

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ КАК ФАКТОР МАКРОКОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ

Здравоохранение представляет собой базис макроконкурентоспособности, поскольку именно оно определяет как физический, так и духовный статус человека как субъекта экономических отношений, в том числе его инновационный потенциал. В силу своих структурных особенностей и научно-технического прогресса эта сфера продолжает оставаться капиталоемкой и достаточно трудоемкой. Следовательно, как фактор макроконкурентоспособности здравоохранение может играть свою роль только при адекватном финансировании и кадровом обеспечении. Для подтверждения этого тезиса в статье проведен сравнительный анализ соответствующих показателей ОЭСР и остальных стран мира, в особенности постсоциалистических. Установлено, что главной проблемой систем здравоохранения последних является их хроническое недофинансирование, наиболее отчетливо выраженное в уровне оплаты труда медицинских работников. В то же время по уровню кадровой обеспеченности и доле государственного компонента в общих расходах постсоциалистические системы здравоохранения не уступают членам ОЭСР. Делается вывод о необходимости существенного увеличения госрасходов на здравоохранение, чтобы сохранить его системный характер и высокий уровень качества.

V. I. YAROSHEVICH

HEALTH CARE AS MACRO COMPETITIVENESS FACTOR

Health care underlies macrocompetitiveness by determining physical and spiritual status of human beings as economic actors, including their innovation potential. Due to its structural features and technological progress this sector remains both capital and labor intensive. Hence as a factor of macrocompetitiveness health care can only play its role given adequate financial and personnel provision. To verify this assumption, the article brings forward a comparative analysis of appropriate indicators for OECD members and other countries, notably postsocialist ones. It finds that chronic underfinancing has been a major issue for health care systems of the latter, manifesting itself most vividly in low levels of their workers' compensation. As far as personnel ratios and state role in general expenditure are concerned, though, post socialist health care systems match up quite well to those of OECD members. A conclusion is made that in order to preserve their systemic characters and high quality, substantial increases in general levels of public health care financing are vital.



ЯРОШЕВИЧ

Вячеслав Иванович,

кандидат экономических наук, доцент, доцент кафедры инновационной экономики и менеджмента Международного университета «МИТСО»

Введение

Современное здравоохранение можно рассматривать как базис макроконкурентоспособности, поскольку именно оно определяет как физический, так и духовный статус человека как субъекта экономических отношений, в том числе его инновационный потенциал¹. Научно-технический прогресс (НТП) делает эту сферу крайне капиталоемкой, но она продолжает оставаться и достаточно трудоемкой в силу своих структурных особенностей. Следовательно, как фактор макроконкурентоспособности здравоохранение может играть свою роль только при адекватном финансировании и кадровом обеспечении. Для подтверждения этого тезиса целесообразно провести сравнительный анализ соответствующих показателей, взяв за основу их значения по членам Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) как наиболее развитых в социально-экономическом плане.

Основная часть

Принимая во внимание существенный разрыв в экономическом статусе между членами ОЭСР и остальными странами мира (разница в ВВП на душу населения в 2016 г. составила 8 раз по текущему обменному курсу), в том числе постсоциалистическими, можно ожидать и схожий разрыв в отношении кадровых и финансовых параметров здравоохранения [16]. Так, в плане обеспеченности ключевыми категориями медицинского персонала соответствующие показатели ОЭСР представляются не просто высокими, а недостижимыми для большинства остальных стран мира. В то же время для стран, находящихся в условиях постсоциалистической трансформации и региональной интеграции, этот разрыв не только отсутствует, но и имеет обратный характер. Например, в Беларуси, Грузии, Литве и Эстонии как вполне типичных постсоциалистических государствах уровень обеспеченности хирургами не только не отстает, но и почти вдвое превышает средний по членам ОЭСР; схожая ситуация имеет место по терапевтам и вспомогательному медперсоналу. В целом же по 28 постсоциалистическим странам, в том числе 7 членам ОЭСР и 11 членам ЕС, обеспеченность ключевыми категориями медперсонала не является

¹ По теоретико-методологическим аспектам макроконкурентоспособности см. [7; 8], а также [3; 13; 21].

очевидным вызовом с точки зрения макроконкурентоспособности, о чем можно судить исходя из данных таблицы 1.

