

МИРОВЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**А. В. Рожко***Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека, Гомель, Беларусь*

В обзоре представлены модели национальных систем здравоохранения разных стран мира. Показаны особенности их формирования и функционирования. Отмечены недостатки и преимущества в организации медицинской помощи населению с учетом сложной системы экономических отношений финансирования здравоохранения и роли государства в управлении. Представлены современные классификации систем здравоохранения и рейтинг эффективности национальных систем здравоохранения.

Ключевые слова: *здравоохранение, классификация систем здравоохранения, модель.*

Для цитирования: *Рожко, А. В. Мировые тенденции развития систем здравоохранения / А. В. Рожко // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. 2022. Т. 20, № 6. С. 642-649. <https://doi.org/10.25298/2221-8785-2022-20-6-642-649>*

Каждая страна в мировом сообществе создает и развивает собственные модели системы здравоохранения, для которых присущи особенности распределения экономических средств для оказания медицинской помощи и сохранения здоровья населения. Эффективность их применения в области охраны здоровья определяется целым рядом особенностей: многофакторной системой политических, экономических, нравственно-этических, культурных и иных отношений, исторически сложившихся в стране и т. д. При том, что формы организации национальных систем здравоохранения многообразны, основная их цель – повышение качества и доступности медицинской помощи, увеличение ожидаемой продолжительности жизни [1].

В мире используется множество классификаций систем здравоохранения, которые объясняются сущностью принимаемой за основу классификации. Как пример, на основе централизации управления системой здравоохранения выделяют централизованную, децентрализованную и смешанную модели управления системой охраны здоровья. В то же время в странах, где влияние государства на формирование здравоохранения исторически было ведущим, отмечается постепенная децентрализация некоторых функций государства и перераспределение их местным органам власти, что позволяет вовлекать население в определение приоритетов и уменьшение различий в состоянии здоровья населения, а также внедрять современные методы и технологии управления функционированием концепции коллективного маркетинга [1]. В настоящее время разные концепции государственного здравоохранения никак не являются строгой копией ни одной из моделей. Они до такой степени смешаны, что иногда сложно отметить, которая форма взята за базу.

Экспертами Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) (Håkansson S., Majnoni B. D'Intignano, Mooney G. H., Roberts J. L., Stoddart G. L., Johansen K. S., Zollner H.) предложена систематизация, согласно которой выделяют три основных модификации концепций здравоохранения: государственная, социально-страховая и рыночная [1].

Главной особенностью государственной модели считаются бесплатное медицинское обслуживание, финансируемое государством, преобладающее право государства на предоставление медицинских услуг, а также многоуровневое управление здравоохранением. Минусом государственной модификации системы здравоохранения считается ее невысокая результативность, а также значительная доля финансирования со стороны бюджета, что приводит к увеличению налогообложения.

Советская система «Семашко» характеризовалась централизацией государственной медицины, что позволяло эффективно справляться с массовыми эпидемиями, способствовало росту средней продолжительности жизни за счет всеобщей доступности и профилактической направленности медицинских услуг, массовых противозидемических мероприятий. Однако экстенсивное строительство больниц и излишняя подготовка медицинских кадров привели к нерациональному расходованию средств. В середине 60-х годов Советский Союз расходовал около 6-6,5% от ВВП на здравоохранение, и данный показатель был сравним с показателем западных стран. К распаду СССР эта цифра снизилась до 2-3% [1, 2]. Зарплата врача зависела от специализации, квалификации и ученой степени, но не от результатов деятельности. Однако советская модель здравоохранения была действительно переломной. По мере развития система здравоохранения СССР стала одной из немногих сфер государственной деятельности, получавшей позитивные оценки экспертов капиталистических стран. Многие страны изучали опыт советской модели, ВОЗ рекомендовала использовать отдельные ее элементы в ряде стран [1].

Снижение удельного веса трудоспособных граждан, совершенствование науки, введение новейших, дорогостоящих методов диагностики и лечения приводит к повышению затрат в здравоохранении. Увеличение цен на медицинские услуги – мировая тенденция, что приводит к нехватке возможностей финансирования здравоохранения только со стороны государства. Государственная концепция здравоохранения сопряжена с сужением выбора определенного ме-

дицинского работника и медучреждения, а также территориальной зависимостью и бюрократизмом при получении медицинской помощи.

Системе «Семашко» близка система «Бевериджа», разработанная в рамках программы послевоенной социальной реконструкции Великобритании. Созданная как система социальной защиты в 1945 г., она включала обеспечение государственных гарантий для граждан и использование социального страхования трудящихся [3]. Государственная система привела не только к улучшению качества профилактики, диагностики и лечения пациентов, но и к увеличению затрат на систему здравоохранения. Требования пациентов возросли, сформировались нерегулируемый спрос и предложение в нерегулируемых условиях, связанных с ростом требований пациентов к кратности посещений и объемам оказываемой бесплатной медицинской помощи.

