

**АНАЛИЗ И ПРОГНОЗ РАЗВИТИЯ РЫНКА
МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ
С УЧЕТОМ РАЗЛИЧИЙ В УРОВНЕ
ДОХОДОВ НАСЕЛЕНИЯ¹**

В настоящее время система здравоохранения в России оказалась в сложной ситуации, что обусловлено сочетанием ряда факторов, связанных и с общими экономическими проблемами в стране, и проводимыми реформами в сфере бесплатного медицинского обслуживания. С одной стороны, в результате экономического кризиса снижается государственное финансирование здравоохранения. Российский бюджет испытывает сокращение доходных поступлений, связанное с замедлением экономического роста, падением мировых цен на российские экспортные товары. В большей степени страдают региональные бюджеты, не обладающие резервами в виде стабилизационных фондов, но уже обремененные долгами. На них же лежит существенная часть расходов на медицинское обслуживание. В результате проводимой политики эти расходы переносятся на систему обязательного медицинского страхования (ОМС), и таким образом, медицинские учреждения вынуждены соответствовать, скорее, не потребностям населения в медицинском обслуживании, а бюджетным возможностям системы ОМС, которые жестко привязаны к доходам населения через систему обязательных страховых отчислений работодателей. Растет дефицит бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФФОМС). Так, на 1 апреля 2015 г. бюджет ФФОМС был исполнен по доходам в сумме 361,8 млрд. руб., или 22% прогнозируемого уровня, тогда как расходы фонда в отчетном периоде составили 438,1 млрд. руб., или 26% утвержденного объема, что выше показателей аналогичного периода 2014 г. на 23,4%. С другой стороны, реформы системы здравоохранения по-

¹ *Статья подготовлена при финансовой поддержке Российского гуманитарного научного фонда в рамках проекта № 13-02-00279 «Проблема адаптации политики экономического роста в России к формирующейся парадигме мирового социально-экономического развития».*

следних лет не дали ожидаемого положительного результата, а, напротив, по мнению многих экспертов привели к снижению качества и доступности бесплатного медицинского обслуживания. В частности, по результатам анализа Счетной палаты РФ в первом квартале 2015 г. были выявлены перебои с финансированием больниц и поликлиник в ряде регионов, обнаружены факты ограничения доступности медпомощи населению, сроки ожидания медпомощи в ряде регионов превышали необходимые в два и более раз, коечный фонд оказался несбалансированным и не соответствующим потребностям населения, рост внутрибольничной летальности был отмечен в 61 регионе, результаты по снижению смертности достигнуты не были [1].

Данные социологических опросов, в частности опроса ВЦИОМ, проведенного в июле 2015 г. [2], подтверждают наличие проблем в сфере оказания бесплатной медицинской помощи: две трети россиян (65%) оценивают качество медицинских услуг, предоставляемых в государственных больницах и поликлиниках, в целом как низкое, половина (49%) отмечают низкий профессионализм медперсонала. Тем не менее, в случае болезни 60% опрошенных обращаются в государственные медицинские учреждения за бесплатной помощью и лишь 8% – в платные.

Для прогноза развития ситуации в сфере оказания медицинских услуг в ближайшие годы представляется необходимым проанализировать динамику как государственного, так и частного финансирования, а также выяснить, позволит ли планируемое изменение объемов государственного финансирования бесплатной медицинской помощи, по меньшей мере, сохранить общий объем финансирования на уровне 2014 г.? Для ответа на этот вопрос необходимо оценить, как изменится объем потребления платных медицинских услуг в целом и среди населения с разным уровнем доходов. Приведут ли низкие качество и доступность бесплатной медицины к вынужденному переходу части населения на пользование платными медицинскими услугами? Некоторая доля населения с относительно высокими доходами, вероятно, сможет перейти на систему платного медицинского обслуживания – либо по собственному выбору, либо в социальном пакете с рабочим местом в крупных корпорациях, имеющих договоры со страховыми компаниями. Однако, в целом, снижение уровня доходов населения в ближайшие годы может привести к росту социального неравенства

в доступе к качественной медицинской помощи и, как следствие, ухудшению здоровья малообеспеченных групп населения.

Эффективность системы здравоохранения и здоровье населения России на современном этапе. В 2014 г. Россия заняла последнее, 51-е место в рейтинге эффективности систем здравоохранения, подготовленном агентством Bloomberg на основе трех показателей: средняя продолжительность жизни (70,5 лет), стоимость медицинских услуг на душу населения (887 долл.), доля расходов на здравоохранение (6,3% ВВП)² [3]. Кроме того, доступность медицинской помощи в России существенно ниже, чем в странах ЕС (табл. 1).

Таблица 1

Показатели доступности медицинской помощи в России в сравнении с «новыми» и «старыми» странами ЕС

Показатель	РФ, 2013 г.	«Новые»* страны ЕС, 2012 г.	«Старые» страны ЕС, 2012 г.
Показатели, характеризующие здоровье населения			
Ожидаемая продолжительность жизни (оба пола), число лет	70,8	77,2	81,5
Младенческая смертность, число случаев на 1 тыс. родившихся живыми	8,2	3,6	3,9
Потерянные годы потенциальной жизни для населения от 0 до 69 лет на 100 тыс. населения, тыс.	11,5	4,7	2,9
Доступность медицинской помощи (временная и финансовая)			
Доля личных расходов на здравоохранение в структуре расходов на здравоохранение, %	31	27	27
Доля пациентов, отложивших обращение за медицинской помощью из-за ее стоимости, %	16,5-19,6	4,7 (стационар), 7,3 (консультация)	
Доля домохозяйств, несущих на медицинскую помощь и лекарственные средства «катастрофические» расходы, т.е. более 30% своих годовых доходов (за вычетом расходов на питание), %	9	3	
Обеспечение населения лекарственными средствами в амбулаторных условиях за счет государственных средств, доля ВВП, %	0,2	0,9	0,9
Доля населения, удовлетворенного качеством и доступностью медицинской помощи, %	30-40	70	
* «Новые» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Польшу, Словакию, Словению (близкие к РФ по ВВП).			

Источник: составлено авторами по данным [4].

² Исследование охватывает 51 государство с населением более 5 млн. чел., ВВП свыше 5 тыс. долл./чел. в год и средней продолжительностью жизни свыше 70 лет, по которым имеются достоверные статистические данные по всем показателям.

Показатель расходов (общих и государственных) на здравоохранение на душу населения является одним из основных индикаторов качества системы здравоохранения в критериях оценки Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Величина подушевого объема государственных расходов на здравоохранение в 2013 г. в России была в 1,5 раза ниже, чем в «новых» странах ЕС (соответственно 910 и 1410 долларов по ППС на душу населения в год, рис. 1).

