

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИННОВАЦИЙ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВЕЛИКОБРИТАНИИ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ С ВЕДУЩИМИ СТРАНАМИ ЕВРОПЫ И БЕЛАРУСЬЮ



Лариса Зенькова,
профессор кафедры экономики
и управления Белорусского
государственного экономического
университета,
доктор экономических наук;
Lovekak@mail.ru



Александр Земцов,
аспирант кафедры экономики
и управления Белорусского
государственного экономического
университета;
ALLTimeForYou@yandex.ru

Аннотация. Рассмотрена система здравоохранения Великобритании и экономическая эффективность ее функционирования в сравнении с крупными странами Европы и Беларусью. Выделены институциональные особенности предпринимаемых мер по ее совершенствованию, сделана попытка измерения эффективности инноваций в системе здравоохранения.

Ключевые слова: экономика непроизводственной сферы, здравоохранение, экономическая эффективность, социальная политика, льготное ценообразование, Великобритания, Франция, Германия.

Для цитирования: Зенькова Л., Земцов А. Эффективность инноваций в системе здравоохранения Великобритании: сравнительный анализ с ведущими странами Европы и Беларусью // Наука и инновации. 2022. №5. С. 73–77. <https://doi.org/10.29235/1818-9857-2022-5-73-77>

УДК 330:338

Экономическая эффективность, ее содержание, показатели, влияющие факторы в научной литературе СНГ изучены в достаточной степени (С. Шаталин, Л. Абалкин, Ю. Осипов, М. Ноздрин-Плотницкий). Однако мало внимания уделяется специфичности ее проявления в непроизводственной области, и особенно результативности институциональных реформ в ней и роли государства. Здравоохранение как никакая другая отрасль вносит наибольший вклад в сохранение и приумножение человеческого капитала, поэтому имеет полное право считаться производственной сферой второго уровня, где формируется важнейший фактор общественного развития. Сравнительный анализ эффективности институционально-правовых изменений в системах здравоохране-

ния ведущих стран позволяет очертить горизонты стратегической политики в этой сфере в Беларуси.

Институциональная структура

Институты системы здравоохранения и их модификация значительно влияют на экономический рост и динамику основных макроэкономических показателей. Рассмотрим одну из ведущих стран в мире по качеству медицинского обслуживания – Великобританию. Поскольку исторически она формировалась из отдельных и достаточно самобытных социально-экономических образований, то и устройство здравоохранения не базируется на принципах централизованности и универсальности (рис. 1), в отличие от Франции и Германии.

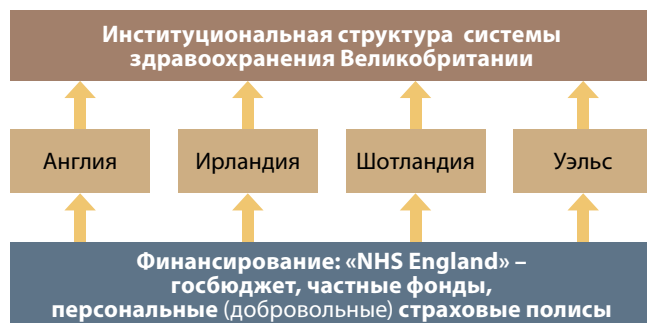


Рис. 1. Система здравоохранения Великобритании
Примечание: собственная разработка на основе [1]

Эти страны всегда конкурировали между собой по степени охвата, доступности и качеству медицинского обслуживания. По версии ВОЗ, в 2018 г. система здравоохранения Франции являлась лучшей среди развитых стран, по версии же Фонда Содружества «Commonwealth Fund», в 2017 г. лидировала Великобритания [2].

Обычно эффективность функционирования здравоохранения принято определять динамикой средней продолжительности жизни. Однако такой показатель, на наш взгляд, способен отражать лишь долгосрочные накопительные эффекты управления данной сферой. В связи с этим необходимо выделить показатели, отражающие краткосрочную результативность, исходя из всеобщего критерия (отношения результата к затратам) и наличия официальных статистически фиксируемых данных. Такими показателями могут быть:

- коэффициент корреляции между уровнем заболеваемости на 10 тыс. жителей (по ключевым болезням) и численностью врачей;
- соотношение между долей расходов на здравоохранение в ВВП и уровнем заболеваемости на 100 тыс. жителей.

Их динамику можно измерить на небольших интервалах времени, например до и после введения институциональных реформ.