Это привело к развитию стабилизирующих мероприятий, подобных внедрению соплатежей, обязывающих выплачивать определенный процент за лечение самого пациента. Помимо того, каждый пациент был закреплен за врачом общей практики, что снизило нагрузку и обеспечило дифференцированное назначение консультаций узкими специалистами и госпитализаций [3].

Была внедрена одна из главных основ оплаты труда медицинского работника – средства выделялись на пациента. Эта концепция предоставляла клиентам возможность беспрепятственного выбора медицинского работника, а совокупность гонорара медицинского работника зависела от количества осмотренных пациентов. В дальнейшем категории врачей общей практики сформировали объединения фондодержателей, получающих от государства ежегодный госбюджет, содержащий ресурсы для терапии нуждающихся в стационарном лечении, услуг врачей узкого профиля, а также профилактики заболеваний. Подобные организации медицинских работников в Англии снизили затраты системы здравоохранения в 1,5-2 раза, при этом качество медицинского обслуживания не пострадало.

Изменения «бевериджской» модели здравоохранения были распространены в Швеции, Дании, Ирландии, Италии, а также иных государствах. За базу было принято контролируемое государством (бюджетное) здравоохранение, усовершенствованное компонентами финансирования из других статей, таких как личные средства пациентов и вклад нанимателей.

Концепция «Бевериджа», а также ее изменения характеризуются существенной значимостью государства. Субсидирование здравоохранения реализуется в основном из госбюджета и налогов. Государство считается основным потребителем, а также поставщиком медицинских услуг, гарантируя общедоступность и обеспечение населения медицинской помощью.

В ряде стран Центральной и Восточной Европы, а также в Германии, Бельгии, Нидерландах, Австрии, Швейцарии распространена модель здравоохранения Бисмарка. Исторической целью данной системы была защита здоровья

работников как возможных военных. Из сформированных фондов социального страхования оплачивались затраты на медицинское обслуживание, пособия по безработице, а также пенсии. Со временем были образованы «больничные кассы». Около шестидесяти процентов вкладов были обеспечены самими сотрудниками, а одна треть обеспечивалась нанимателями. Позже «кассы» преобразовались в страховые фирмы, базой которых были вклады нанимателей.

«Гонорарное правило» оплаты услуг медицинских работников, выработанное в основе развития концепции Бисмарка, было заменено на способ оплаты за обслуживание в баллах. Первый способ провоцировал предназначение ненужных, а также дорогих операций, второй – контролировал затраты на здравоохранение, а гонорары медицинских работников зависели от итогов лечения. Данная форма вплоть до наших времен – основа здравоохранения Германии, а также некоторых других стран [3].

Система Бисмарка и ее изменения, базирующиеся на принципах общественного страхования, а также регулировки рынка с многоканальной концепцией финансирования, позиционируется как социально-страховая, либо концепция регулируемого страхования здоровья. Эта форма здравоохранения основывается на принципах смешанной экономики, сочетая в себе рынок медицинских услуг вместе со сформированной концепцией государственного регулирования, а также социальной поддержки и доступности медицинской помощи абсолютно для всех категорий граждан. Государство представляет значимую структуру в поддержании социально необходимых потребностей и медицинской помощи большинства людей вне зависимости с степени дохода и не нарушая основ рынка оплаты медицинских услуг [1].

Роль потребителей медицинских услуг выполняют страховые компании.

Важность рынка медицинских услуг заключается в удовлетворении нужд людей свыше гарантированного государством, поддерживая самостоятельность выбора. Многофакторная система финансирования (вследствие целевых взносов предпринимателей, работников, правительственного бюджета, концепции обязательного медицинского страхования) создает необходимую пластичность, а также устойчивость финансовой основы социально-страховой медицины. Наиболее четко данная модель показана в Германии, Франции, Нидерландах, Австрии, Бельгии, Швейцарии, Канаде и Японии [1].

В Соединенных Штатах Америки нет общей государственной концепции медицинского страхования. Конституция США гарантирует государственную поддержку по обеспечению медицинской помощью только нуждающимся категориям граждан. Структура финансирования здравоохранения в США состоит из следующих источников: личные расходы граждан за счет медицинского страхования и средств, регулируемых государством и идущих на программы охраны здоровья, обязательных отчис-

лений предприятий на программы «MediCare» и «MediAid» [3].