Долл. по ППС

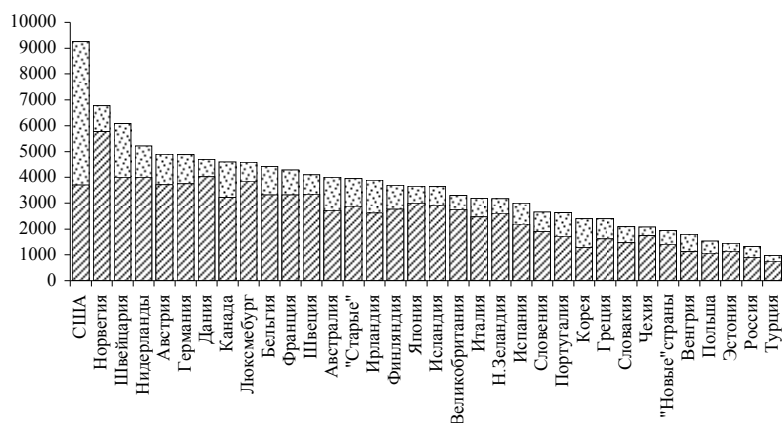


Рис. 1. Общие (▨) и государственные (▩) подушевые расходы на здравоохранение в России (2013 г.) и странах ЕС (2012 г.)

Источник: [5].

Данные об общих и государственных расходах на здравоохранение в России и ЕС приведены в долларах по ППС, рассчитанному по ВВП в целом, что может служить причиной некоторого сдвига при сравнении стран в связи с различиями в ППС, рассчитываемых по ВВП в целом и отдельно по расходам на здравоохранение. Однако такой подход соответствует методике расчета данного показателя ВОЗ [6]. Возможный сдвиг не внесет существенных для данного исследования искажений, поскольку эти данные носят скорее иллюстративный характер.

В последние 20 лет доля общих расходов на здравоохранение составляла 5-7% ВВП (в 2014 г. – 4,9%), в том числе доля государственных расходов – 3-5% ВВП (в 2014 г. – 3,5%). По этому показателю Россия занимает 91 место среди стран мира, в большинстве развитых стран его величина составляет более 9% (для сравнения – США – 17%, Германия – 11%, Япония – 10%) [7].

По данным Всемирного банка, в разных странах доля частных расходов в общем объеме расходов на здравоохранение составляет от 0,1 до 83% (2012 г.), в среднем по миру – около 40%, в странах с низким уровнем доходов – около 60-70%, в странах с высоким уровнем доходов – чуть ниже среднего по миру, или около 38%. На уровне отдельных стран прямой зависимости доли частных расходов в общем объеме расходов на здравоохранение от уровня доходов не прослеживается. Так, в США она составляет 54% ВВП, а на Кубе – 6%. В России величина данного показателя в 2012 г. составляла 39% [8] (рис. 2).

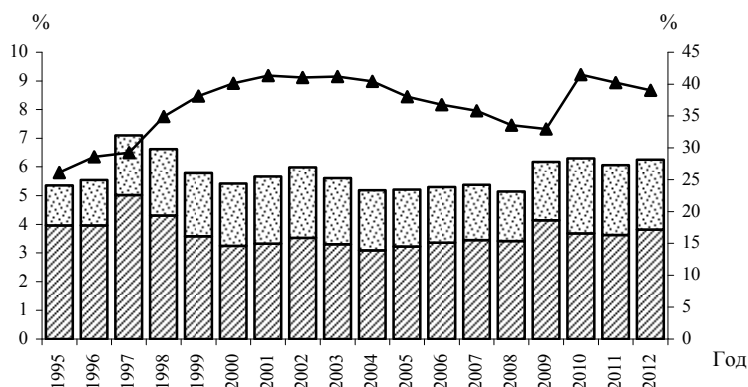


Рис. 2. Общие расходы на здравоохранение: частные (▨) и государственные (▤) в % ВВП и доля частных расходов в общих расходах на здравоохранение в России (правая шкала) (—▲—)
 Источник: составлено авторами по данным [8].

Частные расходы на здравоохранение в России росли быстрее, чем государственные, особенно высокими темпами в 1990-е годы. Как отмечают эксперты ИНП РАН, с самого начала экономических реформ стимулировался опережающий рост именно частного финансирования здравоохранения, причем, почти полностью за счет средств населения. Государственные и муниципальные медицинские учреждения получили право значительного увеличения объема оказываемых населению платных услуг; стимулировалось создание частных клиник; были сведены к минимуму возможности получения пациентами бесплатного, т.е. финансируемого за счет общественных расходов, лекарственного обеспечения [9].

В структуре рынка медицинских услуг в России по-прежнему ведущую роль играет система ОМС (в 2012 г. – 1700 млрд. руб.),

объем рынка платных услуг в 3-3,5 раза меньше (в 2012 г. – 490-560 млрд. руб.) (табл. 2). Основным механизмом планирования и распределения государственных финансовых средств на оказание медицинской помощи, в соответствии с необходимыми ее объемами, является Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи [10].

Таблица 2

Структура рынка медицинских услуг в России

Сегмент рынка	Объем в 2012 г., млрд. руб.	Комментарии
Рынок платных медицинских услуг	490-560*	Рост, но темпы роста будут замедляться. Главный фактор роста – ненадлежащее качество бесплатной медицинской помощи. Инфляционная модель развития. Благодаря росту цен стоимостной объем коммерческой медицины продолжил расти с 2010 г., объем услуг в последние годы практически не меняется. Рост цен в медицине во многом связан с удорожанием аренды недвижимости, импортных лекарств и оборудования, увеличением зарплат персонала.
• <i>легальный сектор медицинского обслуживания</i>	318	Рост темпами, опережающими рост рынка платных медицинских услуг в целом за счет сокращения теневого сектора рынка.
• <i>ДМС</i>	110	Темпы роста до 2009 г. 15-20%. В 2009 г. тенденция из-за мирового финансового кризиса изменилась на обратную. С 2010 г. рост – в основном за счет инфляции, затем – тенденции к ускорению темпов роста (активизации ответственных работодателей после кризиса). Основным условием положительной динамики развития ДМС является улучшение макроэкономической ситуации в стране. В условиях кризиса объемы роста снизятся и в целом не превысят 10% в год.
• <i>теневого сектор</i>	80-130	
Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи	1700	
Всего	2190-2260	
*Экспертные оценки объемов рынка, как правило, существенно превышают показатели Росстата (по данным Росстата объем платных медицинских услуг в 2012 г. составил 334 млрд руб.) в силу того, что в них учитываются не только кассовые платежи медицинским учреждениям и объем ДМС, но и теневого сектор.		

Источник: составлено авторами по данным [11].

Финансовое наполнение Программы государственных гарантий составляет 2,4% ВВП (2014 г.). Источниками финансового обеспечения Программы являются средства федерального бюджета, бюджетов субъектов РФ и местных бюджетов (в случае передачи органами госу-

дарственной власти субъектов РФ соответствующих полномочий в сфере охраны здоровья граждан для осуществления органами местного самоуправления), средства обязательного медицинского страхования.

