

ДОСТУПНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ КАК ФАКТОР СМЯГЧЕНИЯ БЕДНОСТИ И НЕРАВЕНСТВА В РОССИИ И КИРГИЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

AVAILABILITY OF MEDICAL SERVICES AS A FACTOR OF MITIGATION OF POVERTY AND INEQUALITY IN RUSSIA AND THE KYRGYZ REPUBLIC

D. Djoldosheva

Summary. The article provides an evaluation of accessibility of health services as a factor of mitigation of the poverty rate and inequality in the Russian Federation and in the Kyrgyz Republic. GDP and total health expenditures per capita in USD in Russia were in 8–10 times higher than in the Kyrgyz Republic. However the poverty rate and inequality difference were not high between two countries. One of the reason is features of health financing and health delivery systems. Russia is financing mainly hospital and high technological services (70,4%), and allocates only 16,2% to primary and outpatient care. The Kyrgyz Republic directs 58,7% to hospital care and 35,3% to primary and outpatient care. Such approach allowed the Kyrgyz Republic to increase nearly 3 times the accessibility of health care. This can explain in part why in Russia despite a huge surplus of GDP and total health expenditures per capita in USD the poverty rate and inequality, demographic and epidemiologic indicators have not been better than in the Kyrgyz Republic.

Keywords. The Russian Federation, the Kyrgyz Republic, economic development, poverty, inequality, health care accessibility.

Джолдошева Динара Сабатбековна

*К.э.н., Киргизско-Российский Славянский Университет
имени Б. Н. Ельцина
ddjoldosheva@yahoo.com*

Аннотация. Статья посвящена оценке доступности медицинских услуг как фактора смягчения бедности и неравенства в России и Киргизии, имеющих огромные различия в экономическом развитии. В России ВВП на душу населения был в 8–10 раз выше по сравнению с таковым в Киргизии. Также в России общие расходы здравоохранения на душу населения в долларах США многократно превышали их уровень в Киргизии. Однако разница в уровне бедности и неравенстве между двумя странами была не столь значительной. Одной из причин являются особенности финансирования здравоохранения и предоставления медицинских услуг в двух странах. Так, в России средства направляются на преимущественное финансирование дорогостоящей стационарной и высокотехнологичной медицинской помощи (70,4%), а на первичную и амбулаторную помощь — 16,2%, в Киргизии стационарная помощь потребляет 58,7%, а первичная и амбулаторная помощь — 35,3%. Приоритетное финансирование первичной медицинской помощи при резко ограниченных финансовых ресурсах в Киргизии привело к почти 3-х кратному росту доступа населения к медицинским услугам. Это может отчасти объяснить почему в России, несмотря на огромное превышение ВВП и общих расходов здравоохранения на душу населения в долларах США, уровень бедности, неравенства, демографические и эпидемиологические показатели оказались не лучше по сравнению с Киргизской Республикой.

Ключевые слова: Россия, Киргизия, экономическое развитие, бедность, неравенство, доступность медицинских услуг.

Введение

Неравенство и бедность отражают целый ряд факторов, которые в свою очередь влияют на экономический рост. Важнейшим из них считается доступ к услугам здравоохранения и образования [4]. Установлено, что наиболее обеспеченные люди, имеющие сравнительно меньше потребностей в медицинских услугах, потребляют большую часть этой помощи, тогда как люди с самыми скудными средствами и испытывающие серьезные проблемы со здоровьем, потребляют наименьшую ее часть [15]. В странах как с высокими, так и с низкими доходами государственные расходы на здравоохранение чаще всего идут на пользу богатым, а не бедным [12, 14]. В тех случаях, когда люди не имеют социальной защиты и оплачивают медицинские услуги наличными в организациях здравоохранения, их расходы могут быть чрезвычайно высокими. Ежегодно более 100 млн. человек впадают в нищету из-за катастрофических расходов на медицинскую помощь [20]. Медицинские услуги, предоставляемые малоимущим людям

