

Обеспечение доступности здравоохранения в России: инструменты государственной политики

Чубарова Татьяна Владимировна

Доктор экономических наук, PhD (Social Policy, LSE), руководитель Центра экономической теории социального сектора, Институт экономики РАН, Москва, РФ.

E-mail: t_chubarova@mail.ru

SPIN-код РИНЦ: [3367-5073](#)

ORCID ID: [0000-0002-3985-0198](#)

Аннотация

Обеспечение доступности системы здравоохранения формулируется как важнейшая задача государственной политики России в области охраны здоровья граждан. В данной статье вопросы, связанные с теоретическими и практическими аспектами доступности медицинской помощи, рассмотрены с точки зрения инструментов государственной политики, которые могут быть использованы для ее обеспечения. Проведен анализ методологических подходов к пониманию и определению доступности как цели государственной политики. Рассмотрение инструментов государственной политики сфокусировано на двух аспектах: стандартизации и финансовом обеспечении системы здравоохранения, причем оно затрагивает не только общие вопросы, но и проблемы российской практики. Анализ стандартизации в здравоохранении позволяет выделить различные виды стандартов: клинические, управленческо-организационные, поведенческие. В статье показаны как положительные стороны стандартизации в вопросе обеспечения доступности медицинской помощи, так и проблемы, которые возникают при их применении в здравоохранении. Важным инструментом государственной политики, влияющим на доступность медицинской помощи, является объем и направления финансирования. В работе как важный фактор ограничения доступности выделяется рост личных расходов граждан, что ставит вопрос о необходимости увеличения государственного финансирования здравоохранения, прежде всего как доли ВВП, и повышения эффективности использования средств, выделяемых на охрану здоровья. Сделан вывод о том, что для повышения доступности здравоохранения для граждан в России необходимо совершенствовать систему стандартов, в том числе через усиление внимания к поведенческой составляющей, а также сохранить высокий уровень объединения ресурсов в первую очередь за счет повышения объема государственного финансирования.

Ключевые слова

Система здравоохранения, человеческий потенциал, доступность медицинской помощи, инструменты государственной политики, стандарты, финансирование здравоохранения.

Ensuring Access to Healthcare in Russia: Role of Public Policy Instruments

Tatiana V. Chubarova

DSc (Economics), PhD (Social Policy, LSE), Head of Center for Social Economic Theory, Institute of Economics of the Russian Academy of Sciences, Moscow, Russian Federation.

E-mail: t_chubarova@mail.ru

ORCID ID: [0000-0002-3985-0198](#)

Abstract

Ensuring the accessibility of healthcare system is formulated as one of the most important tasks of the state policy of Russia in the field of protecting the health of citizens and thus improving human potential. In this article, issues related to theoretical and practical aspects of access to medical care are considered from the point of view of public policy instruments that can be used to improve it. The analysis of methodological approaches to understanding and defining accessibility as a goal of public policy has been carried out. Discussion on the role of public policy instruments is focused on two aspects, namely standardization and health care financing covering both general issues and problems of Russian practice. The analysis of standardization in health care makes it possible to single out different types of standards, namely clinical, managerial-organizational, and behavioral. The article shows both the positive aspects of standardization in ensuring the availability of medical care as well as problems that arise when standards are used in healthcare. An important instrument of state policy that affects the access to medical care is the amount and direction of funding. The paper highlights the growth of personal "out of pocket" expenses of citizens as an important factor limiting accessibility, which in turn makes it important to increase public health financing, primarily as a share of GDP, and to improve the efficiency of using public funds allocated for health care. It is concluded that in order to increase the accessibility of healthcare for citizens in Russia, it is necessary to develop the system of standards, based on strengthening the behavioral component, as well as to ensure a high level of pooling resources in healthcare first of all via increase in the amount of public funding.

Keywords

Healthcare system, human potential, public policy instruments, access to medical care, standards, healthcare financing.

Введение

Доступность является одной из важнейших характеристик системы здравоохранения, определяющих основы ее успешного функционирования прежде всего с точки зрения повышения качества человеческого потенциала. Поэтому ее обеспечение остается на повестке дня развития российского здравоохранения, в том числе в связи с той нагрузкой, которую оно испытывает в последнее время. Проблемы получения медицинской помощи гражданами, имеющими хронические заболевания, отмечались в условиях пандемии. В настоящее время необходимо минимизировать влияние ограничительных мер экономического характера на систему здравоохранения, обеспечив граждан возможность своевременно получать необходимую медицинскую помощь в полном объеме, включая лекарственное обеспечение.

В этой связи представляется важным проанализировать инструменты государственной политики, которые направлены на обеспечение доступности здравоохранения. В данной статье выделены два, как представляется, важных инструмента, которые используются государством для решения поставленной задачи.

Стандартизация выступает одним из важных механизмов, который позволяет создать условия для того, чтобы доступность здравоохранения из теоретических предпосылок стала реальной повседневностью. Поэтому важен анализ различных аспектов стандартизации в здравоохранении с позиции ее вклада в обеспечение доступности медицинской помощи для населения. Другим важным инструментом является финансирование здравоохранения, объем и направления которого оказывают самое непосредственное влияние на доступ к медицинской помощи прежде всего в плане снятия финансовых барьеров для ее получения населением.

Доступность здравоохранения как задача государственной политики: инструментальный подход

Доступ применительно к системе здравоохранения понимается как возможность для гражданина своевременно получить необходимый набор медицинских услуг в соответствии с потребностью для достижения наилучших результатов для здоровья. Таким образом, речь идет о реальной возможности определить необходимость медицинской помощи, не просто найти соответствующую медицинскую организацию, но и воспользоваться ее услугами. Следует отметить, что такое определение подчеркивает важность оценки как непосредственно процесса оказания услуг здравоохранения, так и полученных результатов для здоровья как критериев обеспечения доступа.