Стратегия развития здравоохранения на 2015-2030 гг. предполагает увеличение объема медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи [12]. С 2013 г. базовая программа ОМС начала функционировать на основе единого подушевого финансового норматива. С 2015 г. оплата всей высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется за счет средств ОМС, финансовое обеспечение скорой медицинской помощи осуществляется полностью из базовой программы ОМС. Однако, в связи с кризисной экономической ситуацией 2014-2015 гг. фактический бюджет фонда ОМС сокращается относительно запланированных ранее показателей. В связи с этим, представляется целесообразным проанализировать более подробно ситуацию на рынке платных медицинских услуг и потенциальные возможности населения по их потреблению в будущем.

Рынок платных медицинских услуг в России. В структуре частных расходов на здравоохранение почти половину составляют затраты населения на приобретение лекарственных средств и изделий медицинского назначения в розничной сети, примерно треть – расходы на оплату медицинских услуг. Нами рассматривается сфера медицинского обслуживания, т.е. только расходы на оплату медицинских услуг. Объем рынка платных медицинских услуг, в свою очередь, состоит из средств, расходуемых в рамках легального сектора платных мед.услуг (около 50-60%); средств, направляемых в рамках ДМС (20-30%), и теневого сектора (неформальной оплаты) (10-20%) (табл. 3).

Таблица 3

Оплата медицинских услуг за счет частных средств, %

Показатель	Расчеты С.В. Шишкина на основе данных Росстата* (2004 г.)	Расчеты авторов по данным РБК** (2012 г.)
Прямые платежи населения в кассу медицинских организаций	51	60
Добровольное медицинское страхование (ДМС)	28	20
Платежи населения непосредственно медицинским работникам (неформальная оплата)	21	20

* Составлено по данным [13].
 ** Составлено по данным [14].

Рынок платных медицинских услуг начал формироваться в начале 1990-х, в 1990-2000 гг. отмечался медленный рост. Резкое увеличение объема платных медицинских услуг началось в 2000-х годах, причем его рост существенно опережал рост объема платных услуг в целом. Рост цен на медицинские услуги в России опережал рост цен на услуги в целом, но в меньшей степени, чем во многих развитых странах (напр., в США и Канаде).

Расхождение в значении показателей «Индекс физического объема платных медуслуг», предоставляемого Росстатом³, и «Рост объема платных медуслуг, скорректированный на ИПЦ на медуслуги», рассчитанного нами (рис. 3), может объясняться расхождением в методике расчета индекса физического объема медуслуг, расхождением данных по ИПЦ на услуги и ИПЦ на медуслуги (хотя это расхождение, по статистическим данным, минимально), или дооценкой Росстата.

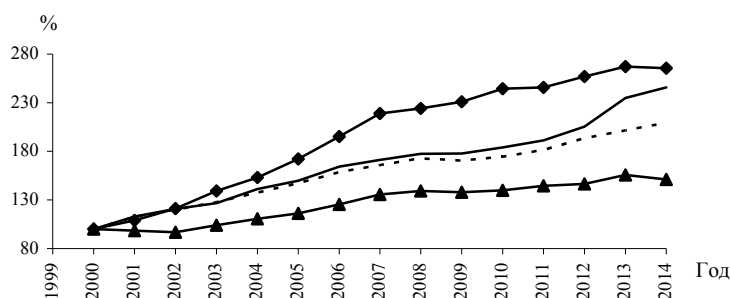


Рис. 3. Динамика объема платных медицинских услуг населению и реальных располагаемых денежных доходов (2000 г. = 100%):
 —◆— реально располагаемые денежные доходы; —■— объем платных медуслуг, скорректированный на ИПЦ на медуслуги; ---- индекс физ. объема платных медуслуг; —▲— объем платных услуг, скорректированный на ИПЦ на услуги

Источник: составлено авторами по данным [15-17].

В любом случае, в 2014 г. при снижении реальных располагаемых денежных доходов и снижении общего объема платных услуг, падения реального потребления платных медуслуг не наблюдается, хотя и отмечается замедление его роста.

³ Индекс физического объема платных медицинских услуг характеризует динамику объема платных услуг населению и исчисляется путем сопоставления его величины за отчетный и базисный периоды с учетом снятия инфляционной составляющей с помощью индекса потребительских цен на услуги.

В условиях снижения доступности бесплатной медпомощи для населения отставание в уменьшении объема потребления платных медуслуг при снижающемся уровне доходов может свидетельствовать о вынужденном замещении бесплатной медицинской помощи платной [18].

В тоже время, по данным опроса РОМИР, проведенного в городах России в 2012 г. и 2015 г., количество россиян, пользующихся платными медицинскими услугами, сократилось с 2012 г. по 2015 г. с 67 до 38% [21]. Но это сокращение произошло главным образом за счет стоматологической помощи (доля пользующихся платными стоматологическими услугами сократилась с 74 до 47%). При этом количество обратившихся за платными медицинскими услугами в терапии, гастроэнтерологии и кардиологии выросло, соответственно, с 17 до 19%, с 5 до 10% и с 6 до 9% опрошенных за этот период. Это может свидетельствовать об ухудшении качества бесплатной медицинской помощи по этим направлениям.

Сокращение числа обратившихся за платными медуслугами при продолжающемся росте объемов, вероятно, объясняется тем, что от платных медуслуг вынуждены отказываться представители менее обеспеченных слоев, на долю которых приходится незначительный объем общего потребления платных медуслуг.

Различия в потреблении платных медицинских услуг по группам населения с разным уровнем доходов⁴. В общем объеме расходов на платные медицинские услуги 20% населения с наименьшими доходами (1-й квинтиль) тратит на медицинские услуги 3%, а 20% населения с наибольшими доходами (5-й квинтиль) – 51%. Неравенство в потреблении платных медуслуг выражено сильнее, чем неравенство по доходам: в общем объеме доходов на 20% населения с наименьшими доходами (1-й квинтиль) приходится 7%, а на 20% населения с наибольшими доходами (5-й квинтиль) – 44% (табл. 4).

Изменение расходов на платные медицинские услуги в основном отражает изменения в более обеспеченных слоях, так как в абсолютном выражении они тратят намного больше (отношение

⁴ Различия в структуре потребляемых услуг при проведении расчетов нами не рассматривались в связи с отсутствием статистических данных. В то же время, можно предположить, что для наименее обеспеченных слоев преобладают виды услуг первой необходимости (например, прием специалистов, анализы и наиболее востребованные процедуры), получение которых в рамках системы ОМС связано с длительным ожиданием или другими сложностями, в то время как для представителей «богатых» групп – дорогостоящие услуги дополнительного характера (косметологические процедуры, стоматологические услуги высокого качества и т.д.).

расходов 10-го дециля к расходам 1-го дециля составляет от 25 до 50 раз за период с 2005-2012 гг.).

