

СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ SOCIAL PROBLEMS OF HEALTH CARE SERVICES

Оригинальная статья / Original article

Охват услугами здравоохранения населения России и стран ЕС: сравнительный анализ

© Л.В. ПАНОВА, А.Ю. ПАНОВА

Панова Людмила Васильевна, Социологический институт Федерального научно-исследовательского социологического центра Российской академии наук (Санкт-Петербург, Россия), l_panova@list.ru. ORCID: 0000-0001-8660-3977

Панова Анастасия Юрьевна, Российский государственный гидрометеорологический университет (Санкт-Петербург, Россия), p_panova08@list.ru. ORCID: 0000-0001-7673-1721

Проведен сравнительный анализ всеобщего охвата услугами здравоохранения (ВОУЗ) населения России и стран ЕС за период 2019–2020 гг. В исследовании использована концепция трехмерного измерения охвата медицинской помощью Р. Буссе, Дж. Шрейёгга и К. Герика. По этой методике уровень развития ВОУЗ определяют три показателя: охват населения, имеющего право на финансируемые государством медицинские услуги; набор медицинских услуг по программе государственных гарантий; личные расходы населения на медицинскую помощь. Базой анализа стали данные Росстата, Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР); в исследовании использованы количественные методы. Сделаны следующие выводы. Во-первых, медицинская помощь в России и странах Евросоюза охватывает практически все население. Перечень медицинских услуг (какую именно помощь обеспечивает программа государственных гарантий) существенно различается в России и многих странах ЕС. Российская программа покрывает намного меньше услуг и товаров медицинского назначения, что не соответствует потребностям населения в медицинской помощи. В частности, по программе государственных гарантий оплачивается только половина (52%) услуг амбулаторной помощи. В странах Евросоюза данный показатель составляет 78%. Также Россия значительно отстает от средних стандартов ЕС по обеспечению амбулаторных пациентов лекарствами. Данная ситуация связана с тем, что в России государство последние 20 лет не выделяет достаточно средств на здравоохранение (около 3,5% от ВВП и 4,6% в начале пандемии), в значительной степени полагаясь на траты домохозяйств.

Ключевые слова: охват медицинской помощи, покрытие услуг здравоохранения, распределение затрат, личные платежи, Россия, ЕС

Цитирование: Панова Л.В., Панова А.Ю. (2024) Охват услугами здравоохранения населения России и стран ЕС: сравнительный анализ // Общественные науки и современность. № 2. С. 91–103. DOI: 10.31857/S0869049924020073, EDN: zmsrwu

Coverage of Health Care Services in Russia and EU Countries: Comparative Analysis

© L.V. PANOVA, A.YU. PANOVA

Lyudmila V. Panova, Sociological Institute of the Federal Research Sociological Center of the Russian Academy of Sciences (St. Petersburg, Russia), l_panova@list.ru. ORCID: 0000-0001-8660-3977

Anastasia YU. Panova, Russian State Hydrometeorological University (St. Petersburg, Russia), n_panova08@list.ru. ORCID: 0000-0001-7673-1721

Abstract. An analysis of universal health coverage (UHC) of the Russian population compared to EU countries for the period 2019–2020 is provided. The concept of three-dimensional measurement of health care coverage proposed by R. Busse, J. Schreyögg and C. Gericke is used as basis of the research. Within the framework of this methodology, three indicators are applied that determine the level of UHC development: 1) coverage of the population eligible for publicly funded health services; coverage of medical services included in the program of state guarantees; and personal medical expenses of the population. Comparative analysis was applied using quantitative methods on the databases of Rosstat, the World Health Organization (WHO) and the Organization for Economic Cooperation and Development (OECD). The following conclusions were made. Medical assistance in Russia and the EU countries covers almost the entire population. Coverage of medical services (what kind of care is provided by the state guarantees programs) differs significantly in Russia and many EU countries. In Russia much fewer services and medical supplies are covered, which does not meet the needs of the population in medical care. In particular, this applies to outpatient care, where only half (52%) of the services are paid under the state guarantee program. In EU countries, on average, the state pays 78% of outpatient care costs. The medication supply to outpatients also lags far behind the average EU standards. The main reason for this situation is related to the fact that Russia provided insufficient funds on healthcare over the past twenty years (3.5% of GDP and 4.6% at the beginning of the pandemic), relying heavily on household spending.

Keywords: medical care coverage, health services coverage, costs distribution, out-of-pocket payments, Russia, EU

Citation: Panova L.V., Panova A.YU. (2024) Coverage of Health Care Services in Russia and EU Countries: Comparative Analysis. *Obshchestvennye nauki i sovremennost'*, no. 2, pp. 91–103. DOI: 10.31857/S0869049924020073, EDN: zmsrwu (In Russ.).

Концепцию всеобщего охвата населения услугами здравоохранения (ВОУЗ) предложили представители движения «Здоровье для всех» еще в 1970-х гг. Данные концептуальные установки получили свое развитие в Алма-Атинской декларации 1978 г. по первичной медико-санитарной помощи на международной конференции под патронажем ВОЗ. Деятельность по всеобщему охвату населения медицинскими услугами за прошедшие десятилетия приняла такой размах, что Организация Объединенных Наций в 2015 г. включила соответствующие рекомендации в Повестку дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. (в задачи ЦУР № 3)¹.

