

© 2023

Татьяна Чубарова

доктор экономических наук, главный научный сотрудник

Института экономики Российской академии наук (г. Москва, Российская Федерация)

(e-mail: t_chubarova@mail.ru)

ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ВОЗМОЖНЫЕ ОТВЕТЫ НА СОВРЕМЕННЫЕ ВЫЗОВЫ

В статье рассматриваются современные проблемы финансирования здравоохранения, актуальность которых возрастает в условиях новых вызовов, связанных с современной социально-экономической и политической ситуацией, что ставит под сомнение возможность существенного увеличения общественного финансирования. Вместе с тем показано, что расходы на здравоохранение следует рассматривать как фактор, определяющий здоровье, так как их размер положительно влияет на продолжительность жизни населения. В статье проанализированы возможные дополнительные механизмы финансирования здравоохранения, которые могут быть использованы для его увеличения, рассмотрены их положительные и отрицательные стороны, в том числе добровольное медицинское страхование, налоги на потребление вредных для здоровья товаров, соплатежи за медицинские услуги. Сделан вывод о необходимости учета как чисто фискальных, так и социальных и этических соображений при выборе механизмов финансирования здравоохранения, а также их влияния на поведение граждан.

Ключевые слова: система здравоохранения, финансирование здравоохранения, глобальные вызовы, общественные расходы, частные расходы, медицинское страхование, соплатежи.

DOI: 10.31857/S020736760028783-0

Финансирование здравоохранения традиционно занимает важное место в здравоохранительной политике [12]. Однако в последнее время дискуссии в данном направлении активизировались в условиях появления новых вызовов, связанных с мировой социально-экономической и политической ситуацией. Общей канвой обсуждения является признание развития кризиса, который обладает двумя основными характеристиками. Он рассматривается, с одной стороны, как постоянный, появился даже термин *permacrisis*, а с другой стороны — как многомерный, что требует от всех систем жизнедеятельности современного общества новых подходов к решению возникающих проблем. Не стала исключением и система здравоохранения, столкнувшаяся с рядом глобальных вызовов. Наиболее серьезным испытанием стала пандемия, в ходе которой, помимо текущих потребностей в области здравоохранения, странам пришлось обеспечить жизненно необходимую помощь пациентам с COVID-19. Проявился ряд проблем в охране здоровья населения, что еще раз подчеркнуло важность доступности качественного медицинского обслуживания для населения.

В последнее время ставится вопрос о приоритете здравоохранения. Однако его обеспечение в современных условиях новых вызовов является сложной

задачей. Поэтому все чаще исследователи используют термин «устойчивое финансирование» здравоохранения, т.е. обеспечение необходимых средств для решения всего многообразия задач, которые стоят перед системами охраны здоровья населения. Необходимо отметить, что здоровье входит в Цели устойчивого развития ООН, которые являются перспективной программой развития современных государств, ориентиром при формировании политики. Вместе с тем, эксперты признают, что современное финансирование не обеспечивает решения проблем здоровья населения и в условиях формирования новых вызовов ситуация может ухудшиться.

В данной статье поставлена задача проанализировать экономические вызовы для формирования бюджета здравоохранения и рассмотреть возможные источники средств, которые могут быть использованы для устойчивого финансирования в интересах обеспечения доступности системы охраны здоровья для населения. Финансирование здравоохранения будет рассмотрено на макроуровне как общий объем средств, выделяемых в обществе на охрану здоровья, а также способов их мобилизации. Вопросы, связанные с распределением этих средств внутри самой системы здравоохранения, выходят за рамки данной работы.

Расходы на здравоохранение в общеэкономическом контексте

Анализируя проблемы финансирования здравоохранения, необходимо сделать несколько комментариев. Безусловно, страны существенно различаются между собой как по общему уровню социально-экономического развития, так и по организации охраны здоровья населения. Поэтому в данной статье обсуждаются развитые страны, в которых сложились зрелые системы здравоохранения, охватывающие если не все, то большинство населения, и которые задают общие направления развития современного здравоохранения, являясь источником передового опыта.

Забота о здоровье населения — это одна из задач современного государства, поэтому здравоохранение конкурирует за ресурсы с другими областями государственной деятельности. Это проявилось и в пандемию. Несмотря на риторику о важности здравоохранения для борьбы с пандемией, а также на заметный рост расходов на него, данные показывают, что основные средства пошли на поддержку населения и бизнеса (рис. 1). Во многом это произошло из-за пакетов стимулирующих мер по поддержке различных отраслей экономики и экономических субъектов за пределами сектора здравоохранения, принятых во многих странах.

Следует отметить, что при рассмотрении финансирования здравоохранения исследователи отмечают, что:

— более высокие расходы связаны с более высокой продолжительностью жизни. Поэтому они часто рассматриваются как один из социально-экономических факторов, определяющих здоровье (рис. 2).