Таблица 4

Структура доходов и расходов населения на медицинские услуги по доходным децилям и квинтилям в РФ в 2012 г., %

Группа по доходам		Доля доходов группы в общих доходах		Доля расходов группы в общих расходах на медицинские услуги	
Дециль	Квинтиль	Дециль	Квинтиль	Дециль	Квинтиль
1 группа	1 группа	3	7	1	3
2 группа	1 группа	4	7	2	3
3 группа	2 группа	5	11	3	6
4 группа	2 группа	6	11	4	6
5 группа	3 группа	7	15	7	16
6 группа	3 группа	8	15	9	16
7 группа	4 группа	10	23	9	24
8 группа	4 группа	13	23	15	24
9 группа	5 группа	17	44	20	51
10 группа	5 группа	27	44	32	51

Источник: рассчитано авторами по данным [19].

Доля лиц, обратившихся за медицинской помощью и понесших расходы, по данным обследования бюджетов домохозяйств Росстата, составляет от 2% населения 1 квинтиля до 12,5% населения 2 квинтиля по уровню доходов (в среднем – 6,5%) (рис. 4).

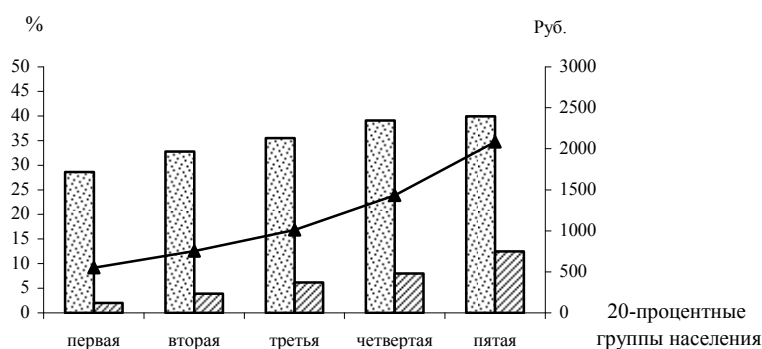


Рис. 4. Расходы домохозяйств на оплату медицинской помощи:
 ■ лица, обратившиеся за мед. помощью (% общей численности группы);
 ■ лица, обратившиеся за мед. помощью и понесшие расходы (% общей численности группы); —▲— расходы домохозяйств на оплату мед. помощи (в среднем на одного оплатившего, руб./мес. – правая шкала)

Источник: составлено авторами по данным [20].

Более высокие оценки доли населения, пользовавшегося платными медицинскими услугами (50-60%), как правило, относятся к определенному слою (например, взрослое городское население в городах с численностью населения более 100 тыс. чел. в исследовании РОМИР [21]).

Согласно данным Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения (РМЭЗ), коэффициент эластичности спроса на медицинские услуги по доходу населения старше 18 лет составляет 0,7 [22]. В динамике наблюдается тенденция к увеличению неравенства в получении амбулаторно-поликлинической помощи, возрастает значимость экономического статуса домохозяйств и территориальной близости медицинских учреждений как фактора получения медицинских услуг [23].

Доля расходов на здравоохранение в структуре потребительских расходов по децильным группам в целом увеличивается от 1 к 9 децилю за счет роста доли расходов на платные медицинские услуги и снижается в 10-м дециле за счет снижения доли расходов на медикаменты и медицинское оборудование (рис. 5).

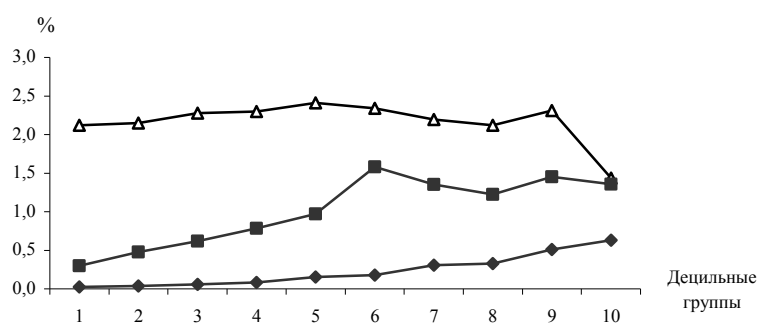


Рис. 5. Структура потребительских расходов на здравоохранение по децильным группам в 2013 г.:

—△— медикаменты, мед. оборудование; —■— амбулаторные услуги;
—◆— услуги стационара

Источник: составлено авторами по данным [20].

Доля расходов на платные медицинские услуги в структуре расходов домашних хозяйств на потребление возрастает по мере роста доходов населения: на услуги стационаров — от 0,0-0,2% в первых пяти децильных группах до 0,6% в 10-й группе, на амбулаторные услуги — от 0,4-1 до 1,3-1,5% соответственно.

Связь уровня доходов и расходов на платные медицинские услуги по децильным группам. Росстат предоставляет два вида данных по денежным доходам населения и расходам на медицинские услуги: данные форм федерального статистического наблюдения и результаты опроса населения в рамках Выборочного ОБДХ (табл. 5).

Таблица 5

Показатели денежных доходов населения и расходов на платные медицинские услуги, предоставляемые Росстатом

Показатель	Источник данных	
	Статистические показатели (ЕМИСС)	Данные ОБДХ
Доходы	<i>Среднедушевые денежные доходы населения</i> (в месяц) исчисляются делением годового объема денежных доходов на среднегодовую численность населения и на 12.	Денежный доход (в среднем на 100 лиц, в год) Денежный доход домашнего хозяйства определяется исходя из суммы произведенного домашним хозяйством денежного расхода и сложившегося прироста финансовых активов в течение учетного периода обследования. Денежный доход представляет собой объем денежных средств, которыми располагало домашнее хозяйство для обеспечения своих расходов и создания сбережений без привлечения ранее накопленных средств, ссуд и кредитов.
Расходы на платные медицинские услуги	« <i>Объем платных услуг населению</i> » (<i>медицинские услуги</i>) отражает объем потребления гражданами различных видов услуг, оказанных им за плату. Этот показатель формируется на основании данных форм федерального статистического наблюдения и оценки ненаблюдаемой деятельности на рынке услуг по утвержденной методологии.	Потребительские расходы домашних хозяйств являются частью денежных расходов, которые направляются на приобретение потребительских товаров и услуг. Потребительские расходы относятся к приобретениям для текущего использования домашним хозяйством товаров и услуг. Расходы на оплату медицинских услуг (в среднем на 100 лиц, в год).

Величины показателей доходов населения несколько различаются: величина среднедушевых денежных доходов населения по данным статистических форм превышает величину денежного дохода на одного члена домохозяйства по данным ОБДХ (рис. 6). Возможно, это связано с тем, что наиболее обеспеченные домохозяйства не принимают участие в ОБДХ, либо не указывают точные данные о доходах.



Рис. 6. Сравнение показателей денежных доходов и расходов на медицинские услуги на человека в месяц

Источник: составлено авторами по данным [15; 19; 24].