Большой интерес к этой проблеме отразился в многочисленных исследованиях. В различных тематических работах рассматривают стратегии обеспечения всеобщего охвата,

¹ Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development (A/70/1). United Nations. 35 P. 21 October 2015. (https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_RES_70_1_E.pdf).

модели организации здравоохранения, способы и источники финансирования данных услуг, а также необходимые для этого пакеты госгарантий [Чубарова 2022; Улумбекова, Гинойн, Калашикова, Альвианская 2019; Wagstaff, Neelsen 2020; Hogan, Sevens, Hosseinpoor, Boerma 2017].

Цель исследования – провести сравнительный анализ ВОУЗ населения России и стран Евросоюза. Рассмотрены его основные показатели, проанализированы особенности получения услуг здравоохранения в России.

Измерение ВОУЗ основано на методике оценки состояния здравоохранения, которую предложили немецкий экономист Р. Бусс и его коллеги в 2007 г. [Busse, Schreyögg, Gericke 2007]. Их исследование позволило выявить и сформулировать основные характеристики универсального охвата услугами здравоохранения в трех измерениях: кто охвачен, что охвачено и стоимость непокрытых услуг. Степень охвата зависит от политики здравоохранения в конкретной стране.

Следует заметить, что впоследствии подобную методику измерения ВОУЗ начала использовать Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ)². В целом на нее опираются многие исследования универсального охвата услугами здравоохранения и доступа к медицинской помощи [Rice, Quentin, Anell, Barnes, Rosenau, Unruh, Ginneken 2018; Paris, Hewlett, Auraaen, Alexa, Simon 2016].

В рамках такого подхода в данной работе использованы следующие показатели: охват населения, которое имеет право на финансируемые государством медицинские услуги (кто охвачен); набор медицинских товаров и услуг, которые входят в программу государственных гарантий (что охвачено); личные расходы населения на медицинскую помощь.

Информационную основу исследования составили базы статистических данных Росстата, ВОЗ и Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР). Использованы количественные методы сравнительного анализа – главным образом относительные величины. ВОЗ определяет основные показатели следующим образом. Всеобщий охват услугами здравоохранения означает, что все люди получают необходимые им медико-санитарные услуги, не испытывая при этом финансовых трудностей. Подобные действия включают в себя полный набор основных качественных медико-санитарных услуг для укрепления здоровья и его профилактики, а также лечения, реабилитации после заболеваний и, при необходимости, паллиативной помощи.

Охват населения, имеющего право на финансируемые государством медицинские услуги, равен доле населения, которая обеспечена набором товаров медицинского назначения и услугами в рамках государственного снабжения и частного медицинского страхования. Второй параметр показывает уровень развития ВОУЗ – набор медицинских услуг, которые входят в программу государственных гарантий. Данный показатель отражает долю государственных затрат на получение услуг и товаров медицинского профиля, включенных в программу государственных гарантий. Третий показатель – личные платежи населения за медицинскую помощь – определяет частную систему финансирования. Сравнительный анализ возможно провести за счет того, что приведенные показатели определены на основе данных Системы счетов здравоохранения 2011 г. [Система счетов здравоохранения... 2022]. Следовательно, они сопоставимы.

² The world health report. Health systems financing: the path to universal coverage. Geneva, World Health Organization. 2010. (https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44371/9789241564021_eng.pdf?sequence=1).

Охват населения, имеющего право на финансируемые государством медицинские услуги

Основной набор медицинских услуг обычно включает в себя консультации с врачами, обследования, стационарное лечение и профилактические меры.

В России с принятием Федерального закона «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (1991 г.) жители могут пользоваться бесплатными услугами здравоохранения через систему обязательного медицинского страхования (ОМС). Численность лиц, охваченных этой услугой, в 2020 г. составила 99,6% от всего населения России³.

В странах Евросоюза полный охват населения основными услугами (100%) наблюдается в большинстве государств. Только в Словакии, Венгрии и Польше 5–8% населения не покрыты государственной системой здравоохранения (см. рис. 1).

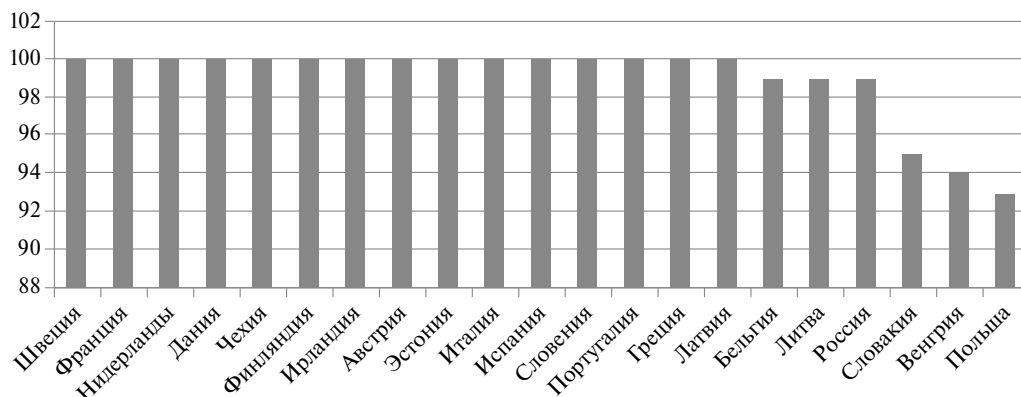


Рисунок 1. Охват населения услугами здравоохранения, финансируемого государством, %, 2020 г.

