

ПРОБЛЕМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ПРЕЛОМЛЕНИЕ В ЗЕРКАЛЕ ЗАРУБЕЖНОГО ОПЫТА. СООБЩЕНИЕ 1

В.А.Снежицкий, М.Ю.Сурмач

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно

На основе анализа характеристик организации здравоохранения стран, имеющих различные модели финансирования здравоохранения, а также отечественных особенностей, обосновываются предложения по повышению эффективности системы здравоохранения в Республике Беларусь. В первом сообщении основное внимание уделено состоянию и направлениям развития здравоохранения США и некоторых стран Евросоюза (Франции, Великобритании, скандинавских стран и Литвы).

Государственную политику Республики Беларусь отличает социальная направленность. Благополучие человека, высокое качество жизни граждан страны – цель деятельности социально значимых отраслей, основной из которых является здравоохранение. Принципы государственной политики Республики Беларусь в области здравоохранения отражены в Законе Республики Беларусь «О здравоохранении»; среди них на первом месте – создание условий для сохранения, укрепления и восстановления здоровья населения, обеспечение доступности медицинского обслуживания.

Одна из главных задач белорусского здравоохранения – обеспечение всеобщего доступа населения к бесплатной медицинской помощи, что отражено в Конституции Республики Беларусь. Так, согласно статье 45, всем гражданам Республики Беларусь гарантируется право на охрану здоровья, включая бесплатное лечение в государственных учреждениях здравоохранения. Система здравоохранения Беларуси, в отличие от других стран постсоветского пространства и большинства стран мира, сохранила бюджетную модель финансирования здравоохранения. Государство гарантирует своим гражданам доступное медицинское обслуживание, которое обеспечивается предоставлением бесплатной медицинской помощи на основании государственных минимальных социальных стандартов в области здравоохранения в государственных учреждениях здравоохранения.

В то же время, универсальной особенностью систем здравоохранения стран мира является постоянное возрастание стоимости медицинской помощи. Общей чертой для большинства развитых стран, как и для Республики Беларусь, стало изменение возрастной структуры населения с его постарением, накопление в популяции хронической патологии. Негативная динамика показателей общественного здоровья приводит к росту потребностей общества

в услугах медицинского назначения и социальном обеспечении, потому и затраты белорусского государства на здравоохранение и социальное обеспечение населения также непрерывно увеличиваются.

По мнению Ю.Т.Шарабчиева [1], «некоторым странам в результате проведенных в сфере здравоохранения реформ (внедрение стандартов лечения, переход к гарантированным объемам бесплатной помощи, контроль за расходами) удалось на несколько лет стабилизировать расходы на здравоохранение. Однако последние данные свидетельствуют о том, что ряд стран в ближайшие годы будет вынужден увеличить расходы на здравоохранение до 12–16% ВВП. Многие страны демонстрируют похожую картину потребности в увеличении расходов на здравоохранение, но не все из них могут себе это позволить. Можно предположить, что общество, не имеющее возможности вкладывать значительные средства в развитие здравоохранения и охрану здоровья граждан, не может иметь здорового населения («большая» экономика – больное общество)».

На основе анализа примеров некоторых стран, имеющих различные модели финансирования здравоохранения, а также отечественных особенностей финансирования и организации здравоохранения, мы попытались обосновать предложения по повышению эффективности системы здравоохранения в Республике Беларусь.

Анализ плюсов и минусов организации здравоохранения США, его эффективности, приводит к безусловно положительным выводам в отношении модели здравоохранения Республики Беларусь.

США – страна, в которой расходы на здравоохранение превышают таковые в других развитых странах мира в среднем в полтора раза [2]. Согласно прогнозам, в 2082 году эта страна может затратить на здравоохранение до 49% ВВП [3]. Несмотря на то, что в Соединенных Штатах действует частная

форма финансирования здравоохранения, все принципы определения частной формы сохранялись только в середине двадцатого века. В 2007 году совокупные государственные затраты на здравоохранение в США были немногим меньше частных. Основная часть государственных средств затрачивается на программы Medicare (для лиц, достигших 65 лет), Medicaid (для малоимущих), обеспечивается бюджетом также оплата лечения граждан, отслуживших в вооруженных силах США. Согласно прогнозам, в период до 2018 года частные расходы на здравоохранение в этой стране будут расти в среднем на 5,3% в год, государственные – на 7,2%. В результате в 2016 году совокупные затраты государства на здравоохранение превысят 50% всех общенациональных расходов на отрасль. При этом охват населения государственными программами в сфере здравоохранения составит по-прежнему лишь менее одной трети общего количества населения США, что сохранит за системой здравоохранения этой страны определение частной [2].