В этом контексте важно различать потребность и спрос. Если под потребностью понимается реальная необходимость той или иной услуги по медицинским показаниям, то спрос подразумевает прежде всего способность и готовность населения платить за ее получение, при этом вопрос о том, насколько реально она нужна, не является определяющим. В ходе анализа систем здравоохранения понятие «спрос» чаще используется как осознанная человеком потребность (не всегда необходимая) в получении медицинской услуги, которую он(а) пытается реализовать практически. Предложение в здравоохранении, в отличие от ряда других отраслей, достаточно негибкое и ограниченное, оно не может быстро следовать за спросом ни физически, ни финансово (в том числе с учетом значительной доли общественного финансирования) [Чубарова 2008].

При обсуждении доступности неизбежно возникает вопрос о справедливости как другой основополагающей категории системы здравоохранения. Подразумевается, что в идеале каждый должен иметь справедливую возможность достичь полного потенциала здоровья и более прагматично — никто не должен быть ущемлен в достижении этого потенциала, если этого

можно избежать [Dahlgren, Whitehead 2007]. Важно, чтобы не было систематических различий в использовании ресурсов системы здравоохранения, с одной стороны, и в результатах с точки зрения состояния здоровья, с другой стороны, между различными группами населения, в том числе как результат существования финансовых или других препятствий для получения помощи.

В настоящее время мировое сообщество ставит вопрос об обеспечении универсального (всеобщего) доступа граждан к системе здравоохранения. Более того, такая возможность рассматривается как одно из основных прав (в данном случае — право на охрану здоровья) граждан. Однако реализация этого принципа на практике оказалась достаточно сложной, проблема возникает в том числе с определением критерия всеобщности. Пациентам необходим доступ ко всему спектру ухода на протяжении всей жизни, включая профилактику, диагностику, лечение заболеваний и паллиативную помощь. Вместе с тем общество всегда сталкивается с компромиссом при распределении общественного богатства, ограничивая ресурсы, выделяемые на здравоохранение, и в итоге не всегда передовые достижения современной медицинской науки могут быть доступны для всех нуждающихся пациентов.

Следует иметь в виду, что доступность медицинских услуг не является самоцелью. Задача состоит в том, чтобы путем ее расширения способствовать обеспечению здоровья населения с учетом того, что, помимо медицинских услуг, важный вклад в здоровье граждан вносят социальные детерминанты, такие как состояние окружающей среды, уровень образования и доходов, безопасность труда.

В последнее время подходы Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) к рассматриваемым проблемам основаны на идее всеобщего (универсального) охвата (universal health coverage, УНС), под которым понимаются три аспекта:

- набор услуг, которые может получить гражданин;
- доля населения, охваченного системой государственного здравоохранения, страховыми или иными программами, обеспечивающими право на получение медицинской помощи;
- доля расходов на здравоохранение, покрываемых страховыми или другими механизмами объединения рисков.

Таким образом, доступ следует отличать от, во-первых, охвата, который подразумевает услуги, которые граждане могут получить в системе здравоохранения в соответствии с законодательством или по договору, то есть по существу возможность «войти» в систему здравоохранения, и, во-вторых, использования, ситуации, когда гражданин реально получил необходимую медицинскую помощь.

Для достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения необходимо учитывать три аспекта, а именно кто застрахован (необходимо включать всех пациентов, в том числе незарегистрированных мигрантов); какие услуги включаются (пациенты нуждаются в широком спектре услуг); доля затрат, покрываемых общественными программами (ключевой компонент в современных условиях, когда многие пациенты сталкиваются с увеличением соплатежей)¹. В последнее время, в том числе и в связи с пандемией, особо подчеркивается важность квалифицированных, компетентных и пациент-центрированных кадров [Карпова, Загоруйченко 2022].

¹ The World Health Report 2013: Research for Universal Health Coverage // World Health Organization [Электронный ресурс]. URL: https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/9789240690837_eng.pdf (дата обращения: 20.08.2022).

Следует отметить, что одна из проблем с использованием категории доступа связана с тем, что на практике его сложно измерить в конкретных показателях. Поэтому довольно часто он определяется через отсутствие следующих барьеров для получения медицинской помощи:

- структурных, имеются ввиду объем, виды и организация оказания медицинских услуг, территориальное расположение, мощность и оснащенность медицинских организаций;
- финансовых, которые связаны со способностью пациентов платить за необходимые медицинские услуги либо возможностью врачей и медицинских организаций лечить пациентов с ограниченными средствами;
- социально-культурных, которые могут влиять на решение граждан, нуждающихся в медицинской помощи, обращаться за ней, а после получения помощи следовать рекомендациям по лечению [Carrillo et al. 2011].

Обеспечение доступности здравоохранения является важнейшей задачей государственной политики. При разработке концепции государственного вмешательства в области обеспечения доступности здравоохранения используется набор различных инструментов. Безусловно, конкретные цели и механизмы их реализации определяются в каждой стране исходя из широкого набора факторов, в том числе уровня развития системы здравоохранения. Вместе с тем можно выделить определенный набор мер, которые страны используют в различных комбинациях для решения поставленных задач.

Под государственными инструментами в данной работе подразумевается широкий спектр мер воздействия государства на искомый объект для достижения поставленных целей и задач и получения требуемого результата. При этом необходимо соблюдать принцип соразмерности, то есть применяемые государством меры должны быть адекватны поставленным задачам, способствовать их достижению. Кроме того, важна оценка влияния применяемых инструментов и при необходимости их корректировка.

Такие инструменты могут быть классифицированы по различным критериям, но наиболее удобным является широко применяемое в государственной политике разделение на прямые и косвенные.

