

Государственное регулирование здравоохранения в Беларуси: методика оценки

А.Г. ЗЕМЦОВ, Л.П. ЗЕНЬКОВА

На основе обобщения зарубежного опыта функционирования медицины в трансформационных экономиках нами исследованы основные особенности белорусской модели здравоохранения, которые следует учитывать при обосновании эффективного, на условиях частно-государственного партнерства, функционирования рынка в рассматриваемой социальной сфере. Нами сформулированы наши предложения по методике оценки частно-государственного партнерства в Республике Беларусь в рамках показателей оптимального соотношения рынка и государства.

Ключевые слова: здравоохранение, экономические отношения, частно-государственное партнерство.

Based on the generalization of foreign experience in the functioning of medicine in transformational economies, we have studied the main features of the Belarusian healthcare model, which should be taken into account when justifying the effective functioning of the market in the social sphere under consideration, on the terms of public-private partnership. We have formulated our proposals on the methodology for evaluating public-private partnership in the Republic of Belarus within the framework of indicators of the optimal ratio of the market and the state.

Keywords: healthcare, economic relations, public-private partnership.

Введение. Здравоохранение всех развитых стран, в том числе и Республики Беларусь, в настоящее время, находится в процессе системного реформирования, которое протекает в период очередной институциональной трансформации социально-экономических систем. Практически во всех развитых странах под действием цифровизации происходит процесс трансформации экономических отношений. Все это отрицательно сказывается на качестве здоровья и жизни человека, и главное, на качестве человеческого капитала. Поэтому реформы здравоохранения должны рассматриваться в рамках общей трансформации экономических систем. К очередному периоду институциональной трансформации, т. е. к началу XXI в., все существующие системы здравоохранения сводят к трем основным экономическим моделям: платная медицина, основанная на рыночных принципах с использованием частного медицинского страхования, государственная медицина с бюджетной системой финансирования и система здравоохранения, основанная на принципах социального страхования и регулирования рынка с многоканальной системой финансирования.

В рамках процесса обеспечения всеобщей доступности услуг здравоохранения важное значение имеет выстраивание процессов эффективного соотношения частного сектора и государственного [1]. Необходимость обеспечения доступности услуг здравоохранения и их высокого качества обусловлена доказанной мировой практикой непосредственной взаимосвязью между уровнем здоровья граждан и эффективностью их трудовой деятельности.

В Республике Беларусь государство продолжает сохранять определяющую роль в финансировании расходов на систему здравоохранения. Однако наблюдается также тенденция уменьшения доли государственных расходов на здравоохранение и рост частных расходов. Частичную реализацию данной тенденции можно обнаружить в системах здравоохранения некоторых стран СНГ. Это поступательно формирует условия для создания нового типа рыночных экономических отношений в сфере здравоохранения. При этом гарантии для получения бесплатных услуг здравоохранения становятся достаточно ограниченными и сводятся к минимально необходимому перечню услуг [2]. Как верно отмечает И.П. Каткова, система здравоохранения является ресурсоемкой отраслью, занимающей особое место в системе общественного производства [3]. Поэтому элементы рыночной концепции необходимы для развития здравоохранения, включая активизацию частных медицинских организаций. Однако также необходимо вводить и ограничения для платного рынка медицинских услуг. Такие

ограничения выступают существенной необходимостью, поскольку опыт стран, где осуществлялась бесконтрольная коммерциализация системы здравоохранения, свидетельствует о крайне негативном влиянии такого процесса на рост уровня здоровья [3].

На основе обобщения зарубежного опыта функционирования медицины в трансформационных экономиках нами исследованы основные особенности белорусской модели здравоохранения, которые следует учитывать при обосновании эффективного, на условиях частно-государственного партнерства, функционирования рынка в рассматриваемой социальной сфере. Нами сформулированы предложения по методике оценки уровня государственного регулирования в Беларуси в рамках показателей оптимального соотношения рынка и государства в здравоохранении.

Основная часть. Роль государства оценена нами по секторам здравоохранения, по которым, согласно нашим взглядам, необходимо оценивать критерии оптимального соотношения рынка и государства: лечебно-профилактические мероприятия и реабилитация; санитарно-эпидемиологические меры; регулирование лекарственного обеспечения; охрана здоровья матери и ребенка, достижение демографических ориентиров; здоровый образ жизни и проведение экологических мероприятий.

