

## ОСОБЕННОСТИ И ПРОБЛЕМЫ ПОЛИТИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СОВРЕМЕННЫХ РАЗВИТЫХ ЭКОНОМИКАХ

В материалах представлена сравнительная характеристика систем здравоохранения двух развитых стран в контексте источников финансирования, форм государственно-частного партнерства, доступности бедным слоям населения – Швеции, США. Сделаны выводы о преимуществах и недостатках этих систем, возможности использования зарубежного опыта в совершенствовании национальной системы здравоохранения.

The materials provide a comparative description of the health systems of the two developed countries in the context of funding sources, forms of public-private partnership, accessibility to the poor – Sweden and the USA. Conclusions were made about the advantages and disadvantages of these systems, the possibility of using foreign experience in improving the national health care system.

*Ключевые слова:* здравоохранение; страховой полис; госсектор; медицинские услуги; финансирование.

*Key words:* healthcare; insurance policy; public sector; medical services; financing.

Автором проведен сравнительный анализ систем здравоохранения в социально ориентированных экономиках, взяв в качестве примера экономики Швеции, США.

Наиболее популярна среди европейских стран система здравоохранения Швеции, выделяющаяся среди других стран мира высокими социальными достижениями, в том числе высокой продолжительностью жизни, при этом наблюдается тенденция к дальнейшему увеличению последней. Это результат высокой эффективности лечения при умеренных капиталовложениях и контролируемых расходах.

После проведенного нами исследования можно выделить следующие особенности шведской системы:

- широкий диапазон самоуправления;
- абсолютное преобладание госсектора;
- децентрализация полномочий управления сферой здравоохранения;
- множественность источников финансирования.

Основы современной системы здравоохранения Швеции были заложены в конце XIX в. с учреждением органов областного самоуправления – ландстингов, представителей которых граждане Швеции избирают на всеобщих выборах каждые четыре года.

С 1928 г. ландстинги стали отвечать за организацию стационарной медицинской помощи, а с 1930-х гг. – также за работу других медицинских служб. Первый шаг на пути к всеобщему медицинскому страхованию, покрывающему затраты на консультации врача и лекарственные средства и обеспечивающему выплату пособий на лечение, был сделан в 1946 г. с принятием государственного закона о медицинском страховании. С 1970 г. амбулаторные службы при государственных больницах перешли в ведение ландстингов, а в 1980-е гг. последним были постепенно переданы полномочия по планированию в сфере здравоохранения [1, с. 5].

В отличие от большинства стран Европы, здравоохранение в Швеции является на 95% государственным. Вся его система характеризуется большой степенью децентрализации. Государство выполняет регулирующую функцию, которая заключается в формировании общей стратегии и принципов построения медицинского обслуживания, принятии законов, осуществлении контроля и регулировании работы местных органов власти в этой сфере.

Помимо Министерства здравоохранения и Государственного совета, действует еще ряд центральных органов управления здравоохранением: управление по лекарственным средствам следит за качеством, использованием и экономической эффективностью лекарственных средств; Государственный институт общественного здоровья отвечает за профилактику и укре-

пление здоровья населения; Государственная фармацевтическая корпорация Aroteket AB снабжает лекарственными средствами всю страну; Государственный совет по социальному страхованию обеспечивает общедоступность и качество медицинского страхования, выплату страховых пособий и компенсаций; Ассоциация муниципалитетов и ландстингов представляет интересы региональных органов власти на центральном уровне.

Ландстинги имеют большую свободу в планировании и осуществлении работы в сфере здравоохранения, поэтому в разных регионах страны организация медицинского обеспечения может значительно отличаться. Территория ландстинга разделена на несколько районов, в каждом из которых находится одна больница и несколько учреждений первичного медицинского обслуживания.

Общие затраты на здравоохранение Швеции составляют 8,4% валового внутреннего продукта. Здравоохранение финансируется из трех источников: налоги (центральные, региональные и местные), государственная система страхования и частные средства (платные медицинские услуги и частное медицинское страхование). Три четверти этих расходов финансируют ландстинги за счет региональных налогов (средняя налоговая ставка – 11%); еще около 17% доходов ландстингов составляют различные государственные субсидии, размер которых зависит от численности населения с учетом возраста, пола, семейного положения, рода занятий, уровня доходов, условий проживания и других медико-социальных показателей.

На рисунке приведена диаграмма динамики расходов на здравоохранение в Швеции за 2012–2019 гг.



Примечание – Источник [2].

Первичную медицинскую помощь можно получить в поликлиниках (центрах здоровья), 25% из которых являются частными, но работают в сотрудничестве с ландстингами. Кроме того, оказание этого вида помощи обеспечивают частные специалисты, окружные сестринские клиники, центры материнства и детства [3].

Важным креативным моментом, который бы стоило заимствовать Беларуси, является возможность обращения пациентов за медицинской помощью к специалистам узкого профиля, минуя врача первичного звена, что позволяет значительно сократить время на лечение. Все пациенты могут свободно выбирать лечащего врача и клинику в пределах своего ландстинга.

Выплаты по медицинским страховкам облагаются налогом, но включаются в доход при расчете будущей пенсии [4, с. 65–67], в то время как больничные листы и отпуска в Беларуси не засчитываются в пенсионный стаж и потому влияют на размер пенсии в сторону понижения.