Прямое вмешательство включает административные средства, которые обеспечивают непосредственное регулирование рассматриваемого объекта, основаны на силе государственной власти и являются обязательными для исполнения. Косвенное вмешательство обычно связывается с различными финансово-экономическими инструментами, опосредованно влияющими на рассматриваемый объект. На основании такого разделения в данной работе предлагается детально рассмотреть два инструмента: стандарты как механизм прямого административного вмешательства и финансирование как смешанный инструмент, сочетающий элементы прямого и косвенного регулирования. В случае со здравоохранением государственное финансирование, определяющее объемы медицинской помощи, получаемой гражданами, может быть отнесено к прямым методам, в то время как использование различных стимулов, например налоговых льгот, для поощрения финансирования из других источников следует рассматривать как косвенные методы.

Стандарты в здравоохранении: важность и проблемы

В Основы охраны здоровья граждан² (далее — Основы) включена специальная статья (статья 10), где закрепляется, что доступность и качество медицинской помощи в России обеспечиваются целым рядом мероприятий в области организации и финансирования системы здравоохранения:

- предоставлением гарантированного объема медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее — ПГГ);
- приближением медицинской помощи к месту жительства, работы или обучения; обеспечением транспортной доступности медицинских организаций для всех групп населения, в том числе с ограниченными возможностями передвижения; установлением требований к размещению медицинских организаций государственной и муниципальной системы здравоохранения и иных объектов инфраструктуры в сфере здравоохранения исходя из потребностей населения и их оснащение оборудованием для оказания медицинской помощи с учетом особых потребностей граждан с ограниченными возможностями здоровья;
- наличием необходимого количества медицинских работников и уровнем их квалификации;
- применением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;
- возможностью выбора медицинской организации и врача.

Как видно из содержания статьи, по каждому пункту предполагаются (или есть прямые отсылки) определенные «правила поведения», или стандарты. В узком смысле они могут рассматриваться как алгоритм конкретных действий для достижения цели и набор соответствующих количественных показателей. Именно система стандартов задает строгую структуру системы здравоохранения, на которую опираются как практики, так и законодатели, обеспечивая доступность медицинской помощи. В широком смысле стандарт выступает как декларация ценностей и общих подходов при реализации той или иной деятельности, как ориентир, который позволяет медицинским организациям выявить проблемные области и увидеть направления их решения. При таком подходе стандарт «достижения наилучшего возможного результата для здоровья граждан» можно рассматривать как цель развития системы здравоохранения [Kelly et al. 2022]. Более того, особая важность стандартов в рассматриваемой области состоит в том, что речь идет о жизни и здоровье человека и ошибка любого уровня дорого обходится обществу. Поэтому в стандартах закрепляются лучшие практики, ресурсы, процессы и процедуры, необходимые для безопасного и высококачественного медицинского обслуживания населения.

Стандарты содержат описание того, что нужно достичь, это заявление о намерениях и описание действий, которые необходимо предпринять для достижения результата. Однако они важны не только для тех, кто оказывает услуги, но и для тех, кто их получает [Григорьева 2022]. Граждане понимают, что они вправе требовать от системы здравоохранения, и получают уверенность в том, что медицинские услуги, которые им оказаны, проверены на безопасность и качество. Стандарты здравоохранения полезны управленцам, так как предоставляют доступ

² Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 N 323-ФЗ (последняя редакция) // КоснультантПлюс [Электронный ресурс]. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения: 20.08.2022).

к экспертным знаниям, что особенно важно для процесса принятия решений. Это помогает оценивать и улучшать качество медицинских услуг, обеспечивает сравнение организации здравоохранения на различных уровнях.

Мировая практика показывает, что современные стандарты в здравоохранении могут содержательно быть разделены на три группы: клинические, регулирующие процесс диагностики и лечения того или иного заболевания, необходимые для этого медицинские услуги, в том числе лекарственное обеспечение; управленческо-организационные, регулирующие формы и порядки оказания медицинской помощи, в том числе маршрутизацию пациентов и преемственность деятельности медицинских организаций, управление рисками, уровень оснащения медицинским оборудованием, а также обеспечение квалифицированной рабочей силы, обладающей необходимыми знаниями и навыками для оказания медицинской помощи; поведенческие, то есть закрепляющие меры по выстраиванию отношений между врачом и пациентом. В последнее время этому вопросу уделяется все больше внимания: например, пациенты все больше рассматриваются как не просто объекты, но прежде всего субъекты в системе здравоохранения, так называемая пациент-центрированность. Это включает предоставление информации, в которой нуждаются граждане, таким образом, чтобы они могли понять свои потребности и возможности в системе и участвовать в принятии решений о своем медицинском обслуживании.

Хотелось бы отметить уровень формализации процесса стандартизации, который направлен на упорядочения деятельности в той или иной области и связан с разработкой соответствующих процедур для всеобщего и многократного использования заинтересованными сторонами в соответствующих ситуациях. Стандарты имеют форму нормативных документов, которые содержат определенные требования, правила или нормы, принимаются соответствующими органами и являются обязательными для исполнения. Именно по такому документу компетентные органы судят о работе соответствующей организации. Так, согласно российскому законодательству, порядки оказания и стандарты медицинской помощи утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти и обязательны для медицинских организаций. Вместе с тем процесс стандартизации следует рассматривать шире, он необязательно включает только юридически обязывающие нормативные документы, но может быть организован и в более свободных рамках, по типу рекомендаций, протоколов и т.д., которые обобщают достижения в той или иной области, систематизируют возможные действия, в том числе направленные на внедрение принятых стандартов.

В России с учетом вышеперечисленного и степени формализации можно выделить несколько взаимосвязанных уровней стандартизации:

- стандарты оказания медицинской помощи, которые содержат алгоритмы лечения тех или иных конкретных заболеваний. В России клинические рекомендации являются основой системы поддержки принятия врачебных решений, управления лечебно-диагностическим процессом и контроля качества медицинской помощи. Они группируются по видам медицинской помощи, выделяемых в России: первичной медико-санитарной, специализированной, скорой и паллиативной медицинской помощи, и включают три составных части: медицинские мероприятия для диагностики заболевания или состояния, медицинские услуги для их лечения и контроля за лечением, необходимые лекарственные препараты с указанием средних суточных и курсовых доз;

— организационно-управленческие стандарты, которые в России оформляются как порядки оказания медицинской помощи; проведение медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения и иные порядки, утвержденные в соответствии с законодательством. При этом порядки включают стандарт оснащения медицинских организаций и рекомендуемые штатные нормативы.

