

*М. М. Шалобасова Л.*

*В. Держун*

*marysha1993@gmail.com*

*ГГУ им. Ф. Скорины, Республика Беларусь*

## **СОСТОЯНИЕ И ПРОБЛЕМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ В КОНТЕКСТЕ ЗАРУБЕЖНОГО И ОТЕЧЕСТВЕННОГО ОПЫТА**

В статье анализируется состояние и проблемы финансирования здравоохранения в Республике Беларусь, оценивается достаточность финансирования в соответствии с международными требованиями и зарубежным опытом, а также эффективность использования бюджетных средств. Делается вывод о целесообразности совершенствования механизмов финансового обеспечения данной сферы посредством формирования бюджетно-страховой модели финансирования.

Ключевые слова: финансирование здравоохранения, консолидированный бюджет, норматив бюджетной обеспеченности, внебюджетные ресурсы, медицинское страхование.

Выбор оптимальной модели здравоохранения имеет принципиальное значение для обеспечения эффективного использования ресурсов и улучшения качества и доступности медицинской помощи. Необходимость увеличения расходов в сочетании с ограниченными возможностями правительств по увеличению объемов расходуемых средств побуждает страны к рассмотрению возможностей реформирования финансового обеспечения систем здравоохранения.

Республика Беларусь – одна из немногих стран постсоветского пространства и европейского региона, в которых сохранена бюджетная система финансирования здравоохранения, адаптированная к социально-экономическим условиям. Законодательно она сочетается с элементами частной медицины. В стране введено обязательное медицинское страхование иностранных граждан и лиц без гражданства, временно пребывающих или временно проживающих в Республике Беларусь. Граждане Республики Беларусь могут использовать систему добровольного медицинского страхования. Сравнение расходов на охрану здоровья в странах, имеющих различные системы финансирования здравоохранения, требует использования единых методологических подходов. Для компаративного анализа целесообразно использовать долю совокупных расходов на здравоохранение в ВВП. Роль государства в финансировании системы здравоохранения иллюстрирует процент от ВВП, отражающий объем бюджетных расходов на здравоохранение. Согласно рекомендациям ВОЗ, финансирование отрасли на уровне менее 5–6 % ВВП чревато негативными последствиями для здоровья населения. Как видно из данных рисунка 1 за последние несколько лет ассигнования из консолидированного бюджета обеспечили долю соответствующих расходов в диапазоне 3,68–4,67 % ВВП.

В 2020 году общие расходы консолидированного бюджета на здравоохранение составили 4,67 % от ВВП, что является наибольшим значением за анализируемый период. В 2020 году расходы на здравоохранение составили 38,1 % общего объема расходов консолидированного бюджета, что больше значения предыдущего года на 3,8 п.п. и на 6 п.п. больше уровня 2013 года. Основными факторами увеличения расходов на

здравоохранения в 2020 году являются: финансирование мероприятий по борьбе с COVID-19, а также традиционные демографические изменения. Стоит заметить, что по сравнению с другими государствами, расходы на здравоохранение в Республике Беларусь малы. Республика Беларусь направляет на финансирование данной сферы существенно меньше стран «большой семерки»: США, Франция, Великобритания, Япония – 7,5–9,3% от ВВП. Она отстает даже от менее развитых стран: в Венгрии, Польше, Болгарии и Эстонии власти расходуют на цели здравоохранения 4,7–5,1% ВВП [2, с. 105–106].

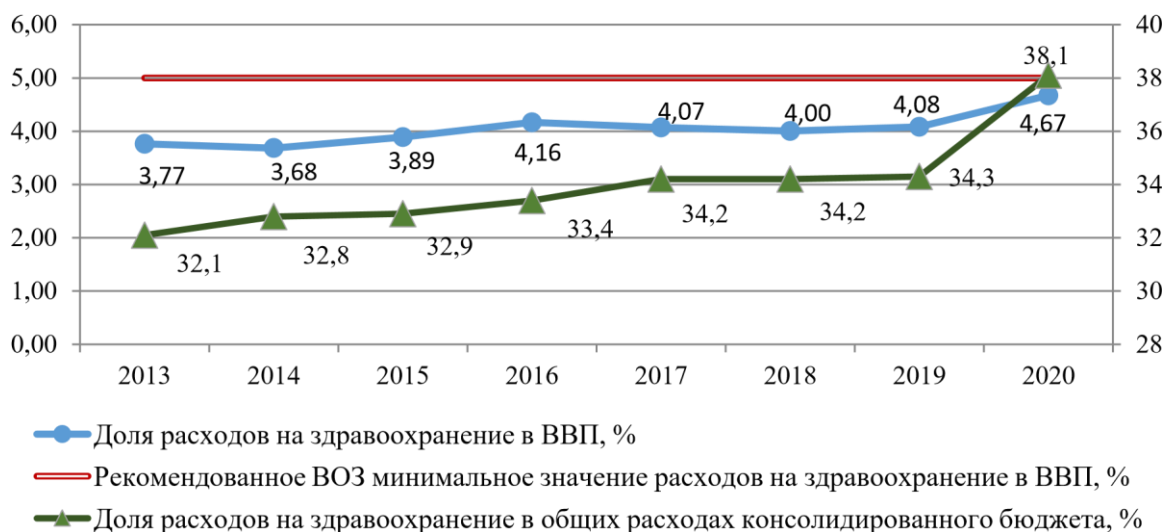


Рисунок 1 – Доля расходов консолидированного бюджета Республики Беларусь на здравоохранение в ВВП и общих расходах, в процентах

