

Андрей КОЛОМИЕЦ

ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИЧЕСКИХ УГРОЗ

Используя данные о состоянии систем здравоохранения и распространении пандемии в США, Италии и других странах, автор аргументирует вывод, что эффективное парирование пандемических угроз требует корректировки моделей развития и финансирования системы здравоохранения. В частности, необходимо расширение доступа маргинальных социальных групп к услугам амбулаторно-поликлинических учреждений на постоянной основе, включая бесплатные услуги. Положение, когда привлечение низкооплачиваемых мигрантов, фактически исключенных из региональных систем здравоохранения, позволяет получать конкретным работодателям избыточную прибыль, создает для общества не только дополнительные издержки, но и риски катастрофического развития эпидемиологических ситуаций. Такие работодатели являются разновидностью «безбилетников», которые обходятся обществу слишком дорого.

Ключевые слова: COVID, бесплатные услуги, маргинальные группы, пандемия, равный доступ, регион, региональные различия, финансирование здравоохранения

JEL: H51, K42, P2

Почти год человечество с переменным успехом пытается бороться с новой пандемической угрозой. Часто меры по борьбе с ней предпринимаются в состоянии паники. В результате последствия оказываются *более деструктивными для экономики и общества*, нежели сама пандемия.

Очевидно, что борьба с пандемическими угрозами — задача, которая может быть решена только на общенациональном уровне и предполагает концентрацию значительных финансовых ресурсов. Специалисты, объединенные исследовательской программой Мирового банка, говорят о критической потребности финансовых вложений в эластичные системы здравоохранения (подчиненных приоритетам безопасности общественного здравоохранения), для предотвращения и смягчения подобных кризисов [1].

Закономерен вопрос, каким образом средства должны быть аккумулированы, направлены и израсходованы? В связи с необходимостью на этот вопрос отвечать, проблемы сравнительных возможностей и оптимального сочетания рыночных и нерыночных механизмов в здраво-

охранении, целей и методов государственного регулирования развития системы здравоохранения остаются актуальными. «Здравоохранение — часто используемая иллюстрация неудачи рынка и необходимости правительственного действия преодолеть такую неудачу», — отмечает современный американский исследователь [2].

Платность и бесплатность здравоохранения в условиях пандемии

В российской публицистике и научной литературе эта проблема в первом приближении интерпретируется как проблема соотношения платности и бесплатности здравоохранения (как и механизмов финансирования развития социальной сферы в целом). В начале 1990-х гг. автор поддерживал концепцию, предполагающую сочетание начал платности и бесплатности в развитии социальной сферы. Согласно этой концепции, объемы оказания платных услуг должны были увеличиваться в масштабах, не наносящих ущерба функциям бюджетных учреждений по обеспечению гарантий равного доступа к важнейшим видам социально-культурного обслуживания, в т.ч. важнейшим услугам учреждений здравоохранения. Автор отмечал возможный негативный эффект принудительной платности этих услуг в условиях, когда рост доходов населения (за исключением высокодоходной его части) с трудом успевает за ростом цен [3].

Необходимо подчеркнуть, что бесплатность сегодня, как и тридцать лет назад, *означает финансирование за счет средств бюджетов* — федерального и региональных (в 1991 г. — за счет бюджетов союзных республик и общесоюзного бюджета) при соблюдении принципов целевого назначения и контроля использования ассигнований. Гарантии равного доступа к важнейшим услугам системы здравоохранения могут обеспечиваться только при надлежащих объемах финансирования и структуре использования ассигнований бюджетов и бесплатном предоставлении соответствующих услуг. Нет необходимости доказывать, что противоэпидемические мероприятия входят в перечень важнейших услуг здравоохранения. Эффективные противоэпидемические мероприятия, охватывающие лиц с разным уровнем доходов и разными стандартами потребления, *невозможно осуществить в виде оказания платных услуг*. Противоэпидемические мероприятия *не могут быть эффективными* там, где минимизирована амбулаторно-поликлиническая помощь на местах.

К сожалению, развитие российской системы здравоохранения в условиях хронического недофинансирования во многом пошло по пути оптимизации с вытекающими отсюда последствиями, в т.ч. в отношении состояния противоэпидемической защиты населения.