Figure 1. Coverage of the population with publicly funded health services, %, 2020

Источник: [OECD Health Statistics 2022].

Source: [OECD Health Statistics 2022].

Следует отметить, что значительную роль в этом отношении в странах Евросоюза играет добровольное медицинское страхование (ДМС). Охват населения основным набором услуг обычно учитывается независимо от того, обеспечено оно за государственный счет или через ДМС. Между тем часть стран добивается универсального покрытия за счет частных страховок: например, в Нидерландах⁴ и Греции⁵ обязательное медицинское страхование поддерживают государственными субсидиями.

³ Отчет о результатах деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2020 году. М. 2021.

⁴ Netherlands: Country Health Profile 2023. European Observatory on Health Systems and Policies Publications Country Health Profiles. 15 Dec 2023. (https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/netherlands-country-health-profile-2023_3110840c-en).

⁵ Greece: Country Health Profile 2023. European Observatory on Health Systems and Policies Publications Country Health Profiles. 15 Dec 2023. (https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/greece-country-health-profile-2023_dd530c3e-en).

Добровольное страхование может обеспечить выполнение разных задач: возмещать затраты, которые не покрывает государство; получать дополнительные услуги (дополнительная страховка); ускорить доступ к услуге или расширить выбор поставщиков (дублирующая страховка).

Дополнительная страховка важна для универсального охвата. Более половины населения стран Евросоюза имеет дополнительное частное страховое покрытие. Во Франции почти все население (95,5%) имеет дополнительную страховку, затраты в системе социального обеспечения разделены за счет государственных субсидий, в результате чего медуслуги бедным домохозяйствам предоставляют бесплатно или по сниженным ставкам. В Нидерландах существует самый большой рынок дополнительных услуг в Европе: 87,6% населения использует частное страхование при оплате стоматологической помощи и физиотерапии [Baeten, Spasova, Vanhercke, Coster 2018].

В России добровольное медицинское страхование менее распространено: по данным ОЭСР, в добровольном медицинском страховании участвует только десятая часть (9,5%) населения страны⁶.

Медленное развитие ДМС можно объяснить низкими доходами населения и высокой стоимостью полисов, что подтверждает сравнение их стоимости и среднего дохода населения. Стоимость страховки по ДМС достигает 250 тыс. руб. в зависимости от места жительства, возраста и состояния здоровья пациента. По данным за 2022 г., топ-5 страховых компаний России (АО «СОГАЗ», САО «РЕСО-Гарантия», АО «АльфаСтрахование», СПАО «Ингосстрах», ПАО СК «Росгосстрах») предлагали три основных варианта полиса. Базовая страховка (минимальный уровень) на 1 год для мужчины 35 лет без вредных привычек и хронических заболеваний составляла 15–18 тыс. руб. в регионах и около 40 тыс. руб. в Москве. Программа «Премиум» для такого же пациента, которая включала в себя экстренную помощь, стационар и стоматологию, в Москве стоила 95 тыс. руб., в Ростове – от 60 тыс. руб. Для пациентов более старшего возраста стоимость возрастала примерно на 40 тыс. руб. в обоих случаях. Цена полного пакета со всеми параметрами обслуживания, включая профилактические осмотры, для молодого пациента в Москве составляла 170 тыс. руб., в регионах – от 100 тыс. руб. Для пациентов в возрасте стоимость увеличилась до 150 тыс. в регионах и до 250 тыс. руб. в Москве⁷.

По данным Росстата, среднедушевой номинальный денежный доход в России увеличился в 2022 г. на 12,4%, составив 45,3 тыс. руб. В то же время реальные располагаемые денежные доходы населения (скорректированные на инфляцию и за вычетом обязательных платежей) сократились на 1%⁸. В сложившихся условиях трудно ожидать, что население страны будет активно участвовать в ДМС.

По данным Центрального Банка РФ, средняя страховая премия по договорам ДМС, заключенным с физическими лицами, во II квартале 2022 г. не превышала 2 тыс. руб. В I квартале 2023 г. количество заключенных договоров увеличилось на 1,9% г/г. – главным образом за счет розничных клиентов, которые, как правило, приобретают недорогие страховые программы (страхование от критических заболеваний, диспансеризация). Также на динамику повлиял рост страхования мигрантов из-за притока иностранных

⁶ OECD Health Statistics 2022. Definitions, Sources and Methods. OECD. 2022. (<https://www.oecd.org/els/health-systems/Table-of-Content-Metadata-OECD-Health-Statistics-2022.pdf>).

⁷ Удовиченко В. Что нужно знать о добровольном медицинском страховании и когда выгодно оформить полис ДМС. Banki.ru. 20.12.2022. (<https://www.banki.ru/news/daytheme/?id=9515683>).

⁸ Росстат представляет информацию о границе бедности 2022 года. Федеральная служба государственной статистики. 10 марта 2023. (<https://rosstat.gov.ru/folder/313/document/200416>).

рабочих в Россию в начале 2023 г. Выплаты по договорам ДМС в I квартале 2023 г. увеличились на 8,2% – в том числе в связи с ростом стоимости медицинских товаров и услуг⁹.