Контраст между членами ОЭСР и остальными странами мира (за исключением постсоциалистических) особенно очевиден, если сравнивать данные по медперсоналу скандинавских государств, по всей вероятности, наиболее развитых в социальном плане, с соответствующими данными развивающихся стран со схожим населением¹. Так, если в Исландии (островном государстве с наиболее

малой экономикой и населением не только в скандинавской группе, но и в ОЭСР) можно предположить наличие около 260 хирургов, 1110 терапевтов и 5000 человек вспомогательного медперсонала, то у схожих по населению Барбадоса (малого карибского государства с высоким уровнем доходов) их только около 50, 500 и 1360 соответственно, а у Вануату (малого тихоокеанского государства с низким уровнем доходов) – соответственно менее 10, 30 и около 400². Схожая ситуация имеет место и при сравнении данных по Дании, Финляндии и Норве-

Таблица 1 – Кадровая обеспеченность систем здравоохранения в мире

Страна / группа стран	Обеспеченность хирургами на 100,000 населения (2014)	Обеспеченность терапевтами на 1000 населения (2013)	Обеспеченность акушерками и медсестрами на 1000 населения (2013)
Азербайджан	67,6	3,4	6,5
Албания	11,6 ⁴	1,2	3,8
Армения	99,0 ⁵	2,7	4,8
Беларусь	124,2	3,9	10,6
Болгария	120,8 ⁴	3,9 ³	4,8 ³
Босния и Герцеговина	32,3	1,9	5,6
Венгрия	56,7 ²	3,1 ³	6,5 ³
Грузия	125,0 ⁵	4,3	3,21
Казахстан	88,6 ⁵	3,6	8,3
Кыргызстан	50,1	2,0	6,2
Латвия	88,7 ⁶	3,6 ³	3,4 ³
Литва	130,9 ⁵	4,1 ³	7,2 ²
Македония	64,6 ²	2,6 ¹	0,6 ¹
Молдова	86,1	3,0	6,4
Польша	67,7	2,2 ³	6,2 ³
Россия	88,0	4,3 ¹	8,5 ¹
Румыния	61,7 ⁴	2,4 ³	5,6 ³
Сербия	72,6	2,1 ¹	4,5 ¹
Словакия	57,2	3,3 ³	6,1 ³
Словения	72,8 ⁴	2,5 ²	8,5 ²
Таджикистан	55,6	1,9	5,0
Туркменистан	58,8	2,4 ¹	4,4 ¹
Узбекистан	50,4	2,5	11,9
Украина	86,6	3,5	7,7
Хорватия	84,3 ⁴	2,8 ²	5,3 ³
Черногория	57,7 ⁵	2,1	5,4
Чехия	124,5 ⁴	3,6 ²	8,4 ²
Эстония	126,6	3,2 ³	6,4 ³
СРЕДНЕЕ	78,95	2,93	6,14
СПРАВОЧНО			
ОЭСР	68,4	2,8 ²	7,8 ²
В том числе США	54,7 ⁵	2,5 ²	9,8 ¹
Япония	37,4	2,3 ¹	11,5 ³
ЕС	92,3	3,5 ²	7,6 ²
Страны, не входящие в ОЭСР	22,0 ⁹	1,27 ²	2,29 ²
Африканские страны южнее Сахары	1,8	0,2	1,15
Страны с высоким уровнем долга	1,7 ³	0,1	0,51
Наименее развитые страны	1,4 ⁶	0,19	0,52

Источник: [17].

Примечания – ¹ данные за 2010 г.; ² за 2011 г.; ³ за 2012 г.; ⁴ за 2013 г.; ⁵ за 2015 г.; ⁶ за 2016 г.

¹ До 0,5 млн – как у Исландии, около 5 млн – как у Дании, Финляндии и Норвегии и около 10 млн – как у Швеции.

² По хирургам – исходя из данных Всемирного банка за 2012 г. для Барбадоса, 2014 г. – Исландии, и 2016 г. – Вануату, по остальным категориям – за 2010 г.

гии с одной стороны, и схожих по населению Лаосом, Никарагуа и Центральноафриканской Республикой (ЦАР) – с другой. Наконец, если в Швеции как наиболее крупной из скандинавских стран может быть свыше 11 тыс. хирургов, около 37 тыс. терапевтов и свыше 111 тыс. человек вспомогательного медперсонала, то у схожих по населению Боливии и Гондураса в Латинской Америке хирургов меньше в несколько раз, а остальных категорий – на порядок, тогда как разницу с африканскими Бенином или Бурунди можно описать как астрономическую (см. таблицу 2).