в значительной степени не обеспечены ресурсами [18]. Чрезмерная специализация медицинских учреждений и врачей, преимущественное финансирование дорогостоящих медицинских услуг увеличивают расходы здравоохранения в ущерб первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), которая наиболее доступна, особенно для бедного населения. Она обеспечивает при надлежащей организации эффективную профилактику заболеваний и способствует формированию здорового образа жизни, которые в свою очередь могут почти на 70% сократить бремя болезней [5]. Большинство стран с высоким доходом и некоторые страны со средним доходом добились впечатляющих успехов в повышении эффективности и равенства в предоставлении медицинских услуг, включая превентивные программы для всех домохозяйств без или с минимальной оплатой [16]. В России, по данным Базылева В.В. и соавт. [1], объем высокотехнологичной помощи с 2009 года по 2013 год возрос почти в 2 раза. На оказание помощи больным с сосудистыми заболеваниями из Федерального бюджета за 2008–2012 годы были выделены более 12 млрд. рублей для создания и ос-

Таблица 1. Динамика ВВП на душу населения в долларах США в Российской Федерации и Киргизской Республике (1990–2016 годы) (Всемирный Банк, 2017)

	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2016
Россия	1647	1288	1229	3771	8764	9521	8945
Киргизия	234	325	279	377	880	1279	1077

Таблица 2. Динамика уровня бедности в процентах в Российской Федерации и Киргизской Республике (1992–2016 годы) [9]

	1992	1995	2000	2005	2010	2015	2016
Россия	33,5	29,0	29,0	25,4	17,7	16,1	14,6
Киргизия	57,0	43,5	62,6	45,9	33,7	30,6	25,4

нащения современным медицинским оборудованием первичных и региональных сосудистых центров. В то же время по итогам контрольно-надзорных мероприятий Росздравнадзор установил 8 типичных нарушений в системе здравоохранения России, в том числе длительный простой дорогостоящего медицинского оборудования, неэффективное его использование, низкую доступность и другие [11]. В то же время опыт экономически развитых стран, которые значительно увеличили расходы здравоохранения, особенно из государственных средств, и направили их на усиление ПМСП добились впечатляющих успехов в снижении смертности от распространенных заболеваний, особенно болезней системы кровообращения, совершив так называемую «кардиоваскулярную революцию» [17]. Что же касается России, по мнению [13], рано говорить о «кардиоваскулярной революции» в стране. В связи с вышеизложенным, представляет значительный интерес сравнительная оценка доступности медицинских услуг как фактора смягчения бедности и неравенства в Российской Федерации и Киргизской Республике с учетом их различного уровня экономического развития.

Методология

Методическую основу данной статьи составляют сравнительные методы анализа с использованием базы данных Всемирного Банка, ВОЗ, ОЭСР, Мировой атлас данных, World Health Rankings. Проведен анализ экономического развития (ВВП на душу населения в долларах США, общие и государственные расходы здравоохранения на душу населения в долларах США) и особенности финансирования и предоставления медицинских услуг в Киргизской Республике и Российской Федерации.

Основная часть

В 1990 году перед развалом СССР в России ВВП на душу населения в долларах США был в 8 раз выше

по сравнению с Киргизской Республикой (соответственно 1647 и 234 долларов США). К 2016 году эта разница сохранилась практически неизменной. В обоих государствах за анализируемый период (1990–2016 годы) отмечался рост ВВП на душу населения: в России в 5,4 раза (соответственно 1647 и 8945 долларов США) и 4,6 раза в Киргизской Республике (соответственно 234 и 1077 долларов США) (таблице 1). Можно было бы предположить, что и разница в уровне бедности и неравенства между двумя странами будет столь же значительной, как между ВВП на душу населения в долларах США.

Однако, как показано в таблице 2, разница в уровне бедности между Российской Федерацией и Киргизской Республикой колебалась от 58% в 1992 году (соответственно 33,5% и 57,0%) до 57,4% в 2016 году (соответственно 14,6% и 25,4%). И лишь в 2000 году отмечалась более чем 2-х кратная разница в уровне данного показателя между сравниваемыми странами (соответственно 29,0% в России и 62,6% в Киргизии) (таблица 2). Мировой опыт свидетельствует о том, что экономический рост приводит к сокращению уровня бедности и неравенства [3]. И, действительно, за период 1992–2016 годов уровень бедности сократился от 33,5% в 1992 году до 14,6% в 2016 году в России, а в Киргизской соответственно от 57,0% в 1992 году до 25,4% в 2016 году (таблица 2).