Подводя промежуточные итоги, можно сказать, что в России и большинстве стран ЕС население преимущественно обеспечено бесплатной медицинской помощью – достигнут полный или почти полный охват населения, которое имеет право на финансируемые государством медицинские услуги.

Охват медицинских товаров и услуг, входящих в программу государственных гарантий

Основной характеристикой систем здравоохранения выступает право на получение медицинских товаров и услуг, которые входят в программу государственных гарантий. Охват государственными затратами медицинской помощи служит универсальным индикатором оценки благополучия в сфере здравоохранения европейских стран [Baeten, Spasova, Vanhercke, Coster 2018]. Сравнив величины базовых пакетов, можно оценить доступность медицинского обслуживания в стране [Gibis, Koch-Wulkan, Bultman 2004].

В России с 1998 г. действует Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Страны ЕС законодательными актами устанавливают пакеты соответствующих льгот для населения, основой которых служит проект «Корзина для здоровья» [Schreyögg, Stargardt, Velasco-Garrido, Busse 2005].

В странах Евросоюза в 2020 г. более трех четвертей всех расходов на медицинскую помощь покрывало государство за счет прямых налогов или ОМС. Однако различия между странами в степени охвата довольно значительны. В Чехии 88% медицинских услуг оплачивают из госбюджета, в Германии и Франции – 85%. Однако Греция и Болгария оплачивают только 62% расходов, остальное покрывает население. В России на Программу государственных гарантий, которая позволяет получить бесплатную медицинскую помощь, приходится 61% от общих затрат на здравоохранение¹⁰.

В табл. 1 представлена доля государственных расходов в разрезе видов медицинской помощи. Согласно Системе счетов здравоохранения, выделены следующие виды: стационарная, амбулаторная, стоматологическая помощь и фармацевтическая продукция.

Современная стационарная помощь из-за широкого использования различных технологий требует больших денежных затрат, поэтому во всех странах расходы государства на эти услуги значительно выше, чем на остальные виды помощи. В среднем в ЕС его государства-члены покрывают 88% всех расходов на стационарное лечение. Уровень охвата стационарной помощью во многих странах, в частности в Германии, Италии, Финляндии, Франции, Швеции и Эстонии, близок к 100%. Только в Греции государственное обеспечение покрывает меньше 70% таких расходов. В России показатель составляет 74%.

В среднем чуть больше трех четвертей (79%) расходов на амбулаторную медицинскую помощь в странах ЕС покрывают государство и схемы обязательного страхования. Показатель варьируется от менее 60% в Италии и Португалии до 90% и больше в Чехии, Дании, Германии, Словакии и Швеции. Амбулаторные приемы первичной и специализированной помощи в основном бесплатны, но довольно широко применяют совместные платежи и

⁹ Обзор ключевых показателей деятельности страховщиков. I квартал 2023 года. Информационно-аналитический материал. № 1. М. Центральный Банк Российской Федерации. 2023. (https://cbr.ru/Collection/Collection/File/45053/review_insure_23Q1.pdf).

¹⁰ OECD Health Statistics 2021. Definitions, Sources and Methods. OECD. (<https://www.oecd.org/els/health-systems/Table-of-Content-Metadata-OECD-Health-Statistics-2021.pdf>).

оплату определенных услуг самими пациентами. Например, в Дании средства обязательного страхования покрывают 98% общих затрат на медицинские услуги, однако граждане сами оплачивают услуги психологов и физиотерапевтов¹¹.

Таблица 1

Доля государственных расходов в разрезе видов медицинской помощи, % от общих затрат на медицинские услуги, 2019 г.

Table 1

Share of public spending by type of medical care, in % of total health services costs, 2019

Страны	Стационарная помощь	Амбулаторная помощь	Стоматологическая помощь	Фармацевтическая продукция
Россия	74	52	Нет сведений	12
Австрия	88	81	47	68
Бельгия	77	64	34	64
Венгрия	90	62	29	49
Германия	97	89	68	82
Греция	61	61	0	51
Дания	90	91	19	43
Италия	96	60	Нет сведений	62
Ирландия	96	61	30	52
Испания	88	70	2	70
Латвия	87	57	16	41
Литва	91	71	15	43
Люксембург	93	91	43	54
Нидерланды	91	85	12	67
Польша	93	69	67	36
Португалия	79	57	Нет сведений	54
Словакия	86	95	51	68
Словения	87	78	49	51
Финляндия	94	84	35	64
Франция	96	80	Нет сведений	82
Чехия	94	90	50	56
Швеция	99	91	43	54
Эстония	98	85	Нет сведений	62

Источник: [OECD Health Statistics 2021].

Source: [OECD Health Statistics 2021].

В России государственные расходы на амбулаторную помощь покрывают 52% всех затрат по этому виду обслуживания, остальные расходы несут домохозяйства.

Государственное обеспечение расходов на стоматологическую помощь больше дифференцировано по странам, наблюдается более высокий уровень совместного несения затрат. Часто только детская стоматология включена в программу государственных гарантий [Auraaen, Fujisawa, Lagasnerie, Paris 2016]. В среднем около 38% платежей за сто-

¹¹ Denmark: Country Health Profile 2023. European Observatory on Health Systems and Policies Publications Country Health Profiles. 15 Dec 2023. (https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/denmark-country-health-profile-2023_e4f0bee3-en).

