеспечения системы здравоохранения в своей работе Коломиец А.Г., отмечая усугубление демографических проблем [9].

Проблема дефицита финансирования привела к поиску процессов оптимизации в здравоохранении с целью сокращения неэффективно используемых ресурсов. Процессы оптимизации в здравоохранении проявились в сокращении числа коек в стационарах и сокращение штата средних медицинских работников, что привело к снижению доступности и качества медицинской помощи для населения, отсутствию ожидаемого роста экономической эффективности. Одновременно снижается общее число больниц в связи с реорганизацией учреждений и по причине их неэффективного использования. Опыт сокращения коек и больниц наблюдается в разных странах в связи с более дорогим лечением в условиях стационара и упором на менее затратное в финансовом отношении амбулаторное лечение. Растет количество амбулаторно-поликлинических учреждений. Как видно реализуются мероприятия, направленные на развитие первичного звена здравоохранения и профилактическую сторону отрасли. Зюкин Д.А. обращает внимание на тот факт, что проведенные процессы оптимизации не оправдали своих ожиданий и отсутствие повышения экономической эффективности отрасли с сохранением оказания медицинских услуг на оптимальном уровне и надлежащего качества является тому доказательством [10]. Снижение мощности стационаров не соответствует расходам бюджета на здравоохранение в стране за исследуемый период.

Для достижения определенных положительных результатов, направленных на повышение экономического роста в РФ разработаны программы на государственном уровне, целью которых является формирование прочной основы для повышения благосостояния людей. Национальные проекты, объектом которых в большей степени выступает развитие человеческого капитала, а это такие направления, как демография, здравоохранение, образование, жилье и городская среда, экология и культура, должны усиливать друг друга в достижении национальных целей по естественному росту населения, повышению ожидаемой продолжительности жизни, устойчивому росту реальных доходов, снижению бедности и

улучшению жилищных условий. В настоящее время в РФ функционирует национальный проект «Здравоохранение», направленный на повышение доступности и качества медицинской помощи населению [11].

Совершенствование системы финансирования здравоохранения является основой для модернизации отрасли. Речь идет не только о необходимости увеличения объема выделяемых средств, но и механизме их эффективного использования. Существует необходимость в сбалансированном финансировании системы здравоохранения, обеспечивающей должный уровень оказания медицинской помощи на всех этапах.

Библиографический список:

1. Соболева Е.А. Бюджетно-страховая модель финансирования здравоохранения в России // Финансы: теория и практика - 2021. № 25 (3). С. 127 - 149.
2. Шишкин С.В. Российское здравоохранение: реформы или кризис? // Журнал новой экономической ассоциации. 2014. № 3 (23) С. 162 – 165.
3. Беседовский С.Г., Жаркова Ю.С., Цой Р.А., Щемелев С.Н. Проблемы финансирования бюджетных учреждений // Финансовые исследования - 2015. № 1 (46). С. 129 – 137.
4. Альвианская Н.В. Финансовое обеспечение территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в 2020–2021 гг. // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2021. Т. 7. № 1 (23). С. 63 – 79.
5. Репринцева Е.В. Механизмы финансирования здравоохранения РФ // Иннов: электронный научный журнал - 2018. №3(36).
6. Сафонов А.Л., Рагозин А.В., Гришин В.В. Финансирование общедоступной медицинской помощи населению Российской Федерации: сохранять многоканальность или переходить на систему единого плательщика? // Финансы: теория и практика - 2022. № 26 (4). С. 230 - 244.

7. Стародубов В.И., Улумбекова Г.Э. Как анализировать системы здравоохранения и формировать стратегии // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение - 2016. № 1 (3). С. 33 – 52.

8. Каткова И.П. Российское здравоохранение в контексте задач достижения всеобщей доступности услуг здравоохранения к 2030 году // Народонаселение - 2020. Т. 23. № 1. С. 135 - 147.

9. Коломиец А.Г. Расходы федерального бюджета Российской Федерации на здравоохранение в контексте пандемических угроз // Вестник института экономики российской академии наук - 2022. № 2. С. 27 – 38.

10. Зюкин Д.А. Оптимизация экономических ресурсов в системе здравоохранения как угроза снижения качества и доступности медицинской помощи // Экономика и управление народным хозяйством - 2020. № 8. С. 69 – 77.

11. Национальные проекты РФ. [Электронный ресурс] Режим доступа: <https://национальныепроекты.рф/> (дата обращения: 30.12.2024)

Оригинальность 77%