— более развитые страны тратят больше средств на здравоохранение в абсолютном и относительном выражении (затраты как доля ВВП и государственных расходов).

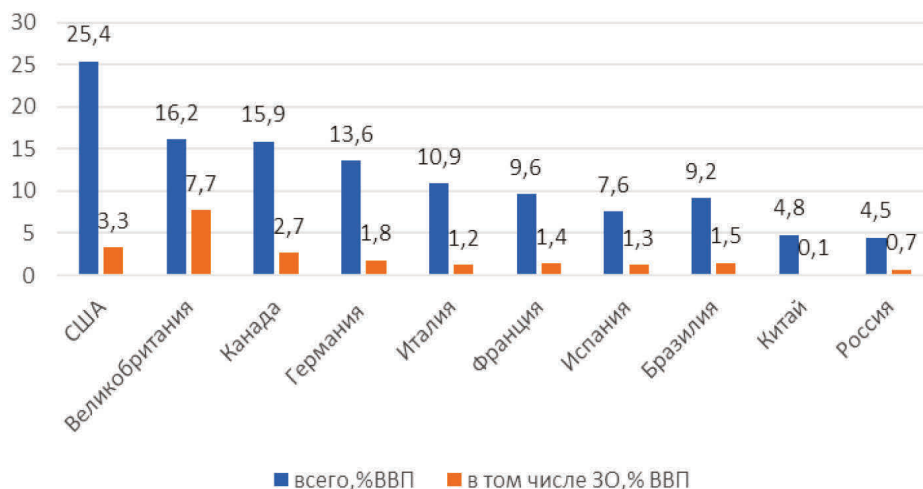


Рис. 1. Расходы на борьбу с пандемией, июль 2021 г.

Источник: IMF. 2021.

Безусловно, это проявляется как общая тенденция, хотя отмечаются и отклонения. Например, США тратят больше всего средств на здравоохранение, но отстают по показателю продолжительности жизни. Такие страны с низкими доходами, как Мадагаскар и Малави, тратят на здравоохранение 14 и 9 процентов своих бюджетов, соответственно, что сопоставимо с расходами развитых стран [19].

В настоящее время в мире сложилась сложная социально-экономическая ситуация. Пандемия COVID-19 вызвала одновременный кризис в области здравоохранения и экономики. В России дополнительным источником являются используемые против нее экономические ограничения. Результатом стал энергетический кризис и усиление инфляционного давления. Исследователи отмечают такие явления, как рост цен, снижение доходов населения, сокращение поступлений от налогов, рост дефицита бюджетов и снижение темпов экономического роста.

Следует отметить, что последние годы в развитых странах рост расходов на здравоохранение обгонял инфляцию, а в 2022/2023 гг. инфляция превышает уровни предыдущих лет во многих странах. Это привело к росту стоимости ресурсов здравоохранения и, соответственно, требует увеличения расходов. Следует отметить, например, повышение цен на газ, топливо и электроэнергию,

что особенно важно для больниц или служб скорой помощи. Рост затрат на рабочую силу оказывает двойное влияние на здравоохранение. С одной стороны, растет оплата труда в отраслях, производящих ресурсы, а с другой — в самом здравоохранении, что особенно существенно для здравоохранения как трудоемкой отрасли. Проблема с медицинскими кадрами отмечалась и до пандемии, но последняя привела к усилению тенденции к выгоранию медицинских работников. Поэтому актуальным является повышение заработной платы в отрасли.