Величины соответствующих показателей расходов на платные медицинские услуги различаются несущественно. В показателе «Объем платных медицинских услуг», рассчитываемом по данным статистики медицинских организаций, заложены средства, оплачиваемые населению работодателями в рамках ДМС, в отличие от данных ОБДХ. Однако, соответствующая ожидаемая разница в расходах на медицинские услуги, видимо, компенсируется тем, что данные ОБДХ, в отличие от официальной статистики, полнее учитывают «теневые» расходы на медицину, т.е. непосредственную плату врачам и т.д.

Для анализа различий в потреблении платных медицинских услуг по группам населения с разным уровнем доходов использовались данные ОБДХ за 2005-2012 гг.⁵ Номинальные показатели денежных доходов и расходов на медицинские услуги по данным ОБДХ были пересчитаны с учетом динамики ИПЦ на товары и услуги и ИПЦ на медицинские услуги соответственно и представлены в ценах 2012 г.

Для каждой из децильных групп рассчитан коэффициент корреляции величины денежных доходов и расходов на медицинские услуги в 2005-2012 гг. (рис. 7).

⁵ Показатели доходов и расходов в каждой децильной группе не являются полностью сопоставимыми за отдельные годы в связи с ротацией состава обследуемых. Однако, при отсутствии других данных, использование имеющихся данных ОБДХ представляется возможным, т.к. они отражают основные тенденции для каждой группы.

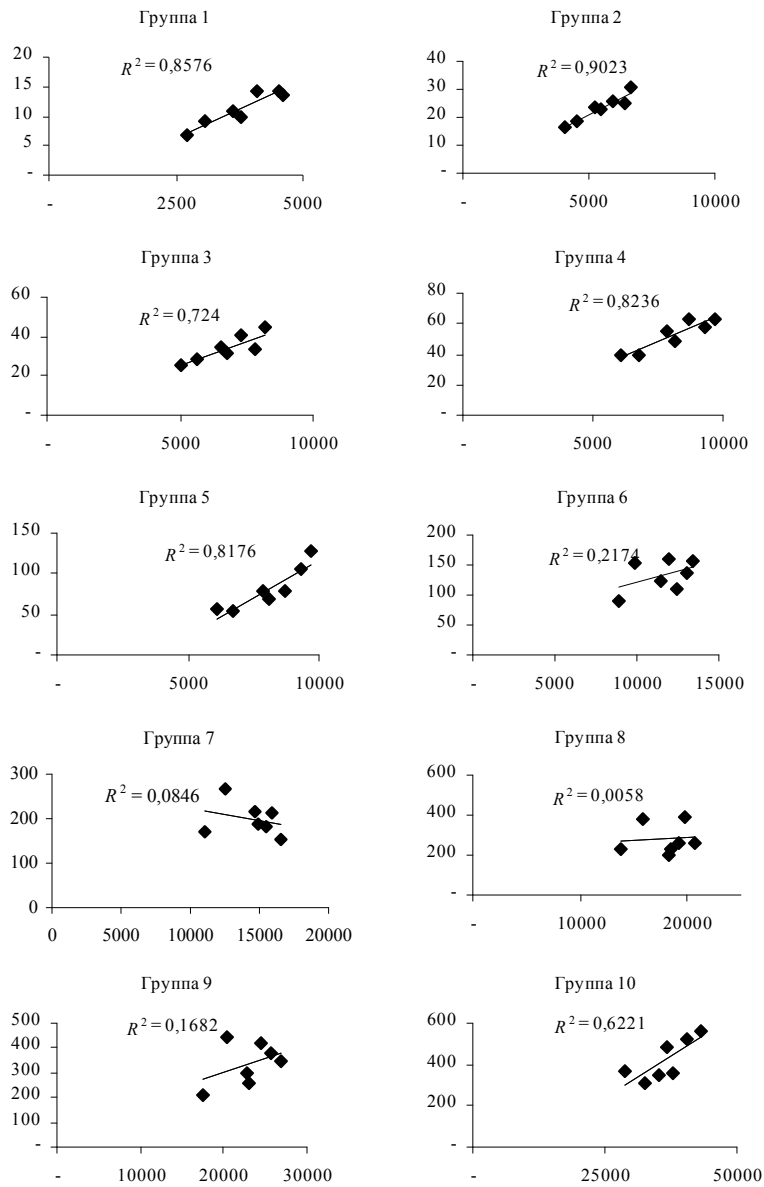


Рис. 7. Корреляция величин денежных доходов (ось X) и расходов на медицинские услуги (ось Y) по децильным группам в 2005-2012 гг., руб./чел. в мес

Источник: составлено авторами по результатам расчетов по данным [19].

Анализ показал, что изменение величины доходов в наибольшей степени обуславливает соответствующее изменение величины расходов на медицинские услуги в наиболее бедных (1, 2, 3, 4, 5) группах населения ($R=0,7-0,9$), а также, в меньшей степени, в наиболее «богатой» 10-й группе ($R=0,6$). В группах с уровнем доходов выше среднего (6-9) такая связь отсутствует ($R=0-0,2$).

Таким образом, при снижении уровня доходов населения доступность платных медицинских услуг снизится для наименее обеспеченных групп населения.

Реакция самой «бедной» (1-й) и самой «богатой» (10-й) групп населения на снижение уровня доходов (в 2009 г.) схожа – расходы на платные медицинские услуги резко снижаются, но в «богатой» группе восстановление потребления происходит с задержкой (рис. 8).

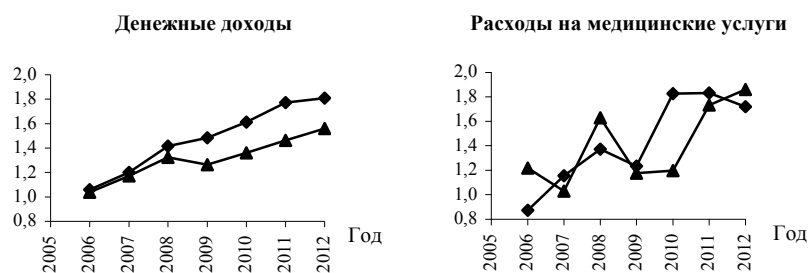


Рис. 8. Динамика денежных доходов и расходов на медицинские услуги в 1 и 10 децильных группах (2005 г.=100%):

—◆— 1 группа; —▲— 10 группа

Источник: составлено авторами по данным [19].

Прогноз изменения расходов на медицинские услуги по децильным группам. Прогноз величины расходов на медицинские услуги построен на основе прогноза динамики реальных располагаемых доходов населения, разработанного Минэкономразвития России в рамках «Прогноза социально-экономического развития Российской Федерации на 2016 год и на плановый период 2017 и 2018 годов» (консервативный вариант), представленного в октябре 2015 г.⁶ [25].

⁶ Прогнозная динамика доходов для каждой децильной группы задавалась индексом реальных располагаемых денежных доходов населения в целом.

