**Современные проблемы финансирования расходов на здравоохранение в Республике Беларусь**

***Струк Т.Г.,***

*канд. экон.наук, доцент, Белорусский государственный университет (Минск, Беларусь)*

***Аннотация.*** В статье анализируется динамика совокупных расходов на здравоохранение Республики Беларусь, оценивается их достаточность в соответствии с международными критериями и тенденциями развития медицины и демографической ситуации в стране. Делается вывод о необходимости создания системы обязательного медицинского страхования.

***The abstract.*** In article dynamics of cumulative charges on public health services of Belarus is analyzed, their sufficiency according to the international criteria and tendencies of development of medicine and a demographic situation in the country is estimated. The conclusion about necessity of creation of system of obligatory medical insurance is done.

В последние десятилетия в большинстве стран мира наблюдается рост расходов на здравоохранение, который выражается в их увеличении на 1% каждое десятилетие. В начале 20 века в развитых странах на эти цели использовалось примерно 0,7-1,2 % ВВП, то в настоящее время в европейских странах эти затраты составляют 7-9 % ВВП, а в США – около 17%. К основным факторами их увеличения являются демографические изменения (снижение рождаемости, старение населения); рост объема потребления медицинских услуг; внедрение новых более дорогих медицинских технологий и медикаментов; опережающий рост цен в сфере медицинского обслуживания по сравнению с другими секторами экономики; расширение прав пациентов, повышение заинтересованности граждан в собственном здоровье; стремление медицинского персонала, работающего в условиях оплаты труда, зависящего от объема выполненной работы, к назначению дорогостоящих лекарств, не всегда целесообразных дорогостоящих операций и процедур; увеличение бюрократического аппарата в системе здравоохранения; прямые утечки средств и их использовани не по назначению; использование высокозатратных и малоэффективных технологий, в том числе управленческих. В результате во многих странах не хватает средств для обеспечения качественной медицинской помощи. Отметим, что по стандартам ВОЗ на здравоохранение необходимо выделять не менее 6% ВВП, а по стандартам ОЭСР – не менее 7% ВВП. По мнению российских специалистов, создать современную систему оказания доступной и качественной медицинской помощи можно только при увеличении финансирования здравоохранения до 8-10% ВВП. В качестве верхней границы расходов при этом рассматривается величина, равная 12% ВВП, так как дальнейшее увеличение суммы средств, вкладываемых в здравоохранение, вообще не дает конкретных результатов по показателям здоровья на уровне популяции [1, с.284].

В Республике Беларусь, как отмечали эксперты ВОЗ в подготовленном еще в 2013 году обзоре системы здравоохранения, расходы на здравоохранение выше, чем в среднем по странам СНГ, но ниже уровня 10 новых стран ЕС. Например, по данным Национального фонда страхования Литвы, в этой стране на здравоохранение тратится 7% от ВВП[2].

. Соременная динамика расходов на здравоохранение в нашей стране характеризуется следующими данными (таблица 1).

Таблица 1. Динамика совокупных расходов на здравоохранение в Республике Беларусь,

в % к ВВП

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Период | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
| Расходы на здравоохранение, всего | 5,2 | 5,7 | 5,1 | 5,9 |
| Расходы государственного сектора | 4,1 | 4,1 | 3,7 | 4,3 |
| Расходы частного сектора | 1,1 | 1,6 | 1,4 | 1,6 |

Составлено по:[3]

Несмотря на относительно низкий уровень затрат, результаты опроса, проведенного Институтом социологии НАН Беларуси, удовлетворенность оказываемыми медицинскими услугами выказали порядка 20,8% респондентов, проживающих в сельских районах; в большей или меньшей степени были удовлетворены 42,4%; в большей или меньшей степени не удовлетворены – 26%; не удовлетворены – 8,4%; воздержались – 2,4%. Среди респондентов, проживающих в городах, оказываемыми медицинскими услугами были удовлетворенны 13%; в большей или меньшей степени были удовлетворены – 36,4%; в большей или меньшей степени не удовлетворены – 34%; не удовлетворены – 14,3%; воздержались – 2,3%. По результатам аналогичного опроса, проведенного в 2008 году, стало известно, что порядка 17,8% респондентов, проживающих в сельских районах, оценили оказываемую им медицинскую помощь как хорошего качества; среднего качества – 50,6%; плохого качества – 22,3%; воздержались – 9,3%. Среди респондентов, проживающих в городах, порядка 12,1% отметили высокое качество оказываемой им медицинской помощи; среднего качества – 50,8%; плохого качества – 23,1%; воздержались – 14%. Ретроспективный анализ результатов данных опросов показал, что со временем уровень удовлетворенности населения оказываемой медицинской помощью вырос[2].

Тем не менее, по нашему мнению, Республика Беларусь в недалеком будущем будет вынуждена искать пути дальнейшего увеличения финансирования данных расходов под давлением прежде всего таких факторов, как распространение новых медицинских технологий и старение населения. Еще в начале 90-х гг 20 в. Дж.Ньюхауз доказал преобладающую роль технологического прогресса среди прочих факторов в росте удельных расходов на здравоохранение. [4, с.230]. Мнение о большом влиянии новых технологий на удорожание медицинских услуг в более позднем исследовании высказали и российские специалисты, отметившие, что, «хотя отдельная технология может иметь следствием как удешевление, так и удорожание лечения, в большинстве свом эксперты согласны в том, что в целом прогресс технологий ведет к росту расходов на охрану здоровья» [4, с. 230]. С другой стороны, спрос на медицинские услуги растет по мере увеличения продолжительности жизни населения. Интересные данные об изменении средней продолжительности жизни в своем исследовании об истории развития социального страхования приводит В.Д. Роик (таблица 2).