Как свидетельствуют данные табл. 1, расходы на здравоохранение в Великобритании за последние 5 лет выросли, как в пересчете на одного жителя, так и в процентах от ВВП. Однако их влияние на результирующие показатели заболеваемости в разные годы отличалось. В частности, рассчитанный нами коэффициент парной линейной корреляции (КК) с лаговой объясняющей переменной выявил высокую степень обратной зависимости между количеством врачей и заболеваемостью туберкулезом – лишь на второй год после роста численности врачей (КК= –0,905), низкую степень зависимости между количеством врачей и случаями онкозаболеваний (КК= –0,362 с лагом в 3 года), высокую степень связи между количеством врачей и ВИЧ-заболеваний (КК= –0,867 с лагом 3 года).

Сравнение динамики заболеваемости в расчете на 100 тыс. жителей по этим типам во Франции, Германии, Великобритании – трех ведущих странах Европы – за последние 9 лет выявил следующее (рис. 2):

- резкое снижение уровня заболеваемости туберкулезом в Великобритании после 2012 г. на фоне неизменности во Франции и роста в Германии с 2014 г. Статистика по Беларуси не приводилась в силу несопоставимости данных, превышающих указанные в 3–4 раза. Лишь в 2019 г. нам удалось относительно стабилизировать ситуацию и выйти на рубеж 19 чел. в расчете на 100 тыс. жителей [3];
- стабилизацию динамики онкозаболеваний в Великобритании начиная с 2012 г., на фоне ее падения в Германии с 2013 г. и роста во Франции и Беларуси с 2012 г.; при этом актуален вопрос, какие же институциональные изменения в системе здравоохранения это вызвали;
- выраженное падение уровня заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Великобритании после 2015 г. в сравнении со стабильной картиной ее динамики во Франции и Германии и с резким, более чем в 2 раза, ростом среди белорусов (рис. 2 в).

Показатели заболеваемости и масштабов системы здравоохранения	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Численность врачей на 10 тыс. жит.	26	27	27	27	28	28	28	28	28
Заболеваемость туберкулезом /100 тыс. жит.	14	15	14	13	11	10	10	9	8
Заболеваемость онкол. /100 тыс. жит.	523,4	528,5	533,7	551,2	556,8	557,5	558	511,7	504,9
Заболеваемость ВИЧ/100 тыс. жит.	10	10	10	9	10	10	8	7	7
Расходы на здравоохранение, % от ВВП	7,6	7,5	7,4	7,4	7,5	7,5	7,6	7,5	7,5

Таблица 1. Динамика некоторых показателей эффективности системы здравоохранения Великобритании за период 2010–2018 гг.
Источники: [3, 4]

Особенности системы финансирования здравоохранения

Все жители Англии автоматически получают право на бесплатное государственное медицинское обслуживание через Национальную службу здравоохранения (NHS), включая лечение в стационаре и психиатрическую помощь. Государственное агентство NHS England контролирует и выделяет средства Clinical Commissioning Groups, которая управляет ими и оплачивает оказание медуслуг на местном уровне. Примерно 10,5% населения Соединенного Королевства имеют добровольное дополнительное страхование, чтобы получить более быстрый доступ к плановому медобслуживанию [5]. Для сравнения: Франция и Япония также имеют системы государственной финансовой помощи (табл. 2), однако не такие масштабные.

В Японии кардинальная инновационная реформа произошла в 2000 г., когда финансирование здравоохранения и социального обеспечения были объединены. Такое же реформирование позже было проведено в Германии в 2002 г. Анализ динамики заболеваемости до и после 2002 г. однозначно указывает на положительный эффект этой меры.

Охват услугами здравоохранения в Англии был всеобщим с момента создания NHS в 1948 г. Бесплатное медицинское обслуживание уже тогда рассматривалось как один из аспектов реформы системы социального обеспечения, направленной на улучшение условий жизнедеятельности человека. Сейчас на него автоматически имеют право все, кто постоянно или преимущественно проживает в Англии, а также нерезиденты с европейской картой медицинского страхования. Для приезжих из неевропейских стран или иммигрантов без документов бесплатно предоставляется только лечение в отделении неотложной помощи и при определенных скоротечных и опасных инфекционных заболеваниях [12].