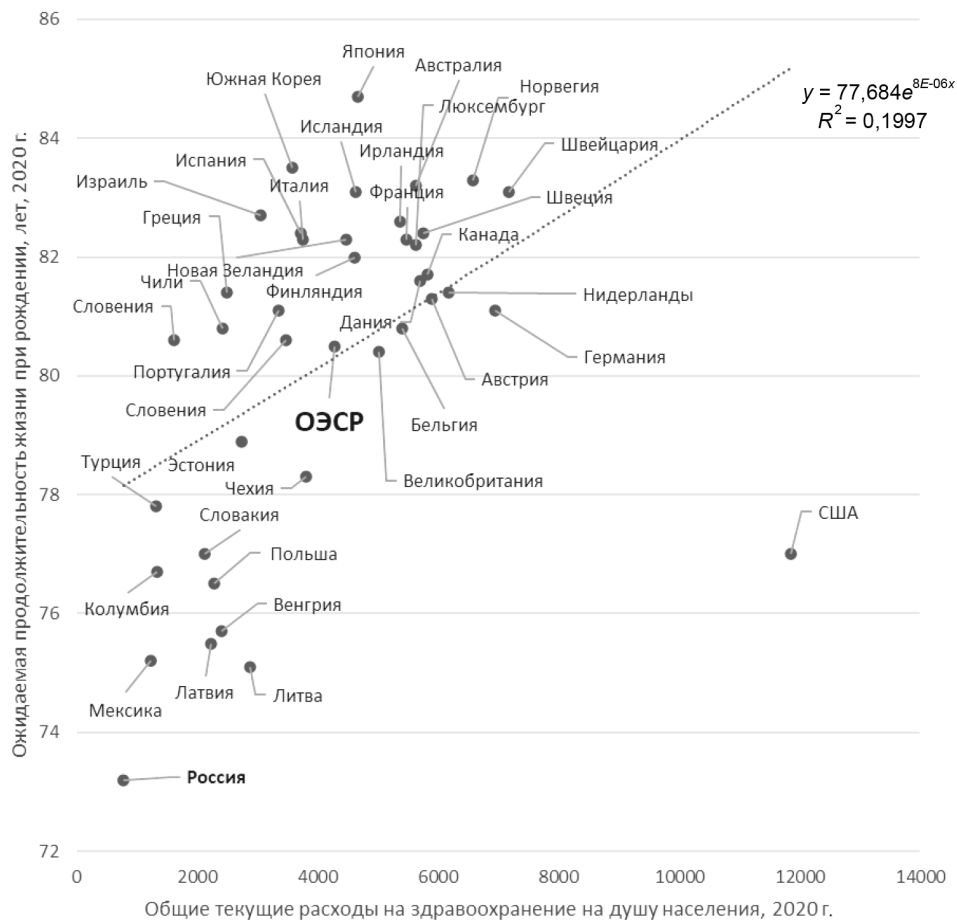


Рис. 2. Продолжительность жизни и расходы на здравоохранение.

Источник: OECD health data.

В результате, здравоохранение конкурирует со множеством новых приоритетов общественных расходов, включая оборону, инвестиции в «зеленую» экономику и меры по борьбе с изменением климата, рост прямых затрат на электроэнергию, государственную поддержку граждан и бизнеса. В этих условиях

сохранение приоритета здравоохранения в государственных бюджетах осложняется, тем более что и в самой системе здравоохранения появляются новые задачи, связанные, в том числе, с обеспечением ее устойчивости [17].

На этом фоне потребность в медицинских услугах не снижается, продолжают действовать такие факторы, как старение населения и повышение его требовательности, технологический прогресс, которые ведут к необходимости роста расходов на здравоохранение. В то же время в развитых странах доля здравоохранения уже довольно значительна, достигает 10–15% государственных расходов. В этой связи теоретически возможны различные сценарии — другое дело, насколько они реализуемы на практике.

Один из вариантов может предусматривать увеличение финансирования здравоохранения, но, если не изменить структуру общих государственных расходов, это приведет к росту последних. Увеличение государственных расходов возможно за счет роста или налогов, или государственных заимствований. Как было отмечено выше, в современных условиях такой ход событий достаточно проблематичен.

Возможно не просто увеличение финансирования здравоохранения, а изменение его доли в государственных расходах. Однако в сложившихся условиях такое решение становится скорее политическим, так как увеличение бюджета здравоохранения для создания более устойчивых систем здравоохранения является одним из многих запросов на общественное финансирование и повышение его доли означает перераспределение ресурсов внутри государственных расходов. И если в разгар пандемии такой сценарий имел шансы на успех, то в настоящее время с возникновением ряда других социально-экономических вызовов отмечается определенное снижение интереса к здравоохранению в политических дискуссиях.

Наконец, еще один сценарий — расширение использования частных средств, которые включают в себя добровольное медицинское страхование и личные выплаты «из кармана» в момент получения медицинской помощи. В целом, выплаты «из кармана» растут в развитых странах, и в этой связи необходимо определить, где пройдет разделительная линия между общественным и частным финансированием, какие услуги можно отдать частнику, а какие должны оплачиваться из общего кармана. При этом любое ограничение государственного финансирования здравоохранения является политически сложным решением и окажет влияние на уязвимые слои населения, особенно в современных условиях роста стоимости жизни. Выплаты «из кармана» станут дополнительным финансовым бременем, что, в свою очередь, может привести к увеличению неудовлетворенной потребности в медицинской помощи и, соответственно, к отрицательным последствиям для здоровья. Однако в долгосрочной перспективе, в условиях ограниченности общественных ресурсов, во многих странах будет необходима дискуссия о новом соотношении между государственным и частным финансированием.

Источники финансирования здравоохранения: возможные варианты

Проблемы финансирования здравоохранения по-прежнему активно обсуждаются, предлагаются различные варианты того, как можно финансово обеспечить растущие нужды здравоохранения [1, 2, 3, 6, 20]. Анализ дискуссии позволяет выделить три базовых сценария, а именно:

- изменение самой системы финансирования, соотношения ее основных элементов (замена налоговых систем на социальное медицинское страхование (СМС) или наоборот);

- использование дополнительных источников финансирования, которые вписываются в существующую систему (дополнительное медицинское страхование; соплатежи; налог на потребление товаров, вредных для здоровья);

- поиск резервов экономии внутри существующей системы, с тем чтобы перераспределить финансирование и обеспечить снижение потребности в увеличении общих расходов на здравоохранение (ограничение перечня услуг, исключение нерациональных расходов).