В свою очередь в Беларуси, население которой идентично шведскому и приблизительно вдвое больше датского, финского и норвежского, согласно данным Всемирного банка имеется около 12 тыс. хирургов, свыше 37 тыс. терапевтов и около 100 тыс. человек вспомогательного медперсонала (при этом в последние годы в стране все чаще поднимается вопрос о дефиците медицинских кадров, особенно в сельской местности)¹. Таким образом, несмотря на существенную разницу в уровне экономического развития (по данным Всемирного банка, разница в ВВП на душу населения в 2016 г. составляла более 10 раз по текущему обменному курсу и 2,7 раза по паритету покупательной способности) Беларусь практически ничем не отличается от Швеции в том, что касается обеспеченности ключевыми категориями медперсонала.

В целом превосходство ОЭСР и постсоциалистических стран в плане кадрового обеспечения своих систем здравоохранения может быть обусловлено прежде всего их более интенсивным финансированием, главную роль в котором играет государство. Действительно, за послед-

ние два десятилетия доля общих расходов на здравоохранение в странах ОЭСР повысилась на одну треть и к 2015 году достигла 12,3 % от их совокупного ВВП². В остальных странах мира она возросла лишь на 13 %, и в 2014 году составляла менее 6 % от ВВП, т. е. более чем вдвое ниже (см. рисунок 1).

Постсоциалистические страны значительно отстают от членов ОЭСР по уровню общих расходов на здравоохранение: существенный (1,5 раза) разрыв здесь уже имел место в середине 1990-х гг. и к 2015 г. усугубился до 1,8 раза. Примечательно, что это произошло вопреки как повышению среднего уровня в целом по региону (на 11,4 % от показателя 1995 г. в 6,1 % от ВВП), так и тому, что за два десятилетия трансформации уровень общего финансирования снизился лишь в 8 из 28 постсоциалистических стран (см. рисунок 2). Несмотря на противоречивые последствия неолиберальных реформ [7], в 2014 г. уровень финансирования постсоциалистических систем здравоохранения был в среднем хоть и незначительно, но выше среднеарифметического по тем странам мира, которые не являлись членами ОЭСР – 6,84 против 5,92 % соответственно.

Очевидное превосходство стран ОЭСР в плане финансирования систем здравоохранения не в последнюю очередь может быть обусловлено преобладанием в нем государственного (или общественного/публичного) компонента. При этом на протяжении последних двух десятилетий (с 1995 по 2014 г. включительно) его доля практически не изменилась и в среднем составила около 60 % от соответствующих общих расходов. Практически на таком же уровне она находится и в постсоциалистических

Таблица 2 – Кадровая обеспеченность систем здравоохранения скандинавских и схожих по населению развивающихся стран мира

Страна	Человек/специалистов			
	Население, млн	Обеспеченность хирургами	Обеспеченность терапевтами	Обеспеченность акушерками и медсестрами
Дания	~5,6	~3790	~19 330	~93 120
Финляндия	~5,5	~6010	~15 580	~58 520
Норвегия	~5,2	~3180	~21 480	~86 670
Лаос	~6,6	~190	~1170	~5620
Никарагуа	~6	~950	~5360	~8110
ЦАР	~4,5	~20	~210	~1130
Исландия	~330	~260	~1110	~5000
Барбадос	~280	~50	~500	~1360
Вануату	~270	~10	~30	~400
Швеция	~9,8	~11 080	~37 100	~111 230
Боливия	~10,2	~3470	~4770	~10 130
Гондурас	~8,8	~1200	~2740	~7980
Бенин	~10,3	~190	~540	~7090
Бурунди	~10,5	~20	~200	~1370

Источник: [17].

Примечание – Как правило, данные за 2013–2014 гг.

¹ На самом деле на конец 2016 года, согласно национальным статистическим данным, в Беларуси насчитывалось 12 646 практикующих врачей хирургического профиля и 28 871 других профилей, в том числе 17 847 терапевтического [5, с. 174]. При этом общее число врачей-специалистов в стране в указанный период составило 54,4 тыс., средних медицинских работников (вспомогательного медперсонала) – 125,8 тыс. человек [2].