Достоинствами данной системы считаются широкий перечень медицинских услуг, гарантированной специализированной помощи, индивидуальный подход к пациенту, комфортные условия при госпитализации.

Согласно суждению профессионалов, концепция здравоохранения США характеризуется относительно невысокой результативностью, а также быстрым ростом затрат.

Дороговизна полисов добровольного медицинского страхования (структура отчислений по страховке: 70% – работодатель, 30% – работник) снижает доступность медицинской помощи для некоторых слоев населения.

В Канаде медицинское страхование представлено системой сберегательных счетов медицинского страхования, базирующихся на отчислениях нанимателей и принадлежащих работнику. Средства, накопленные работником на счете работодателя, способствуют снижению расходов на медицинское обслуживание на 20%. Данная система гарантирует работнику уверенность в накоплении средств и возможность воспользоваться ими при необходимости, при этом рационализирует подход к выбору медицинских услуг (67%) и повышает ответственность медицинского персонала (55%) [3].

Если средств на накопительном счете недостаточно, государство может субсидировать дополнительные страховые вклады. Данная модель страхования экономически выгодна, так как в основе лежит взаимодействие и заинтересованность пациента и специалиста.

В Японии страхование имеет территориальный признак и носит общегосударственный характер, включая собственников и членов их семей, инвалидов и безработных. 70-90% стоимости медицинских услуг, предоставляемых этим категориям граждан, оплачивает государство. Консультирующие врачи, органы социального обеспечения и Министерство здравоохранения строго контролируют ценообразование в здравоохранении [3].

Модели здравоохранения с учетом источника субсидирования подразделяются следующим образом:

- Общее налогообложение (Скандинавские страны, Ирландия, Великобритания, Греция, Испания, Италия, Португалия и др.). В этих странах ведущая роль отведена государственному сектору как главному источнику финансирования, что обеспечивает доступность медицинских услуг для населения [3].

- Социальное страхование (Австрия, Бельгия, Германия, Люксембург, Франция, Швейцария). Государство реализует контроль и с позиции сокращения расходов, и со стороны гарантии всеобщего равенства и солидарности.

- Социальное страхование за счет единого социального налога (большинство стран Центральной и Восточной Европы, СНГ).

Государственное здравоохранение никак не может постоянно гарантировать высокий уро-

вень медицинской помощи из-за недостающего финансирования, а также малоэффективного распределения существующих средств. Частная медицинская помощь доступна абсолютно не всем. По этой причине концепция, базирующаяся на медицинском страховании, признана подходящей формой организации оказания помощи.

Как наилучший вариант, страховая медицина обязана гарантировать за счет собственных средств высококачественную медпомощь каждому застрахованному гражданину. Таким образом может быть реализован накопительный вариант страхования, когда средства не востребованы пациентом. Но периодически пациент не имеет возможности выбора медучреждения, врача и стоимости услуги, в особенности в экстренных ситуациях. При таких условиях может помочь страховая актив (фонд) как стабилизатор взаимоотношений медицинского работника и пациента.

Еще одна существенная область в отношениях страховой фирмы и застрахованного человека – работодатели. Помимо того, что им необходимы сильные, результативно трудящиеся работники, работодатели вместе с пакетом социальных услуг привлекают работников значимыми страховыми отчислениями, не облагаемыми налогами [3].

Исследование имеющихся в настоящее время концепций здравоохранения, основанное на категориях государств, причисленных к разным уровням общественного развития, подразумевает акцентирование следующих модификаций: универсалистская, континентальная, южная, скандинавская, рыночная, модели в государствах с переходной экономикой [1].

Данные модификации радикально различаются: степенью роли государства в финансировании здравоохранения; видами собственности производителей медицинских услуг; охватом граждан программами государственной помощи; вариантами финансирования здравоохранения; видом управления сферой здравоохранения.

1. Универсалистская модель (Ирландия, Англия)

Государственная концепция здравоохранения, финансируемая в значимом объеме посредством единого налогообложения. Данная модель базируется на государственно-бюджетном варианте. Медицинские услуги оказываются в основном в государственных медицинских организациях (первичная медицинская помощь, фармацевты, стоматологи).

Доминирование первичной медико-санитарной помощи. Высокий процент врачей общей практики, оказывающих медицинскую помощь большей части населения. Варианты финансирования (Англия): государство – 78%; работодатель – 10%; страховые взносы граждан – 3,8%; прямые доплаты населения – 8,2%. Таким образом, частные средства граждан в структуре финансирования составляют 12%.

