М.Ю. СУРМАЧ,
КАНДИДАТ МЕДИЦИНСКИХ НАУК, ДОЦЕНТ (ГРОДНО)

ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАК ФАКТОР ДЕТЕРМИНАЦИИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Рассмотрена взаимосвязь показателей здоровья населения с финансовыми затратами на здравоохранение, в том числе с долей государственного финансирования в структуре затрат на охрану здоровья. Раскрыты особенности подходов к решению проблем финансирования отрасли здравоохранения в условиях жесткой экономики и целевого расходования средств в Республике Беларусь.

The interrelation of population health indicators with financial expenses for health services, including the role of proportion of state financing in the structure of expenses for health protection is considered. Peculiarities of approaches to the decision of problems of public health services financing in the conditions of rigid economy and target expenditure of means in Belarus are revealed.

Конечной целью активности всех социальных институтов является благополучие человека. Одна из наиболее точных и емких характеристик этого понятия принадлежит Л.А. Беляевой: «Эта характеристика... 1) формируется через такой уровень самоидентификации с данным обществом, когда житель испытывает чувство гордости и желание жить в своей стране и в своем регионе, 2) создается позитивный жизненный потенциал общества, когда социальные практики во всех областях... вносят вклад в улучшение качества жизни всего населения, 3) обеспечиваются социальные стандарты качества жизни для всех жителей страны, 4) граждане относятся к государству как к эффективному защитнику своих жизненных интересов, 5) жители испытывают доверие к органам власти на всех уровнях... и могут влиять на их деятельность»¹.

Особенно важная роль в достижении высокого качества жизни принадлежит медицине. Социальные практики в сфере медицины и социальные стандарты в здравоохранении – та сфера, влияние которой на интегральную характеристику физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека, основанную на его субъективном восприятии, каким и является качество жизни, неоспоримо. В то же время, по данным Всероссийского мониторинга качества жизни, индекс доступности медицинской помощи в России оказался одним из самых низких среди всех компонентов качества жизни россиян². На здравоохранение в России тратится немногим более 2,2 % бюджета страны, в Швейцарии, Германии, Франции – по 10,7 %, Нидерландах – 8,1 %, Великобритании – 7,3 %. Расходы на душу населения в России составляют около 120 долл. США (при том, что за последние десять лет они возросли почти в два раза). В Германии на одного человека тратится 2476 долл., во Франции – 2125, в Греции –

1397 долл. США³. Проблемы эффективности здравоохранения – соотношение эффекта и затрат – актуальны для всех без исключения стран мира.

Системы здравоохранения имеют значительную национальную специфику, поскольку социально-экономическая ситуация в стране определяет уровень развития здравоохранения в ней. Мировая практика выработала три основные модели систем здравоохранения, различающиеся по способам финансирования. Это модель Bismark (финансирование за счет обязательных страховых выплат населения); модель Beveridge'a (финансирование за счет бюджета, преимущественно из налогов, выплачиваемых населением); модель, основанная на частных выплатах. Исторически и в настоящее время ни одна из моделей не существует в чистом виде. Как правило, системы здравоохранения имеют смешанный характер с элементами общественной (благотворительной) медицины и преобладанием того или иного основного способа финансирования. Сравнительный анализ систем организации здравоохранения, возможности заимствования положительного опыта – область, являющаяся предметной для социологии медицины. Академик А.В. Решетников, основоположник данного научного направления в России, выделил сравнительный анализ систем организации здравоохранения, осуществляемый в рамках изучения социокультурных аспектов институциональных изменений медицины и здравоохранения в целом, в качестве наиболее важного среди основных направлений исследований в социологии медицины⁴.

Авторы одной из статей подсчитали, что на протяжении 20 лет (с 1980 по 2000 г.) каждый доллар расходов на здравоохранение в США принес от 1,55 до 1,94 долл. связанного со здоровьем населения эффекта⁵. В то же время нельзя отрицать и тот факт, что, несмотря на то, что расходы на здравоохранение в США самые высокие в мире, эта страна не является лидером по значению показателя здоровья населения. Так, в 2004 г. расходы на охрану здоровья в США per capita («на голову населения») составили 6102 долл., в Японии – 2694 долл. В то же время по средней продолжительности жизни Япония занимала первое, США – только пятнадцатое место среди стран мира⁶. Так насколько государственное финансирование здравоохранения важно в формировании здоровья населения? Каков механизм влияния финансирования на общественное здоровье? Ответы на эти вопросы помогут обосновать пути более эффективного использования государственных средств на здравоохранение.