Сравнительный анализ индекса неравенства Джини показывает, что в 1993 году данный показатель был очень высоким в Киргизской Республике (53,7) по сравнению с таковым в Российской Федерации (42,0) [9]. В последующие годы индекс Джини постепенно снижился в обеих странах, но более значительно в Киргизской Республике. Начиная с 2000 года и вплоть до 2016 года, данный показатель был выше в Российской Федерации, чем в Киргизской Республике (таблица 3). Логично было бы предположить, что в Российской Федерации с ВВП на душу населения в 2005, 2010, 2015 и 2016 годах соответственно 3771, 8764, 9521 и 8945 долларов США

Таблица 3. Динамика индекса Джини в Российской Федерации и Киргизской Республике (1993–2016 годы) (Мировой атлас данных, 2017)

	1993	1995	2000	2005	2010	2015	2016
Россия	42,0	40,0	37,1	37,5	41,3	39,9	37,7
Киргизия	53,7	46,4	31,0	32,6	30,1	26,8	29,0

Таблица 4. Динамика расходов здравоохранения в Российской Федерации и Киргизской Республике (1995–2016 годы) [9]

Общие расходы здравоохранения в процентах от ВВП						
Годы	1995	2000	2005	2009	2014	2015
Россия	5,4	5,4	5,2	6,8	7,1	5,6
Киргизия	6,0	4,7	5,8	6,7	6,5	7,1
Государственные расходы здравоохранения в процентах от ВВП						
Россия	3,6	3,2	3,2	3,5	3,6	3,4
Киргизия	3,0	2,07	2,3	3,7	3,6	3,5
Расходы здравоохранения как процент от общегосударственного бюджета						
Россия	9,0	12,7	11,7	8,5	9,4	9,6
Киргизия	10,7	11,9	11,9	12,9	11,9	12,1
Общие расходы здравоохранения в долларах США на душу населения						
Россия	113	96	277	727	893	524
Киргизия	19	13	28	58	82	92

Таблица 5. Динамика средней ожидаемой продолжительности жизни и стандартизированных по возрасту показателей смертности от болезней системы кровообращения и рака в Российской Федерации и Киргизской Республике (1990–2015 годы) [9]

Страна	Средняя ожидаемая продолжительность жизни, лет			
	1990	2000	2010	2015
Россия	68,9	65,5	68,8	70,9
Киргизия	68,3	66,6	68,8	71,1
Стандартизированный по возрасту показатель смертности от болезней системы кровообращения на 100 тыс. населения				
Россия	618,0	845,0	801,0	616,0
Киргизия	537,0	673,0	693,0	476,9
Стандартизированный по возрасту показатель смертности от онкологических болезней на 100 тыс. населения				
Россия	192,2	202,9	204,9	202,4
Киргизия	120,0	114,0	112,4	94,8

индекс Джини должен был бы быть ниже, чем в Киргизской Республике со значительно более низким ВВП на душу населения в эти же годы (соответственно 377, 880, 1279 и 1077 долларов США). Однако данные индекса Джини, представленные в таблице 3, свидетельствуют об обратном.

В чем же причины этого казалось бы противоречивого тренда? По данным Всемирного Банка [4], одним из важнейших факторов, влияющих на неравенство и бедность считается доступ к услугам здравоохранения и образования. В связи с этим, рассмотрим особенности систем здравоохранения двух государств с точки зре-

ния финансирования и предоставления медицинских услуг. Как видно из данных, представленных в таблице 4, в 2005–2017 годах общие и государственные расходы здравоохранения в процентах от ВВП, а также расходы здравоохранения от общегосударственного бюджета не имели существенных различий в двух странах. Однако общие расходы здравоохранения в долларах США на душу населения в Российской Федерации были значительно выше, превысив в более чем в 10 раз в 2009 и 2014 годах (соответственно 727 и 893 долларов США), уровень данного показателя в Киргизской Республике (соответственно 58 и 82 долларов США). Несмотря на столь огромную разницу между Российской Феде-

рацией и Киргизской Республикой в общих расходах здравоохранения в долларах США на душу населения, такие важные демографические и эпидемиологические показатели, как средняя ожидаемая продолжительность жизни и стандартизированные по возрасту показатели смертности от болезней системы кровообращения и злокачественных новообразований в 1990–2015 годы в России не были значительно лучше, чем в Киргизии (таблица 5). Напротив, в 2000 году снижение средней продолжительности жизни в Российской Федерации было более значительным (65,5 лет) по сравнению с Киргизской Республикой (66,6 лет).