К положительным сторонам данной модели можно отнести следующие позиции:

- преобладание государственной формы фи-

нансирования здравоохранения;

- государственное перераспределение местных бюджетов организаций здравоохранения путем направления финансовых средств из регионов с более высоким качеством жизни в области с более низким;

- относительно низкие (в сопоставлении с иными государствами) расходы на здравоохранение гарантируют более высокие показатели состояния здоровья населения;

- дифференцированная концепция оплаты работы врачей общей практики, связанная с количеством и структурой жителей обслуживаемой территории [1].

2. *Континентальная модель (Австрия, Франция, Германия, Нидерланды, Бельгия)*

Субсидирование реализуется с помощью отчислений из фонда заработной платы, а также из специализированных муниципальных фондов. Базируется на социально-страховой форме. Типы финансирования (например в Германии): вклад государства составляет 14,2%; 72,5% – за счет работодателя; страховые отчисления населения составляют 6,4%; прямые выплаты граждан – 6,9% [1]. Суммарно индивидуальные средства граждан в схеме финансирования составляют 13,3%. В Германии около 1200 страховых организаций охватывают своей помощью 88% населения страны. Существенно данные кассы финансируются из средств трудящихся, а также нанимателей согласно принципу согласованной оплаты медицинской страховки. Все граждане имеют возможность приобрести медицинскую страховку, при этом страховой вклад никак не может быть превышен по причине болезни страхового. Страховые вклады людей пенсионного возраста датируются пенсионным страхованием и самими пенсионерами. Страховка нетрудоустроенных реализуется федеральным ведомством по трудоустройству. Любой застрахованный человек и вся его семья обладают правом выбирать лечащего врача и получать необходимую медицинскую помощь, в том числе в рамках амбулаторного и стационарного лечения.

Недостаток данной системы – финансирование большого государственного аппарата для реализации взаимодействия с медицинскими организациями [1].

3. *Южная модель (Португалия, Испания, Греция)*

Субсидирование данной концепции здравоохранения реализуется при существенном вкладе средств, сопряженных с занятостью населения. Оказание медицинских услуг осуществляется муниципальными, а также частными учреждениями. В основе лежит принцип общедоступности медицинской помощи. Варианты финансирования (Испания): государственная часть – 15%; доля работодателя – 70%; прямые выплаты населения – 15% [1].

4. *Скандинавская модель (Дания, Швеция, Финляндия)*

Субсидирование реализуется главным образом благодаря подоходному налогу, а объем пособий непосредственно находится в зависи-

мости от оклада. Медобслуживание осуществляется в равной мере как муниципальными, так и частными клиниками. Общедоступность, а также высокий уровень медицинского сервиса, формирование равнозначных условий поддержания здоровья. Реализовано государственное регулирование здравоохранения [1].

Составные части финансирования (в Швеции): государственный вклад – 71%; доля работодателя – 18,4%; страховые выплаты населения – 2%; прямые доплаты граждан составляют 8,6%. Всего индивидуальные средства населения при этом варианте финансирования составляют 10,6% [1].

Скандинавская модель здравоохранения имеет некоторые характерные черты. В первую очередь за получение медицинских услуг жителей той или иной области ответственность несут местные Советы. Советы представляют собственников медицинских учреждений, а также обеспечивают занятостью многих медицинских сотрудников. Значительную долю расходов на медицинскую помощь несет государство, однако около 10% услуг оплачивает само население. При покупке лекарств, назначенных врачом, медицинская страховка возвращает пациенту от 50 до 100% расходов [1].

Шведская модель здравоохранения признана одной из самых лучших в мире [1, 3].

5. *Рыночная модель (США, Израиль)*

Система здравоохранения США (рыночная модель) базируется на законах свободного рынка, в котором профессиональные медицинские организации имеют большое влияние. Самый распространенный пример – это «Организации по поддержанию здоровья» (Health Maintenance Organizations), являющиеся страховыми компаниями, существующими в рамках сильной конкуренции и работающие по разнообразным схемам. Система, лежащая в основе работы данной организации – «управляемая медицинская помощь». «Организации по поддержанию здоровья» владеют отличными системами менеджмента, позволяющими существенно снизить затраты на медицинские услуги. Помимо США, данная модель используется в системах здравоохранения Израиля, Южной Кореи.

В США применяются два типа частного медицинского страхования: индивидуальное и групповое. В случае группового варианта работодатель и все сотрудники компании включены в единый страховой полис. Существуют программы «MediCare» и «MediAid», которые получают финансирование из федерального бюджета, бюджетов штатов, местных органов власти [1]. Большой процент (42%) в доле финансирования системы здравоохранения США представлен государственными программами. Частное финансирование гражданами составляет 58% и представлено: частными источниками – 4%; частным страхованием – 33% и прямыми выплатами граждан – 21%.