Представляется, что мировой опыт подтвердил *ограниченную работоспособность модели финансирования медицинской помощи* населению, ориентированной на получение прибыли при оказании большинства медицинских услуг в условиях серьезных эпидемических угроз. Эпицентрами этих угроз становятся, как правило, маргинальные группы населения, которые услугами платной медицины охватить трудно, если вообще возможно.

О принципиальной неспособности организации системы здравоохранения, в которой превалирует коммерческое начало, быстро

и эффективно противостоять пандемическим угрозам, свидетельствует положение в США, которые оказались в роли мирового лидера по смертности от *COVID*. Этот провал системы здравоохранения случился несмотря на то, что в США текущие расходы на здравоохранения огромны и здесь самое большое в мире отношение соответствующих затрат к ВВП (см. табл. 1). При этом согласно оценкам некоторых американских специалистов «американцы платят больше всех в мире налогов, используемых на цели здравоохранения»; в 2013 г. 64,3% расходов на эти цели финансировались за счет государственных программ; но при этом «система здравоохранения в США финансировалась недостаточно в течение многих десятилетий» [4]. Есть основания полагать, что данная оценка справедлива, т.к. оказалось, что США *не способны* обеспечить финансирование противоэпидемических служб и мероприятий в должных объемах. Выяснилось, что лидерство в высоких технологиях медицины и фармацевтики *не является препятствием против эпидемий*, эпицентром которых, как отмечено выше, часто являются маргинальные группы (доступ которых к медицинским услугам существенно ограничен).

В ФРГ при значительно меньших относительных затратах на здравоохранение (см. табл. 1), смертность от *COVID* значительно ниже, хотя проблема маргинальных групп существует и там.

Т а б л и ц а 1

Текущие расходы на здравоохранение в Российской Федерации, США, Италии, ФРГ, КНР (в % к ВВП)

Страна	2010	2017
США	16,4	17,1
ФРГ	11,0	11,2
Италия	9,0	8,8
КНР	5,0	5,3
Российская Федерация	5,0	5,3

Источник: [5].

Региональными центрами распространения *COVID* в различных странах (в т.ч. в США), как правило, являются мегаполисы вследствие высокой скученности населения, плохой экологии, высокой доли маргинальных групп. Невозможно (даже в противоэпидемических целях) блокировать социальные контакты маргинальных и более благополучных групп населения. Наиболее опасные очаги пандемии формируются там, где низкооплачиваемые работники, проживающие в условиях скученности и антисанитарии (часто полулегальные мигранты), сталкиваются с другими группами риска.

Так, среди причин относительно высокой смертности от *COVID* в Швеции исследователи на 3–5 места по значению поставили следующие причины: более высокая доля иммигрантов в населении; иммигранты в Швеции, вероятно, чаще работают в системе ухода за пожилыми

людьми; в Швеции значительная часть населения занята уходом за пожилыми людьми¹ [6].

Именно состояние противоэпидемических служб и амбулаторно-поликлинической помощи в целом и доступность этой помощи для всех слоев населения (в т.ч. для маргинальных групп) в конкретных регионах, является *решающим фактором*, определяющим возможности общества в противостоянии пандемическим угрозам. Аргументом в поддержку этого тезиса, по нашему мнению, может служить статистика распространения *COVID* в регионах Италии, опирающаяся, что следует отметить, *на единый в методическом отношении подход*, отсутствие которого часто затрудняет сопоставления в других случаях.

Показательным является сопоставление данных о распространении заболеваемости и смертности от *COVID* в регионах севера Италии. Прежде всего, в Ломбардии (*Lombardia*), где расположен мегаполис Милан с пригородами, и в области Лацио (*Lazio*), в которой расположен мегаполис Рим с пригородами.

Первые случаи *COVID* были зарегистрированы в обеих областях почти одновременно. Нет оснований говорить о серьезных культурных различиях, влияющих на распространение *COVID* в обеих областях, тем более, о популяционных, генетических различиях, коллективном иммунитете и т.п. Римляне, особенно на окраинах города, так же как миланцы не всегда склонны строго соблюдать ограничения чрезвычайного положения. Рим более, чем Милан, уязвим к угрозе *COVID* — по причине огромного количества нищих, которые в Риме имеют своеобразную экстерриториальность, включающую палатки нищих под мостами Тибра². Впрочем, есть обстоятельство, которое, по нашему мнению, повышает шансы населения Рима противостоять угрозам пандемии — идея повышения коммерческой отдачи каждого квадратного метра территории путем возведения многоэтажных построек не нашла здесь достаточно могущественных лоббистов. Это сказалось на скученности населения и, соответственно, на количестве вынужденных социальных контактов, и на общем качестве среды обитания.