Рассмотрим систему здравоохранения в либеральной экономике США.

США принадлежит ведущее место в капиталистическом мире по масштабам ресурсов, сосредоточенным в здравоохранении. В результате сравнительного анализа автором были выявлены следующие особенности медицины в США:

- преобладание частной медицины;
- финансирование в основном за счет частных медицинских полисов;
- жесткие ограничения в доступности бесплатной (государственной) медицинской помощи;
- развитая коммерческая (частная) медицина на стадии диагностики.

Государство все же играет существенную роль в организации мер по охране здоровья населения.

Развитие диагностики, широкое использование медицинского оборудования на уровне самой передовой технической мысли способствовали сокращению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, травм, туберкулеза и т. д. Однако в условиях беспрецедентного роста стоимости медицинских услуг многие блага медицины недоступны миллионам американцев.

Американская система более запутанная, чем шведская. В системе здравоохранения США существует шесть видов медицинского обслуживания: профилактика заболеваний, первичная, вторичная (в стационарных лечебных учреждениях общего типа), третичная (в специализированных центрах) помощь, медицинская реабилитация и послебольничное обслуживание. Все виды медицинского обслуживания ориентируются на самообеспечение населения. Медицинская помощь платная для подавляющей части населения. Официальные тарифы отсутствуют.

Ежегодно более 101 тыс. американцев погибают только из-за того, что у них нет медицинской страховки, и они не в состоянии оплатить медицинскую помощь. Незастрахованные люди, у которых обнаружен рак груди, имеют на 50% больше шансов умереть, чем застрахованные. Также значительно больше шансов расстаться с жизнью у жертв несчастных случаев, диабетиков и гипертоников [5].

В 1965 г. была учреждена программа Medicare – это одна из федеральных программ медицинского страхования для населения старшего возраста (старше 65 лет). С 1972 г. программа также обслуживает инвалидов. Она состоит из двух основных частей:

– *Часть А.* Больничное страхование: оплата больничных услуг, некоторых форм домашнего ухода.

– *Часть В.* Дополнительное медицинское страхование: оплата посещений врача, амбулаторных услуг и услуг независимых лабораторий.

Другая федеральная программа – Medicaid – рассчитана на оказание медицинской помощи малоимущим гражданам, имеющим доход ниже уровня бедности. В 2020 г. это программа обслуживала около 44 млн чел. [5]. Однако не каждый американец, чей доход ниже уровня бедности, может воспользоваться финансированием лечения из этой программы. Medicaid распространяется на членов семей с детьми, беременных женщин, пожилых людей, слепых, инвалидов, а также людей, страдающих социально опасными заболеваниями (туберкулез, рак). Так же, как и в случае с Medicare, программа не оплачивает 100% расходов на лечение. Вне сферы этих каналов финансирования медицинских услуг оказывается большая часть населения страны. Приблизительно 44 млн американцев не имеет вообще медицинской страховки, а 77 млн имеют так называемую «прерывную страховку», т. е. в определенные периоды не имеют никакой (например, в случае потери работы) [5].

Таким образом, системы здравоохранения имеют национальные особенности в различных странах. Общее в них – существенная доля страховой медицины. Частно-государственное партнерство в финансировании этой сферы не связано напрямую с уровнем национального богатства, а зависит от проводимого курса социальной политики государством. Объем бесплатных услуг различается в зависимости от страны. В социально ориентированных экономиках, таких как Швеция, доля бесплатных услуг выше. В то же время в либеральной экономике США, обладающей одной из лучших медицинских систем по уровню качества лечения, миллионы человек не имеют финансовой возможности воспользоваться услугами системы здравоохранения.

Беларусь, поставившая своей целью масштабную социальную политику, может явно использовать опыт Швеции, но не США. Для Беларуси, чья система чрезмерно централизована, стоит подумать о передаче части полномочий по управлению системой здравоохранения на местный уровень, а также интенсивно дополнить стадию диагностики частным финансированием.

### Список использованной литературы

1. **Канцидайло, Т.** Здравоохранение в Швеции / Т. Канцидайло // Health-ua.com [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://health-ua.com/article/15919-zdravoohranenie-shvetcii-ot-bogatyh-traditijdo-sovremennyh-prioritetovio>. – Дата доступа : 12.01.2023.

2. **Григорьева, О.** Шведская медицина: характер нордический / О. Григорьева // Мед. вестн.: информ. портал медработников Беларуси [Электронный ресурс]. – <https://medvestnik.by/opinion/shvedskaya-meditsina-kharakter-nordicheskij>. – Режим доступа : 13.01.2023.

3. **Канцидайло, Т.** Здравоохранение Швеции: от богатых традиций до современных приоритетов / Т. Канцидайло // Health-ua.com [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://health-ua.com/article/15919-zdravoohranenie-shvetcii-ot-bogatyh-traditijdo-sovremennyh-prioritetov>. – Дата доступа : 12.01.2023.

4. **Финансирование** здравоохранения: альтернатива для Швеции // World Health Organization [Электронный ресурс]. – Режим доступа : [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/98311/E74485R.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/98311/E74485R.pdf). – Дата доступа : 13.01.2023.

5. **В США** снова говорят о реформе здравоохранения // Новости о России и мире – ТАСС [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <https://tass.ru/mezhdunarodnaya-panorama/7312821>. – Дата доступа : 11.01.2023.