Во всех вышеуказанных секторах относительное соотношение государства и рынка должно соответствовать следующему принципу: максимальный результат (полезность системы здравоохранения для общества). При этом полезность этого направления здравоохранения проявляется в сохранении и приумножении человеческого капитала (продолжительность жизни коэффициент Джини, уровень заболеваемости) при минимальных затратах государственного и частных секторов. Существующая на данный момент группа официальных статистических показателей функционирования системы здравоохранения не построена на этом принципе.

Нами сформулированы предложения по методике оценки степени государственного вмешательства в разрезе следующих направлений: 1) ценообразование в фармацевтической промышленности и сети медицинских учреждений; 2) субсидирование определенных категорий граждан; 3) льготирование доступности лекарств и отдельных медицинских услуг; 4) регулирование взаимоотношений между частными медицинскими учреждениями и государственными службами медицинской помощи; 5) инвестирование в государственный и негосударственный сектора здравоохранения и его совершенствование; 6) регулирование предоставления минимальных услуг согласно социальным стандартам; 7) планирование и прогнозирование ассортимента и объема производства лекарств; 8) территориальное распределение полномочий государственных органов здравоохранения в контексте частно-государственных отношений.

Предлагаем более подробно оценку деятельности государственного и частного секторов в виде системы показателей в разрезе вышеуказанных основных пяти направлений.

1. Обеспечение всеобщей степени доступности медицинских услуг и препаратов. Цены на лекарственные препараты и медицинские услуги являются значимым индикатором степени доступности медицинской помощи. Лекарственные средства – это продукция исключительной социальной значимости. Наличие качественных, эффективных и доступных лекарственных средств в стране – одно из необходимых условий благосостояния и преемственности здоровой нации, что является стратегическим приоритетом любого государства. Именно поэтому процесс государственного регулирования ценообразования на лекарственные средства является неотъемлемой частью правительственной политики в области регулирования обращения лекарственных средств, что обуславливает присутствие в показателе (I_1) соответствующего индекса социальной бедности населения (1).

Данный показатель должен исходить, кроме всего прочего, из сохранения необходимого уровня конкуренции и достигнутого уровня социальной защищенности населения. В то же время данный показатель не должен создавать дополнительной нагрузки на Национальный статистический комитет. Следовательно, речь идет о некоем синтезированном показателе, отражающем доступность препаратов и услуг населению (по ценам – ИПЦ на лекарства и медицинские услуги), а также удельный вес в общем числе организаций медицинского профиля (МСП). Последний субиндекс косвенно характеризует наличие конкуренции на рынке медицинских услуг:

$$I_1 = \frac{\text{темпы роста МСП}}{\text{темпы роста ИПЦ} \times \text{темпы роста доли насел. с доходами ниже БПМ}}. \quad (1)$$

Расчеты, произведенные нами по предлагаемой методике (таблица 1), за 4 года выявили следующие тенденции. Увеличение расчетного коэффициента доступности произошло за счет двух факторов: снижения уровня расслоения населения на богатых и бедных, а также роста конкуренции с госсектором, скорректированный на инфляционный рост со стороны МСП делает лекарства более доступными.

Таблица 1 – Расчетные значения индекса доступности лекарственных средств в здравоохранении Беларуси 2018–2021 гг.

Период	Темпы роста уд. веса МСП, %	Темпы роста доли населения ниже БПМ, %	Темпы роста ИПЦ, %	Расчет I_1
2018	1,00682	0,949	1,00956	1,07089
2019	1,06190	0,893	0,99148	1,17919
2020	1,03370	0,960	1,02579	1,10454
2021	1,04405	0,854	1,02393	1,25155

Источник: собственная разработка на основе официальных данных Национального статистического комитета Республики Беларусь.

Мы согласны с С.Н. Солодовой, что государственное регулирование ценообразования лекарственных средств выражает степень участия государства в определении итоговой цены конкретного лекарственного препарата, специфику реализации социальной политики [4]. По нашему мнению, здесь могут быть вариации: прямое ограничение цен, установления процента потолка роста цен, а также льготирование при покупке лекарственных средств в сети аптек.