Смена системы финансирования, замена существующих механизмов на новые является примером кардинальных реформ. Например, переход от налоговой системы к социальному страхованию, где финансирование осуществляется за счет взносов с работников и работодателей, а не всего населения. В начале 1990-х годов по этому пути пошла Россия, когда сделала ставку на развитие ОМС. Результаты и уроки такой политики получили достаточный анализ в литературе [5, 7]. Одна из основных первоначальных идей заключалась в том, что введение социального страхования даст возможность повысить уровень финансирования здравоохранения за счет дополнительного источника, а именно — взносы за работающее население.

Однако следует выделить несколько проблем, которые возникают в таких системах. Прежде всего, в них действуют посредники, которые аккумулируют и распределяют средства, при этом они далеко не всегда заинтересованы в обеспечении экономии и рационализации использования средств (так называемая «проблема третьей стороны»). СМС может быть институционально организовано по-разному, однако в последнее время отмечается усиление государственного регулирования в плюралистических системах — например в Германии, которая часто рассматривается как своего рода эталон СМС. Устанавливая ограничения на расходы или взносы, правительство пытается влиять на общий уровень расходов системы социального страхования. Кроме того, страхование подразумевает оплату целевых взносов работниками и работодателями, а это увеличивает стоимость рабочей силы. Следует отметить, что в развитых странах, в отличие от России, выплаты осуществляют как работники, так и работодатели, хотя пропорции взносов могут различаться. Кроме того, в настоящее время, помимо выплат работников и работодателей, значительные средства в системы социального страхования направляются из государственного бюджета.

В развитых странах, где системы здравоохранения уже сложились, преобладает эволюционный подход, когда изменения привносятся в уже существующую систему [4]. При этом очевидно, что все системы имеют как достоинства, так и недостатки. Например отмечено, что страховые системы требуют больше административных расходов, чем налоговые, особенно там, где есть конкуренция между страховщиками. В 2021 г. затраты на управление и администрирование составили в Великобритании 1%, в то время как во Франции – 3,6%, в Германии – 3,9% и в Нидерландах – 3,2%.

Повышение эффективности использования ресурсов здравоохранения важно в условиях требования новых вложений. Поэтому усиливается необходимость, с одной стороны, обоснования направлений дополнительных целевых инвестиций для создания более устойчивых систем здравоохранения, а с другой – мер по сокращению нерациональных расходов на здравоохранение. В качестве одного из способов экономии можно рассматривать совершенствование управления государственными финансами, чтобы обеспечить правильное использование средств и прозрачность их движения. В частности, анализ расходов дает возможность оценить их эффективность и обеспечить переход к программам с более высокой отдачей.

Рационализация услуг подразумевает, что государство финансирует только определенные услуги. Проблема, как в любых ограничительных системах, заключается в том, что сложно определить, что конкретно следует включить в перечень оказываемых услуг. При этом важно не только то, в пользу каких услуг сделан выбор, но и какие процедуры для этого используются. Государственная система требует коллективного принятия решений по поводу использования общественных средств. При этом требования экономической эффективности могут войти в противоречие с соображениями социальными и этическими.

В настоящее время важной темой в обсуждении финансирования здравоохранения стало снижение нерациональных расходов. Этому вопросу был посвящен специальный доклад ОЭСР, в котором показано, что они могут быть найдены во всех звеньях системы здравоохранения [13]. Так, отмечается необходимость борьбы с медицинскими ошибками, которые в значительной степени можно предотвратить; с неправильным применением противомикробных препаратов и необоснованными изменениями в медицинской практике. Например, расширение сферы применения парамедиков в определенных областях могут привести к экономии средств без негативного воздействия на качество медицинской помощи. Изменение правил выхода на рынок и назначения медикаментов способствуют увеличению использования дженериков¹, тем

¹ Дженерики (генерики) – это ЛС (лечебные средства. – Прим. ред.), которые содержат ту же активную субстанцию, что и оригинальный препарат. Когда срок действия патента на оригинальное ЛС заканчивается, на фармацевтический рынок поступают дженерики – копии оригинальных ЛС. В соответствии с законом дженерик не должен быть запатентован. Дженерик выходит на фар-

самым обеспечивая экономию затрат на лекарственные средства. Оценки технологий здравоохранения (ОТЗ) помогут избежать внедрения экономически неэффективных новых технологий, а существующие экономически неэффективные меры будут исключены из практики. Цифровизация может поддерживать новые методы оказания медицинской помощи, особенно в форме телемедицины (которая быстро распространилась во многих странах из-за пандемии) и роботизированных инструментов для некоторых ограниченных процедур. Более того, организационные изменения в управлении ресурсами интенсивной терапии и более широкое использование моделирования, разработанного во время пандемии, приводят к более эффективному использованию ограниченных больничных ресурсов.