² Более ранние данные в используемых международных источниках на момент подготовки данной статьи отсутствовали.



Рисунок 1 – Уровень общих расходов на здравоохранение у членов ОЭСР и в остальных странах мира с 1995 по 2014 г. (% ВВП)
Источник: [20].

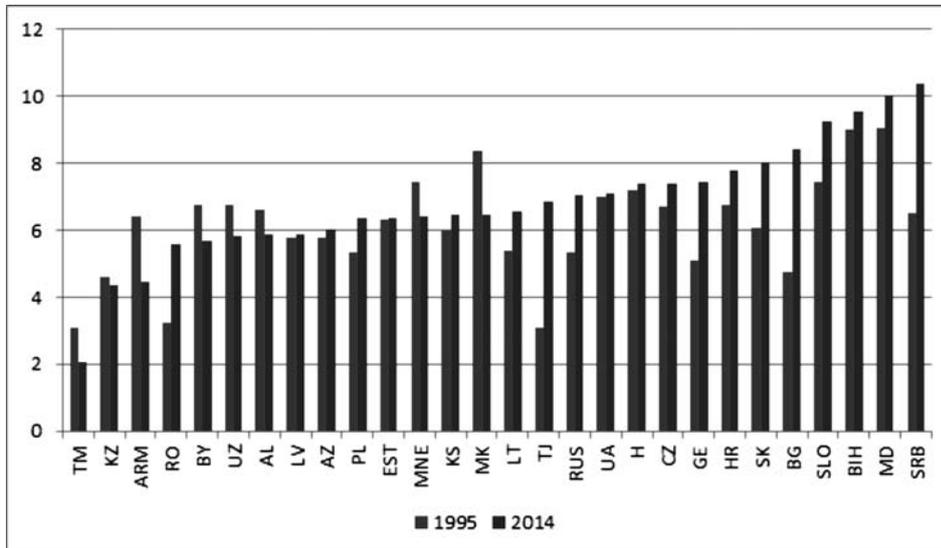


Рисунок 2 – Изменение общих расходов на здравоохранение с 1995 по 2014 г. в постсоциалистических странах (% ВВП)
Источник: [20].



Рисунок 3 – Средний уровень публичного компонента в общих расходах на здравоохранение с 1995 по 2014 г. (%)
Источник: [19].

странах (хотя среднее значение здесь скрывает крайне низкие показатели по Грузии (17 %), Азербайджану (19 %) и Таджикистану (27 %)), тогда как в остальном мире она, как правило, в полтора раза ниже. Так, в рассматриваемый период в развивающихся странах Латинской Америки она составила 48,7 %, азиатско-тихоокеанского региона – 46,2 %, Африки южнее Сахары – 41,1 %, с высоким уровнем долга – 40,7 %, а наименее развитых – лишь 39,4 % (см. рисунок 3).

Члены ОЭСР, прежде всего скандинавские страны, имеют не только более высокие относительные показатели общего финансирования систем здравоохранения, но и что особенно важно с учетом их крайне высокой капиталоемкости и технологичности – практически недостижимые для большинства остальных стран мира удельные (т. е. на душу населения) абсолютные показатели, выраженные как в текущих, так и в постоянных ценах. Так, в 2014 г. в среднем по ОЭСР удельные общие расходы на здравоохранение составили 4740 долл. США в текущих ценах, что более чем в 17 раз выше соответствующего показателя остальных стран мира (277 долл. США). При

этом в случае со скандинавскими странами эта разница оказалась еще большей – почти 25 раз, а с Норвегией – почти 35 раз (9522 долл. США). Схожая ситуация имеет место и при оценке удельных общих расходов на здравоохранение по паритету покупательной способности в постоянных ценах 2011 года – их средний уровень по странам, не входящим в ОЭСР, в 2014 году отставал приблизительно в 9 раз от среднего по этой организации и скандинавским странам. Еще более выраженным это отставание оказалось в случае с наименее развитыми государствами – 104 и 149 раз в текущих и 42 и 45 раз в постоянных ценах соответственно от членов ОЭСР и скандинавских стран (рисунок 4).