Большая часть расходов на здравоохранение приходится на местный бюджет. В 2021 году доля расходов местного бюджета на здравоохранение в общих расходах на данную отрасль составила 76,7% (рисунок 2). Приведенные данные свидетельствуют о том, что в Республике Беларусь финансирование системы здравоохранения децентрализовано на местном уровне.

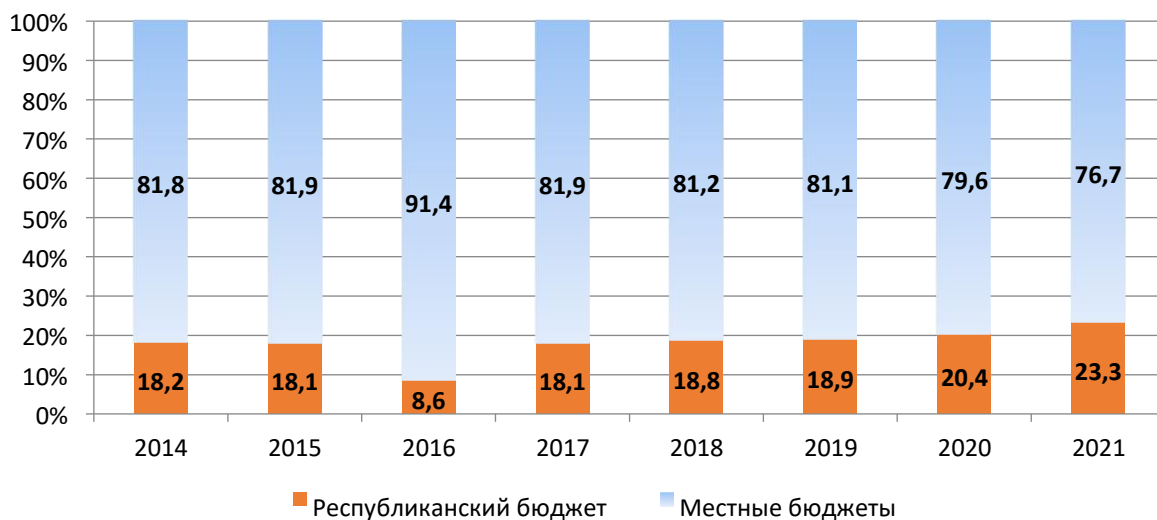


Рисунок 2 – Распределение расходов на здравоохранение по уровням бюджетной системы Республики Беларусь, в процентах

Основу системы здравоохранения Беларуси на протяжении последних 10 лет составляют профилактические меры, направленные на формировании здорового образа жизни, качестве и доступности медицинских услуг, в том числе лекарственными средствами, а также на санитарно-эпидемиологическом благополучии населения и его будущих поколений. При этом система здравоохранения Республики Беларусь характеризуется чрезмерно разветвленной сетью медицинских учреждений с упором на госпитализацию. Обеспеченность населения медицинскими работниками и организациями представлена в таблице 1 [1, с. 107].

Таблица 1 – Обеспеченность населения Республики Беларусь медицинскими работниками и организациями

Годы	Численность врачей специалистов, чел.	Численность средних медицинских работников, чел.	Число больничных организаций	Число амбулаторно-поликлинических организаций
2010	45310	121814	661	2228
2015	53166	126125	640	2325
2020	55828	125398	600	2353

В Республике Беларусь на конец 2019 года на 10 000 населения приходится 46 врачей, для сравнения: в Германии – 43, Австрии – 53, Италии – 40, США – 26. Лидирует страна и по численности среднего медицинского персонала на 10 000 человек населения, уступая только Норвегии и Ирландии. В Республике Беларусь на 10000 населения приходится 84 больничные койки, в Германии – 60, Австрии – 53, Италии – 26, США – 25 [2, с. 94–98]. По сравнению с большинством других стран, граждане Республики Беларусь чаще госпитализируются и, как правило, дольше остаются в больнице.

Возрастающее давление на расходы в будущем окажет давление на финансы системы здравоохранения. Ценовое давление связано с ростом затрат на ресурсы и заработную плату, внедрением новых медицинских технологий, растущими ожиданиями в отношении улучшения медицинских услуг и старением населения. Эти проблемы являются результатом сметного финансирования. Все это побуждает учреждения здравоохранения использовать больше персонала, коек и других ресурсов для оправдания своих бюджетов, но не в полной мере побуждает их повышать производительность, качество помощи или общие результаты работы здравоохранения.