Для 1-5 и 10 групп, для которых выявлена прямая связь указанных показателей, принята гипотеза линейного тренда, рассчитанного на основе данных за 2005-2012 гг.; для 6-9 групп рассчитана средняя доля расходов на медицинские услуги в общем объеме денежных доходов за 2005-2012 гг.

Снижение уровня доходов населения в 2015 г. и прогнозируемое сохранение данной тенденции в 2016-2017 гг. приведет к снижению объема потребления платных медицинских услуг к 2016 г. по сравнению с 2014 г. на 7% и сохранению данного уровня до 2018 г.⁷ (табл. 6).

Таблица 6

Прогноз индекса объема расходов на медицинские услуги
(на одного члена домохозяйства)
по децильным группам населения*

Децильная группа	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.
1 группа	<u>0,95</u>	<u>0,92</u>	<u>0,92</u>	<u>0,95</u>
	0,95	0,97	1,00	1,04
2 группа	<u>0,96</u>	<u>0,93</u>	<u>0,93</u>	<u>0,94</u>
	0,96	0,97	0,99	1,01
3 группа	<u>0,96</u>	<u>0,94</u>	<u>0,93</u>	<u>0,95</u>
	0,96	0,98	0,99	1,02
4 группа	<u>0,96</u>	<u>0,93</u>	<u>0,93</u>	<u>0,95</u>
	0,96	0,97	0,99	1,02
5 группа	<u>0,95</u>	<u>0,90</u>	<u>0,88</u>	<u>0,91</u>
	0,95	0,95	0,98	1,03
6 группа	<u>0,96</u>	<u>0,94</u>	<u>0,94</u>	<u>0,95</u>
	0,96	0,97	1,00	1,01
7 группа	<u>0,96</u>	<u>0,94</u>	<u>0,94</u>	<u>0,95</u>
	0,96	0,97	1,00	1,01
8 группа	<u>0,96</u>	<u>0,94</u>	<u>0,94</u>	<u>0,95</u>
	0,96	0,97	1,00	1,01
9 группа	<u>0,96</u>	<u>0,94</u>	<u>0,94</u>	<u>0,95</u>
	0,96	0,97	1,00	1,01
10 группа	<u>0,96</u>	<u>0,92</u>	<u>0,91</u>	<u>0,92</u>
	0,96	0,96	0,98	1,02
Все население	<u>0,96</u>	<u>0,93</u>	<u>0,92</u>	<u>0,94</u>
	0,96	0,97	0,99	1,02

* Числитель – к 2014 г., знаменатель – к предыдущему году.

Источник: расчеты авторов.

⁷ Изменение численности населения влияет на индекс суммарного объема расходов на медицинские услуги. В связи с этим, при прогнозировании индекса объема платных медицинских услуг для всего населения был учтен как вес расходов каждой децильной группы, так и изменение численности населения согласно низкому варианту Прогноза численности населения Росстата [26].

Вынужденное снижение потребления платных медицинских услуг станет наиболее выраженным для малообеспеченных слоев населения (группы 1-5 по уровню доходов); так, для 1-й группы по сравнению с 2014 г. величина данного показателя снизится в 2016-2017 гг. на 8%, в 2018 г. – на 5%. Однако, снижение потребления платных медицинских услуг этими группами населения мало отразится на общем объеме потребления платных медицинских услуг, так как их суммарный удельный вес в нем невелик (16%). Более значимый вклад в снижение объема потребления платных медицинских услуг внесет уменьшение расходов 10-й, наиболее обеспеченной группы (доля в общем объеме потребляемых платных медицинских услуг – 32%) – на 8-9% в 2016-2018 гг. по сравнению с 2014 г.

Проведенное исследование показало, что объем расходов на медицинские услуги в малообеспеченных группах населения существенно снижается при снижении уровня доходов, в то время как в группах населения с доходами «выше среднего» эта реакция выражена заметно слабее. Исключение составляют представители 10-й, наиболее обеспеченной группы, однако в этом случае сокращение расходов на платные услуги вряд ли может представлять угрозу здоровью, так как в абсолютном выражении объем расходов остается высоким.

Начиная с 2019 г. дополнительным фактором снижения общего объема потребления платных медицинских услуг может стать снижение численности населения России (согласно низкому варианту прогноза численности населения, разработанного Росстатом).

Прогноз объема рынка медицинских услуг в 2016-2017 гг. В качестве рабочей гипотезы использовалось следующее предположение: для того, чтобы не допустить возникновения (нарастания) негативных социальных эффектов, необходимо, по меньшей мере, обеспечить сохранение реального объема суммарных расходов на оказание медицинской помощи (бесплатные и платные медицинские услуги) на имеющемся уровне (уровень 2014 г.). Проведенные выше расчеты дают основание предполагать, что объем потребления платных медицинских услуг в 2016-2018 гг. снизится и составит 92-94% уровня 2014 г. Таким образом, для достижения поставленной выше цели потребуются дополнительные государственные расходы на оказание медицинской помощи.

Основными источниками финансового обеспечения выполнения территориальных программ обязательного медицинского

страхования являются субвенции Федерального фонда ОМС и межбюджетные трансферты из бюджетов субъектов РФ в ТФОМС на дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальных программ ОМС.

Расчет прогнозируемого значения суммарного объема расходов на оказание медицинской помощи (МП_{сумм}) проводился по формуле:

$$\text{МП}_{\text{сумм}} = \text{МП}_{\text{гос}} + \text{МП}_{\text{частн}},$$

где МП_{гос} – объем финансирования территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи за счет субвенций из ФФОМС и межбюджетных трансфертов из бюджетов субъектов РФ (2014 г. – фактические данные [27], 2015 – 2017 гг. – [28], с уточнениями согласно [29]),

$$\text{МП}_{\text{гос}} = \text{Субвенция} + \text{Бюджеты} * \text{Коэф},$$

где Субвенция – субвенция из бюджета ФФОМС бюджетам ТФОМС (по данным [30], с уточнениями согласно [31]); Бюджеты – межбюджетные трансферты из бюджетов субъектов РФ (объем рассчитан исходя из подушевых нормативов финансирования, предусмотренных Программой (без учета расходов федерального бюджета) за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов и среднегодовой численности населения); Коэф – поправочный региональный коэффициент, рассчитанный как отношение объема фактических межбюджетных трансфертов из бюджетов субъектов РФ к расчетным (исходя из подушевых нормативов финансирования и среднегодовой численности населения) за 2014 г.; МП_{частн} – объем платных медицинских услуг (2014 г. – фактические данные Росстата, 2015 – 2017 гг. – прогноз авторов на основе расчетов по данным ОБДХ за 2005-2012 гг. по децильным группам, с учетом ИПЦ на медуслуги).

$$\text{МП}_{\text{частн}}(\text{тек_год}) = \text{МП}_{\text{частн}}(\text{пред_год}) * \text{МП}_{\text{частн_индекс}} * \text{ИПЦ}_{\text{услуги}},$$

где МП_{частн}(тек/пред_год) – объем платных медицинских услуг в текущем/предыдущем году (в 2014 г. – фактические данные Росстата); МП_{частн_индекс} – индекс объема платных медицинских услуг (прогноз авторов на основе расчетов по данным ОБДХ за 2005-2012 гг. по децильным группам с учетом прогноза численности населения); ИПЦ_{услуги} – индекс цен на платные услуги (прогноз МЭР – консервативный вариант [25]).