Стандартизированный по возрасту показатель смертности от болезней системы кровообращения в России в период 1990–2015 годы превышал его уровень в Киргизской Республике. А стандартизированный по возрасту показатель смертности от раковых заболеваний в России был значительно выше, чем в Киргизии (таблица 5). В чем же причины того обстоятельства, что в Российской Федерации, несмотря на значительные общие расходы здравоохранения на душу населения в долларах США, демографические и эпидемиологические показатели оказались не лучше по сравнению с Киргизской Республикой.

Международный опыт свидетельствует о важности эффективного распределения финансовых средств поставщикам медицинских услуг. Общим для Российской Федерации и Киргизской Республики является функционирование в обоих государствах бюджетно-страховой системы здравоохранения. В остальном имеются существенные различия. Прежде всего, страховые взносы от работодателей в систему обязательного медицинского страхования в России значительно выше (5,1%), чем в Киргизской Республике (2%). В России между плательщиком и поставщиками медицинских услуг функционируют страховые медицинские организации как финансовые посредники. По данным Шишкина С.В. и соавт. [6], их полезность и результативность по сравнению с затратами (15,1 млрд. рублей в 2015 году) оказались неубедительными. В Киргизской Республике создана и успешно функционирует система «Единого плательщика» в лице Фонда обязательного медицинского страхования при Правительстве Киргизской Республики без страховых медицинских организаций. Согласно анализа, проведенного Всемирным Банком [2], система финансирования здравоохранения Российской Федерации фрагментирована и децентрализована. Она неэффективна в результате дублирования административных функций и высоких операционных издержек. По данным Максимовой Т.Г., Антохина Ю.Н. [8], в структуре Федерального бюджета на здравоохранение на 2016 год 72% средств были предусмотрены на финансирование государственной программы «Развитие здравоохранения». При этом

50,2% направлены на финансирование стационарной помощи, 16,1% — на амбулаторно-поликлиническую помощь, 0,1% — на скорую медицинскую помощь, 8,2% — на санаторно-оздоровительные услуги и 20,2% — на высокотехнологическую помощь. Таким образом, в сумме расходы на стационарную и высокотехнологическую помощь составили 70,4%. Число больных, получивших высокотехнологическую медицинскую помощь в России, возросло за период с 2005 года по 2015 год в 13,7 раза (с 60 тыс. до 823,3 тыс. чел.), а численность населения, прошедшего диспансеризацию с 2008 года по 2015 год, увеличилась в 3,9 раза (соответственно с 5,8 млн. человек до 22,5 млн. человек) [6]. В то же время, измеренный по 25 показателям уровень развития участковой (первичной) службы в России заметно ниже, чем во всех постсоветских странах Европы [10]. Поэтому, по мнению Шишкина С.В. [6], наиболее острой проблемой здравоохранения России является доступность и качество ПМСП. Так, за последнее десятилетие в стране произошло значительное сокращение кадров ПМСП, особенно в участковой службе. Дефицит участковых терапевтов составляет 30% и педиатров — 10%. Две трети врачей ПМСП в России лица предпенсионного и пенсионного возрастов. Как известно, при слабой системе ПМСП увеличивается потребность в дорогостоящей стационарной помощи (высокие показатели госпитализации и количества проведенных койко-дней) и использование скорой медицинской помощи. В Киргизской Республике в процессе реформирования системы здравоохранения приоритетное развитие получила ПМСП за счет реструктуризации избыточной стационарной помощи. В 2015 году из средств консолидированного бюджета системы Единого плательщика на финансирование стационарной помощи были направлены 58,7%. Средства ПМСП составили 26,6%, стоматологические услуги — 3%, скорая помощь — 3,7% и лекарственное обеспечение — 2%. В целом, финансирование ПМСП и амбулаторной помощи достигло 35,3%, что является значительным достижением реформы здравоохранения Киргизской Республики. Благодаря этому процент людей, не обращавшихся за медицинской помощью из-за финансовых или географических барьеров сократился от 11,2% в 2000 году до 4,4% в 2009 году [7]. Таким образом, в системах финансирования здравоохранения и предоставления медицинских услуг имеются значительные различия. Во-первых, в России общие расходы здравоохранения на душу населения в долларах США многократно превышают их уровень в Киргизии, во-вторых, в России эти средства направляются на финансирование дорогостоящей стационарной и высокотехнологичной медицинской помощи (70,4%), а на первичную и амбулаторную помощь — 16,2%, в Киргизии стационарная помощь потребляет 58,7%, а ПМСП и амбулаторная помощь — 35,3%. Приоритетное финансирование ПМСП при резко ограниченных финансовых ресурсах в Киргизии приве-