В данном контексте хотелось бы отметить меры косвенного воздействия, связанные с продвижением здорового образа жизни и лежащие за пределами систем здравоохранения, которые также могут привести к экономии средств на оказание медицинской помощи. Например, сдерживание употребления алкоголя такими мерами, как налогообложение, запрет на продажу в определенных местах и в зависимости от возраста, ужесточение наказания за езду в нетрезвом виде снижают затраты на лечение сопутствующих заболеваний. Налогово-бюджетные, нормативные и коммуникационные меры оказываются экономически эффективными в снижении влияния и других факторов риска, прежде всего табакокурения и ожирения.

Как представляется, наибольший интерес представляет поиск новых источников финансирования в рамках существующих систем, который во многом связан с усилением частного финансирования.

Прежде всего следует отметить развитие дополнительного частного медицинского страхования, когда «государство стимулирует граждан предпринимать собственные действия и оплачивать медицинские услуги, чтобы облегчить давление на государственную систему и увеличить общие расходы страны на здравоохранение» [6. С. 47].

В развитых странах программы частного медицинского страхования различаются, но в основном они являются дополнительными к общественным и добровольными. На их долю в настоящее время в странах ОЭСР в среднем приходится около 10% расходов на здравоохранение, хотя отмечается довольно существенный разброс по странам. На частное медицинское страхование приходится треть всех расходов на здравоохранение в США, около 60% — в Нидерландах и почти половина в Швейцарии. Примерно в половине стран ОЭСР оно составляет от 5% расходов и менее, а в Чехии, Эстонии и Швеции практически не используется.

мацевтический рынок при соблюдении двух условий: доказаны эквивалентность дженерика и оригинального ЛС по качественному и количественному составу (фармацевтическая эквивалентность) и биоэквивалентность (фармакокинетическая эквивалентность). Лопина О.Д., Сереброва С.Ю. Дженерики и оригинальные ЛС // Русский медицинский журнал. (<https://www.rmj.ru/articles/gastroenterologiya/dzheneriki-i-originalnye-ls/#ixzz7yNgcHP8R>).

Частное медицинское страхование в развитых странах в основном играет второстепенную роль, обеспечивая охват тех услуг, которые не включены в общественные программы или где необходимы соплатежи, или дублируя покрытие общественных услуг для получения более быстрого доступа или расширения выбора врача или медицинской организации.

Стимулирование прежде всего включает налоговые льготы для тех, кто выплачивает взносы. Однако мировая практика показывает, что при кажущейся простоте такое решение имеет ряд ограничений. Использование общественных средств для оплаты налоговых льгот отвлекает средства от финансирования государственной системы здравоохранения, в результате для компенсации выпадающих доходов нужно будет или повышать налоги, или снижать расходы в других областях. То есть из-за необходимости финансирования налоговых льгот общественные расходы скорее увеличатся. Административные расходы при частном медицинском страховании выше, так как необходима довольно сложная организационная система для оценки риска, определения премий, разработки планов и т. д.

Частное медицинское страхование смещает бремя оплаты со здоровых, молодых и состоятельных на бедных, старых и больных, так как затраты на него растут с возрастом, и поэтому на практике людям старше определенного возраста и при наличии некоторых хронических заболеваниях страховка обойдется слишком дорого. Она приносит выгоду тем, кто может себе позволить приобрести страховой полис, т.е. более обеспеченным гражданам. Налоговые льготы в данном случае по определению регрессивны, предлагая общественные субсидии более состоятельным и не имеют смысла для малообеспеченных граждан. Это было подтверждено большим исследованием затрат на здравоохранение различных социальных групп населения в США и европейских странах, проведенным в начале 1990-х годов.

Данные показали, что системы финансирования здравоохранения, построенные в основном на принципах частного медицинского страхования, как в США и Швейцарии, оказались наиболее регрессивными по сравнению с налоговыми системами. Государства, где финансирование осуществляется за счет налогов, имели наименее регрессивные системы финансирования здравоохранения.

Среди возможных механизмов финансирования здравоохранения следует отметить так называемые соплатежи, когда пациент, даже будучи охвачен страховыми или налоговыми программами, прямо оплачивает часть расходов, обычно в момент получения услуги.

Поскольку в развитых странах граждане не оплачивают полной стоимости услуг, такие сборы называют «разделением затрат» — т.е., стоимость услуг делится между пользователем и третьей стороной — плательщиком, обычно это страховая компания или государственное учреждение. В Великобритании соплатежи введены в лекарственном обеспечении, стоматологических и офтальмологических

услугах. В ряде стран соплатежи вносятся при посещении врача или оплате «гостиничной» составляющей пребывания пациентов в стационаре.