Согласно Основам, медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории РФ всеми медицинскими организациями, на основе клинических рекомендаций, а также с учетом стандартов медицинской помощи, за исключением медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации.

К организационно-управленческим стандартам, на наш взгляд, можно отнести также следующее:

Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ПГГ), которая принимается ежегодно (начиная с 1999 г.). В настоящее время действует ПГГ на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов. Она представляет собой детальный документ, который регулирует организационно-финансовые аспекты, в том числе устанавливает перечень видов, форм и условий предоставления медицинской помощи, перечень заболеваний и состояний, категории граждан, которые обслуживаются бесплатно как за бюджет, так и в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования (ОМС). В ПГГ входит ряд средних нормативов, включая объем и финансовые затраты на единицу объема медицинской помощи, подушевые нормативы финансирования, порядок и структуру формирования тарифов на медицинскую помощь и способы ее оплаты. Следует отметить, что в ПГГ, с одной стороны, включены критерии доступности и качества медицинской помощи, а с другой стороны, прямо отмечается, что она формируется с учетом порядков оказания и стандартов медицинской помощи.

Положение о медицинской организации в соответствии с номенклатурой медицинских организаций, где в зависимости от вида такой организации (больница, поликлиника, диспансер и т.д.) определены основные параметры ее работы, например штатное расписание и оснащенность оборудованием.

Профессиональные стандарты как набор квалификаций, необходимых медицинскому работнику для осуществления профессиональной деятельности. Они регулируют требования к медицинским кадрам, разрабатываемые в соответствии с номенклатурой специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения РФ, утвержденной в 2009 г.

Методические рекомендации по реализации тех или иных мероприятий по совершенствованию организации здравоохранения, которые de facto становятся обязательными для медицинских организаций, задавая основные параметры лучших практик. Например, «новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь», разработанная Минздравом РФ и, по существу, выросшая из пилотного проекта «Бережливая поликлиника». Приоритетный проект «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» с 2019 г. стал частью федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» национального проекта «Здравоохранение». На этой основе региональными Минздравами был принят «новый стандарт поликлиники».

Таким образом, комплексная система стандартизации, постоянно совершенствуясь, способствует выстраиванию алгоритма оказания медицинской помощи на всех уровнях системы здравоохранения России в целях обеспечения ее доступности для граждан [Найговзина и др. 2015].

Вместе с тем в ходе разработки стандартов в здравоохранении необходимо учитывать его специфику. Безусловно, они снижают риски ошибок, усиливают безопасность пациентов, однако главная проблема их применения связана с возможностью их адаптации к конкретной ситуации. Здесь следует иметь ввиду несколько моментов.

Прежде всего, сам процесс стандартизации требует серьезной работы, и проблемы могут возникнуть на этапе разработки, которая сама является сложным не только техническим, но и социальным процессом, а также на стадиях внедрения и сопровождения. Стандарты разрабатываются специальными органами на основании доказательной базы и связаны с определенными процедурами и технологиями. Поэтому важно своевременно инкорпорировать в стандарты новые достижения медицинской науки и практики на основе результатов их применения [Kriznik et al. 2019].

Стандарты, безусловно, не могут быть оторваны от возможностей системы здравоохранения и должны опираться на реальные материальные и технические условия. В этом смысле они в определенной мере выступают как механизм контроля за затратами.

При этом стандартизация часто рассматривается медицинским персоналом негативно как средство контроля за их действиями, особенно если не продемонстрирована реальная польза «универсализации» для конкретных пациентов. Вместе с тем наличие стандартов в определенном смысле облегчает жизнь врачей, предоставляя им готовые решения, тем самым экономя время и повышая результативность работы [Караева 2016; Тихонова и др. 2020].

Однако остается вопрос о возможностях и ограничениях стандартных подходов к оказанию медицинской помощи, особенно в свете развития курса на усиление персонализированного подхода в здравоохранении. Он подразумевает, что к каждому пациенту следует относиться как к уникальной личности, активно вовлекая его/ее в процесс принятия решений по поводу здоровья. Стандарт же, по сути, предлагает определенные универсальные решения для типовых ситуаций. Хотя следует отметить, что, с одной стороны, происходит отождествление персонализации с генетикой и индивидуальным подбором лекарств, а, с другой стороны, заболеваемость все чаще принимает полиморбидность, то есть у пациента есть несколько заболеваний, которые могут быть не просто сопутствующими и регулироваться различными стандартами.

Как представляется, компромисс здесь может быть найден в том числе на пути развития поведенческих стандартов в здравоохранении. Это, на наш взгляд, подразумевает, что при наличии общих клинических протоколов, основанных на доказательствах, надо дать пациенту почувствовать, что его/ее опыт является индивидуальным. Таким образом, стандартизация, с одной стороны, и персонализация, с другой стороны, могут быть соединены в повседневной управленческой и медицинской практике.

Финансирование здравоохранения: Россия в контексте мирового опыта

Финансовым аспектам доступа к здравоохранению уделяется серьезное внимание, в том числе в рамках деятельности ВОЗ. Прежде всего речь идет о защите граждан от финансовых рисков, которые могут возникнуть при получении медицинской помощи. В данной ситуации возможно использование различных индикаторов, которые рассматриваются как часть системы показателей для оценки достижения целей устойчивого развития, например доля населения, охваченного медицинским страхованием, общественной системой или социальным страхованием,

на 1000 человек населения; или отсутствие охвата какой-либо формой финансовой защиты (определенное как расходы домохозяйства на здравоохранение, как доля общих расходов домохозяйства с установленным порогом не более 25%).