матологическое лечение покрывают государственные источники или ОМС¹². Всего две страны (Германия и Словакия) оплачивают более половины общих расходов населения на стоматологическую помощь. В Греции¹³ и Испании¹⁴ государственные расходы на стоматологическое обслуживание для взрослых практически не предусмотрены. В случаях, когда стоматологическая помощь мало охвачена государственными гарантиями, ДМС помогает обеспечивать финансовую поддержку населения.

По данным исследователей, в России расходы на стоматологическое обслуживание через систему ОМС покрывают 30% от общих затрат на эту помощь [Бойков 2017] – примерно столько, сколько в среднем выделяют страны Евросоюза.

Государства финансируют стоматологическую помощь в гораздо меньших объемах по причине того, что общий статус здоровья меньше зависит от нее, по сравнению с больничными или амбулаторными услугами. Однако стоимость стоматологической помощи сильно влияет на бюджет домохозяйств – особенно с небольшими доходами. Оплата таких услуг из личных средств семьи может привести к финансовым трудностям. Так, в ряде стран Европейского союза такие траты выступают одной из основных причин значительных расходов на здравоохранение (Швеция, Франция, Германия, Австрия, Словакия)¹⁵.

Государственное покрытие расходов на фармацевтическую продукцию – «больное место» для всех стран. В государствах Евросоюза около 56% таких затрат оплачивают из бюджета. В Литве, Польше и Латвии показатель составляет меньше 50%. Наиболее высокое покрытие наблюдается в Германии и Франции, где уровень охвата достигает 82%. В некоторых странах пациенты полностью оплачивают рецептурные лекарства, но определенные группы населения, такие как хронические больные (например, в Швеции), получают лекарства бесплатно. В ряде стран ДМС играет важную роль в покрытии фармацевтических препаратов (Франция, Люксембург, Дания).

В России наблюдается низкий уровень государственного обеспечения фармацевтическими препаратами: всего 12% от общей суммы расходов на данные услуги. Основная причина такой ситуации заключается в том, что в нашей стране лекарственное обеспечение амбулаторных больных не входит в систему ОМС. Исключение составляют некоторые льготные группы населения. В то же время многие российские и иностранные аналитики считают, что личные расходы на лекарства остаются одной из самых больших причин финансовых рисков для населения [Улумбекова, Калашиникова 2018; Somanathan, Sheiman, Salakhutdinova, Buisman 2018]. Более того, расширение доступа к бесплатным лекарствам может значительно влиять на уровень здоровья населения. Исследования показывают, что всеобщее лекарственное обеспечение значительно увеличивает прогресс в лечении многих заболеваний и создает альтернативы существующим методам лечения болезней, которые ранее считались неизлечимыми [Polain, Franken, Koopmanschap, Cleemput 2010].

¹² OECD Health Statistics 2022 Definitions, Sources and Methods. OECD. 2022. (<https://www.oecd.org/els/health-systems/Table-of-Content-Metadata-OECD-Health-Statistics-2022.pdf>).

¹³ Greece: Country Health Profile 2023. European Observatory on Health Systems and Policies Publications Country Health Profiles. 15 Dec 2023. (https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/greece-country-health-profile-2023_dd530c3e-en).

¹⁴ Spain: Country Health Profile 2023. European Observatory on Health Systems and Policies Publications Country Health Profiles. 15 Dec 2023. (https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/spain-country-health-profile-2023_71d029b2-en).

¹⁵ Health for Everyone?: Social Inequalities in Health and Health Systems. OECD Health Policy Studies. OECD Publishing, Paris. 2019. (<https://www.oecd.org/publications/health-for-everyone-3c8385d0-en.htm>).

Личные платежи населения за медицинскую помощь

Ни одна современная система здравоохранения, бюджетная или страховая, не обходится без частных финансовых вложений. Они необходимы для ресурсной обеспеченности медицинской помощи. В большинстве стран Евросоюза затраты разделяют, при этом большую часть расходов обеспечивают за счет государственных источников финансирования. Определенную сумму вносят и пациенты, которые участвуют в схемах совместного страхования, производят фиксированную оплату или делают предварительные взносы.

Оценка практики взимания платы за медицинскую помощь с населения и внесения личных платежей говорит о том, что оплата лекарств, стоматологических услуг и психиатрической помощи слишком обременительны для граждан. Особенно они влияют на группы населения, уязвимые и по доходу, и по продолжительности болезни [Palma, Webb, Hernández-Quevedo, Scarpetti, Lessof, Siciliani, Ginneken 2021].

Различные способы сбора денег с граждан складываются в личные расходы населения на медицинскую помощь. В странах Евросоюза в 2020 г. 15% расходов на здравоохранение приходилось на личные платежи домохозяйств¹⁶. Различия между странами по этому показателю существенные (см. рис. 2). Меньше всего платят домохозяйства в странах, в которых государство покрывает значительную долю расходов на медицинскую помощь. В них доля личных расходов составляет 10–12% от общего объема средств на медпомощь. К таким государствам относят Францию, Люксембург, Нидерланды и Хорватию. Больше всего платит из собственного кармана население Греции, Мальты и Болгарии. В этих государствах личные платежи семей составляют больше трети всех расходов на медицинскую помощь. По классификации источников финансирования здравоохранения ВОЗ¹⁷, если доля расходов домохозяйств на здравоохранение составляет свыше одной трети совокупных расходов, речь идет о самой значительной финансовой нагрузке на население при использовании медицинской помощи.