«Плюсом» частной системы здравоохранения, безусловно, следует считать возможности развития рынка медицинских услуг, частичного самофинансирования системы здравоохранения. Однако, этот «плюс» неизбежно сопряжен с проблемой прямых выплат в здравоохранении, признаваемой ВОЗ в качестве важнейших глобальных проблем [4]. Для снижения финансовых рисков при необходимости получения медицинской помощи, население стран, где распространена прямая оплата услуг медицинского назначения, прибегает к добровольному медицинскому страхованию. Однако страховые взносы бывают столь велики, что вынуждают отказаться и от этой формы компенсации потерь при возникновении страхового случая. Поэтому, по данным ряда авторов, из 300 миллионов населения США в 2005–2008 гг. около 47 миллионов не имели медицинской страховки [5], по другим данным, число незастрахованных составляет от 21 до 31 миллиона человек [2].

Важной проблемой организации медицинской помощи в США, признаваемой самими гражданами этой страны, является проблема доступности медицинской помощи. Недостаточная доступность в сочетании с низким качеством и количеством информации о предлагаемых рынком услугах медицинского назначения приводят к тому, что доступ к качественному медицинскому обслуживанию для всех граждан не обеспечен. Это послужило причиной реформирования здравоохранения, начатого Президентом США Бараком Обамой. Реформа усиливает государственное регулирование частного сектора здравоохранения,

ставит целью введение обязательного медицинского страхования и обеспечение бесплатного медицинского обслуживания с целью профилактики (регулярные обследования). То есть, по сути, соответствует рекомендациям ВОЗ о всеобщем охвате населения медицинской помощью и медико-социальном страховании [6]. С введением основных положений реформы Б.Обамы в действие, наличие медицинской страховки станет для жителей США обязательным, а ее отсутствие будет являться основанием для введения штрафных санкций [3]. Нововведения, таким образом, предназначены для расширения охвата медицинским страхованием и изменения способов продажи медицинских страховок. Фактически, происходит реализация попытки перейти от системы, когда гарантированное медицинское обслуживание зависит от вклада, сделанного данным лицом или от его имени, к системе, когда данное право будет вытекать из наличия статуса гражданина или постоянно проживающего в стране. Тем не менее, эти законы не решают основной проблемы системы здравоохранения США – высоких расходов [7].

Подсчитано [8], что на протяжении 20 лет (с 1980 по 2000 г.), каждый доллар расходов на здравоохранение в США принес от 1,55 до 1,94 доллара связанного со здоровьем населения эффекта. 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 показателей здоровья населения. Так, в 2004 г. расходы на охрану здоровья в США *per capita* («на душу населения») составили 6102 доллара, в Японии – 2694 доллара. В то же время, по средней продолжительности предстоящей жизни Япония занимала первое, а США – только пятнадцатое место среди стран мира [9]. Показатели здоровья населения в США уступают таким странам, как, например, Великобритания, где финансирование здравоохранения осуществляется преимущественно по бюджетному принципу, Италия, Франция, Япония, где действует обязательное медицинское страхование, и расходы на здравоохранение ниже таковых в США. Две основные проблемы финансирования здравоохранения – непомерно высоких расходов и недостаточной доступности медицинской помощи – так и не решены сегодня в США.

В обсуждении вопросов эффективности систем здравоохранения активное участие принимают эксперты ВОЗ. «Многие страны остаются в неопределенности в отношении того, как финансировать всеобщий доступ к медицинским услугам», – считает один из них, д-р Ernst Spaan из Медицинского центра

университета Рэдбоунд в Неймегене, Нидерланды. Он также указывает, что «такие схемы предоплаты, как медицинское страхование, являются одним из решений этой проблемы. . . Исследование показало, что определенные системы медицинского страхования, в частности медицинского страхования на уровне отдельных сообществ или социального страхования, обладают неиспользованным потенциалом для стран с низким и средним уровнем дохода» [цит. по 10]. В ходе исследования были изучены фактические данные из стран Африки (в основном, Ганы, Демократической Республики Конго, Кении, Объединенной Республики Танзания, Руанды, Сенегала и Уганды) и Азии (в основном, Вьетнама, Индии, Китая, Таиланда и Филиппин). Эксперт ВОЗ в области финансирования здравоохранения Джо Кутзин также считает, что системы медицинского страхования могут способствовать прогрессу на пути обеспечения всеобщего доступа «при условии, что большое внимание будет уделяться таким особым аспектам схем, как правительственные субсидии, для обеспечения участия бедных людей, а в противном случае такие схемы могут причинить вред прогрессу на пути достижения этой цели» [цит. по 10].