В данном контексте доступность гарантируется достаточным уровнем финансирования здравоохранения. Оно может быть государственное, включая государственный бюджет и средства ОМС, и частное — личные выплаты в момент получения услуги и различные формы добровольного медицинского страхования, в том числе по месту работы (Рисунок 1).

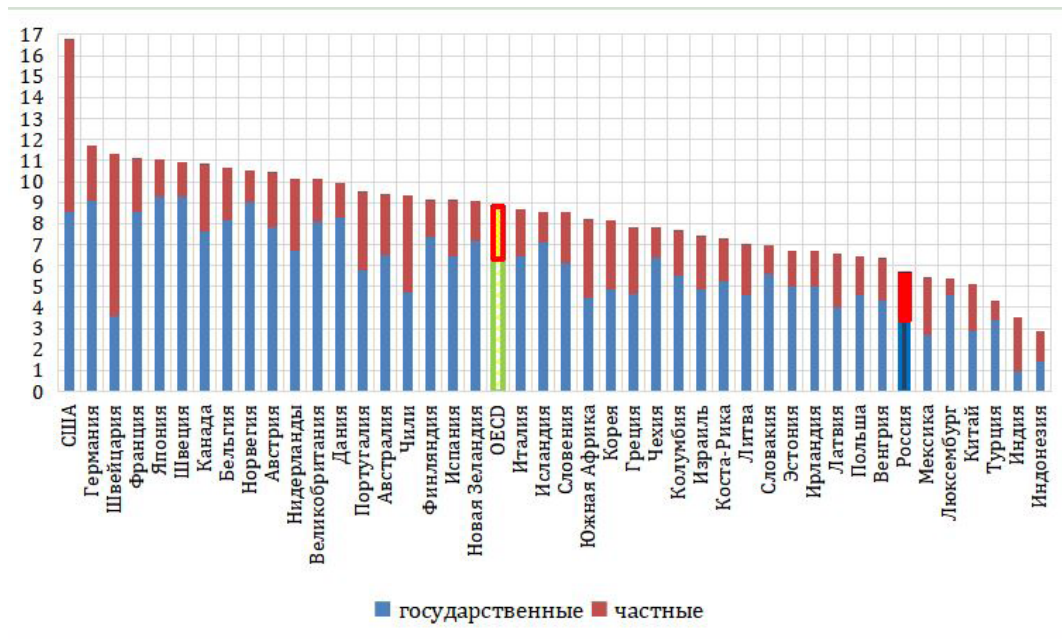


Рисунок 1. Доля государственных и частных расходов на здравоохранение в ВВП, 2019 г., %³

В настоящее время в России низкий уровень государственного финансирования свидетельствует о проблеме с доступностью медицинской помощи⁴. На протяжении долгого периода времени оно составляло всего около 3,2–3,5% ВВП. На Рисунке 1 видно, что Россия по этому показателю существенно отстает от многих развитых государств. Доля расходов на здравоохранение в общих государственных расходах (Рисунок 2) составляет 10% и также существенно ниже, чем в большинстве стран-членов ОЭСР.

³ Составлено автором по: Health at a Glance 2021. OECD Indicators // OECD iLibrary [Электронный ресурс]. URL: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/ae3016b9-en.pdf?expires=1669019470&id=id&accname=guest&checksum=C15F66B2A1B867BBCE0A8BDAF8CB150> (дата обращения: 20.08.2022).

⁴ Public Spending on Health: A Closer Look at Global Trends // World Health Organization [Электронный ресурс]. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/276728/WHO-HIS-HGF-HF-WorkingPaper-18.3-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (дата обращения: 20.08.2022).

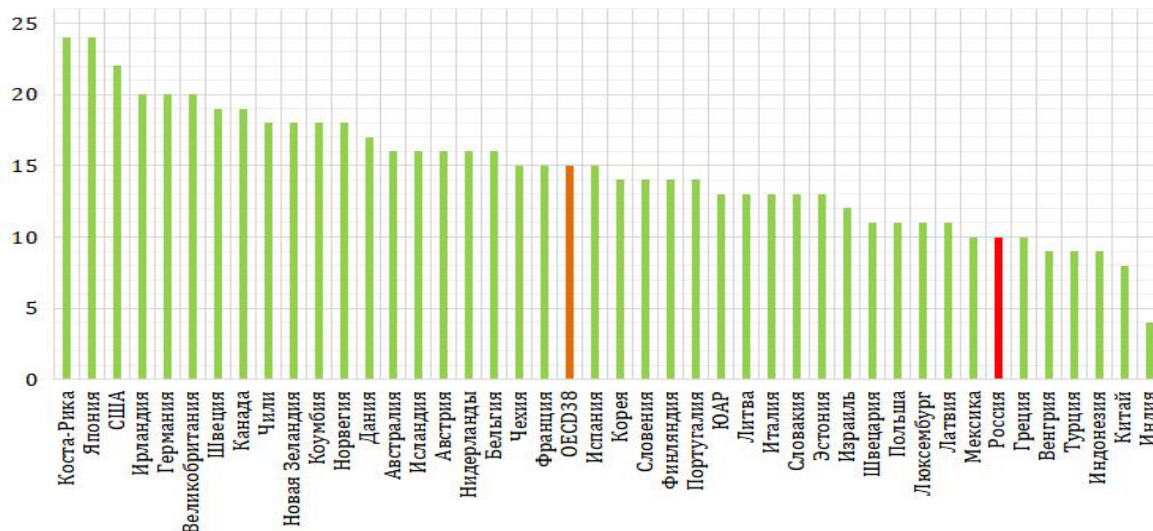


Рисунок 2. Доля государственных расходов на здравоохранение в общих государственных расходах в 2019 г., %⁵

Вместе с тем на Рисунке 1 видно, что общий уровень финансирования в 2019 г. составил 5,6% ВВП и он уже складывается с учетом частного финансирования, которое достигает 40% текущих расходов на здравоохранение. Таким образом, в условиях низкого уровня общественного финансирования происходит увеличение частных выплат. Этому способствует возможность получения платных услуг в государственных учреждениях. Но особую озабоченность вызывает тот факт, что более 90% частных расходов составляют личные платежи граждан. Это означает усиление привязки получения медицинской помощи к доходам населения. Следует отметить, что в России все граждане охвачены системой ОМС и имеют право на бесплатную медицинскую помощь. Однако рост частных выплат в условиях низкого уровня общественного финансирования свидетельствует о проблеме с доступностью в системе оказания медицинской помощи за счет общественных источников. При этом исследования показывают, что более высокие общественные расходы в целом обеспечивают более высокий уровень финансовой защиты граждан [Панова 2019].