Роль государственного медицинского страхования достаточно существенна: в 2018 г. Великобритания потратила на здравоохранение 7,5% от ВВП; государственные расходы, в основном связанные с NHS, составляют около 80% от этой суммы. Большая часть финансирования NHS поступает за счет общих налогов, а меньшая (20%) – от национального страхования, которое представляет собой налог на заработную плату, уплачиваемый служащими

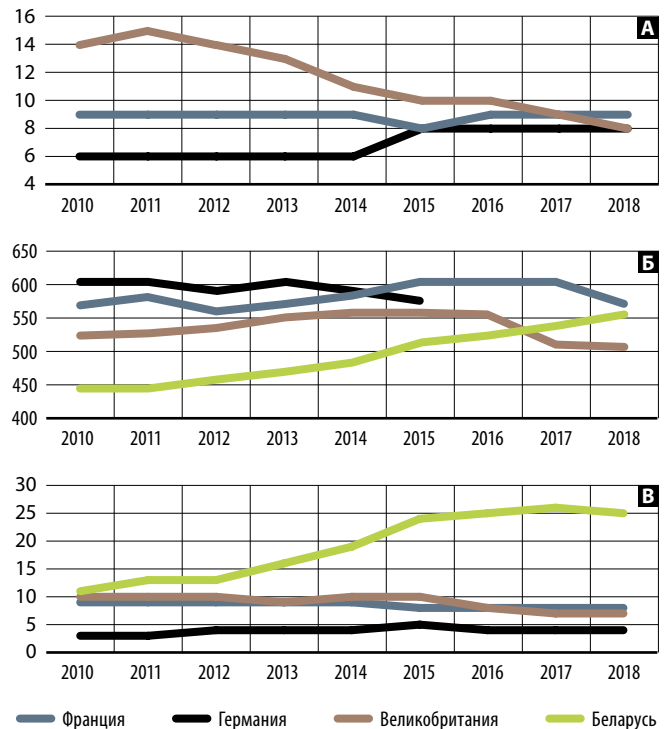


Рис. 2. Динамика уровня тяжелой заболеваемости на 100 тыс. жителей во Франции, Германии, Великобритании, Беларуси за период 2010–2018 гг.: А) туберкулезом; Б) онкологическими болезнями; В) ВИЧ
Источники: [3, 4]

и работодателями. NHS также получает доход от доплат и лиц, пользующихся услугами этой службы в качестве частных пациентов [12].

Государственная система здравоохранения этой страны также предоставляет бесплатные услуги скорой помощи в экстренных случаях, когда пациентам необходим специализированный транспорт, имеющийся только у бригад скорой помощи. При необходимости подключаются службы добровольной скорой помощи (Британский Красный Крест, Ассоциация скорой помощи Сент-Эндрюса и Скорая помощь Сент-Джона). Кроме того, транспортировкой пациентов по воздуху занимается Шотландская служба скорой помощи и окружные или региональные трасты санитарной авиации (иногда действующие совместно с местными полицейскими вертолетными службами) по всей Англии и Уэльсу.

При закупке лекарств Национальная служба здравоохранения обладает значительным рыночным влиянием на цены, для этого проводится эмпирическая оценка своими экспертами «подъемной» для населения стоимости медпрепаратов, затем фармацевтическим компаниям предписывается соблюдать ее на данном удерживаемом

низком уровне. Некоторые страны либо копируют модель Великобритании, либо напрямую полагаются на практику этой страны при принятии собственных решений о финансируемых государством компенсациях за лекарства [5].

Частная медицина занимает на рынке медицинских услуг Великобритании лишь отдельные ниши, что нельзя сказать о Японии и Франции. Это вполне эффективная система частно-государственного партнерства. Частный бизнес присутствует здесь в двух ипостасях: как производитель услуг (для населения, имеющего страховые полисы или оплачивающего медуслугу непосредственно из личных средств) и как поставщик отдельных услуг по договору с NHS на платной основе, но предоставляемых населению в медучреждениях бесплатно. Полагаем, внедрение такой системы актуально и в Республике Беларусь.

Мировой практикой за частным бизнесом традиционно закрепились такие ниши, как косметические операции, стоматология, однако уже на сегодняшний день начинают проявляться и дополнительные – хирургия глаза, ортопедия [13]. Это связано с увеличением времени ожидания планово оказываемых услуг. Например, целевой лист ожидания услуг NHS в Северной Ирландии составляет 52 недели, а не 18, как в Англии, и он часто не выполняется [17].