ло к почти 3-х кратному росту доступа населения к медицинским услугам. Это может отчасти объяснить почему в Российской Федерации, несмотря на огромное превышение ВВП и общих расходов здравоохранения

на душу населения в долларах США, уровень бедности, неравенства, демографические и эпидемиологические показатели оказались не лучше по сравнению с Киргизской Республикой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Базылев В.В., Шутов Д. Б., Асташкин А. Ф., Черногринов А. Е. Организационные основы повышения доступности кардиохирургической помощи населению на примере Пензенской области // Вестник Росздравнадзора. 2015. № 5. С. 19–25
2. Всемирный Банк. Государственные расходы на здравоохранение в Российской Федерации: проблемы и пути их решения // Всемирный Банк, 2009. С. 31
3. Всемирный Банк. Доклад о мировом развитии 2005. Как сделать инвестиционный климат благоприятным для всех. Всемирный Банк. Издательство «Весь мир», Москва, 2005. — 288 с.
4. Всемирный Банк. Доклад о мировом развитии 2000/2001 года. Наступление на бедность. М.: Издательство «Весь Мир», 2001. С. 376
5. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2002. Уменьшение риска, содействие здоровому образу жизни // Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2002. С. 382
6. Здравоохранение: современное состояние и возможные сценарии развития // Доклад к XVIII Апрельской международной научной конференции по проблемам развития экономики и общества, Москва, 11–14 апр. 2017 г. / рук. авт. кол. С. В. Шишкин. НИУ «Высшая школа экономики». М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2017. С. 54
7. Калиев М.Т., Мейманалиев Т. С. Обязательное медицинское страхование в Кыргызской Республике (20 лет опыта) // Бишкек, 2016. С. 236
8. Максимова Т.Г., Антохин Ю. Н. Состояние и перспективы финансового обеспечения российского здравоохранения: краткий статистический обзор // Известия Санкт-Петербургского государственного экономического университета. 2017. 1–2 (103). С. 173–178
9. Мировой атлас данных, 2017
10. Сигов В.И., Верзилин Д. Н., Верзилин С. Д. Программно-целевое управление социальной безопасностью: концептуальный подход к оцениванию результативности // Журнал правовых и экономических исследований. 2015. № 4. С. 162–168
11. Фисенко В.С., Рогинко Р. И., Корочкин А. В. Выполнение основных целевых показателей по снижению смертности от болезней системы кровообращения в субъектах Российской Федерации (по результатам контрольно-надзорных мероприятий Росздравнадзора). Вестник Росздравнадзора. 2015. № 5. С. 26–32
12. Filmer D. The incidence of public expenditures on health and education // Washington DC, The World Bank, 2003 (background note for World development report 2004 — making services work for poor people).
13. Grigoriev P., Meslé F., Shkolnikov V. M., Andreev E., Fihel A., Pechholdova M., Vallin J. The recent mortality decline in Russia: beginning of the cardiovascular revolution? // Population and Development Review. 2014. 40 (1). pp. 107–129
14. Hanratty B, Zhang T, Whitehead M. How close have universal health systems come to achieving equity in use of curative services? A systematic review. // International Journal of Health Services, 2007. (37) pp. 89–109
15. Hart T. The inverse care law // Lancet, 1971. (1). pp. 405–412
16. Jamison D., Summers L., Alleyne G. et al. Global health 2035: a world converging within a generation // The Lancet. 2013. 382. pp. 1898–1955
17. Meslé F., Vallin J. The health transition: trends and prospects // G. Caselli, J. Vallin, G. Wunsch, eds. Demography: analysis and synthesis. A treatise in population studies // New York: Academic Press. 2006. II: pp. 247–259
18. Moore G, Showstack J. Primary care medicine in crisis: towards reconstruction and renewal // Annals of Internal Medicine, 2003. (138). pp. 244–247
19. World development report 2004: making services work for poor people // Washington DC, The World Bank. 2004. pp. 217
20. Xu K., Evans D., Carrin G. et al. Protecting households from catastrophic health expenditures // Health Affairs, 2007. (6). pp. 972–983

© Джолдошева Динара Сабатбековна (ddjoldosheva@yahoo.com).

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»