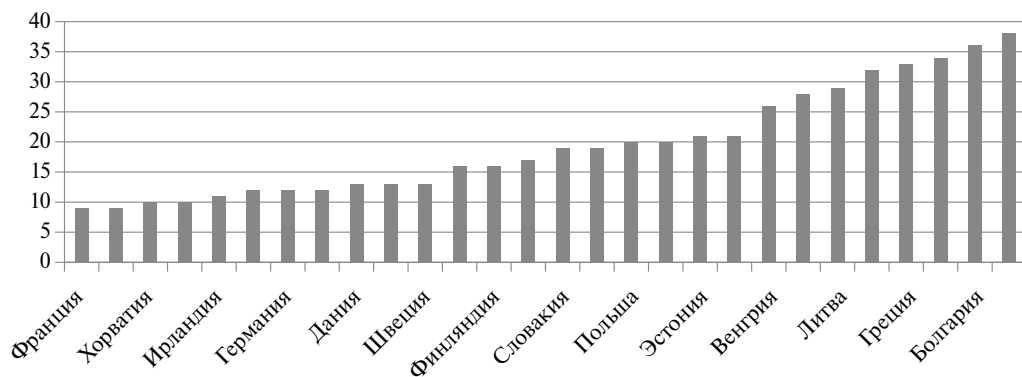


Рисунок 2. Доля личных платежей населения в общих расходах на здравоохранение, %, 2020 г.

Figure 2. Share of out-of-pocket payments by households to total health care expenditures, %, 2020

Источник: [Global Health Expenditure Database WHO 2022].

Source: [Global Health Expenditure Database WHO 2022].

¹⁶ OECD Health Statistics 2022 Definitions, Sources and Methods. OECD. 2022. (<https://www.oecd.org/els/health-systems/Table-of-Content-Metadata-OECD-Health-Statistics-2022.pdf>).

¹⁷ WHO (2010) The world health report. Health systems financing: the path to universal coverage. Geneva, World Health Organization. 2010. (https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44371/9789241564021_eng.pdf?sequence=1).

В России отсутствует официальный механизм совместной оплаты медицинских услуг. Однако уровень покрытия государственными расходами самой распространенной амбулаторной помощи (чуть больше половины – 52% от всех затрат), низкий уровень охвата населения фармацевтическим обеспечением и малое государственное покрытие стоматологического обслуживания приводят к росту прямых личных платежей. В России 38% от всех затрат на здравоохранение составляют личные средства домохозяйств. Следует отметить, что в 2000 г. этот показатель был ниже – менее трети от всех расходов на медицинскую помощь¹⁸.

Еще в докладе от 2010 г. ВОЗ указывала на то, что государство должно обеспечивать адекватные расходы на здравоохранение для прогресса в области всеобщего охвата медицинской помощью и улучшения здоровья населения. В многочисленных исследованиях сделаны выводы о том, что рост государственных расходов значительно улучшает охват населения медицинскими услугами [Каткова 2020; Jowett, Brunal, Flores, Cylus 2016].

Сопоставив общие расходы на здравоохранение с величиной валового внутреннего продукта (ВВП), можно оценить долю затрат государств на здравоохранение по отношению к объему произведенных товаров и услуг. Значение данного показателя демонстрирует, насколько правительство привержено политике в сфере охраны здоровья граждан своей страны.

Страны Евросоюза в 2020 г. потратили в среднем 8,3% от своих ВВП на здравоохранение: 6,1% от ВВП составили государственные расходы, 2,2% ВВП – частные (добровольное страхование и личные средства домохозяйств)¹⁹. Однако показатели разнятся от страны к стране. Три государства потратили на эти цели около 10% от своего ВВП: Германия – 9,9%, Франция – 9,7%, Швеция – 9,3%. Во многих странах Центральной и Восточной Европы государственные расходы составляют менее 5% ВВП.

В России с 2005 по 2019 г. уровень государственных расходов составлял около 3,6% от ВВП.

Согласно Концепции социально-экономического развития России на период до 2020 г., принятой еще в 2008 г., этот показатель должен был возрасти с 3,6 до 5% ВВП²⁰. Прогнозируемый показатель эксперты называют минимальным уровнем, при котором услугами здравоохранения охвачено большинство населения, что ощутимо улучшает общее состояние здоровья граждан страны²¹.

Распоряжение правительства РФ не было исполнено. Только в 2020 г. в связи с пандемией коронавируса государственные расходы на здравоохранение поднялись до 4,6% ВВП²². Официальные данные за последующие годы пока не доступны. Судя по докладу «Основные направления бюджетной политики на 2022 г. и на плановый период 2023 и 2024 гг.», который Министерство финансов России утвердило 30 сентября 2021 г., данный показатель будет снижен. Следует отметить, что от государственных выплат зави-

¹⁸ Global Health Expenditure Database. Health System Financing Profile by country. World Health Organisation. (https://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en).