В связи с высокой степенью импорто- и экспортной зависимости экономики Республики Беларусь считаем необходимым увязку действующих цен на медицинские препараты с внешними референтными ценами во избежание вымывания дешевых лекарственных средств за границу или бесконтрольного ввоза иностранных препаратов [5].

2. Реализация принципа социальной защиты. Объективным отражением степени государственного регулирования здравоохранения является показатель субсидирования отдельных категорий граждан как формы социальной защиты. В основе субсидирования граждан лежит попытка достигнуть одновременно двух противоположных целей – максимальной защиты населения и рационального использования денежных средств казны.

Целями государства при этом являются максимальная защита малоимущего населения и экономия и рациональное использование денежных средств на эти цели. В данном случае предлагаем следующий показатель субсидирования (I_2):

$$I_2 = \frac{\text{темпы роста доли насел. с доходами ниже БПМ} \times \text{темпы роста ИПЦ на мед. усл. и мед.}}{\text{доля расходов на здравоохранение из конс. бюджета} \times \text{темпы роста рент}}. \quad (2)$$

Анализ показателя (индекса) степени субсидирования населения показывает, что, несмотря на сложившуюся положительную динамику субсидирования здравоохранения, в период кризиса 2020 г. он возрос почти в 2 раза и имел ярко выраженный характер повышенной социальной защиты населения, в последующие годы он резко сократился, отражая свертывание роли государства в этом направлении государственно-частного партнерства.

3. Степень государственного регулирования отношений в подсистеме здравоохранения отражает льготирование приобретения медицинских препаратов и услуг населением как способ государства повысить их доступность. В области льготирования при предоставлении и лекарственных препаратов и медицинских услуг необходимо, на наш взгляд, учитывать удельный вес лиц, чей доход ниже черты бедности (таблица 2). При этом уровень льготирования должен возрастать по мере падения реальных доходов населения на душу населения. Отсюда мы предлагаем следующий комплексный показатель – индекс льготирования (I_3), состоящий из ряда субиндексов (3):

$$I_3 = \frac{\text{темпы роста доли насел. с доходами ниже БПМ} \times \text{темпы роста рентабельности}}{\text{темпы роста реальных доходов на душу населения}}. \quad (3)$$

Таблица 2 – Расчетные значения индекса субсидирования населения 2018–2021 гг.

Период	Темпы роста доли населения с доходами ниже БПМ, %	Темпы роста ИПЦ на мед. и мед. услуги, %	Доля расходов на здравоохранение из консолидированного бюджета, %	Темпы роста рентабельности, %	Расчет I_2
2018	0,949	1,034	0,148	1,130	5,870
2019	0,893	1,000	0,153	0,903	6,473
2020	0,960	1,051	0,164	0,549	11,231
2021	0,854	1,029	0,190	1,393	3,327

Источник: собственная разработка на основе официальных данных Национального статистического комитета Республики Беларусь.

Анализ показывает, что на протяжении исследуемого промежутка времени (последние 4 года) наблюдается снижение индекса I_3 субсидирования и датирования предприятий. Кроме того, следует учесть, что рентабельность официально рассчитывалась Национальным статистическим комитетом для объединенной сферы – здравоохранения и социальной. Необходимо отметить, что рост рентабельности медицинских учреждений приведет к расширению финансовых возможностей по льготированию доступности медицинских услуг. Поэтому соответствующий частный показатель в индексе I_4 мы посчитали возможным отнести в числитель.

4. В условиях рыночной экономики главной целью государственного регулирования является соблюдение интересов населения (особенно социально незащищенного), контроль над недопущением ущемления прав общества и человека интересами субъектов экономической деятельности [6].