Использование соплатежей в контексте разделения затрат призвано решить две взаимосвязанные задачи, а именно – способствовать более разумному использованию медицинских услуг и получению дополнительных средств для государственной системы здравоохранения.

Хотя одной из причин введения соплатежей было увеличение доходов, не до конца понятно, должны ли они компенсировать растущие расходы на здравоохранение или представляют собой дополнительный к государственным средствам источник дохода для финансирования здравоохранения. Однако важным является влияние оплаты на использование медицинских услуг с целью предотвращения их чрезмерного использования. Поэтому ее можно также рассматривать как способ рационирования услуг. Следует отметить, что достаточно высокие соплатежи действительно снижают использование услуг. Однако по мнению ВОЗ введение соплатежей приводит к рационированию использования специфических услуг, но не обеспечивает рационализации общего спроса потребителей [WHO, 2000]. Возникают опасения по поводу их негативного влияния на благополучие пациентов и учреждения здравоохранения, так как соплатежи могут ухудшить доступ к медицинским услугам. Более низкий уровень использования и отложенное обращение за медицинской помощью может в итоге повысить спрос на более дорогостоящую помощь и привести в долгосрочном плане к росту расходов. Эти эффекты можно нейтрализовать, если установить исключения по уплате соплатежей, прежде всего для низкодоходных групп, но это может создать неравенство для тех, кто находится выше установленного порога и в целом привести к снижению их влияния и на поведение, и на расходы. Следует учитывать, что процесс сбора соплатежей требует определенных административных расходов. В 1992 г. в Новой Зеландии ввели плату за пользование койками в больницах, однако трудности в сборе оплаты с пациентов привели к ее отмене, меньше чем через год. Во Франции для оплаты различного рода соплатежей население приобретает дополнительную страховку, нивелируя саму идею их введения.

Возможен механизм, согласно которому пациентам будет предоставлена возможность оплатить часть общей стоимости лечения или отдельных медицинских услуг, превышающую пороговые значения расходов, финансируемых за счет государства. Такое решение учитывает ограниченность государственных ресурсов, но в то же время делает доступными для пациентов определенные варианты получения медицинской помощи, которые в противном случае были бы недоступны [8].

В последнее время все больший интерес у исследователей вызывает изучение таких поведенческих последствий введения соплатежей, как сокращение

использования рецептурных лекарств и обращений к врачам. Весьма неоднозначны эмпирические данные о том, происходит ли снижение общего объема использования услуг, подлежащих соплатежам, или их замена бесплатными услугами, но отмечаются распределительные последствия соплатежей, т.е. граждане с низкими доходами, как правило, сокращают использование услуг при наличии соплатежей относительно больше, чем остальная часть населения [10]. Соплатежи оказывают влияние на начало и продолжение приема лекарств, и чем они выше, тем слабее приверженность лечению [9]. Таким образом, нужно учитывать более широкое влияние соплатежей как способа разделения затрат на соблюдение протокола лечения, клинические результаты, использование ресурсов и общие расходы.

Налоги на потребление вредных для здоровья продуктов, или налоги на общественное здравоохранение являются акцизными сборами, взимаемыми с товаров, которые могут нанести ущерб здоровью населения [16]. К ним относятся табачные изделия, алкоголь, напитки с добавлением сахара, такие как безалкогольные напитки, чай, ароматизированный кофе, соки и спортивные напитки. Вредное воздействие этих товаров на здоровье хорошо изучено и подтверждается исследованиями. Рассматриваемые налоги направлены на сокращение их потребления, получение дополнительных доходов для системы здравоохранения и улучшения здоровья населения.

Обзор исследований по Латинской Америке показал, что налоги на вредные товары имеют положительное влияние по всем трем указанным выше направлениям в странах исследования. После введения налога на потребление вредных для здоровья продуктов или путем моделирования их потенциального воздействия почти все исследования показали снижение потребления потенциально вредных товаров. Доходы увеличились почти во всех странах, что позволяет предположить дополнительные возможности для повышения налогов. Расчеты показали улучшение здоровья населения, выявив взаимосвязь между увеличением налога на вредные товары и снижением распространенности диабета, инсульта, сердечных приступов и связанных с ними смертей.

Ключевыми результатами являются сокращение потребления вредных товаров (81% исследований), положительное влияние на получение доходов (71%) и на состояние здоровья (82%). Несмотря на то что между странами с низким и средним уровнем дохода и странами с высоким доходом существуют различия в объеме применения и результатах, данные показывают, что введение таких налогов может оказать существенное влияние на модели потребления и благосостояние населения, обеспечивая при этом финансовую устойчивость [11].