¹⁹ OECD Health Statistics 2022 Definitions, Sources and Methods. OECD. 2022. (<https://www.oecd.org/els/health-systems/Table-of-Content-Metadata-OECD-Health-Statistics-2022.pdf>).

²⁰ Распоряжение Правительства РФ от 17 ноября 2008 г. N 1662-р. О Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 года (с изменениями и дополнениями). Гарант. (<https://base.garant.ru/194365/>).

²¹ The world health report. Health systems financing: the path to universal coverage. Geneva, World Health Organization. 2010. (https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44371/9789241564021_eng.pdf?sequence=1).

²² Росстат. Здравоохранение в России. Стат. сб. М. 2021.

сят и размеры личных платежей. В 2022 г. государственные расходы на здравоохранение относительно ВВП уменьшились до 3,9%, в 2023 г. – до 3,8%, в 2024 г. показатель составит 3,7%²³, то есть прогноз реального распределения средств в здравоохранении остается прежним.

Можно сделать следующие выводы по результатам анализа. По многим показателям в рамках структурных характеристик ВОУЗ Россия отстает от большинства стран Евросоюза – за исключением охвата населения медицинской помощью. Особенное беспокойство вызывает покрытие амбулаторного обслуживания, которому все страны придают большое значение как первичной помощи для сохранения здоровья. В России только половину расходов в данной сфере оплачивает система обязательного медицинского страхования. В странах ЕС этот показатель значительно выше: больше трех четвертей расходов на первичную помощь покрывают государственные источники.

Стоматологическое обслуживание Россия и страны Европы финансируют на одном уровне – только треть расходов берут на себя государства. Иначе обстоит дело с фармацевтическими препаратами: в России государственные расходы по этому виду помощи в пять раз ниже, чем в среднем по странам ЕС.

В результате подобной практики население вынуждено покрывать значительную часть медицинских расходов самостоятельно. Судя по представленным планам на будущее, данная динамика в ближайшие годы не изменится к лучшему

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ/REFERENCES

Бойков М.И. (2017) Анализ механизмов нормирования труда специалистов стоматологического профиля // Клиническая стоматология. № 2. С. 50–52.

Boykov M.I. (2017) Analiz mekhanizmov normirovaniya truda spetsialistov stomatologicheskogo profilya [Analysis of the Mechanisms of Labor Rationing of Dental Specialists]. *Klinicheskaya stomatologiya*, no. 2, pp. 50–52. (In Russ.)

Каткова И.П. (2020) Российское здравоохранение в контексте задач достижения всеобщей доступности услуг здравоохранения к 2030 году // Народонаселение. Т. 23. № 1. С. 135–147. <https://doi.org/10.19181/population.2020.23.1.11>

Katkova I.P. (2020) Rossiyskoe zdavoohranenie v kontekste zadach dostizheniya vseobshchey dostupnosti uslug zdavoookhraneniya k 2030 godu [Russian Healthcare in the Context of the Objectives of Achieving Universal Access to Healthcare Services by 2030]. *Narodonaselenie*, vol. 23, no. 1, pp. 135–147. <https://doi.org/10.19181/population.2020.23.1.11> (In Russ.)

Система счетов здравоохранения 2011 г.: исправленное издание (2022) Женева: Всемирная организация здравоохранения. 552 с.

Sistema schetov zdavoohraneniya 2011 g.: ispravlennoe izdanie [A System of Health Accounts 2011: Revised Edition] (2022) Geneva: Vsemirnaya organizatsiya zdavoohraneniya. 552 p. (In Russ.)

Улумбекова Г.Э., Гинойн А.Б., Калашникова А.В., Альвианская Н.В. (2019) Финансирование здравоохранения в России (2021–2024 гг.) // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучения. Вестник ВШОУЗ. Т. 5. № 4. С. 4–19.

Ulumbekova G.E., Ginoyan A.B., Kalashnikova A.V., Al'vianskaya N.V. (2019) Finansirovanie zdavoookhraneniya v Rossii (2021–2024 gg.) [Financing of Health Care in Russia (2021–2024)]. *ORGZ-DRAV: novosti, mneniya, obucheniya. Vestnik VShOUZ*, vol. 5, no. 4, pp. 4–19. (In Russ.)

²³ Основные направления бюджетной, налоговой и таможенно-тарифной политики на 2022 год и плановый период 2023 и 2024 годов. Министерство финансов Российской Федерации. Москва. 2021. 75 с.

Улумбекова Г.Э., Калашникова А.В. (2018) Подходы к формированию концепции национальной лекарственной политики. Анализ рынка лекарственных препаратов в РФ. Часть 1 // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. № 4. С. 53–73.

Ulumbekova G.E., Kalashnikova A.V. (2018) Podhody k formirovaniyu koncepcii nacional'noj lekarstvennoj politiki. Analiz rynka lekarstvennyh preparatov v RF. CHast' 1 [Approaches to the Formation of the Concept of National Drug Policy. Analysis of the Drug Market in the Russian Federation. Part 1]. *ORGZDRAV: novosti, mneniya, obucheniya. Vestnik VShOUZ*, no. 4, pp. 53–73. (In Russ.)