Как показывает мировой опыт, государственные учреждения здравоохранения зачастую работают неэффективно, поэтому целесообразен перевод их на рыночную основу, но в определенных рамках. В связи с этим предлагаемый по данному направлению показатель (I_4) отражает эффективность взаимодействия государственной и частной медицины. В показателе следует учесть следующие субиндексы: доля убыточных медицинских учреждений в общей их численности, темпы роста задолженности медицинских учреждений по кредитам и займам и уровень рентабельности системы здравоохранения в целом. Кроме того, инвестирование в основной капитал также здесь присутствует, так как при повышении эффективного взаимодействия рынка и государства расширяются каналы финансирования. Как следствие роста эффективности взаимодействия государства и рынка растет доля МСП, поэтому мы посчитали необходимым отразить этот процесс также в показателе I_4 (4):

$$I_4 = \frac{\text{темпы роста инвестиций в основной капитал} \times \text{темпы роста рент.} \times \text{темпы роста МСП}}{\text{темпы роста убыточных мед. предприятий} \times \text{темпы роста задолж. по кредитам}}. \quad (4)$$

Анализ предлагаемого индекса I_4 за последние четыре года позволили сделать следующие выводы. Роль государства отражена здесь в создании единых для всех хозяйствующих субъектов «правил игры», благоприятствующих развитию предпринимательства в стране. Государство определяет и внедряет регулирующие меры путем издания мотивированных законодательных и нормативных актов, способствующих развитию рыночной конкуренции, и контролирует выполнение этих правил; защищает права собственности и свободу хозяйственной деятельности [7].

5. Следующим направлением развития государственного регулирования является инвестирование в медицинские учреждения и повышение их отдачи. По результатам инвестирования в государственный сектор доля МСП должна, согласно логике, уменьшаться при прочих равных условиях. Исходя из этого содержания показателя I_5 , определяющего эффективность отдачи инвестиций при условии сохранения доли частного бизнеса и уровня конкуренции в рассматриваемом секторе экономике, предлагается нами в следующем виде (5):

$$I_5 = \frac{\text{темпы роста ВДС здравоохранения} \times \text{темпы роста МСП}}{\text{темпы роста инвестиций в основной капитал}}. \quad (5)$$

В контексте критерия эффективности инвестиций рассматриваются как затраты в указанную сферу, так и результаты. Результатом можно считать валовую добавленную стоимость. Но так как в официальной статистике нет деления валовой добавленной стоимости на частный и государственный сектора, то возможно в данном случае скорректировать числитель коэффициента на удельный вес малого и среднего предпринимательства в этой сфере (чем больше МСП в системе здравоохранения, тем больше возможностей инвестировать в эту сферу).

Воздействие мер государственной политики на уровень частных расходов, как правило, носит целенаправленный характер и соответствует формальным целям регулирования, но в отдельных случаях может сопровождаться значимыми дополнительными эффектами, и здесь мы согласны с автором О.А. Зарубиной [8].

Безусловно, не все аспекты государственного регулирования можно формализованно учесть. Тем не менее, дальнейшая модель развития системы здравоохранения должна меняться и соответствовать каждому новому состоянию экономической системы общества. На данном этапе каждый из секторов здравоохранения требует своей концептуальной модели построения, так как в условиях трансформации национальной экономической системы из административно-командной в рыночную постепенно нарастают элементы рыночных отношений, однако последние находятся в незавершенном виде и требуют государственного регулирования и поддержки. Ресурсы государственного бюджета ограничены. В связи с этим встает вопрос о концептуальной цели развития каждого из секторов в условиях ограниченности финансовых ресурсов. Поскольку сектора профилактики и реабилитации не столь важны, как лечебно-диагностический, то здесь возможно допущение частного сектора медицинских услуг в большей степени на принципах хозрасчета и самоокупаемости. Роль государства в данном случае будет сводиться лишь к косвенным инструментам воздействия: таможенными льготами при ввозе импортных препаратов, налоговыми льготами части прибыли, идущей на модернизацию. Однако такие сектора здравоохранения, как поддержка материнства и детства, диагностика требуют (в текущей демографической ситуации Беларуси и усилившейся эмиграции) другого концептуального подхода – реализации модели «всеобщей доступности». Отсюда и построение политики государственного регулирования будет несколько другим, основанным на прямых инструментах воздействия: регламентации цен, перечней лекарств всеобщей доступности, прямом субсидировании. В любом случае, развитие частного сектора в здравоохранении настоятельно требует ускорения цифровизации системы, централизации и унификации ее информационных потоков. Только в этом случае возможен прозрачный государственный контроль над этой социальной подсистемой.