Государственная программа «MediCare» состоит из двух частей: первая предусматривает обязательное медицинское страхование людей

старше 65 лет при госпитализации, вторая предполагает добровольное страхование, при этом государство датирует 80% от суммы за лечение, а пациенты оплачивают 20%.

Другая государственная программа «MedicAid» направлена на сопровождение оказания бесплатной медицинской помощи инвалидам и семьям с детьми. В рамках данной программы перераспределение выделенного государственного бюджета противоположно уровню дохода на человека в данном штате.

Для модели здравоохранения в США характерен ряд признаков, в том числе быстрые темпы роста финансирования здравоохранения, которые не сопоставимы с темпами роста и качества медицинского сервиса. К наиболее серьезным недостаткам относятся:

- в стоимость медицинских услуг включен высокий процент затрат на административные процедуры (иногда до 20%);
- заработная плата медработников напрямую зависит от количества и стоимости назначенных процедур и выписанных лекарственных средств;
- цены на одни и те же услуги в разных штатах имеют большой диапазон (разбежка до 10-15 раз);
- сложная концепция медицинского страхования [1].

6. Модели в государствах с переходной экономикой

Основные черты моделей в странах с переходной экономикой (Россия, страны Восточной Европы, СНГ) – переход от целиком общественного системы финансирования здравоохранения к бюджетно-страховой схеме, при этом страхование существует вкуче с бюджетным и платным вариантом медицинского обслуживания [1, 4].

Навык государств вместе с переходной экономикой показывает значимость укрепления работоспособности страны, ослабленной в ходе реформ. В существующей рыночной экономике государство представляет особую значимость при сохранении финансовой устойчивости, контроле рыночных отношений, поддержании достойного уровня социальных услуг [5].

Вследствие пристального интереса государства к вопросам здравоохранения в Республике Беларусь за период суверенитета государство направило существенные средства, что обеспечило выход на лидирующие позиции среди стран постсоветского пространства по многочисленным показателям качества оказания медпомощи, индикаторам здоровья населения, а также гарантировало по ряду позиций средневропейский уровень. ВОЗ отметила достижения здравоохранением Республики Беларусь «Целей развития тысячелетия» [6, 7].

Система здравоохранения Беларуси включает области, ориентированные на укрепление и сохранение здоровья населения, повышение качества медицинских услуг, в результате чего стабильно снижается показатель преждевременной смертности по 4 главным группам неинфекционных заболеваний (сердечно-сосу-

дистых, онкологических, сахарного диабета, болезней дыхательной системы) вследствие становления всеобщей профилактической системы и функционирования межведомственного сотрудничества.

Главными аспектами производительности, а также свойствами формирования концепции здравоохранения Республики Беларусь считаются:

- увеличение продолжительности жизни населения, скорректированной с учетом нарушений здоровья (DALE) до 69 лет к 2030 г. (против 62 лет в 2015 г.);

- снижение уровня заболеваемости на 10% и тяжести первичной инвалидности населения до 60% к 2030 г. [8];

- развитие системы управления качеством медицинской помощи на основе стандартизации, использования доказательных технологий, разработки системы показателей качества и методики их оценки;

- оснащение учреждений здравоохранения современным медицинским оборудованием и новыми лекарственными препаратами, внедрение в практику здравоохранения современных медицинских технологий диагностики, лечения и реабилитации [9];

- повышение эффективности системы организации медицинской помощи за счет развития амбулаторного звена и пересмотра механизма финансирования системы здравоохранения;

- реформирование первичного уровня здравоохранения за счет перехода участковой терапевтической службы к общеврачебной практике;

- обеспечение приоритетности охраны здоровья матери и ребенка на базе создания современных региональных перинатальных центров; снижение детской инвалидности;

- сокращение уровня смертности от внешних причин на основе усиления охраны труда и разработки комплекса мер по профилактике дорожно-транспортных происшествий и др.;

- достижение всеобщего доступа к комплексной профилактической, диагностической, лечебной помощи и уходу для пациентов с наиболее опасными инфекционными заболеваниями (ВИЧ, туберкулез, вирусный гепатит, инфекции, передающиеся половым путем);

- профилактика ВИЧ, наркомании, курения и алкоголизма у населения, кризисных состояний у подростков и молодежи, укрепление психического здоровья и профилактика суицидального поведения путем усиления профилактической направленности системы здравоохранения, в том числе проведение активной информационной кампании о здоровом образе жизни;

- расширение источников финансирования здравоохранения, включая систему добровольного медицинского страхования, а также выработка материальных методов стимулирования населения в укреплении своего здоровья [8, 9].