Сравнение прогнозируемого и «целевого» показателей показывает, что, несмотря на сокращение расходов на платные медицинские услуги, объем суммарных расходов на медицинские услуги в реаль-

ном выражении в 2015 г. не снизится ниже уровня 2014 г., а в 2016-2017 гг. снизится незначительно (табл. 7).

Таблица 7

Государственные и частные расходы на оказание
медицинской помощи в 2014 г. и прогноз на 2015-2017 гг.

Показатель	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.
Субвенция из бюджета ФФОМС бюджетам ТФОМС, млрд. руб.	1173	1414	1458	1628
Расходы консолидированных бюджетов субъектов РФ (без учета межбюджетных трансфертов, передаваемых в систему ОМС), млрд. руб.	499,6	505,5	529,1	552,4
Объем платных медицинских услуг, млрд руб. (2015-2018 – прогноз авторов на основе прогноза Индекса объема платных медицинских услуг)	474,4	505,2	550,6	587,6
Индекс объема платных медицинских услуг (2015-2018 гг. – прогноз авторов на основе расчетов по данным ОБДХ за 2005-2012 гг. по децильным группам)	1,05	0,96	0,97	0,99
Индекс цен на платные услуги	1,11	1,12	1,07	1,06
Суммарный объем расходов на медицинские услуги (прогнозируемый), млрд. руб.	2147,0	2424,7	2537,8	2767,8
Суммарный объем расходов на медицинские услуги при условии сохранения физического объема на уровне 2014 г. («целевой»), млрд. руб.	2147,0	2383,2	2678,7	2876,9
Дополнительное финансирование территориальных программ гос. гарантий, необходимое для компенсации снижения потребления платных мед. услуг в результате снижения уровня доходов населения, с целью сохранения суммарного физического объема медуслуг на уровне 2014 г.:				
млрд. руб.	-	-41,5	141,0	109,2
%	-	-1,7	5,6	3,9

Источник: расчеты авторов по данным [25; 27-31].

В 2015 г. снижение объемов платной медицинской помощи компенсировалось за счет роста (в реальном выражении) ассигнований на финансирование территориальных программ государственных гарантий⁸.

В 2016-2017 гг. отмечается обратная тенденция. Для того, чтобы суммарный объем медицинской помощи населению не снизился, дополнительные расходы государства должны составить в

⁸ На момент написания статьи фактические данные за 2015 г. не опубликованы.

2016 г. – 141,0 млрд. руб. (5,6%), в 2017 г. – 109,2 млрд. (3,9%). Возможно, эта разница будет компенсирована за счет ассигнований федерального бюджета на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи (2016 г. – 99,5 млрд. руб., 2017 г. – 103,5 млрд. руб.). Масштабы разницы прогнозируемого и «целевого» уровней дают представление о возможном снижении объема медицинской помощи за счет всех видов финансирования, размер которого может составить 3-6% суммарного объема расходов на медицинские услуги ежегодно (рис. 9).

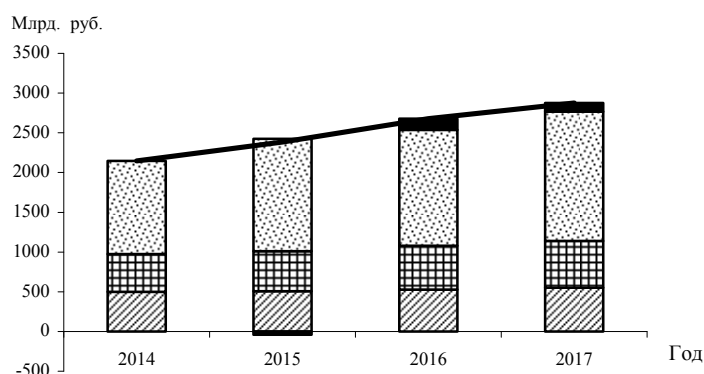


Рис. 9. Прогнозируемое и «целевое» значения суммарного объема расходов на медицинские услуги в 2015-2017 гг. в текущих ценах (по индексу цен на платные услуги в «Сценарных условиях» МЭР (см. Сноска 28)):

■ необходимые дополнительные расходы на тер. программы гос. гарантий бесплатного оказания гражданам мед. помощи*; ▨ субвенция из бюджета ФОМС бюджетам ТФОМС; ▤ объем платных мед. услуг**; ▩ расходы конс. бюджетов субъектов РФ на тер. программы гос. гарантий бесплатного оказания гражданам мед. помощи***; — суммарный объем расходов на мед. услуги при условии сохранения физ. объема на уровне 2014 г. (целевой)

* Дополнительные расходы на территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, необходимые для компенсации снижения потребления платных медицинских услуг в результате снижения уровня доходов населения, с целью сохранения суммарного физического объема медицинских услуг на уровне 2014 г., млрд. руб.

** Объем платных медицинских услуг (2015-2018 гг. – прогноз на основе расчетов по данным ОБДХ за 2005-2012 гг. по децильным группам, с учетом ИПЦ на медицинские услуги), млрд. руб.

*** Расходы консолидированных бюджетов субъектов РФ на территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (без учета межбюджетных трансфертов, передаваемых в систему ОМС), млрд. руб. (расчет).

Источник: расчеты авторов по данным [25; 27-31].

В постоянных ценах к 2017 г. по сравнению с 2014 г. объем субвенций ФФОМС в ТФОМС увеличится при снижении объема расходов на платные медицинские услуги и расходов консолидированных бюджетов субъектов РФ на финансирование территориальных программ государственных гарантий на оказание бесплатной медицинской помощи (табл. 8).

Таблица 8

Динамика объема расходов на медицинские услуги по источникам (в постоянных ценах, 2014=100%).

Показатель	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.
Объем расходов на платные медицинские услуги	100	95,9	93,0	92,4
Субвенции ФФОМС в ТФОМС	100	108,6	99,6	103,6
Расходы консолидированных бюджетов субъектов РФ на территории программы гос. гарантий бесплатного оказания гражданам мед. помощи (без учета межбюджетных трансфертов, передаваемых в систему ОМС)	100	91,1	84,9	82,5

Источник: расчеты авторов.

* * *

Выводы. На период 2016-2017 гг. в целом прогнозируется снижение суммарного объема расходов на медицинские услуги по сравнению с уровнем 2014 г., суммарный дефицит финансирования составит около 3-6%. Прогнозируемое снижение объема расходов на платные медицинские услуги может быть компенсировано ростом уровня государственного финансирования расходов медицинских услуг.