Заключение. При разработке и реализации государственной политики необходимо учитывать общие социально-экономические условия, не подлежащие контролю со стороны государства по меньшей мере в кратко- и среднесрочной перспективе, но оказывающие влияние на частные расходы (не дискреционные факторы). Среди значимых недискреционных факторов выделяются относительная стоимость услуг здравоохранения, доход и механизм его распределения, возрастная структура, уровень образования, культурные предпочтения общества.

Государство в Беларуси при помощи квот, тарифов, таможенных пошлин контролирует импорт медицинских препаратов и услуг. Это является тактической целью государства. Однако такие меры не должны негативно сказываться на внутреннем рынке. Стратегическая цель государства по оптимизации государственного вмешательства состоит в нахождении разумного сочетания двух задач: наполняемости внутреннего рынка качественными импортными препаратами, недопущения их дороговизны и поддержки отечественных производителей лекарств, реализации стратегии импортозамещения.

В Республике Беларусь одним из важнейших направлений развития системы здравоохранения выступает обеспечение доступности здравоохранения, всеобщей защищенности. Достижение целей, предусмотренных данным типом концептуальной модели функционирования, невозможно без проведения мероприятий, направленных на повышение расходов государства на систему здравоохранения и привлечение частного капитала. Мелкие предприятия в области медицинского бизнеса уже широко распространены в стоматологии, фармации и предоставлении специализированных медицинских услуг, их деятельность требует от государства целенаправленной реализации указанной модели, комплексной системы мер регулирования частного бизнеса в медицине.

Дальнейшее развитие сектора частного предпринимательства в сфере медицины и медицинских товаров требует грамотного сочетания усилий органов местного самоуправления, региональных властей, а также установления четких общенациональных гарантий и их обеспечения.

Необходимо учитывать, что соотношение государства и рынка должно давать максимальный положительный результат для функционирования системы здравоохранения и проявляться в сохранении и приумножении человеческого капитала (продолжительность жизни коэффициент Джини, уровень заболеваемости) при минимальных затратах государственного и частных секторов.

Литература

1. Восколович, Н. А. Доступность услуг здравоохранения как основа социальной защищенности населения / Н. А. Восколович // Народонаселение. – 2021. – Т. 24, № 2. – С. 88.
2. Мажинская, М. А. Экономические отношения в системе здравоохранения [Электронный ресурс] / М. А. Мажинская. – Режим доступа : https://elib.bsu.by/bitstream/123456789/34223/1/Мажинская_Экономические%20отношения.pdf. – Дата доступа : 26.12.2023.
3. Каткова, И. П. Преждевременная смертность : тенденции и перспективы снижения в контексте целей устойчивого развития России / И. П. Каткова, В. В. Локосов, С. И. Рыбальченко // Проблемы современной экономики. – 2018. – № 2 (58). – С. 93.
4. Солодова, Р. Н. Государственное регулирование ценообразования лекарственных средств в России – законодательная база, обзор международного опыта и взгляд в будущее / Р. Н. Солодова, А. М. Соколова // Современная организация лекарственного обеспечения. – 2019. – № 3. – С. 1–18.
5. Кашаева, Е. А. Особенности ценообразования на российском фармацевтическом рынке / Е. А. Кашаева, Ю. В. Павлова // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2016. – Т. 6, № 1. – С. 126.
6. Горбунов, Р. А. Особенности государственного регулирования национальной политики в сфере здравоохранения / Р. А. Горбунов // Образование и наука без границ : социально-гуманитарные науки. – 2022. – № 17. – С. 84–87.
7. Бабанский, А. А. Государственное регулирование предпринимательской деятельности / А. А. Бабанский // Новые парадигмы общественного развития : экономические, социальные, философские, политические, правовые, общенаучные тенденции и закономерности : материалы Международной научно-практической конференции, Новосибирск-Тихорецк-Саратов, 28 декабря 2015 г. : в 4-х ч. – Новосибирск-Тихорецк-Саратов : ООО «Академия управления», 2016. – Ч. 1. – С. 69–71.
8. Зарубина, О. А. Факторы и значение частных расходов в здравоохранении / О. А. Зарубина, Н. Н. Сисигина // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. – 2016. – Т. 9, № 4. – С. 24–30.