С экономической точки зрения акцизные сборы являются формой косвенного налогообложения, поскольку они взимаются с товаров или услуг, а не с физических или юридических лиц. Налоги на потребление вредных для здоровья продуктов могут применяться двумя различными способами: за единицу

(определяется как фиксированная сумма за каждую проданную единицу товара или услуги, например, в долларах за килограмм) или адвалорный (взимается с расходов и устанавливается как процент от добавленной стоимости). В первом случае налог представляет собой фиксированную сумму, а во втором случае — фиксированный процент на единицу товара.

Рассматриваемые налоги представляют собой один из способов увеличения доходов, их использование позволяет странам направлять финансовые ресурсы на государственные расходы, не оказывая при этом давления на другие статьи расходов и не нарушая бюджетного равновесия. При этом выделяются два продукта, а именно, алкоголь и табачные изделия.

Именно увеличение государственных доходов стало причиной введения налогов на потребление алкоголя и табака. Например, высокий уровень потребления табака и относительно низкая эластичность спроса на табачные изделия (т. е. непропорциональная реакция потребления табачных изделий на умеренное повышение цен) наряду с небольшим числом производителей сделали эти товары особенно привлекательным объектом налогообложения. Однако появление доказательств негативных последствий употребления табака и алкоголя для здоровья превратило налогообложение табачных изделий и спиртных напитков в инструмент сокращения их потребления. Налогообложение табачных изделий является высокоэффективным с точки зрения затрат, сочетая в себе потенциал значительного воздействия на потребление табака с низкими затратами на внедрение [18]. ВОЗ также рекомендует повысить налоги на алкогольные напитки как один из наиболее экономически эффективных способов снижения уровня употребления алкоголя в целях борьбы с заболеваниями, связанными с алкоголем, включая сердечно-сосудистые заболевания, рак и другие неинфекционные заболевания.

Вместе с тем следует отметить и возникающие проблемы, которые могут быть сгруппированы по нескольким направлениям.

Прежде всего рассматриваемые товары являются важными сферами производства, создают рабочие места в экономике, одновременно обеспечивая налоговые поступления. Представители соответствующих отраслей утверждают, что высокие акцизы увеличивают незаконную торговлю, подталкивают потребителей искать более дешевые альтернативы и наносят вред законному бизнесу, приводят к потере рабочих мест и замедляют экономику; могут наносить ущерб рейтингу страны в области ведения бизнеса и являются дискриминационными. Поэтому меры общественного здравоохранения по сокращению употребления вредных товаров должны быть сбалансированы с другими целями — такими как сохранение традиционных отраслей, защита конкуренции и потребительского выбора, а также обеспечение государственных доходов [15].

Акцизы на табачные и алкогольные изделия составляют весьма незначительную долю налоговых поступлений — 1,85% в Германии, 2,55% в Финляндии, 2,6% в Японии, 3,4% в Венгрии. Более того, снижение потребления ведет, в свою очередь, к снижению налоговых поступлений. В этом контексте важно, чтобы получаемые средства использовались именно на нужды здравоохранения, для финансирования дальнейших усилий по укреплению здоровья населения, а не шли в общий котел.

Для этого используется механизм целевого финансирования, что означает изъятие всех или части общих доходов от налога и их использование для покрытия определенных расходов. На практике целевое финансирование обеспечивает наглядность расходов, формируя связь между источником средств и тем, на что именно они тратятся, подразумевая, что при прочих равных условиях целевых средств будет достаточно для удовлетворения потребности в расходах. Целевое финансирование может определять, какая часть источника доходов должна быть выделена на сектор здравоохранения либо на целевую программу или устанавливать пропорцию средств, которые должны быть потрачены на конкретную цель.

В 2017 г. по крайней мере 54 страны использовали целевое финансирование здравоохранения за счет налогов на потребление вредных для здоровья товаров. Около 38 стран выделяют частично или полностью налоги на табачные изделия на конкретные программы в области здравоохранения[15].

Рост расходов на здравоохранение в развитых странах способствовал значительному прогрессу в области охраны здоровья населения, в частности, внес свой вклад в увеличение ожидаемой продолжительности жизни. В настоящее время потребность в услугах систем здравоохранения не снижается, что определяется прежде демографическими и технологическими факторами. Для поддержания сложившихся систем здравоохранения и обеспечения их развития в условиях достаточно жестких бюджетных ограничений необходим поиск новых источников финансирования. В этом контексте представляются важными следующие выводы. Для успешной реализации той или иной финансовой стратегии в области охраны здоровья большое значение имеет координация двух основных государственных функций: здравоохранения и финансов, — и обеспечение взаимодействия между представляющими их министерствами и ведомствами.

Поскольку охрана здоровья и обеспечение доступности медицинских услуг является важнейшей задачей современного государства, то при выборе того или иного механизма финансирования, прежде всего расширения прямого использования личных средств — необходимо учитывать возможные последствия социального и этического характера.