Особенно опасными могут оказаться последствия недооценки необходимости правительственного субсидирования здравоохранения в странах со страховой либо частной медициной, имеющих регрессивный тип населения. С такой проблемой, например, столкнулось здравоохранение Республики Корея [11]. В условиях системы обязательного медицинского страхования и соплатежей населения, стареющее население вынуждено отказываться от медицинских услуг либо же получать огромные счета за них. Так, национальная медицинская страховка покрывает только 75% стоимости расходов при лечении онкологических заболеваний, половину стоимости операций по замене крупных суставов и проч. Часть населения считает необходимым оформить дополнительно частную медицинскую страховку, несмотря на ее высокую стоимость. Национальная корпорация медицинского страхования Республики Корея продолжает изыскивать способы для обеспечения финансовых источников, таких как налоги на алкоголь и табак, и оптимизации расходов путем концентрации основного внимания на профилактике болезней, включая стимулирование регулярных медицинских осмотров для пожилых людей [11].

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 частны-

ми источниками. 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, и, следовательно, – возможностей достижения более высокого качества жизни, связанного со здоровьем [12].

Каждая из **стран Евросоюза** пытается решить две глобальные проблемы финансирования здравоохранения – расходов на медицинскую помощь и доступа к ней. Опыт этих стран, безусловно, весьма интересен для Республики Беларусь.

В зависимости от механизмов финансирования здравоохранения страны ЕС разделяются на три группы [13]. Первая группа включает страны, где здравоохранение финансируется главным образом из взносов социального страхования (Австрия, Бельгия, Венгрия, Германия, Литва, Люксембург, Нидерланды, Польша, Румыния, Словакия, Словения, Франция, Чешская Республика, Эстония). Во вторую группу входят страны, где здравоохранение финансируется из налогов (Дания, Ирландия, Испания, Италия, Мальта, Португалия, Великобритания, Финляндия, Швеция). В третью группу входят страны, которые еще в значительной мере опираются на прямые платежи населения (Болгария, Греция, Кипр, Латвия) [13].

Попытки изучить опыт этих стран с целью применить в реформировании здравоохранения Беларуси, в силу значительных отличий в механизмах финансирования отрасли, оказались частично безуспешными.

Так, например, система здравоохранения Франции в ее современном виде функционировала и одновременно продолжала развиваться на протяжении более столетия и в июне 2000 г. была признана ВОЗ «лучшей системой оказания медицинской помощи в мире». Она позволяет всем французам пользоваться как традиционными терапевтическими услугами, так и новейшими научными достижениями. В то же время, по доступным данным за 2005 г., сумма медицинских расходов во Франции составила 181 млрд евро, или 10,6% валового внутреннего продукта [14]. Тревогу организаторов здравоохранения Франции вызывает и нестабильность сферы социального страхования, где было отмечено значительное сокращение поступающих средств, вызванное замедле-

нием темпов экономического развития и ростом безработицы [14]. В настоящее время система финансирования здравоохранения Франции претерпевает ряд реформ. При этом высокие расходы на здравоохранение сохраняются, что указывает на, по меньшей мере, скромные возможности использования французского опыта в Беларуси.

Наиболее приемлемым, на наш взгляд, является опыт тех стран, где сохранилось преимущественно бюджетное финансирование здравоохранения – то есть второй группы стран Евросоюза, а также стран первой группы, имевших опыт работы по схеме бюджетной модели.