Таблица 2.Влияние демографического перехода на увеличение продолжительности жизни в странах Западной Европы

|  |  |
| --- | --- |
| Исторические периоды | Продолжительность жизни на ее этапах, лет |
| Дотрудовой период | Трудовой период | Послетрудовой период | Средняя продолжительность жизни |
| До 18 века | 12 | 18 | 4 | 34 |
| 18 век | 14 | 20 | 6 | 40 |
| 19 век | 15 | 26 | 7 | 48 |
| 20 век | 19 | 30 | 12 | 61 |
| 21 век (первая треть) | 24 | 41 | 18 | 83 |

Источник: [1, с.204]

Как показывают данные таблицы, при увеличении средней продолжительности жизни в 2,4 раза, ее дотрудовой период увеличился в 2 раза, трудовой – в 2,3 раза, а послетрудовой – в 4,5 раза, что предъявляет серьезные требования к изменению подходов практически во всех сферах социального страхования.

В развитых странах увеличение продолжительности жизни и сокращение рождаемости привело к старению населения. В результате важной проблемой стало обеспечение доступа пожилых людей к медицинским услугам и развитие социальной и медицинской инфраструктуры для оказания им медицинской помощи и длительного обслуживания. По оценкам специалистов, лица в возрасте 65 лет и старше прибегают к медицинским услугам вдвое чаще, чем население в целом: их доля составляет 20% от численности всего населения в экономически развитых странах, но на них приходится не менее 40% совокупных расходов на здравоохранение и социальное обслуживание [4, с.284]. Демографическая ситуация в Республике Беларусь также характеризуется схожими, хотя пока и менее выраженными по сравнению с европейскими странами тенденциями. Наряду с увеличением ожидаемой продолжительности жизни при рождении, в стране наблюдается постепенное увеличение удельного веса пожилых людей. На начало 2017 г. доля населения старше трудоспособного возраста составила 25,3%, в том числе старше 68 лет – 14,7 %.

На наш взгляд, пути решения данной проблемы должны быть связаны прежде всего с изменеием структуры финансирования здравоохранения. Анализ показал, что в Республике Беларусь продолжает сохраняться ведущая роль государства в финансировании расходов на здравоохранение (таблица 3).

Таблица 3. Структура совокупных расходов на здравоохранение в Республике Беларусь, в %

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Период | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
| Государственный сектор | 77,9 | 71,8 | 73 | 72,7 |
| Частный сектор | 21,6 | 27,7 | 26,5 | 26,9 |
| в том числе:население | 18,5 | 24,4 | 24,1 | 24,0 |
| работодатели | 2,8 | 2,9 | 1,9 | 2,1 |
| страховые организации | 0,3 | 0,4 | 0,5 | 0,8 |
| Международные организации | 0,6 | 0,5 | 0,4 | 0,4 |

Составлено по:[3]

Данные таблицы показывают, что при постепенном снижении удельного веса затрат государства растет доля затрат населения. По оценке специалистов ВОЗ, по сравнению с другими странами Европы, расходы домохозяйств на медицинские услуги в Беларуси являются низкими. В2010 году доля личных платежей граждан составила 19,9% в общих расходах на здравоохранение в Беларуси, что без преувеличений является самым низким показателем по СНГ, затем следует показатель по Российской Федерации (31,4%), при этом аналогичный уровень отмечен в Бельгии (20,2%) и Италии (19,6%) (Обзор)

Это позволяет сделать выводы, с одной стороны, об ограничении возможностей нарашивания финансирования медицинских услуг за счет госбюджета; а с другой – о косвенной готовности населения к введению системы обязательного медицинского страхования, что позволит осуществить постепенное повышение затрат на здравоохранение и доведение его до уровня 8-10% в ВВП.

ЛИТЕРАТУРА

1. Роик, В.Д. Социальное страхование в меняющемся мире: каким будет выбор России?/В.Д.Роик. – Санкт-Петербург: Питер, 2014. - 352 с.
2. Беларусь. Обзор системы здравоохранения [Электронный ресурс] // Всемирная организация здравоохранения. – Режим доступа: http://www.euro.who.int/\_\_data/assets/pdf\_file/0007/253546/HiT-Belarus-RU-web.pdf. – Дата доступа: 10.01.2018.
3. *Динамика и тенденции в финансировании здравоохранения Республики Беларусь за 2012-2015 гг.* [Электронный ресурс] // Министерство здравоохранения Республики Беларусь. – Режим доступа: http://minzdrav.gov.by. – Дата доступа: 15.01.2018.
4. Садовничий, В.А. От традиций к инновациям: реформы здравоохранения в современном мире/ В.А.Садовничий, Н.С.Григорьева, Т.В.Чубарова. – М.:Экономика, 2012. – 286 с.