К сожалению, подобная статистика в Беларуси не ведется, хотя это было бы очень полезно. По длительности ожидания плановых операций и других медуслуг можно судить о качестве и доступности системы здравоохранения. Например, стоит отметить резкое возрастание глазных болезней среди молодежи в эпоху компьютеризации, следовательно, прогноз удлинения очередей за офтальмологической помощью вполне реален, и уже сейчас стоит заложить в приоритетные направления государственной политики развития частного бизнеса в здравоохранении именно эту нишу. В противном случае законы рынка сработают в сторону увеличения цен на эти медуслуги в связи с возросшим спросом.

Неспособность организации NHS обеспечить соблюдение целевого времени ожидания запланированной операции привела к увеличению числа пациентов, самостоятельно их оплачивающих. Имеются отдельные результаты научных исследований, подтверждающие, например, такое положение дел: в период с 2012 по 2016 г. личные платежи за неотложную медицинскую помощь возросли на 53%, достигнув 701 млн фунтов стерлингов, без учета косметических операций или расходов, покрываемых медицинским страхованием [10].

В 2018 г. 75% частных медицинских услуг для пациентов из Великобритании финансировалось за счет негосударственного страхования, однако большинство из них все же носило «нишевый» характер. Так, около 40% работы в частных провинциальных больницах приходилось на ортопедию, но консультанты по другим специальностям не были довольны имеющимися услугами или уровнем опыта персонала, поэтому пациентам с частной страховкой за пределами Лондона рекомендовали выбирать лечение в NHS [12, 13]. Рынок частных больниц в центре Лондона в 2019 г. оценивался примерно в 1,5 млрд фунтов стерлингов в год [14].

Великобритания неоднородна по социальным условиям проживания и институциональным особенностям экономической среды, поэтому, в отличие от других стран, соотношение рынка и государства в системах здравоохранения Англии, Шотландии, Уэльса, Северной Ирландии различна. Шотландия, например, имеющая обширные сельскохозяйственные угодья, испытывает специфические трудности: нехватку сельских медработников, значительность доли рискованной категории населения – пожилых людей старше 65 лет, затруднения в оказании неотложной медпомощи из-за больших расстояний [11, 19]. Траксты NHS здесь не существуют, все вопросы медобслуживания решают региональные органы [10].

В Северной Ирландии также есть своя специфика: обеспечивается не только медицинское, но и социальное обслуживание, предоставляемое местными органами власти [17]. Здравоохранение и социальная помощь здесь являются частью одной и той же структуры с 1974 г. Тем не менее врачей не хватает, не случайно, например, каждый пятый североирландский онкопациент получает диагноз на последней стадии болезни, во время посещения отделения неотложной помощи. Пациенты слишком долго ждут в больничных списках [11, 15, 17].

В Англии достаточно распространены специализированные клиники. В Уэльсе наоборот, из-за малой территории невыгодно их иметь, поэтому многие жители едут для обслуживания в английские приграничные больницы [11]. Как следствие, те перегружены.

В Беларуси наблюдается следующая ситуация: за период 2010–2020 гг. количество койко-мест на 10 тыс. жителей сократилось со 114,6 до 83,9 при росте численности врачей с 48,7 чел. до 59,7 [18].

Своей специфической системой налогообложения Англия также выделяется на фоне дру-

гих стран: с апреля 2019 г. введен рецептурный сбор в размере 9 фунтов стерлингов за каждый медицинский товар. Освобождены от него лишь 4 категории граждан: в возрасте до 16 лет (до 18, если они проходят очное обучение); старше 60 лет, получающие рецептурные лекарства; пациенты с определенными заболеваниями; люди с низким доходом или получающие определенные льготы. Рецептурных сборов нет в Северной Ирландии, Шотландии и Уэльсе. Нигде в Великобритании нет платы за рецепты на лекарства, которые выписываются в больнице, врачом или в центре организации NHS [5, 7].

При необходимости постоянно закупать одни и те же препараты жители Англии могут приобрести сертификаты на 3, 6 или 12 мес. с соответствующим понижением цены. Такой подход также стоит взять на вооружение в Беларуси, особенно по отношению к страдающим сахарным диабетом, постинфарктным синдромом.

Таким образом, зарубежная практика функционирования систем здравоохранения подкашивает и нашей белорусской направления реформирования. Достигшая глобальных масштабов пандемия показала недостаточность только государственного медицинского обслуживания и финансирования. В частности, по мнению авторов, в Беларуси возможно введение максимальных нормативов обязательного государственного предоставления медуслуг при наличии добровольного индивидуального социального страхования, введение сертификатов на получение постоянных доз лекарств у продолжительно лечащихся больных.