Примером развитой европейской страны, в которой действует бюджетная модель финансирования здравоохранения, является Великобритания. В годы второй мировой войны правительство Великобритании начало широкомасштабные преобразования в системе социального обеспечения. Была создана система оказания медицинской помощи, получившая название National Health Service (NHS), при которой медицинская помощь предоставляется бесплатно исходя из потребностей в ней [2]. Такого рода система оказания медицинской помощи – Национальная Система Здравоохранения (НСЗ) – считается по праву наиболее справедливой. Она ориентирована на потребности широких слоев населения и строится по принципу одного плательщика. В том или ином виде НСЗ действует в Финляндии, Дании, Испании [2], в странах Евросоюза второй группы финансирования [13], а также в ряде стран со значительной долей прямых соплатежей населения (Греция). НСЗ, в отличие от частной медицинской практики и частного здравоохранения в целом, гарантирует полный формальный всеобщий доступ к медицинской помощи. Так, в Великобритании NHS покрывает все расходы на здравоохранение примерно 88% населения страны. Около 12% дополнительно используют гарантии добровольного медицинского страхования. Введены фиксированные платежи для пациентов при оказании стоматологических, некоторых офтальмологических услуг и за выписку рецептов. Заработная плата медицинского персонала выплачивается из общих налоговых поступлений. Организации NHS на 18% финансируются за счет других источников, среди которых – пожертвования, коммерческая деятельность и государственное страхование. Гарантия всеобщего доступа к медицинской помощи, безусловно, важный «плюс» бюджетной модели здравоохранения. Но есть и «минусы». Как ни парадоксально, но, при гарантии доступности, НСЗ не гарантирует другой важнейший принцип деятельности в системе здравоохранения, а именно – своевременности оказания медицинской

помощи. Так, данные опросов пациентов в Великобритании показывают, что 75% смогли попасть на прием к ВОП в течение двух дней, сроки ожидания консультаций узкого специалиста – до тринадцати недель, ожидание запланированного лечения в ряде случаев может составлять до шести месяцев. Большинство диагностических обследований можно пройти только в стационарных условиях; в условиях ВОП возможны лишь элементарные обследования. Очереди – первый «минус» бюджетной модели. Решение проблемы очередей многие жители Великобритании видят в обращении в организации здравоохранения частной формы собственности [15, 16].

Современная ситуация в мире такова, что медицинская помощь, наряду с другими услугами, рассматривается в качестве товара, обладающего рыночными свойствами. Второй «минус» государственной системы здравоохранения, в том числе НСЗ Великобритании, – ограниченность возможностей для бизнеса. При этом, в условиях постоянно растущей потребности в ресурсах в системе НСЗ, здравоохранение оказывается в ситуации перманентного поиска дополнительных источников средств на покрытие расходов на здравоохранение, что, в конечном итоге, чаще всего приводит к переходу к иной модели финансирования здравоохранения (как произошло в 1993 году в Российской Федерации с введением Закона «О медицинском страховании»). 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 россиян [17]. На здравоохранение в России тратится не многим больше 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 долларов США (при том, что за последние десять лет они уже возросли почти в два раза). В Германии на одного человека тратится 2476 долларов, во Франции – 2125, в Греции – 1397 долларов США [17].

В Великобритании пока реформы продвигаются в ином направлении: 80% бюджетных средств передано в ведение ВОП – групповым общеврачебным практикам-фондодержателям. Оплата труда медиков напрямую зависит от показателей здоровья населения обслуживаемой территории (онкозаболеваемость, инвалидность, смертность и др.), пациент принимает непосредственное участие в принятии решений относительно выбора метода, места лечения, а также участвующих в данном процессе профессионалов здравоохранения (как врачей общей практики, так и консультантов).

Казалось бы, результаты реформ в Великобритании обязаны обеспечить повышение качества услуг, оказываемых первичным звеном здравоохранения, повысить доступность и своевременность оказания медицинской помощи населению. Однако даже они вызывают опасения, связанные с возможностью сокращения медицинского персонала, закрытия учреждений медико-социальной направленности (дома престарелых), паллиативной помощи (хосписы), искусственным занижением уровня госпитализации (вызванном экономией бюджетных денег). Вне компетенции ВОП по-прежнему останется специализированная помощь [2].

Таким образом, опыт Великобритании как страны с бюджетной моделью финансирования здравоохранения может быть полезен для Беларуси только отчасти. Возможно, с этой целью следует углубленно изучить современные подходы Великобритании к финансированию первичной медицинской помощи.

Скандинавские страны – особая группа стран, где сильны традиции «государства всеобщего благосостояния». Эти страны объединены высокими показателями здоровья населения. При этом средства, выделяемые на здравоохранение, и механизмы их использования различны.