В то же время выплаты «из кармана» граждан могут:

- создать финансовый барьер для доступа к услугам здравоохранения, формируя неудовлетворенную потребность;
- привести к финансовым трудностям для тех, кто использует платные медицинские услуги, при этом граждане могут столкнуться с обоими следствиями.

Обращает на себя внимание тот факт, что в критериях доступности медицинской помощи, предусмотренных VIII разделом Программы ПГГ, нет ни одного показателя финансовой доступности. Содержащиеся там финансовые нормативы — доля общих расходов территориальных ПГГ, выделяемых на оказание медицинской помощи в условиях дневных стационаров и в амбулаторных условиях в неотложной форме, регулируют структуру распределения средств, а не общий уровень финансирования.

В настоящее время активно обсуждается вопрос финансовой устойчивости систем здравоохранения [Sepetis 2020; Dzau, Balatbat 2020]. На макроуровне необходимо решить две базовые проблемы, а именно определить источники финансирования и объем выделяемых средств.

⁵ Составлено автором по: Health at a Glance 2021. OECD Indicators // OECD iLibrary [Электронный ресурс]. URL: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/ae3016b9-en.pdf?expires=1669019470&id=id&accname=guest&checksum=C15F66B2A1B867BBCE0A8BDAF8CB150> (дата обращения: 20.08.2022).

Следует учитывать и механизмы сбора (объединения) средств и их дальнейшего распределения по отраслям системы здравоохранения и конкретным медицинским организациям. Кроме того, когда ставится задача обеспечения универсального доступа, необходимо закладывать в текущее финансирование возможность развития, улучшения, а не просто фиксировать текущую ситуацию.

Таким образом, основное внимание по-прежнему уделяется государственным расходам как основному пути к достижению всеобщего охвата услугами здравоохранения, а не менее справедливым источникам финансирования, таким как выплаты «из кармана» или частное медицинское страхование. При определении объемов финансирования можно использовать и относительные, и абсолютные показатели, которые имеют как преимущества, так и недостатки, ограничивающие их использование. В качестве абсолютного показателя в здравоохранении часто используют подушевое финансирование, однако оно покрывает предоставление заданного объема медицинских услуг, не учитывая необходимость их расширения при переходе к всеобщему медицинскому обслуживанию. Относительные целевые показатели, требующие выделения определенной части общих государственных расходов на здравоохранение, могут войти в противоречие с формированием расходов на другие цели, в том числе и социальные. Однако, несмотря на критику, для определения государственного финансирования здравоохранения широко используется показатель ВВП, который позволяет учитывать доступность здравоохранения с учетом экономических возможностей той или иной страны, уровня ее благосостояния. При этом возникает вопрос о том, какую долю ВВП государство должно выделять на охрану здоровья населения.

Целевой показатель государственных расходов на здравоохранение в размере не менее 5% ВВП, на который часто ссылаются и политики, и исследователи, основан на широких сравнениях между странами и вполне релевантен для России, где пока еще не достигнут. Согласно данным ВОЗ, государственные расходы на здравоохранение в размере около 6% ВВП ограничат выплаты «из кармана» до суммы, которая сделает вероятность финансовой катастрофы незначительной⁶. В целом этот вывод подтверждается рядом исследований, прогнозирующих потребности в финансовых ресурсах для обеспечения всеобщего доступа к системам здравоохранения с использованием данных о стоимости услуг и методов моделирования, которые показывают, что общественные расходы на здравоохранение должны составлять 6–7% от ВВП [McIntyre, Meheus 2014].

Для системы здравоохранения, финансируемой за счет общественных источников, определение общей суммы расходов является важнейшим решением, которое задает общий уровень потребления гражданами медицинских услуг. Безусловно, процесс принятия политических решений основан на определенных компромиссах, связанных с необходимостью учета ряда параметров, включая анализ прогнозных данных, таких как численность населения и уровень заболеваемости, сравнение с международными показателями и лучшими практиками, а также состояние общих макроэкономических показателей [Appleby 2015]. Необходимо учитывать как соотношения затрат и выгод, так и необходимость финансирования государством других направлений деятельности в условиях ограниченного бюджета.

В этих условиях возможным компромиссом представляется использование косвенных инструментов финансового обеспечения здравоохранения, связанных прежде всего со стимулированием государством развития других форм финансирования здравоохранения. Однако и здесь следует сосредоточить внимание на тех из них, которые обеспечивают

⁶ Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Финансирование систем здравоохранения. Путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью // ВОЗ [Электронный ресурс]. URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87685/9789244564028_rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y (дата обращения: 20.08.2022).

определенный уровень объединения ресурсов и перераспределения, таких как групповое добровольное медицинское страхование. В настоящее время оно довольно слабо развито в России и используется в основном в корпоративном секторе. Вместе с тем такие инструменты, на наш взгляд, не являются нейтральными и должны рассматриваться как дополнительные. Поскольку основным методом стимулирования частного медицинского страхования являются налоговые льготы, необходимо иметь в виду, что использование общественных средств для оплаты налоговых льгот отвлекает средства от финансирования государственной системы здравоохранения, поэтому, чтобы сохранить заданный уровень, нужно или повышать налоги, или снижать расходы в других областях. Преференциальный налоговый режим ведет к снижению налоговой базы и доходов бюджета и может поощрить излишнее потребление, так как потребители защищены от прямых расходов на медицинское обслуживание [Кислицына, Чубарова, 2018].