По общему финансированию систем здравоохранения на душу населения постсоциалистические страны находятся на среднем уровне между членами и не членами ОЭСР, хотя в данном случае очевидна необходимость учета существенной разницы между постсоциалистическими странами, которые входят в ОЭСР и/или ЕС, и остальными (рисунок 5). В частности, у первых 11 стран в 2014 г. соответствующие удельные расходы сложились на среднем



Рисунок 4 – Удельные общие расходы на здравоохранение в 2014 г.
Источник: [17]

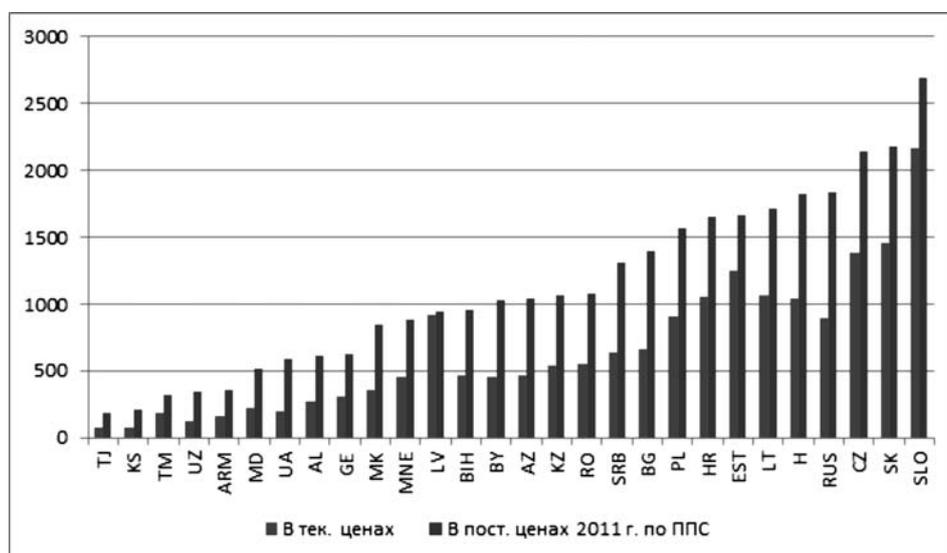


Рисунок 5 – Удельные общие расходы на здравоохранение в постсоциалистических странах в 2014 г.
Источник: [17]

уровне свыше 1100 долл. в текущих ценах и свыше 1700 долл. по паритету покупательной способности, или в 4 и 3 раза выше значений соответствующих общемировых показателей без учета членов ОЭСР. В то же время аналогичные средние значения по оставшимся 17 странам составили всего 347 и 750 долл., превышая соответствующие общемировые значения (без ОЭСР) всего на 25 и 38%.

Существенные различия в удельных общих расходах на здравоохранение определяются в том числе их динамикой. Так, несмотря на более активный рост за 1995–2014 гг. в странах, не входящих в ОЭСР, их отставание от членов этой организации сократилось с 13 до 9 раз, но по-прежнему остается весьма значительным и дает основание предполагать, что при сохранении текущих тенденций для достижения паритета с ОЭСР им понадобится не менее полувека. С большой долей уверенности можно также полагать, что эта перспектива в принципе нереалистична в отношении стран, наиболее уязвимых с точки зрения макроконкурентоспособности. В бывших соцстранах, несмотря на неоднозначное воздействие неолиберальных преобразований на их системы здравоохранения, можно обнаружить наиболее активную динамику соответствующих удельных общих расходов, особенно ярко выраженную в текущих ценах (соответственно в 4 и 8 раз) [17]. Тем не менее для половины из них, у которых к 2014 г. удельные общие расходы сложились на уровне менее 500 долл. США в текущих ценах, вероятность ликвидации практически десятикратного разрыва от среднего уровня членов ОЭСР также не представляется реальной. Аналогичное отставание по паритету покупательной способности (в среднем около 5 раз) в большинстве случаев вполне можно было бы существенно сократить при условии опережающего роста медицинских расходов, прежде всего государственных.

Завершающий этап анализа здравоохранения как фактора макроконкурентоспособности предполагает оценку уровня оплаты труда в этом важнейшем сегменте социальной сферы. Она осложняется отсутствием соответствующих сопоставимых данных не только по странам, не являющимся членами ОЭСР, но и по многим членам самой этой организации, которая, по мнению экспертов Всемирной организации здравоохранения, располагает наиболее полной статистикой по доходам медперсонала [14, р. 3]. Необходимость подобного рода оценки определяется ключевой ролью оплаты труда в обеспечении их профессионализма и мотивации как залога качества всей системы здравоохранения. Соответствующие показатели ОЭСР в связи с этим могут рассматриваться как своеобразные ориентиры при оценке оплаты труда в постсоциалистических системах здравоохранения.

