

Л.П. Зенькова

Lovekak@mail.ru

Белорусский государственный экономический университет

А.В. Земцов

alltimeforyou@yandex.by

Белорусский государственный экономический университет

ПРОБЛЕМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ УСЛУГ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Обеспечение качественной медицинской помощи невозможно без оптимального сочетания источников финансирования услуг системы здравоохранения. Перед Республикой Беларусь стоит задача определить стратегическую модель развития этой сферы, используя опыт зарубежных стран. Наиболее приемлемой для национальной экономики, на взгляд авторов, является система финансирования услуг здравоохранения Канады.

В начале XXI в. здравоохранение, общество и окружающая среда претерпевают глобальные изменения, диктующие необходимость реформирования не только для стран СНГ (в связи с распадом СССР и изменениями социально-экономических и политических условий жизни населения и деятельности здравоохранения), но и для всех стран мира. В XX в. в развитых странах стратегия здравоохранения неоднократно пересматривалась: до 1960-х годов основной задачей была борьба с эпидемическими инфекциями, позже – защита от хронических заболеваний неинфекционной природы. В наши дни основное внимание направлено на воспроизводство здорового населения, заботу о рождении здорового ребенка.

Сегодня стратегией здравоохранения станет сдерживание расходов на здравоохранение, его стандартизация, обеспечение доступной и качественной медицинской помощи. В развитых странах на государственном уровне признается межотраслевой характер охраны здоровья граждан, однако в Республике Беларусь пока нет такого осознания в полной мере.

В XX в. в развитых странах стратегия здравоохранения неоднократно пересматривалась: до 1960-х гг. основной задачей была борьба с эпидемическими

инфекциями, позже – защита от хронических заболеваний неинфекционной природы. В наши дни основное внимание направлено на воспроизводство здорового населения, заботу о рождении здорового ребенка. В XXI в. стратегией здравоохранения станет сдерживание расходов на здравоохранение, стандартизация здравоохранения, обеспечение доступной и качественной медицинской помощи.

Существует множество национальных моделей здравоохранения, однако, как правило, эксперты сводят их к трем классическим типам: Бисмарка (немецкая, это система, основанная на всеобъемлющем страховании здоровья); Бевериджа (английская, это негосударственная, рыночная или частная система здравоохранения); Семашко (советская, государственная) [1, с. 277]. Такая классификация моделей здравоохранения введена экспертами Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) (S. Nakansson, B. Majnoni, D'Intignano, G.H. Mooney, J.L. Roberts, G.L. Stoddart, K.S. Johansen, H. Zollner).

В настоящее время системы здравоохранения развитых стран строго не укладываются ни в одну из этих моделей. Реформы эволюционируют, заимствуя друг у друга идеи и отдельные элементы. Современные системы здравоохранения стали, по сути, настолько гибридными, что, порой, трудно сказать, какая модель взята за основу.

«Система Семашко» – советская модель здравоохранения, хотя и подвергается в большинстве случаев справедливой критике, но в свое время она была действительно передовой. Только централизованная государственная медицина могла эффективно справиться с массовыми эпидемиями, охватившими страну. По мере развития система здравоохранения СССР стала одной из немногих сфер государственной деятельности, получавшей позитивные оценки экспертов капиталистических стран. Многие страны изучали опыт советской модели, ВОЗ рекомендовала использовать отдельные ее элементы в ряде стран.

Декларированное в Конституции право на бесплатную медицинскую помощь носило не только социальный, но и политический пропагандистский характер, поскольку символизировало прогрессивность социалистической системы. Однако тотальная политизация сдерживала развитие медицинской науки. В СССР развитие медицины носило исключительно экстенсивный характер. Панацеей от всех болезней считалось увеличение количества врачей, медсестер и больничных коек.

Медицина в СССР перестала быть престижной профессией – 70 % врачебного персонала составляли женщины, зарплата медиков не превышала 70 % от среднестатистической. Все чаще врачи принимали плату от пациентов, часто за обычное лечение, а не за улучшение его.

Престижным было получить место в больнице, в то время как места врачей поликлиник, участковых и скорой помощи доставались менее подготовленным специалистам. Больницы максимально раздували коечный фонд и держали их заполненными как можно дольше, поскольку от показателя «койко-день» зависели государственные выплаты больницам. Существовал территориальный принцип обслуживания пациентов по месту прописки или работы.