Заключение

Стандарты, ставя общую цель улучшения результатов лечения, дают возможность органам управления здравоохранением, конкретным медицинским организациям и широкой общественности оценивать не только оказанные медицинские услуги, но и общий уровень развития здравоохранения как сложной организационной системы. Они важны и с клинической, и организационно-финансовой точки зрения, гарантируя, что граждане получают необходимую услугу, обеспечивая ее безопасность и качество. Поэтому стандарты образуют систему, охватывая весь спектр деятельности по охране здоровья населения. Вместе с тем следует отметить, что в России существуют резервы для повышения роли стандартов в развитии здравоохранения.

Необходимы стандарты в широком смысле, закрепляющие общие цели и принципы работы здравоохранения как системы, ее роль в современном обществе, которая стала особенно видимой в период пандемии. Причем в настоящее время важно повернуть стандарты «лицом» к пациентам и общественности, чтобы они были просты и понятны для большинства. В этом контексте разработка пациент-центрированных поведенческих стандартов должна стать частью общей системы совершенствования стандартизации в здравоохранении.

Особое внимание необходимо обратить на преодоление финансовых барьеров доступности необходимой медицинской помощи, когда ее получение ставится в зависимость от дохода граждан, что в значительной мере определяется уровнем финансирования системы здравоохранения. В настоящее время увеличение личных платежей граждан на фоне низкой относительной доли расходов на здравоохранение в ВВП подтверждает недостаточность объема государственных средств, выделяемых на здравоохранение в России. В этой связи представляется важным ввести финансовые показатели в критерии доступности, используемые в здравоохранении, причем их спектр может быть достаточно широким. Помимо этого, государство может использовать и косвенные механизмы для поощрения развития финансирования из других источников, прежде всего основанных на объединении ресурсов, например групповое добровольное медицинское страхование. В данном случае функцию софинансирования и/или организации могли бы взять на себя работодатели.

Таким образом, у государства есть достаточный набор инструментов, которые могут быть использованы для обеспечения доступности системы здравоохранения. Как представляется, должное внимание к рассмотренным выше инструментам, а именно стандартизации и финансированию, позволит России решить те задачи, которые государство формулирует в здравоохранительной политике.

Список литературы:

Григорьева Н.С. Социальные стандарты качества жизни: к постановке вопроса // Стандарты и качество. 2022. № 7. С. 91–95. DOI: [10.35400/0038-9692-2022-7-134-22](https://doi.org/10.35400/0038-9692-2022-7-134-22)

Караева О.С. Реформа здравоохранения в оценках врачей и пациентов. Социологический анализ институциональных изменений 2012–2016 гг. // Вестник общественного мнения. Данные. Анализ. Дискуссии. 2016. № 3-4 (122). С. 93–108. DOI: [10.24411/2070-5107-2016-00018](https://doi.org/10.24411/2070-5107-2016-00018)

Карпова О.Б., Загоруйченко А.А. Актуальные вопросы кадрового обеспечения в здравоохранении в России и в мире // Здравоохранение Российской Федерации. 2022. Т. 66. № 3. С. 181–187. DOI: [10.47470/0044-197X-2022-66-3-181-187](https://doi.org/10.47470/0044-197X-2022-66-3-181-187)

Кислицына О.А., Чубарова Т.В. Современное государство в смешанной экономике благосостояния (на примере здравоохранения). М.: Институт экономики РАН, 2018.

Найговзина Н.Б., Филатов В.Б., Бороздина О.А. История стандартизации в отечественном здравоохранении // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. 2015. № 1. С. 71–88.

Панова Л.В. Доступность медицинской помощи: Россия в европейском контексте // Журнал исследований социальной политики. 2019. Т. 17. № 2. С. 177–190. DOI: [10.17323/727-0634-2019-17-2-177-190](https://doi.org/10.17323/727-0634-2019-17-2-177-190)

Тихонова Н.К., Гаврилов С.Н., Дехнич С.Н., Каманин Е.И., Тихонов В.Г. Проблемы стандартизации здравоохранения: отношение врачей к стандартам и врачебные ошибки // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. 2020. Т. 19. № 1. С. 245–249.

Чубарова Т.В. Экономика здравоохранения. Теоретические аспекты. М.: Институт экономики РАН, 2008.

Appleby J. How Much Should We Spend on Health Care? // The Surgeon: Journal of the Royal Colleges of Surgeons of Edinburgh and Ireland. 2015. Vol. 13. Is. 3. P. 121–126. DOI: [10.1016/j.surge.2014.11.004](https://doi.org/10.1016/j.surge.2014.11.004)

Carrillo J.E., Carrillo V., Perez H.R., Salas-Lopez D., Natale-Pereira A., Byron A. Defining and Targeting Health Care Access Barriers // Journal of Health Care for the Poor and Underserved. 2011. Vol. 22. Is. 2. P. 562–575. DOI: [10.1353/hpu.2011.0037](https://doi.org/10.1353/hpu.2011.0037)

Dahlgren G., Whitehead M. European Strategies for Tackling Social Inequities in Health: Levelling up Part 2. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2007.