■ Summary. The health care system in Great Britain is considered, as well as the economic effectiveness of its functioning in comparison with the major European countries and Belarus. We considered the institutional features of its modern improvement, and made an attempt to measure the effectiveness of innovations in the healthcare system. Cost-effectiveness, its content, indicators and influencing factors have been sufficiently studied in the Russian literature. However, little attention is paid to the specificity of indicators that related to the non-productive sphere, especially the effectiveness of institutional reforms in it and to the regulative role of the state. The health care system as any makes the greatest contribution to the preservation and increase of human capital, so it has every right to be considered a second-level production sphere, where is formed the most important factor of social production. A comparative analysis of the effectiveness of institutional and legal changes in the healthcare system of the leading countries allows us to identify the horizons of the strategic health policy in Belarus.

■ Keywords: economy of the non-productive sphere, healthcare, cost-effectiveness, social policy, preferential pricing, Great Britain, France, Germany.

■ <https://doi.org/10.29235/1818-9857-2022-5-73-77>

Настало также время совершенствования институциональной организационной структуры здравоохранения, ее не эволюционного, а кардинального изменения. Сложившаяся практика ее финансирования не позволяет оперативно изменять источники и направления денежных потоков. На наш взгляд, системы финансирования медицинских и социальных услуг следует объединить, как и соответствующие два органа госаппарата. Именно такой подход показал свою действенность и приспособляемость к «нештатным» ситуациям. ■

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Health care in the United Kingdom // https://en.wikipedia.org/wiki/Health_care_in_the_United_Kingdom.
2. Стеблецова А.О. 70 лет Национальной службе здравоохранения Великобритании / А.О. Стеблецова., И.И. Торубарова, А.О. Хороших // Здоровьесбережение студенческой молодежи: опыт, инновационные подходы и перспективы развития в системе высшего образования: сб. материалов конф. – Воронеж, 2019.
3. Беларусь и страны мира 2020: статистический сборник. – Минск, 2020.
4. Беларусь и страны мира 2018: статистический сборник. – Минск, 2018.
5. Health expenditure and financing // <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>.
6. World Health Organization / <https://www.who.int/data>.
7. Mirror, Mirror 2017: International Comparison Reflects Flaws and Opportunities for Better U.S. Health Care // <https://interactives.commonwealthfund.org/2017/july/mirror-mirror/>.
8. Здравоохранение обходится Германии в более миллиарда евро в день // https://news.rambler.ru/business/39166193/?utm_content=news&utm_medium=read_more&utm_source=copylink.
9. France // <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/france>.
10. Расходы на здравоохранение из госбюджета Германии // <https://ru-geld.de/country/national-budget/>.
11. International Health Care System Profiles, England // <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/england>.
12. NHS at 70: Public perceptions. Poll conducted for the Health Foundation in partnership with The King's Fund, Nuffield Trust and the Institute for Fiscal Studies, June 2018: // www.health.org.uk/publications/nhs-at-70-public-perceptions.
13. Private medicine in the United Kingdom // https://en.wikipedia.org/wiki/Private_medicine_in_the_United_Kingdom.
14. Have London trusts planned for 40% growth in private hospital capacity? // https://www.buildingbetterhealthcare.com/news/article_page/Have_London_trusts_planned_for_40_growth_in_private_hospital_capacity/155039/cn164706.
15. Healthcare in Scotland // https://en.wikipedia.org/wiki/Healthcare_in_Scotland#cite_ref-0_7-1.
16. ОЭСР. OECD Reviews of Health Care Quality, Statistics / OECD Reviews of Health Care Quality / OECD Reviews of Health Care Quality: Великобритания 2016 // <https://www.oecd-ilibrary.org/deliver/9789264239487-en.pdf?itemId=/content/publication/9789264239487-en&mimeType=pdf>.
17. Health and Social Care (Northern Ireland // [https://en.wikipedia.org/wiki/Health_and_Social_Care_\(Northern_Ireland\)](https://en.wikipedia.org/wiki/Health_and_Social_Care_(Northern_Ireland)).
18. Официальный сайт Национального статистического комитета // <https://belstat.gov.by>.
19. NHS Wales // https://en.wikipedia.org/wiki/NHS_Wales.

Статья поступила в редакцию 18.01.2022