Реализация перспективной цели планируется за счет:

- формирования конкурентной модели деятельности учреждений здравоохранения всех

форм собственности и развитого рынка медицинских услуг путем обеспечения равного доступа всех учреждений к бюджетному финансированию, наделяя полной ответственностью и самостоятельностью государственных учреждений;

- увеличения объемов высокотехнологичных видов медицинской помощи и их доступности, особенно на районном уровне, в том числе путем создания высокотехнологичных межрайонных медицинских центров, формирования эффективной системы подготовки и переподготовки высококвалифицированных медицинских кадров;

- развития телемедицинских технологий, дистанционной формы мониторинга здоровья за счет ускоренной информатизации системы здравоохранения и развития материально-технической базы [10].

Теория формирования здравоохранения нашего общества отобразила сегодняшний взгляд на реформирование здравоохранения, а также общемировую направленность его оптимизации – формирование области первого контакта с медициной – медико-санитарной помощи – а также ее максимальная близость к общественности.

В современных концепциях здравоохранения постоянно протекают разнообразные реформи-

Таблица. – Наиболее эффективные национальные системы здравоохранения: рейтинг агентства Bloomberg за 2018 г. [11]

№	Страна	Эффективность	Продолжительность жизни	Относительная стоимость (%)	Абсолютная стоимость (\$)
1	Гонконг	87,3	84,3	5,7	2 222
2	Сингапур	85,6	82,1	4,3	2 280
3	Испания	69,3	82,8	9,2	2 354
4	Италия	67,6	82,5	9,0	2 700
5	Южная Корея	67,4	82,0	7,4	2 013
6	Израиль	67,0	82,0	7,4	2 756
7	Япония	64,3	83,8	10,9	3 733
8	Австралия	62,0	82,4	9,4	4 934
9	Тайвань	60,8	79,1	6,2	1 401
10	ОАЭ	59,1	77,1	3,5	1 402
11	Норвегия	58,9	82,3	10,0	7 464
12	Швейцария	58,4	82,9	12,1	9 818
13	Ирландия	58,2	81,5	7,8	4 757
14	Греция	56,0	81,0	8,4	1 505
15	Новая Зеландия	55,6	81,5	9,3	3 554
16	Канада	55,5	82,1	10,4	4 506
17	Франция	55,5	82,3	11,1	4 026
18	Португалия	55,4	81,1	9,0	1 722
19	Финляндия	54,7	81,5	9,4	4 005
20	Китай	54,6	76,1	5,3	426
21	Мексика	54,6	76,9	5,9	535
22	Швеция	53,2	82,2	11,0	5 600
23	Ливан	53,0	79,4	7,4	645
24	Польша	52,7	77,5	6,3	797
25	Коста-Рика	52,3	79,6	8,1	929
26	Турция	52,2	75,5	4,1	455
27	Таиланд	51,9	75,1	3,8	219
28	Нидерланды	50,8	81,5	10,7	4 746
29	Малайзия	50,4	75,1	3,9	377

№	Страна	Эффективность	Продолжительность жизни	Относительная стоимость (%)	Абсолютная стоимость (\$)
30	Чехия	49,8	78,6	7,3	1 284
31	Чили	49,3	79,3	8,1	1 102
32	Австрия	49,0	81,2	10,3	4 536
33	Алжир	48,2	75,9	7,1	292
34	Словакия	47,6	76,6	6,9	1 108
35	Великобритания	46,3	81,0	9,9	4 356
36	Перу	46,0	74,8	5,3	323
37	Румыния	46,0	75,0	5,0	442
38	Бельгия	44,8	81,0	10,5	4 228
39	Иран	43,4	75,7	7,6	366
40	Венесуэла	43,4	74,4	3,2	973
41	Дания	42,4	80,7	10,3	5 497
42	Венгрия	42,0	75,6	7,2	894
43	Эквадор	41,3	76,1	8,5	530
44	Казахстан	39,2	72,0	3,9	379
45	Германия	38,3	80,6	11,2	4 592
46	Саудовская Аравия	37,5	74,4	5,8	1 194
47	Колумбия	36,8	74,2	6,2	374
48	Иордания	35,8	74,2	6,3	257
49	Беларусь	35,3	73,6	6,1	352
50	Доминиканская Республика	33,6	73,7	6,2	397
51	Бразилия	32,8	75,3	8,9	780
52	Сербия	32,2	75,3	9,4	491
53	Россия	31,3	71,2	5,6	524
54	Азербайджан	29,6	71,9	6,7	368
55	США	29,6	78,7	16,8	9 536
56	Болгария	29,4	74,6	8,2	572

рования, находящиеся в комбинации с разными вариантами их модификаций.