Взаимосвязь показателей здоровья населения с финансовыми затратами на здравоохранение

Сравнение расходов на охрану здоровья в странах, имеющих различные системы финансирования здравоохранения, требует использования единых методологических подходов. Большинство стран применяют такой показатель, как процент от валового внутреннего продукта (ВВП), поступающий ежегодно на покрытие расходов здравоохранения⁷. Более объективно картина складывается при использовании уточненного показателя – процента от ВВП, отражающего объем бюджетных расходов на здравоохранение. Ее общепринятое минимальное значение 5 %. Если расходы бюджета государства на здравоохранение ниже, то согласно рекомендациям ВОЗ уровень финансирования здравоохранения в стране считается критическим. Более точным, однако, является использование данного показателя в совокупности с такими сведениями, как количество ставок медицинского персонала (врачи, медсестры) в соотношении с количеством населения, обеспеченность населения больничными койками, доля лиц старше 65 и младше 14 лет в общей численности населения⁸. Часто в международной практике сравнения систем охраны здоровья используется еще один макроэкономический показатель – расходы на охрану здоровья per capita (в долл. США), а также структура финансирования систем здравоохранения: доля расходов

государства (бюджетного финансирования) в расходах на здравоохранение, доля средств, выплачиваемых на финансирование здравоохранения населением в качестве обязательных выплат (налогов, страховых взносов), а также доля расходов домашних хозяйств в частном финансировании здравоохранения.

Сравнение расходов на здравоохранение в европейских странах, вступивших на путь рыночной экономики либо прочно стоящих на этом пути, показало, что объем и динамика расходов *per capita* и в процентах от ВВП в течение 1999–2006 гг. значительно отличались. В странах «старого» Европейского Союза (Австрия, Дания, Франция, Греция, Испания, Германия, Португалия, Швеция, Великобритания и Италия) расходы *per capita* составляли 2000–3500 долл. США (8–11 % ВВП) и в течение анализируемого 8-летнего периода выросли. В «новых» странах (Чехия, Болгария, Эстония, Литва, Латвия, Польша, Румыния, Словакия, Венгрия) расходы находились в пределах 500–1500 долл. (5–8 % ВВП), отмечено также небольшое снижение расходов в процентах от ВВП; в странах Европы, не относящихся к Евросоюзу, расходы составили 150–650 долл. (до 5–7 % ВВП) соответственно (на фоне неустойчивой динамики расходов)⁹. Среди стран Европы лидерами являются Австрия и Франция (в 2006 г. – более 3500 долл. США *per capita*), в числе «новоевропейских» стран – Чехия (около 1500 долл.). В странах Азии расходы резко различаются: от 2500 долл. на одного жителя в Японии до 220–250 долл. во Вьетнаме и на Филиппинах и даже 110 долл. в Индии. Значительны различия в объемах финансирования и в странах Латинской Америки: от более 1600 долл. в Аргентине до 300–350 долл. в Перу и Парагвае. Несомненным лидером в расходах на финансирование здравоохранения являются США: порядка 6500–6700 долл. *per capita* ежегодно.

По данным официального интернет-портала Президента Республики Беларусь, в Беларуси в 2007 г. было затрачено на охрану здоровья 4637598,4 млн руб. (на душу населения – 473 597 руб., или около 220 долл. США), в 2006 г. – 3755695,9 млн руб., на душу населения – 385191,7 руб.¹⁰

В первые годы государственной самостоятельности Республики Беларусь декларировались намерения обеспечить отчисления госбюджета на здравоохранение в максимально возможном объеме. Так, первая редакция Закона «О здравоохранении» (от 18.06.1993 № 2435-XII) включала пункт о финансировании здравоохранения в размере не менее 10 % ВВП. Однако уже вторая (2002) и ныне действующая (2008) редакции Закона данный пункт не включали. В последней редакции определено, что источниками финансирования здравоохранения являются средства республиканского и/или местного бюджетов, безвозмездная помощь, иные источники. Установлена структура отрасли: организации государственной системы здравоохранения и негосударственные организации здравоохранения. Приватизация государственных организаций здравоохранения не предусмотрена.