Данные, приведенные в *таблице 2*, свидетельствуют, что в регионе Лацио с марта вплоть до середины июля 2020 г. распространение *COVID* было ограниченным, а смертность — значительно ниже средних показателей по стране. По нашему мнению, этому факту есть лишь одно рациональное объяснение — функционирование системы здравоохранения в регионе Лацио. В определенном смысле Рим — «витрина» итальянского здравоохранения и католической благотворительности³.

На 16.07.2020 почти половина смертей с предварительным диагнозом *COVID* случилась в Ломбардии, где отмеченные выше критические факторы распространения пандемии: высокая плотность (скученность) населения и относительно плохая экология в мегаполисе, относительно высокая числен-

¹ Заметим, что абсолютные показатели смертности в Швеции от *COVID*, тем не менее, оказались значительно более низкими, чем ожидали многочисленные комментаторы.

² Рим не самое здоровое место, в особенности при весенних ночевках под мостами Тибра.

³ Кварталы по соседству с Ватиканом и Латеранским собором заняты клиниками, поблизости — благотворительные центры для нищих. Характерно, что по соседству с Миланским собором расположен грандиозный торговый пассаж — образец для многих подобных в других странах.

ность маргинальных групп, в т.ч. большое количество полулегальных мигрантов, состояние системы здравоохранения — «наложились» друг на друга. Свыше трех четвертей смертности (77,3%) пришлось на четыре региона севера Италии, где система здравоохранения, по многочисленным сообщениям итальянской прессы, была не готова к нагрузкам, связанным с пандемией.

Т а б л и ц а 2

Распространение COVID в северных и центральных регионах Италии, имевших наиболее высокие показатели смертности от COVID в период с марта по июль 2020 г., по состоянию на 16.07.2020 г.

Регион	Количество диагностированных случаев COVID		Количество смертей, с предварительным диагнозом COVID		
	Всего	В % к общему итогу по Италии	Всего	В % к количеству диагностированных случаев в регионе	В % к количеству диагностированных смертей в Италии
<i>Lombardia</i> (Ломбардия)	95 316	39,1	16 675	17,5	47,6
<i>Piemonte</i> (Пьемонт)	31 552	12,9	4 118	13,1	11,8
<i>Emilia-Romagna</i> (Эмилия-Романья)	29 035	11,9	4 271	14,7	12,1
<i>Veneto</i> (Венето)	19 470	8,0	2 047	10,5	5,8
<i>Toscana</i> (Тоскана)	10 350	4,2	1 127	10,9	3,2
<i>Liguria</i> (Лигурия)	10 050	4,1	1 564	15,6	4,5
<i>Lazio</i> (Лацио)	8 385	3,4	848	10,1	2,4
<i>Marche</i> (Марке)	6 806	2,8	987	14,5	2,8
<i>P.A. Trento</i>	4 881	2,0	405	8,3	1,2
<i>Campania</i>	4 791	2,0	432	9,0	1,2
<i>Italia</i>	243 736	100	35 037	14,3	100

Источник: [7].

Разумеется, приведенные сопоставления имеют определенную степень условности. Однако, по нашему мнению, они позволяют сформулировать некоторые выводы, касающиеся финансирования системы здравоохранения в Российской Федерации в целях парирования эпидемических угроз.

Как обеспечить эффективное противодействие пандемическим угрозам

Начнем с того, что состояние системы здравоохранения в регионах и ее готовность реагировать на актуальные эпидемические угрозы играет решающую роль в парировании этих угроз, и при этом имеют

значение не только объемы финансирования, но и то, каким образом, на какие цели расходуются средства, какие стимулы в организации здравоохранения доминируют.

Также следует отметить, что высокая готовность системы здравоохранения в регионах к парированию эпидемических угроз требует создания *единой системы противоэпидемических мероприятий*, финансирование которой не зависит от произвольных решений местных органов власти.

Далее, основным источником формирования противоэпидемического потенциала региональных систем здравоохранения *должны быть централизованные фонды*, т.к. возможности финансирования региональных систем здравоохранения для осуществления минимально необходимых для решения этих задач на местах мероприятий по амбулаторно-поликлиническому, техническому и лекарственному обеспечению за счет региональных источников ограничены. Ассигнования должны быть использованы только по целевому назначению — для этого существуют такие формы, как субсидии, субвенции, контроль Казначейства и Счетной палаты.