Само наличие подобного многообразия концепций, а также подобного числа реформ свидетельствует о том, что никакой вариант не безупречен. Любое государство старается сформировать более применимый вариант с позиции идеологии, экономики, а также ментальности здравоохранения, по этой причине простое заимствование идей, а также дублирование эффективных концепций не обязательно приводит к позитивному результату [1].

В таблице представлены наиболее эффективные национальные системы здравоохранения. В основе рейтинга три ключевых показателя, которые определяют эффективность системы здравоохранения той или иной страны: средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении, государственные затраты на здравоохранение в виде процента от ВВП на душу населения, стоимость медицинских услуг в пересчете на душу населения.

Литература

1. Карпов, О. Э. Модели систем здравоохранения разных государств и общие проблемы сферы охраны здоровья населения / О. Э. Карпов, Д. А. Махнев // *Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н. И. Пирогова*. – 2017. – Т. 12, № 3. – С. 92-100. – edn: ZEFXJD.
2. Карпенко, А. М. Россия – мировой игрок в глобальном здравоохранении XXI века / А. М. Карпенко // *Научный журнал*. – 2016. – № 6 (7). – С. 141-146. – edn: WBEZLV.
3. Пехтерева, Е. А. Современные системы и модели здравоохранения в зарубежных странах. (Сводный реферат) / Е. А. Пехтерева // *Социальные и гуманитарные науки. Отечественная и зарубежная литература. Серия 2. Экономика. Реферативный журнал*. – 2012. – № 2. – С. 156-163. – edn: PDUTOX.
4. Омеляновский, В. В. Современное состояние и перспективы развития системы оценки технологий здравоохранения в Российской Федерации / В. В. Омеляновский // *Вопросы организации и информатизации здравоохранения*. – 2015. – № 2 (83). – С. 16-25. – edn: ZCDKGD.
5. Сачек, М. М. Развитие системы оценки медицинских технологий в Республике Беларусь / М. М. Сачек, И. Н. Кожанова // *Вопросы организации и информатизации здравоохранения*. – 2015. – № 2 (83). – С. 53-56. – edn: ZCDKIB.
6. Global Health Observatory data repository [Электронный ресурс] // World Health Organization. – Режим доступа: apps.who.int/gho/data/?theme=home. – Дата доступа: 13.12.2022.
7. Система здравоохранения Республики Беларусь: состояние и перспективы развития [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://surl.li/eaodr>. – Дата доступа: 10.11.2022.
8. Пиневиц, Д. Л. Здравоохранение Республики Беларусь: программно-целевое планирование профилактических стратегий, направленное на достижение целей повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 года / Д. Л. Пиневиц, Т. Н. Глинская,

Надо отметить, что старение населения выступает отдельной проблемой, обосновывающей рост расходов на медицинское обеспечение. По прогнозам ООН, численность населения в возрасте старше 60 лет увеличится с 813 млн в 2013 г. до более чем 2 млрд к 2050 г. Это будет более 20% населения планеты [1].

Заключение

Построение многоуровневой системы оказания медицинской помощи, рационально перераспределяющей чрезмерную нагрузку с более затратных вариантов стационарного обслуживания на амбулаторное звено, а также на других этапах медицинской помощи, таких как реабилитация и долечивание, соответствующее формирование концепции паллиативной помощи, сестринского ухода, социальных учреждений, направленных на продолжительное содержание и помощь престарелым и инвалидам, позволит рационально использовать материальные ресурсы и повысит результативность медицинского обслуживания населения.

М. В. Щавелева // *Здравоохранение (Минск)*. – 2017. – № 11. – С. 5-13. – edn: ZSMJBT.

9. Национальная стратегия устойчивого социально-экономического развития Республики Беларусь на период до 2030 года [Электронный ресурс] : протокол заседания Президиума Совета Министров Республики Беларусь, 2 мая 2017 г., №10. – Режим доступа: <http://surl.li/dlepd>. – Дата доступа: 10.11.2022.
10. Можейко, В. Ч. Телемедицина: от прошлого к настоящему, перспективы развития при оказании первичной медицинской помощи / В. Ч. Можейко // *Военная медицина*. – 2018. – № 1 (46). – С. 108-114. – edn: YPMQTO.
11. Кислицына, О. А. Экономическая глобализация и проблемы национальной и международной безопасности / О. А. Кислицына, Т. В. Чубарова // *Проблемы современной экономики*. – 2020. – № 2 (74). – С. 100-104.