В начале XXI в. Норвегия является примером современной демократии, где за благосостояние каждого гражданина несет ответственность общество в целом. Открытие собственных месторождений нефти позволило этой стране значительно укрепить социально-экономическое благосостояние граждан и обеспечить возможность высоких расходов на здравоохранение [18]. Норвегия относится к числу стран Евросоюза с одним из наиболее высоких уровней расходов на здравоохранение. Доля государственных расходов на здравоохранение составляет 95%. Главный источник дополнительных финансовых поступлений в систему здравоохранения – платные медицинские услуги (например, оказываемые коммерческими амбулаторными отделениями больниц) [19]. При обращении к врачу, независимо от повода, пациенты платят в кассу небольшую фиксированную сумму, включаемую в заработную плату врача. При накоплении таких сумм в течение года до определенного предела, далее помощь (включая стоимость лекарств и проезда до медицинской организации) для пациента бесплатна.

В Дании, где здравоохранение финансируется за счет налогов, также предусмотрены соплатежи пациентов: при приобретении лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения, в стоматологии и физиотерапии [19].

Шведская система здравоохранения – пример бюджетной модели, построенной на принципе децентрализации. Здравоохранение в Швеции на 95% государственное, однако ответственность за охрану здоровья и медицинское обслуживание разделена между государством и органами местного самоуправления. Законодательство в области здравоохранения является «рамочным», конкретные пути к достижению поставленных целей и задач определяются органом местного самоуправления – ландстингом. Именно ландстинг определяет параметры сети и кадров здравоохранения территории. В Стокгольме и университетских городах Швеции сосредоточены стационары (университетские клиники), где сконцентрированы высокотехнологичные виды медицинской помощи [19]. В настоящее время решаемой здравоохранением Швеции проблемой стала недостаточная доступность плановой госпитальной помощи: правительством выделяются дополнительные средства и обеспечивается взаимообмен «госпитальными местами» между ландстингами (если срок ожидания превышает 90 дней, пациенту предоставляется лечение в другом месте и оплачиваются дорожные расходы за счет своего ландстинга).

Средства в систему здравоохранения на 72% поступают из подоходного налога, около 13% составляют государственные трансферты [19]. Присутствуют и соплатежи населения, однако максимальная сумма затрат пациента на визиты к врачу и лекарства, приобретенные по рецептам, ограничена; все расходы, ее превышающие, компенсируются государством. Частичная финансовая компенсация медицинских услуг включается в гонорар врача. Доступность врачебной помощи в первичном звене не является «сиюминутной». В экстренных случаях медицинская помощь оказывается в отделениях неотложной помощи стационаров. В остальных ситуациях даже у ВОП возможно ожидание времени приема до двух недель [19].

Наиболее интересным следует считать опыт стран-соседей, реформировавших свою систему здравоохранения после распада СССР. Опыт этих государств может быть использован Республикой Беларусь при работе в совместных трансграничных проектах с минимальными финансовыми затратами. В связи с этим, пристальное внимание уделено нами Литве, поскольку культурные и экономические параметры этой страны близки Беларуси, особенно жителям пограничного с ней Гродненского региона.

С середины 1997 г. в Литве введено обязательное медицинское страхование. Взносы на здравоохранение установлены как часть подоходного налога с лица (30%) и 3%-го тарифа социального

страхования. Страховые взносы за детей, пенсионеров, безработных, других социально незащищенных лиц платит государство из бюджета [19].