Мировой опыт доказывает, что независимо от сферы занятости низкооплачиваемых полулегальных и нелегальных мигрантов (детские сады, дома-интернаты престарелых, ритейл, строительство) скученность и антисанитария в местах проживания, низкая доступность медицинских и элементарных социальных сервисов *создают условия для уязвимости этих групп* для эпидемических угроз. Положение, когда привлечение низкооплачиваемых полулегальных и нелегальных мигрантов, фактически исключенных из региональных систем здравоохранения, позволяет получать конкретным работодателям избыточную прибыль, создает для общества не только дополнительные издержки, но и риски катастрофического развития эпидемиологических ситуаций. «Безбилетники», которыми являются не столько мигранты, сколько их работодатели, обходятся обществу в данном случае слишком дорого.

И, наконец, условием, *определяющим возможности общества в противостоянии пандемическим угрозам*, является доступность амбулаторно-поликлинической помощи и полнота охвата противоэпидемическими мероприятиями всех слоев населения в конкретных регионах. В частности, наиболее действенным способом противодействия превращению маргинальных групп в источники эпидемических угроз является обеспечение на постоянной основе равного доступа этих групп к получению необходимых медицинских услуг, обеспечение достойных условий проживания. Отчисления от заработной платы, выведенной из «тени», могли бы стать источником дополнительных ресурсов для финансирования системы здравоохранения.

Список литературы

1. World Bank. Global Economic Prospects, June 2020. Washington, DC: World Bank. URL: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/33748>
2. Wagner R. Economics, Covid-19, and the Entangled Political Economy of Public Health (August 27, 2020). GMU Working Paper of Economics. № 20–34. URL: <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3682169>

3. Коломиец А.Г. Финансовые проблемы социально-культурной сферы // Финансы СССР. 1991. № 7. 20–25.

4. Himmelstein D., Woolhandler S. Appreciation of the magnitude of government funding // American Journal of Public Health. January 2016. URL: <https://www.apha.org/news-and-media/news-releases/ajph-news-releases/2016/ajph-january-2016-highlights>

5. World Development Indicators // The World Bank. URL: <https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators>

6. Klein D., Book J., Bjornskov C. 16 Possible factors for Sweden's High COVID Death Rate among the Nordics (August 14, 2020). GMU Working Paper of Economics. № 20–27. URL: <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3674138>

7. Ministero della Salute – Istituto Superiore di Sanita // Ilmeteo. URL: <https://www.ilmeteo.it/notizie/coronavirus-italia-ultimo-bollettino-epidemia-in-aumento>

FINANCING OF HEALTH CARE IN THE CONDITIONS OF PANDEMIC THREATS

The author, using data of health care systems and COVID in the USA, Italy and other countries makes a conclusion that effective parrying of pandemic threats demands correction of a health care system and its financing. In particular, expansion of access for «marginal» social groups to services of out-patient and polyclinic institutions including non-payable services on a constant basis is necessary. Situation when involvement of the low-paid migrants who are actually excluded from regional health care systems allows to get excess profit for employers, creates for society not only additional expenses, but also risks of catastrophic development of epidemiological situations. Such employers are a kind of «free-riders» too expensive for society.

Keywords: COVID, equal access, financing of health care, marginal groups, non-payable services, pandemic, region, regional distinctions

JEL: H51, K42, P2

Дата поступления – 08.09.2020 г.

КОЛОМИЕЦ Андрей Григорьевич

доктор экономических наук, ведущий научный сотрудник;
Федеральное государственное бюджетное учреждение науки Институт экономики Российской академии наук / Нахимовский проспект, д. 32, г. Москва, 117218.
e-mail: agk1807@mail.ru

KOLOMIETS Andrey G.

Doctor of Economics, Leading Researcher;
Federal State Budgetary Institution of Science Institute of Economics of the Russian Academy of Sciences / 32, Nakhimvsky prospect, Moscow, 117218.
e-mail: agk1807@mail.ru

Для цитирования:

Коломиец А. Финансирование здравоохранения в условиях пандемических угроз. Федерализм. 2020. Т. 25. № 3 (99). С. 110–116.