Представляется, что исключение из текста Закона обязательств государства финансировать здравоохранение в определенном проценте от ВВП связано с тем, что реальные цифры государственного финансирования здравоохранения составляют в среднем всего около 4–5 % ВВП. Так, в 2006 г. (по данным официального интернет-портала Президента Республики Беларусь) и расходы на здравоохранение составили 4,74 % от ВВП.

Такая ситуация наблюдалась в большинстве стран постсоветского пространства, отошедших от модели Семашко (модель здравоохранения, действовавшая в Советском Союзе, которая предусматривала единое государственное здравоохранение, всеобщую диспансеризацию и централизацию управления в здравоохранении). Это стало предметом обсуждения ученых разных стран. Так, сравнивая расходы на здравоохранение в Польше, где ежегодно они составляют около 6,5 % ВВП и не менее 800 долл. на одного жителя (*per capita*), и в России – 5 % и 570 долл. США соответственно, ав-

торы утверждают, что именно различия в финансировании послужили причиной более низкой средней продолжительности предстоящей жизни, более высокой протivoестественной убыли населения, роста болезней системы кровообращения, распространенности наркомании и увеличения числа ВИЧ-инфицированных у россиян¹¹.

Действительно, сравнение цифр бюджетных расходов на здравоохранение per capita и в процентах от ВВП дает результат не в пользу Беларуси. Так, средняя продолжительность предстоящей жизни в Республике Беларусь ниже, чем в странах Западной Европы. В 2007 г. она составила 74,7 лет у женщин и 62,7 лет у мужчин; 71,75 лет для городского и 66,42 года для сельского населения. Среднее значение показателя в 2007 г. – 70,28 лет¹². В странах «старого» Европейского Союза этот показатель был равен в 2007 г. в среднем от 79 лет до 81 года, в странах «новой» Европы – колебался от 71 года до 80 лет. Действительно, подсчитав коэффициент корреляции Пирсона для связи между расходами на охрану здоровья per capita и средней продолжительностью предстоящей жизни, С. Скрипчак и К. Рык установили, что он составляет 0,677 ($p = 0,000$), для связи между расходами на охрану здоровья в процентах от ВВП и средней продолжительностью предстоящей жизни – 0,561 ($p = 0,000$), между долей государственных расходов на здравоохранение в общем объеме финансирования и средней продолжительностью предстоящей жизни – 0,526 ($p = 0,001$). Проведя подобное сравнение для младенческой смертности, авторы также выявили корреляцию средней силы (коэффициент корреляции Пирсона составил 0,456 ($p = 0,004$), 0,387 ($p = 0,02$) и 0,618 ($p = 0,000$) соответственно¹³. Очевидный вывод заключается в том, что *показатели здоровья населения имеют прямую связь с расходами государства на здравоохранение, причем средняя продолжительность предстоящей жизни максимально коррелирует с расходами на охрану здоровья per capita, младенческая смертность – с долей государственных расходов на здравоохранение в общем объеме финансирования.*

Однако детальный анализ показателей здоровья населения не демонстрирует столь однозначных отрицательных результатов.

Сравнение значений показателя младенческой смертности в Республике Беларусь с другими странами выявило следующее. В 2006 г. младенческая смертность в Беларуси составила 6,1 на 1000 живорожденных; в 2007 г. – 5,2 на 1000 живорожденных, что соответствовало показателям стран «старой» Европы и даже было ниже значений некоторых вновь вступивших в Евросоюз, таких как Чехия, Эстония, Болгария, Литва. То же можно сказать и о материнской смертности. В 2006 г. материнская смертность в Беларуси составила 11,4 на 100 тыс. живорожденных. Для сравнения: в 2000 г. значение этого показателя равнялось 24,2 на 100 тыс., в 2005 г. – 15,5, в 2007 г. – 5,8 на 100 тыс. живорожденных. Следовательно, для Беларуси выводы о корреляции между бюджетными расходами на здравоохранение (per capita и в процентах от ВВП) и показателями общественного здоровья не достоверны. Каковы причины?

Беларусь: решение проблем финансирования отрасли здравоохранения в условиях жесткой экономии и целевого расходования средств

В отличие от России, пошедшей по пути обязательного медицинского страхования, в Беларуси по настоящее время действует бюджетная модель финансирования. Законодательно она сочетается с элементами частной медицины. Введено обязательное медицинское страхование для иностранных граждан. Граждане Республики Беларусь могут использовать систему добровольного медицинского страхования.