В современном мире «бевереджская» модель получила распространение. Здесь за основу взято регулируемое государственное (бюджетное) здравоохранение, дополнено элементами страхования здоровья из других источников финансирования: собственных вкладов пациентов и платежей работодателей. Под чисто государственное обеспечение попадают низкооплачиваемые слои населения, безработные, инвалиды и пенсионеры. Такой зарубежный опыт вполне применим для Беларуси. Это – система здравоохранения,

основанная на принципах социального страхования и регулирования рынка с многоканальной системой финансирования.

Если рассматривать социальную специфику как основной параметр медицинских услуг, то факт покупки или продажи медицинской помощи будет означать опосредованную покупку национального здоровья. В таком случае при организации системы здравоохранения во главу угла будет поставлен принцип равнодоступности медицинских услуг. Обеспечить это легче всего централизованным образом, подчинив систему здравоохранения контролю государства. Однако не все услуги может профинансировать централизованно государство, особенно в условиях финансовой нестабильности.

Для количественной оценки качества здравоохранения ВОЗ использует следующие показатели (критерии): а) расходы на здравоохранение; б) трудовые ресурсы здравоохранения и инфраструктура; в) охват услугами здравоохранения; г) смертность и время болезней; е) отдельные инфекционные заболевания; з) демографическая статистика.

Поскольку много важных факторов лежит вне сферы здравоохранения (окружающая среда, образ жизни, социально-экономические и генетические предпосылки), политика здравоохранения должна рассматриваться как политика правительства страны, а не только министерства здравоохранения. Большинство экономически развитых стран перешли к реформированию всей системы охраны здоровья, а не только службы здравоохранения. Изменилась целевая установка: средства вкладываются не столько в систему оказания медицинской помощи, сколько в систему предупреждения заболеваний.

Конечно, аналогичное изменение цели в области охраны здоровья требует и более значительных вложений. Наше государство не заинтересовано в увеличении тарифов на медицинские услуги, так как рост стоимости лечения потребовал бы увеличения размеров государственного финансирования, а, следовательно, повышения налогов, что является непопулярной мерой. Опережающий прирост расходов на здравоохранение по сравнению с увеличением совокупной расходной части бюджета обусловил устойчивый рост доли расходов на здравоохранение в структуре бюджетных расходов – с 4,1 % в 2012 г. до 4,7 % в 2018 г.

В связи с комплексностью стоящей перед правительством задачи совершенствования системы здравоохранения, и в том числе ее финансирования, необходимо, на наш взгляд, ориентироваться на реализацию опыта Канады: Там национальная система страхования здоровья гарантирует медицинскую страховку практически всем гражданам страны. Причем размер получаемой медицинской помощи не зависит от величины страхового взноса, человеку не может быть отказано в страховке из-за пожилого возраста или плохого состояния здоровья [2, с. 211].

Оплата производителям медицинских услуг в Канаде поступает из одного общего источника – системы национального страхования, но последняя аккумулирует средства федеральных фондов, фондов провинциальных (местных) бюджетов, фондов частных страховых компаний и добровольных пожертвований. Тарифы на медицинские услуги регулируются правительством и ежегодно пересматриваются. Такой подход к финансированию позволит правительству обеспечить четкую координацию программ здравоохранения и сократить административные расходы.

В случае перехода Беларуси на эту систему здравоохранения вполне возможно подключить посредническо-распределительную роль банков Беларуси по финансированию оплаты медицинских услуг пациентами. Здесь кредитование банками сложных, дорогостоящих операций для населения возможно на основе последующей компенсации из средств единого национального фонда страхования здоровья. В Беларуси уже сложилась сфера платных медицинских услуг, но их доля от общих услуг пока приближается к 7%

[3, с. 385]. Как показывает практика, большинство населения не может позволить себе оплату операций в пределах 3000–25000 долл. Банки могут выступить посредниками оплаты дорогой медицинской услуги на условиях кредитования с последующей компенсацией из названного фонда.

Литература

1. Игнатов, В.Г. Экономика социальной сферы: учебное пособие, 2-е издание / В.Г. Игнатов. – М.: Ростов-на-Дону: Издательский центр «Март», 2009. – 528 с.
2. Гетцен, Томас Э. Экономика здравоохранения: основы и движения средств / Томас Э. Гетцен. – Университет Тэмпл, 2011. – 452 с.
3. Статистический ежегодник Республика Беларусь 2018. – Минск: национальный статистический комитет, 2019. – 472 с.

РЕПОЗИТОРИЙ ГГУ ИМЕНИ Ф. СКОРИНЫ