Результаты расчетов показали, что объем расходов на платные медицинские услуги в 2016-2017 гг. будет снижаться в связи с кризисом и снижением уровня доходов населения. В то же время, государство предпринимает усилия для выполнения социальных обязательств и стремится не допустить снижения общих расходов на здравоохранение, индексируя государственные расходы в соответствии с ростом цен и увеличивая их объем в реальном выражении по сравнению с 2014 г. Таким образом, на время кризиса можно ожидать возрастания роли государства в сфере медицинского обслуживания населения и снижения потребления дорогостоящей платной медицинской помощи.

Прогнозируемое снижение объема потребления платных медицинских услуг из-за снижения доходов населения, а следовательно снижение возможностей компенсации недостатков бесплатной медицины платными услугами в наибольшей степени затронет малообеспеченные слои населения (1-5 децильные группы), для которых изменение величины доходов в наибольшей степени обуславливает соответствующее изменение величины расходов на медицинские услуги. Для этих групп сокращение возможностей по получению платной медицинской помощи может оказаться наиболее болезненным, поскольку вероятнее всего будет связано со снижением доступности услуг первой необходимости (например, прием специалистов, анализы и наиболее востребованные процедуры), получение которых в рамках системы ОМС связано с длительным ожиданием или другими сложностями. Для 10-й, наиболее обеспеченной группы, для которой также установлена высокая эластичность объема потребления платных мед.услуг по доходам, сокращение расходов на платные услуги вряд ли может представлять угрозу здоровью, так как в абсолютном выражении объем расходов останется высоким.

Предположение о том, что в период кризиса в неявном виде подразумевается вынужденный переход на частную медицину, не оправдывается. Поворота к платной медицине не происходит, отмечаются процессы, характерные для периода экономического кризиса, в частности, переход к сберегательной модели поведения.

В то же время, не совсем ясно, за счет каких средств предполагается обеспечить планируемый рост подушевых нормативов финансирования и размер субвенций ФФОМС на территориальные программы в условиях снижения доходов населения и, соответственно, налоговых поступлений, формирующих доходы ФФОМС. В случае дефицита средств ФФОМС, источником компенсации недостающего объема финансирования могут выступать бюджеты субъектов РФ, что приведет к дополнительной нагрузке на них. Однако, в ситуации дефицита средств на здравоохранение в консолидированных бюджетах большинства регионов (в 2014 г. – 102 млрд. руб., в 2015 г. – 127 млрд. руб.) и средств ОМС (в 2014 г. – 55 млрд. руб., в 2015 г. по экспертным оценкам – 150 млрд. руб.) этим дополнительным источником финансирования может стать только федеральный бюджет [5].

Поскольку существенного увеличения государственного финансирования в сравнении с 2014 г. не предполагается, а в сравнении с 2013 г. динамика государственных расходов на здравоохранение в целом в реальном выражении является отрицательной, проблемы и негативные тенденции в сфере бесплатного медицинского обслуживания населения (снижение качества и доступности бесплатной медицинской помощи) в 2016-2017 гг. могут сохраниться, если не будут предприняты меры по совершенствованию программы реформирования отрасли. В связи с кризисом возможно дополнительное ужесточение бюджетных и внебюджетных расходов на здравоохранение, что приведет к невозможности компенсации падения уровня частных расходов на медицинские услуги.

Литература и информационные источники

1. http://www.ach.gov.ru/press_center/news/21297
2. <http://wciom.ru/index.php?id=236&uid=115370>
3. <http://gtmarket.ru/news/2014/09/22/6887>
4. Улумбекова Г.Э. *Здравоохранение России. Что надо делать. 2-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. 704 с.*
5. Улумбекова Г.Э. *Здравоохранение России: мифы, реальность, решения.* – Центр научной политической мысли и идеологии (Центр Сулакшина). 22 июня 2015 г. <http://rusrand.ru/analytics/analyticszdravoohranenie-rossii-mify-realnost-resheniya>
6. http://apps.who.int/gho/indicatorregistry/App_Main/view_indicator.aspx?iid=110
7. <http://apps.who.int/nha/database>
8. <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>
9. Иванов В.Н., Суворов А.В., Балашова Е.Е., Трецина С.В. Анализ динамики общественных и частных расходов на здравоохранение и образование в современной России // *Проблемы прогнозирования. 2014. № 6. С. 31-43.*
10. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 гг. <http://government.ru/media/files/z4YWAm1KswA.pdf>
11. <http://marketing.rbc.ru/reviews/medicine2013/>
12. <http://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/strategiya-razvitiya-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii-na-dolgosrochnyy-period>
13. Шишкин С.В., Попович Л.Д. *Анализ перспектив развития частного финансирования здравоохранения. М.: ИЭПП, 2009. 112 с.*
14. <http://marketing.rbc.ru/reviews/medicine2013/>
15. ЕМИСС <https://fedstat.ru/indicator/31280>
16. ЕМИСС <https://fedstat.ru/indicator/43278>
17. ЕМИСС <https://fedstat.ru/indicator/31074>
18. <http://rg.ru/2015/04/14/optimizatsiya-site.html>
19. <http://obdx.gks.ru/>
20. *Социальное положение и уровень жизни населения России. Стат. сб. М.: Росстат, 2014. 321 с.*
21. http://romir.ru/studies/685_1435784400/
22. Селезнева Е.В. *Оценка последствий введения новых форм участия населения в оплате медицинской помощи // XV Апрельская международная научная конференция по проблемам развития экономики и общества. В 4-х кн. / Отв. ред. Е. Ясин. М.: НИУ ВШЭ, 2015. С. 206-212.*
23. Черкашина Т.Ю. Дифференциации населения России по потреблению медицинских услуг: масштабы и факторы // *SPEPO. 2012. № 17, Осень-Зима. С.121-133.*

24. ЕМИСС <https://fedstat.ru/indicator/30992>
25. Прогноз социально-экономического развития Российской Федерации на 2016 год и на плановый период 2017 и 2018 годов. Минэкономразвития России, 26 октября 2016 г. <http://economy.gov.ru/minec/about/structure/depMacro/20151026>
26. Демографический прогноз // Демографический ежегодник России. М.: Росстат, 2015. http://www.gks.ru/bgd/regl/B15_16/Main.htm
27. Государственный доклад о реализации государственной политики в сфере охраны здоровья за 2014 год.
28. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год и на плановый период 2016 и 2017 годов (утв. постановлением Правительства РФ от 28 ноября 2014 г. № 1273).
29. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год (утв. постановлением Правительства РФ от 19 декабря 2015 г. № 1382). Режим доступа: <http://government.ru/docs/all/104879/>
30. Федеральный закон от 01.12.2014 №387-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2015 год и плановый период 2016-2017 годов».
31. Федеральный закон от 14 декабря 2015 г. № 365-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2016 год». Режим доступа: <http://government.ru/docs/all/104879/?page=3>