Статистика вклада частных выплат (выплат домашних хозяйств) в общий объем средств, поступающих на финансирование здравоохранения, в стра-

не ведется, однако его размеры относительно невелики. Так, согласно Закону «О здравоохранении» (в редакции от 20.06.2008 № 363-3), отдельные работы и услуги, составляющие медицинскую (фармацевтическую) деятельность, в случаях, предусмотренных законодательством Республики Беларусь, осуществляются только государственными организациями здравоохранения. Негосударственный сектор представлен прежде всего аптеками, медицинскими центрами по оказанию стоматологических и косметологических услуг¹⁴. В 2008 г. государственные расходы на одного жителя страны по здравоохранению в среднем составили 234 долл., внебюджетные доходы государственных организаций здравоохранения не превысили 7 %.

В целом правовые акты, обеспечивающие оказание платных медицинских и сервисных услуг в государственных организациях здравоохранения, регулирующие добровольное медицинское страхование граждан Беларуси и обязательное медицинское страхование иностранных граждан, впервые вступили в силу в 1996–1997 гг. Уже в 1999 г. был принят Закон «О государственных минимальных социальных стандартах», во исполнение которого введено в действие Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 18 июля 2002 г. № 963 «О государственных минимальных социальных стандартах в области здравоохранения»¹⁵. В соответствии с этим документом нормативы бюджетного финансирования расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя отражают размеры средств, необходимых для компенсации затрат государственных организаций здравоохранения по предоставлению бесплатной медицинской помощи. На основе минимальных социальных стандартов в административно-территориальных единицах страны ежегодно разрабатываются и утверждаются территориальные программы государственных гарантий по обеспечению медицинским обслуживанием граждан.

Оценивая выполнение социальных стандартов в области здравоохранения в 2009 г., министр здравоохранения В. Жарко отметил, что норматив бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение на одного жителя в 2009 г. был выполнен по всем регионам страны (уровень выполнения колебался от 101,5 % в Гродненской области до 126,4 % в г. Минске). Тем не менее система социальных стандартов должна быть гибкой, постоянно совершенствоваться. Расходы на здравоохранение в системе Министерства здравоохранения в 2009 г. были профинансированы на 95,8 % к плану. Одновременно темп роста платных медицинских услуг, оказанных населению через все каналы реализации, составил 122 %. На 18,2 тыс. больше иностранных граждан в сравнении с 2008 г. получили медицинскую помощь в Беларуси (на платной основе)¹⁶.

Особенностью финансирования здравоохранения Беларуси является тот факт, что, в отличие от многих стран, имеет место программно-целевое финансирование. Для решения актуальных медико-социальных проблем – демографической, социально значимых заболеваний, здоровья населения (в том числе репродуктивного здоровья, психического здоровья) – разработаны и реализуются более 10 программ, важнейшей среди которых является Национальная программа демографической безопасности на 2007–2010 гг. Разрешена и приветствуется спонсорская помощь. На наш взгляд, именно действие в Беларуси с 2006 г. Национальной программы демографической безопасности (во исполнение Закона «О демографической безопасности Республики Беларусь», который впервые был принят в 2002 г. и действует по настоящее время), предусматривающей целевое выделение финансовых средств на охрану здоровья матери и ребенка, обусловило положительную динамику снижения младенческой и материнской смертности – важнейших показателей репродуктивного здоровья населения и общественного здоровья в целом¹⁷.

Таким образом, сочетание традиционных и новых подходов в устойчивом бюджетном финансировании отрасли оказывает позитивное влияние на состояние здоровья населения. В то же время тревожащие организаторов

здравоохранения значения таких важных показателей общественного здоровья, как средняя продолжительность предстоящей жизни и связанных с ней общих и специальных показателей смертности населения, заставляют искать пути совершенствования механизма финансирования отрасли. Планируется отработка всех возможных форм экономии ресурсов, расширение и привлечение внебюджетных средств и инвестиций в сферу здравоохранения, дальнейшего развитие платных медицинских услуг (в том числе за счет их экспорта)¹⁸.