Чубарова Т.В. (2022) Обеспечение доступности здравоохранения в России: инструменты государственной политики // Государственное управление. Электронный вестник. № 95. С. 93–107. <https://doi.org/10.24412/2070-1381-2022-95-93-107>

Chubarova T.V. (2022) Obespechenie dostupnosti zdravookhraneniya v Rossii: instrumenty gosudarstvennoy politiki [Ensuring Access to Health Care in Russia: Instruments of Public Policy]. *Gosudarstvennoe upravlenie. Elektronnyy vestnik*, no. 95, pp. 93–107. <https://doi.org/10.24412/2070-1381-2022-95-93-107>. (In Russ.)

Auraen A., Fujisawa R., Lagasnerie G., Paris V. (2016) How OECD Health Systems Define the Range of Goods and Services to Be an Financed Collectively // OECD Health Working Paper. No. 90. 114 p.

Baeten R., Spasova S., Vanhercke B., Coster S. (2018) Inequalities in Access to Healthcare. A Study of National Policies. European Social Policy Network (ESPN). European Commission. Brussels. 71 p. <https://doi.org/10.2767/371408>

Busse R., Schreyögg J., Gericke C.A. (2007) Analyzing Changes in Health Financing Arrangements in High-income Countries: A Comprehensive Framework Approach. Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper. Washington DC: World Bank. 40 p.

Gibis B., Koch-Wulkan P.W., Bultman J. (2004) Shifting Criteria for Benefit Decisions in Social Health Insurance Systems. In: Social Health Insurance Systems in Western Europe. Ed(s): Saltman R.B., Busse R., Figueras J. Buckingham: Open University Press. Pp. 189–206.

Hogan D., Stevens G., Hosseinpoor A., Boerma T. (2017) Monitoring Universal Health Coverage within the Sustainable Development Goals: Development and Baseline Data for an Index of Essential Health Services // *Lancet Global Health*. No. 6. Pp. 152–168. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30472-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30472-2)

Jowett M., Brunal M., Flores G., Cylus J. (2016) Spending Targets for Health: No Magic Number // Geneva. WHO. Health Financing Working Paper 1. 34 p.

Palma W., Webb E., Hernández-Quevedo C., Scarpetti G., Lessof S., Siciliani L., Ginneken E. (2021) Gaps in Coverage and Access in the European Union // *Health Policy*. No. 125. Pp. 341–350. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.12.011>

Paris V., Hewlett E., Auraen A., Alexa J., Simon L. (2016) Health Care Coverage in OECD Countries in 2012. OECD Health Working Papers. No. 88. 72 p.

Polain M., Franken M., Koopmanschap M., Cleemput I. (2010) Drug Reimbursement Systems: International Comparison and Policy Recommendations. Health Services Research (HSR). Brussels. 151 p.

Rice T., Quentin W., Anell A., Barnes A., Rosenau P. Unruh L., Ginneken E. (2018) Revisiting Out-of-Pocket Requirements: Trends in Spending, Financial Access Barriers and Policy in Ten High-income Countries // *BMC Health Services Research*. No. 18. Pp. 371–378.

Somanathan A., Sheiman I., Salakhutdinova S., Buisman L. (2018) Universal Health Coverage in Russia: Extending Coverage for the Poor in the Post-Soviet Era. Universal Health Coverage Study Series. No. 37. World Bank Group, Washington. 48 p.

Schreyögg J., Stargardt T., Velasco-Garrido M., Busse R. (2005) Defending the “Health Benefit Basket” in Nine European Countries. Evidence from the European Union Health BASKET Project. // *Eur J Health Econ*. No. 6. Pp. 2–10. <https://doi.org/10.1007/s10198-005-0312-3>

Wagstaff A., Neelsen S. (2020) A Comprehensive Assessment of Universal Health Coverage in 111 Countries: A Retrospective Observational Study // *Lancet Glob Health*. No. 8. Pp. 39–49.

Информация об авторах

Панова Людмила Васильевна, кандидат экономических наук, старший научный сотрудник сектора социологии здоровья, Социологический институт РАН – филиал Федерального научно-исследовательского социологического центра Российской академии наук. Адрес: 190005, Россия, Санкт-Петербург, ул. 7-я Красноармейская, д. 25/14. E-mail: l_panova@list.ru

Панова Анастасия Юрьевна, кандидат экономических наук, доцент кафедры Экономики предприятия природопользования и учетных систем, Российский государственный гидрометеорологический университет. Адрес: 192007, Россия, Санкт-Петербург, Воронежская улица, д. 79. E-mail: n_panova08@list.ru

About the authors

Panova Lyudmila Vasilievna, Candidate of Sciences (Economics), Senior Research Fellow, Sociology of Health Sector, Sociological Institute of RAS – Branch of Federal Research Sociological Center of the Russian Academy of Sciences. Address: 190005, 25/14, 7th Krasnoarmeyskaya st., St. Petersburg, Russia. E-mail: l_panova@list.ru

Panova Anastasia Yuryevna, Candidate of Sciences (Economics), Associate Professor, Department of Economics of Environmental Enterprises and Accounting Systems, Russian State Hydrometeorological University. Address: 192007, 79, Voronezhskaya st., St. Petersburg, Russia. E-mail: n_panova08@list.ru

Статья поступила в редакцию / Received: 04.05.2023

Статья поступила после рецензирования и доработки / Revised: 10.03.2024

Статья принята к публикации / Accepted: 26.04.2024