Механизмы финансирования в здравоохранении часто имеют не только прямые финансовые, но и поведенческие последствия, косвенно влияя на потребление медицинских услуг и тем самым — на общие расходы на здравоохранение.

Литература

1. *Антропов В.В.* Финансирование здравоохранения: европейский опыт и российская практика // Экономика. Налоги. Право. 2019. № 12 (2). С. 115–126.
2. *Гришин В.В., Рагозин А.В.* Политэкономика здравоохранения: как выйти из кризиса // Оргздрав: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2019. Т. 5. № 1. С. 30–37.
3. *Климовских Н.В., Лебедева И.С., Лебедев П.В.* Аспекты финансирования здравоохранения Российской Федерации // Экономика и предпринимательство. 2018. № 2(91). С. 1098–1103.
4. *Садовничий В.А., Григорьева Н.С. Чубарова Т.В.* От традиций к инновациям: реформы здравоохранения в современном мире. М.: Экономика. 2012. 286 с.
5. *Стародубов В.И., Сон И.М., Пихоцкий А.Н.* Становление обязательного медицинского страхования в России: состояние, развитие, проблемы и перспективы // Медицина катастроф. 2010. № 2 (70). С. 25–28.
6. *Чубарова Т.В.* Экономика здравоохранения. Вопросы теории. М.: ИЭ РАН. 2008.
7. *Шишкин С.В., Шейман И.М., Потапчик Е.Г., Понкратова О.Ф.* Анализ состояния страховой медицины в России и перспектив ее развития. М.: Издательский дом НИУ ВШЭ. 2019.
8. *Färdow J., Broström L., Johansson M.* (2019). Co-payment for Unfunded Additional Care in Publicly Funded Healthcare Systems: Ethical Issues // *J Bioeth Inq.*;16(4):515–524.
9. *Fusco N., Sils B., Graff J. S., Kistler K., Ruiz K.* (2023). Cost-sharing and adherence, clinical outcomes, health care utilization, and costs: A systematic literature review // *J Manag Care Spec Pharm*, volume 29, issue 1, P. 4–16.
10. *Kiil A., Houlberg K.* (2014). How does copayment for health care services affect demand, health and redistribution? A systematic review of the empirical evidence from 1990 to 2011. // *Eur J Health Econ* 15, 813–828.
11. *Miracolo A, Sophiea M., Mackenzie Mills M., Kanavos P.* (2021) Sin taxes and their effect on consumption, revenue generation and health improvement: a systematic literature review in Latin America // *Health Policy and Planning*, Volume 36, Issue 5, P. 790–810.
12. OECD (2015) *Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives* // OECD Publishing, Paris.
13. OECD (2017) *Tackling Wasteful Spending in Health* // OECD Publishing, Paris.
14. OECD (2022) *Consumption Tax Trends 2022: VAT/GST and Excise, Core Design Features and Trends* // OECD Publishing, Paris.
15. *Ozer Ceren, Bloom D., Martinez Valle A., Banzon E., Mandeville K., Paul J., Blecher E., Parkes S., Chhabra S.* (2020). Health earmarks and health taxes: what do we know? // *HNP GP Knowledge Brief*, World Bank. 7 p.
16. WHO (2004). *The Establishment and Use of Dedicated Taxes for Health*. World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific.
17. WHO (2021). *Health systems resilience during COVID-19: Lessons for building back better*. Geneva: World Health Organization.
18. WHO (2021). *WHO Technical manual on tobacco tax policy and administration*. Geneva: World Health Organization.
19. WHO (2021). *WHO health and climate change global survey report. 2021*. Geneva: World Health Organization.
20. WHO (2022). *Global spending on health: rising to the pandemic's challenges*. Geneva: World Health Organization.

Tatiana Chubarova (e-mail: t_chubarova@mail.ru)

Grand Ph.D. in Economics, Senior Research fellow,
Institute of Economics (RAS) (Moscow, Russian Federation)

HEALTHCARE FINANCING: POSSIBLE ANSWERS TO MODERN CHALLENGES

The article examines modern problems of healthcare financing, their importance increasing in the context of new challenges associated with the current socio-economic and political situation, which makes doubtful the possibility of a significant increase in public funding. At the same time, healthcare costs should be considered as a health determinant, since their size has a positive effect on population life expectancy at birth. The article analyzes possible additional mechanisms that can be used to increase healthcare financing, examining their positive and negative aspects, including voluntary health insurance, sin taxes, co-payments for medical services. The author concludes that it is necessary to take into account both purely fiscal and social and ethical considerations when choosing health care financing mechanisms, as well as their influence on behavior of citizens.

Keywords: healthcare system, healthcare financing, global challenges, public spending, private spending, health insurance, copayments, sin taxes.

DOI: 10.31857/S020736760028783-0