За последние 15 лет в Литве на треть сокращен коечный фонд. Созданы два университетских (в Вильнюсе и Каунасе) и три региональных (Клайпеда, Шауляй, Паневежис) медицинских центра (третий этап оказания медицинской помощи). Страна сегодня находится на 4-м месте в Евросоюзе по соотношению качества и цены медицинских услуг [19]. Однако, в связи с резкими неблагоприятными изменениями в возрастной структуре населения и снижением его абсолютной численности, модель финансирования здравоохранения из налогов дает сбои. Обсуждаются вопросы дальнейшей реструктуризации стационарной сети. Финансирование организаций здравоохранения переходит к принципу определения объемов средств из количества предоставляемых услуг.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Шарабчиев, Ю.Т.* Современные вызовы XXI века и финансирование здравоохранения / Ю.Т.Шарабчиев // Медицинские новости. – 2011. – №12. – [эл. ресурс]. – Режим доступа: <http://www.mednovosti.by>. – Дата доступа: 10.10.2012.
2. *Сачек, М.М.* Глобальный кризис как стимул перемен в здравоохранении. Сообщение 1 / М.М.Сачек, М.В.Щавелева, И.В.Малахова, Н.Е.Хейфец // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2011. – №2. – С.4–14.
3. *Попов, А.А.* Проблемы американского здравоохранения и реформа Б.Обамы / А.А.Попов // США. Канада. Экономика – политика – культура. – 2010. – №10. – С. 3 – 20.
4. Финансирование систем здравоохранения. Путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью. – Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2010. – 106 с.
5. *Callahan, C.* Working Paper: Estimating the Number of Individuals in the United States without Health Insurance / Actuarial Research Service, Prepared for the Department of Health and Human Services; C.Callahan, J.Mays. – Washington: US Department of Health and Human Services, 2005. – 22 p.
6. Медико-социальное страхование. Устойчивое финансирование здравоохранения. Всеобщий охват и медико-социальное страхование (доклад Секретариата). – Всемирная организация здравоохранения, Пятьдесят восьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, 2005. – 6 с.
7. *Humphreys, Gary.* Американская мечта в реальности / G.Humphreys // Бюллетень Всемирной организации здравоохранения. – 2010. – Вып.88, №6.
8. *Luce, B.R.* The Return on Investment in Health Care: From 1980 to 2000 / B.R.Luce [et al.] // Value in Health. – 2006. – Vol.3, No.9. – P.146–156.
9. *Czech, M.* Znaczenie ochrony zdrowia w gospodarce – ujecie makroekonomiczne / M.Czech // Ochrona zdrowia I gospodarka: Sektor publiczny a rynek / Red. Kazimierz Ruc, Zofia Skrzypczak. – Warszawa, 2007. – S.9–17.
10. Медицинское страхование – ключ к обеспечению всеобщего доступа к медицинским услугам // Бюллетень Всемирной организации здравоохранения. – 2012. – Вып.90.
11. *Джи-юн, Ли.* Экономистов беспокоит угроза стареющего населения / Ли Джи-юн // Бюллетень Всемирной организации здравоохранения. – 2010. – Вып.88, №3.
12. *Сурмач, М.Ю.* Финансирование здравоохранения как фактор детерминации здоровья населения / М.Ю.Сурмач // Социология. – 2010. – №4. – С.93–98.
13. Финансирование здравоохранения в Европейском союзе. Проблемы и стратегические решения. – Всемирная организация здравоохранения, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2010. – 241 с.
14. *Климова, Н.Б.* Здравоохранение Франции / Н.Б.Климова, А.Л.Зайцева, П.В.Бреев // Экономика и практика обязательного медицинского страхования. – 2002. – №5. – С.4–7.
15. *Klein, R.* The Troubled Transformation of Britain's National Health Service / R.Klein // New England Journal of Medicine. – 2006. – No.355. – P.409–415.
16. *Lewis, R.* Can English NHC Meet the 18-Week Waiting List Target? / R.Lewis, J.Appleby // The Journal of the Royal Society of Medicine. – 2006. – Vol.99. – P.10–13.
17. *Стародубов, В.И.* Здоровье нации и система здравоохранения Российской Федерации / В.И.Стародубов // Уровень жизни населения регионов России. – 2005. – №11/12. – С.65–69.
18. *Гурина, Н.А.* Организация здравоохранения в Норвегии / Н.А.Гурина // Российский семейный врач. – 2002. – №3. – С.24–28.
19. *Сачек, М.М.* Глобальный кризис как стимул перемен в здравоохранении. Сообщение 2 / М.М.Сачек, И.В.Малахова, Н.Е.Хейфец, М.В.Щавелева // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2011. – №3. – С.19–37.

PROBLEMS OF HEALTH CARE FINANCING: VISION IN THE LIGHT OF INTERNATIONAL EXPERIENCE. REPORT 1

V.A.Snezhitskiy, M.Yu.Surmach

Based on the analysis of health care organization in the countries with different models of health care financing and domestic practice peculiarities, possible ways to increase health care efficiency in the Republic of Belarus were grounded. In the first report the focus was made on the status and trends of the USA and some European countries (France, Great Britain, Scandinavian countries and Lithuania) health care.

Поступила 17.10.2012 г.