Dzau V.J., Balatbat C. Strategy, Coordinated Implementation, and Sustainable Financing Needed for COVID-19 Innovations // Lancet. 2020. Vol. 396. Is. 10261. P. 1469–1471. DOI: [10.1016/S0140-6736\(20\)32289-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32289-3)

Kelly Y, O'Rourke N, Flynn R, Hegarty J, O'Connor L. Definitions of Health and Social Care Standards Used Internationally: A Narrative Review // International Journal of Health Planning and Management. 2022. DOI: [10.1002/hpm.3573](https://doi.org/10.1002/hpm.3573)

Kriznik N.M., Lamé G., Dixon-Woods M. Challenges in Making Standardisation Work in Healthcare: Lessons from a Qualitative Interview Study of a Line-Labeling Policy in a UK Region // BMJ Open. 2019. Vol. 9. Is. 11. DOI: [10.1136/bmjopen-2019-031771](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031771)

McIntyre D., Meheus F. Fiscal Space for Domestic Funding of Health and Other Social Services // Centre on Global Health Security Working Group Papers. 2014. Working Group on Financing. Paper 5. URL: https://www.chathamhouse.org/sites/default/files/home/chatham/public_html/sites/default/files/20140300DomesticFundingHealthMcIntyreMeheus.pdf

Sepetis A. Sustainable Finance in Sustainable Health Care System // Open Journal of Business and Management. 2020. Vol. 8 Is 1. P. 262–281. DOI: [10.4236/ojbm.2020.81016](https://doi.org/10.4236/ojbm.2020.81016)

References:

Appleby J. (2015) How Much Should We Spend on Health Care? The Surgeon: *Journal of the Royal Colleges of Surgeons of Edinburgh and Ireland*. Vol. 13. Is. 3. P. 121–126. DOI: [10.1016/j.surge.2014.11.004](https://doi.org/10.1016/j.surge.2014.11.004)

Carrillo J.E., Carrillo V., Perez H.R., Salas-Lopez D., Natale-Pereira A., Byron A. (2011) Defining and Targeting Health Care Access Barriers. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. Vol. 22. Is. 2. P. 562–575. DOI: [10.1353/hpu.2011.0037](https://doi.org/10.1353/hpu.2011.0037)

Chubarova T.V. (2008) *Ekonomika zdravookhraneniya. Teoreticheskiye aspekt* [Economics of health care. Theoretical aspects]. Moscow: Institut ekonomiki RAN.

Dahlgren G., Whitehead M. (2007) *European Strategies for Tackling Social Inequities in Health: Levelling up Part 2*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Dzau V.J., Balatbat C. (2020) Strategy, Coordinated Implementation, and Sustainable Financing Needed for COVID-19 Innovations. *Lancet*. Vol. 396. Is. 10261. P. 1469–1471. DOI: [10.1016/S0140-6736\(20\)32289-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32289-3)

Grigorieva N. (2022) Social Standards of Life Quality: Raising the Question. *Social Standards and Quality*. No. 7. P. 91–95. DOI: [10.35400/0038-9692-2022-7-134-22](https://doi.org/10.35400/0038-9692-2022-7-134-22)

Karaeva O.S. (2016) Healthcare Reform in the Assessments of Doctors and Patients: The Sociological Analysis of Institutional Changes of 2012–2016. *Vestnik obshchestvennogo mneniya. Dannyye. Analiz. Diskussii*. No. 3–4 (122). P. 93–108. DOI: [10.24411/2070-5107-2016-00018](https://doi.org/10.24411/2070-5107-2016-00018)

Karpova O.B., Zagoruychenko A.A. (2022) Current Issues of Staffing in Healthcare in Russia and in the World. *Zdravookhraneniye Rossiyskoy Federatsii*. Vol. 66. No. 3. P. 181–187. DOI: [10.47470/0044-197X-2022-66-3-181-187](https://doi.org/10.47470/0044-197X-2022-66-3-181-187)

Kelly Y, O'Rourke N, Flynn R, Hegarty J, O'Connor L. (2022) Definitions of Health and Social Care Standards Used Internationally: A Narrative Review. *International Journal of Health Planning and Management*. DOI: [10.1002/hpm.3573](https://doi.org/10.1002/hpm.3573)

Kislitsyna O.A., Chubarova T.V. (2018) *Sovremennoye gosudarstvo v smeshannoy ekonomike blagosostoyaniya (na primere zdravookhraneniya)* [The modern state in a mixed welfare economy (on the example of healthcare)]. Moscow: Institut ekonomiki RAN.

Kriznik N.M., Lamé G., Dixon-Woods M. (2019) Challenges in Making Standardisation Work in Healthcare: Lessons from a Qualitative Interview Study of a Line-Labeling Policy in a UK Region. *BMJ Open*. Vol. 9. Is. 11. DOI: [10.1136/bmjopen-2019-031771](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031771)

McIntyre D., Meheus F. (2014) Fiscal Space for Domestic Funding of Health and Other Social Services. *Centre on Global Health Security Working Group Papers. Working Group on Financing. Paper 5*. Available: https://www.chathamhouse.org/sites/default/files/home/chatham/public_html/sites/default/files/20140300DomesticFundingHealthMcIntyreMeheus.pdf

Naigovzina N.B., Filatov V.B., Borozdina O.A. (2015) History of Standardization in the National Healthcare System. *ORGZDRAV: novosti, mneniya, obucheniye*. No. 1. P. 71–88.

Panova L.V. (2019) Access to Healthcare: Russia in the European Context. *Zhurnal issledovaniy sotsial'noy politiki*. Vol. 17. No. 2. P. 177–190. DOI: [10.17323/727-0634-2019-17-2-177-190](https://doi.org/10.17323/727-0634-2019-17-2-177-190)

Sepetis A. (2020) Sustainable Finance in Sustainable Health Care System. *Open Journal of Business and Management*. Vol. 8. No. 1. P. 262–281. DOI: [10.4236/ojbm.2020.81016](https://doi.org/10.4236/ojbm.2020.81016)

Tikhonova N.K., Gavrilov S.N., Dehnich S.N., Kamanin E.I., Tikhonov V.G. (2020) Problems of Healthcare Standardization: Attitude of Doctors to Standards and Medical Errors. *Vestnik Smolenskoj gosudarstvennoj meditsinskoj akademii*. Vol. 19. No. 1. P. 245–249.

Дата поступления/Received: 08.09.2022