В настоящий момент финансирование медицинской помощи осуществляется на основе нормативов бюджетного обеспечения расходов на медицинское обслуживание каждого жителя, что позволяет выравнивать обеспеченность территорий бюджетными ресурсами, направляемыми в здравоохранение, и обеспечить бюджетным финансированием гарантированный населению объем медицинских услуг. Объем финансирования за счет средств республиканского и (или) местных бюджетов, выделяемых для предоставления бесплатной медицинской помощи в государственных учреждениях здравоохранения, определяется на основе нормативов бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя,

устанавливаемых Законом о республиканском бюджете на очередной финансовый год. Законом Республики Беларусь от 29 декабря 2020 года №73-З «О республиканском бюджете на 2021 год» установлено, что минимальный норматив бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя по Республике Беларусь составляет 760,31 рубля, данные о нормативе в разрезе областей представлены на рисунке 3 [3]. Недостатками данного метода финансирования является то, что он имеет целью обеспечить только более «справедливое» перераспределение ресурсов, но не способствует увеличению средств финансирования.

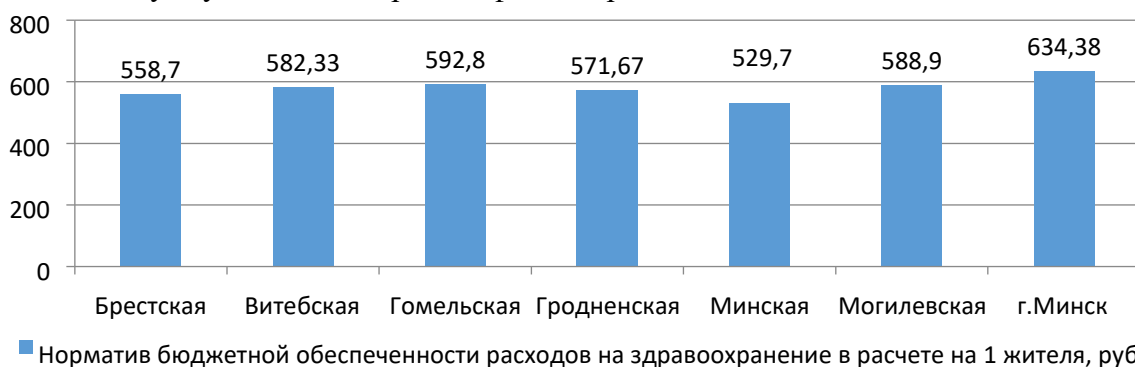


Рисунок 3 – Минимальный норматив бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя по Республике Беларусь в 2021 году

Следует отметить, что бюджетные ассигнования не могут быть единственными источниками средств, потому что бюджетный метод фокусируется на возможности бюджета, а не на реальной потребности. Пути решения данной проблемы должны быть связаны, прежде всего, с изменением структуры финансирования здравоохранения. Анализ показал, что в Республике Беларусь продолжает сохраняться ведущая роль государства в финансировании расходов на здравоохранение (примерно 70 % от общих расходов на здравоохранение). Вместе с тем требуется участия внебюджетных ресурсов для расширения объема платных услуг. Например, в Италии, помимо существующей бюджетной системы здравоохранения, применяется и частное страхование, а также платная медицинская помощь. Общий объем средств для финансирования национальной системы здравоохранения регулируется государством. Рыночные отношения устанавливаются медицинской системой. Основным покупателем медицинской помощи является отдел здравоохранения, который может установить договорные отношения с любой медицинской организацией и врачом общей практики. В Канаде и Японии более 80 % расходов приходится на фонды обязательного страхования, которые формируются компаниями и населением. В большинстве стран действует принцип «разделения затрат»: определенная часть помощи оплачивается за счет средств страхователя.

Таким образом, зарубежный опыт и анализ особенностей развития национального здравоохранения в Республике Беларусь позволяют предложить следующие направления совершенствования механизмов финансирования: формирование бюджетно-страховой модели финансирования. Предполагается расширение объемов финансирования системы здравоохранения, прежде всего, за счет стимулирования привлечения средств юридических лиц и граждан к финансированию внебюджетного сектора здравоохранения, как путем оплаты медицинских услуг непосредственно организациям

здравоохранения, так и путем приобретения полисов добровольного страхования медицинских расходов.

### **Литература**

1. Статистический ежегодник Республики Беларусь / Е. И. Кухаревич [и др.]; под общ. ред. И. В. Медведева. – Минск: Национальный статистический комитет Республики Беларусь, 2021. – 407 с.
2. Беларусь и страны мира / Е. И. Кухаревич [и др.]; под общ.ред. И. В. Медведева. – Минск: Национальный статистический комитет Республики Беларусь, 2020. – 369 с.
3. О республиканском бюджете на 2021 год : Закон Республики Беларусь от 29 декабря 2020 года №73-3 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://pravo.by/document/?guid=3961&p0=H12000073>. – Дата доступа: 10.09.2021.