References

1. Karpov OJe, Mahnev DA. Modeli sistem zdravoochraneni-ja raznyh gosudarstv i obshhie problemy sfery ohrany zdorov'ja naselenija [Co-payments in payment of health care in the system of health of various states]. *Vestnik Nacionalnogo mediko-hirurgicheskogo Centra im. N. I. Pirogova* [Bulletin of Pirogov National Medical & Surgical Center]. 2017;12(3):92-100. edn: ZEFXJD. (Russian).
2. Karpenko AM. Rossiya – mirovoj igrok v globalnom zdravoochranenii XXI veka. *Nauchnyj zhurnal*. 2016;6(7):141-146. edn: WBEZLV. (Russian).
3. Pehtereva EA. Sovremennye sistemy i modeli zdravoochraneniya v zarubezhnyh stranah. (Svodnyj referat). *Socialnyje i gumanitarnyje nauki. Otechestvennaja i zarubezhnaja literatura. Serija 2. Ekonomika. Referativnyj zhurnal* [Social sciences and humanities. Domestic and foreign literature. Series 2: Economy]. 2012;(2):156-163. edn: PDUTOX.
4. Omelyanovsky VV. Sovremennoje sostojanije i perspektivy razvitija sistemy ocenki tehnologij zdravoochraneni-ja v Rossijskoj Federacii [Current state and prospects in the development of health technology assessment in the Russian Federation]. *Voprosy organizacii i informatizacii*

- zdravoohranenija* [Issues of organization and information health]. 2015;2(83):16-25. edn: ZCDKGD. (Russian).
5. Sachek MM, Kozhanova IN. Razvitije sistemy ocenki medicinskih tehnologij v Respublike Belarus [Development of health technology assessment in the Republic of Belarus]. *Voprosy organizacii i informatizacii zdravoohranenija* [Issues of organization and information health]. 2015;2(83):53-56. edn: ZCDKIB. (Russian).
 6. World Health Organization. Global Health Observatory Data Repository [Internet]. Available from: apps.who.int/gho/data/?theme=home
 7. Sistema zdravoohranenija Respubliki Belarus: sostojanije i perspektivy razvitija [Internet]. Available from: <http://surl.li/eaubr> (Russian).
 8. Pinevich DL, Glinskaya TN, Schaveleva MV. Zdravoohranenije Respubliki Belarus: programmno-cel- evoje planirovanije profilakticheskikh strategij, napravlen- noje na dostizhenije celej povestki dnja v oblasti ustoj- chivogo razvitija na period do 2030 goda [Healthcare in the Republic of Belarus: program and targeted planning of prophylactic strategies aimed at achieving the goals of the 2030 agenda for sustainable development]. *Zdravoohranenije (Minsk)* [Healthcare]. 2017;11:5-13. edn: ZSMJBT. (Russian).
 9. Nacionalnaja strategija ustojchivogo socialno-ekonomi- cheskogo razvitija Respubliki Belarus na period do 2030 goda. Protokol zasedanija Prezidiuma Soveta Ministrov Respubliki Belarus №10 (maj 2, 2017) [Internet]. Available from: <http://surl.li/dlepd> (Russian).
 10. Mozheiko VCh. Telemedicina: ot proshlogo k nastojashchemu, perspektivy razvitija pri okazanii pervichnoj medicinskoj pomoshchi [Telemedicine: from past to present, the prospects for development in the provision of primary health care]. *Voennaja medicina* [Military medicine]. 2018;1(46):108-114.
 11. Kislitsyna OA, Chubarova TV. Ekonomicheskaja globalizacija i problemy nacionalnoj i mezhdunarodnoj bezopasnosti [Economic globalization and issues of national and international security]. *Problemy sovremennoj ekonomiki* [Problems of modern economics]. 2020;2(74):100-104.

TRENDS IN THE GLOBAL HEALTH CARE DEVELOPMENT

A. V. Razhko

*Republican Scientific and Practical Center of Radiation Medicine and Human Ecology,
Gomel, Belarus*

This review presents models of national health care systems in various countries of the world. The peculiarities of their formation and functioning are shown. The disadvantages and advantages in the organization of medical care to the population are noted with consideration of the complex system of economic relations of financing health care and the role of the state in management. Modern classifications of health care systems and the rating of the effectiveness of national health care systems are presented.

Keywords: *health care, classifications of health care systems, model.*

For citation: Razhko AV. Trends in the global health care development. *Journal of the Grodno State Medical University.* 2022;22(6): 642-649. <https://doi.org/10.25298/2221-8785-2022-20-6-642-649>

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.
Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Об авторе / About the author

Рожко Александр Валентинович / Razhko Alexandr, e-mail: rozhko_69@mail.ru, ORCID: 0000-0001-9965-8424

Поступила / Received: 22.10.2022

Принята к публикации / Accepted for publication: 30.11.2022