Многосекторность источников финансирования здравоохранения с использованием программно-целевого подхода для решения социально значимых проблем является действенным способом сочетания минимальных расходов и максимального эффекта, следовательно, обеспечивает наибольшую социальную и экономическую эффективность отрасли здравоохранения в условиях дефицита ресурсов. В то же время программа-целевой подход, как правило, реализуется прежде всего за счет развития высокоспециализированных, дорогостоящих видов медицинской помощи. Международный опыт показывает высокую значимость именно доли бюджетного финансирования в общем объеме средств, поступающих для покрытия расходов на здравоохранение. Данные средства не могут быть компенсированы страховыми выплатами либо непосредственной оплатой населением (частная медицина). Значимость доли государственных выплат подтверждается доказанным влиянием объема государственного финансирования здравоохранения на один из основных показателей общественного здоровья – среднюю продолжительность предстоящей жизни. Даже в условиях дефицита ресурсов охрана здоровья нуждается в средствах, бесперебойно и в достаточном объеме поступающих от государства. Механизмом данного влияния, очевидно, является повышение доступности для населения качественной помощи в сфере охраны здоровья, а следовательно, возможность достижения более высокого качества жизни, связанного со здоровьем.

¹ Б е л я е в а Л. А. // Социол. исслед. 2009. № 1. С. 36–37.

² Там же.

³ См.: С т а р о д у б о в В. И. // Уровень жизни населения регионов России. 2005. № 11/12. С. 65–69.

⁴ См.: Р е ш е т н и к о в А. В. Социология медицины. М., 2006. С. 96.

⁵ См.: L u c e B. R. et al. The Return on Investment in Health Care: From 1980 to 2000 // Value in Health. 2006. Vol. 3. № 9. P. 146–156.

⁶ См.: C z e c h M. // Ochrona zdrowia I gospodarka: Sektor publiczny a rynek / Red. K. Ryc, Z. Skrzypczak. Warszawa, 2007. S. 9–17.

⁷ См.: B a r a n A., S t o c k a A. // Problemy Higieny i Epidemiologii (Miedzynarodowa Konferencja Naukowa – Dni Medycyny Społecznej I Zdrowia Publicznego, Rzeszow, 11–13 wrzesnia 2008) / Rada redakcyjna A. Buczynski i wsp. Poznan, 2008. T. 89. Supl. 1. S. 31.

⁸ См.: S t r e l e c k a A. // Ochrona zdrowia I gospodarka: Sektor publiczny a rynek / Red. K. Ryc, Z. Skrzypczak. Warszawa, 2007. S. 39–50.

⁹ См.: R y c K., S k r z y p c z a k Z. // Ochrona zdrowia I gospodarka: sposoby finansowania / Red. K. Ryc, Z. Skrzypczak. Warszawa, 2010. S. 9–27.

¹⁰ См.: Официальный интернет-портал Президента Республики Беларусь [Электронный ресурс]. Мн., 2009. Режим доступа: <http://www.president.gov.by>. Дата доступа: 25.01.2009.

¹¹ См.: R o g o s E., S k r z y p c z a k Z. // Problemy zarzadzania. 2006. № 2 (12). S. 47–60.

¹² См.: Здравоохранение в Республике Беларусь: Офиц. стат. сб. за 2007 г. Мн., 2008.

¹³ См.: R y c K., S k r z y p c z a k Z. Finansowanie systemow ochrony zdrowia a poziom wskaźnikow epidemiologicznych // Ochrona zdrowia i gospodarka. Aspecty miedzynarodowe i regionalne. Warszawa, 15–16 kwietnia 2010.

¹⁴ См.: О здравоохранении: Закон Республики Беларусь, 18 июня 1993 г. № 2435-XII // Ведымадзі Вярхоўнага Савета Рэспублікі Беларусь. 1993. № 24. С. 290.

¹⁵ См.: О государственных минимальных социальных стандартах: Закон Республики Беларусь, 11 нояб. 1999 г. // Нац. реестр правовых актов Респ. Беларусь. 1999. № 89. 2/97; О государственных социальных стандартах в области здравоохранения: Постановление Совета Министров Республики Беларусь, 18 июля 2002 г. № 963 // Нац. реестр правовых актов Респ. Беларусь. 2002. № 84. 5/10825.

¹⁶ См.: Ж а р к о В. И. // Вопр. организации и информатизации здравоохранения. 2010. № 1. С. 4–19.

¹⁷ См.: Национальная программа демографической безопасности Республики Беларусь на 2007–2010 гг. // Указ Президента Республики Беларусь от 26.03.2007 № 135; О демографической безопасности Республики Беларусь: Закон Республики Беларусь, 4 янв. 2002 г. // Нац. реестр правовых актов Респ. Беларусь. 2002. № 2/829.

¹⁸ См.: Ж а р к о В. И. // Вопр. организации и информатизации здравоохранения. С. 4–19.