Доступные данные ОЭСР дают возможность оценить уровень компенсации трех категорий медперсонала – специалистов (узких), врачей общей практики и больничных медсестер, что соответствует категоризации Всемирного банка, использованной при оценке обеспеченности медицинскими кадрами [18]. При этом в качестве основного показателя целесообразно рассматривать соотношение среднегодовой заработной платы в каждой из трех категорий к средней по странам с имеющимися данными,

рассчитанное по текущему обменному курсу¹. Данный подход в определенной степени позволяет преодолеть ограничения, связанные с доступностью и сопоставимостью данных по уровню компенсации в национальных системах здравоохранения, по крайней мере в отношении постсоциалистических стран из числа республик бывшего СССР, к которым относится и Беларусь.

Анализ таких соотношений в ОЭСР указывает на довольно высокий уровень оплаты труда ключевых категорий медперсонала у членов этой организации². Так, в отношении терапевтов по 15 членам ОЭСР в последние годы он составил в среднем 235 %, варьируясь от 115 % в Латвии до 535 % в Люксембурге³. В этот же период средний уровень компенсации узких специалистов по 25 членам ОЭСР составил 275 %, варьируясь от 178 % в Норвегии до 430 % в Люксембурге. Наконец, средний уровень оплаты труда вспомогательного медперсонала (акушеров и больничных медсестер) по 29 членам ОЭСР в рассматриваемый период составил 118 %, варьируясь от 91 % в Венгрии до 181 % в Мексике (таблица 3).

В свою очередь средний уровень компенсации работников систем здравоохранения 10 постсоциалистических стран из состава бывшего СССР в 2015–2016 гг. составил всего 76,2 %, варьируясь от 43 % в Азербайджане до 97 % в Грузии (рисунок 6)⁴.

Более низкий общий уровень оплаты труда в национальных системах здравоохранения постсоциалистических стран из состава бывшего СССР можно объяснить высоким уровнем кадровой обеспеченности и преобладанием госкомпонента в финансировании. Действительно, при практически одинаковых с ОЭСР значениях этих показателей нельзя забывать, что доля общих медицинских расходов к ВВП в постсоциалистических странах практически вдвое ниже, что указывает на очевидное недофинансирование, выраженное в том числе в довольно низких удельных расходах в текущих и постоянных (по ППС) ценах.

В качестве примера здесь вновь можно сравнить Беларусь и Швецию. По данным немецкого статистического портала *Statista*, в 2016 г. среднемесячная зарплата в сфере здравоохранения и социального обеспечения скандинавского королевства составляла 30 100 шведских крон, или 3515,8 долл. США по среднегодовому обменному

¹ Возможен также анализ абсолютных значений, но с учетом существенных различий в уровне и стоимости жизни среди членов ОЭСР его научная обоснованность представляется весьма спорной, даже если использовать показатели, рассчитанные по паритету покупательной способности.

² Полученные результаты, однако, не дают возможности судить о соотношении общего уровня оплаты труда в национальных системах здравоохранения без привязки к отдельным категориям медработников к средним зарплатам по членам ОЭСР. Такого рода оценка требует дополнительных многоступенчатых расчетов, целесообразность которых не представляется очевидной исходя из поставленных в настоящем исследовании задач.

³ Как правило, 2016 год, но в некоторых случаях и в более ранние периоды в зависимости от наличия данных.

⁴ Ни в одном из национальных электронных статистических ресурсов не удалось найти данные по уровню оплаты труда ключевых категорий медперсонала; более того, данные по средним зарплатам в здравоохранении в подавляющем большинстве случаев были представлены в одной категории – социальным обеспечением (или деятельностью в социальной сфере), как правило, практически в самом конце соответствующих статистических таблиц.

Таблица 3 – Соотношение заработной платы основных категорий персонала систем здравоохранения отдельных членов ОЭСР к средней по этим странам в период с 2013 по 2016 г.

Страна	Узкие специалисты	Терапевты	Акушерки и медсестры
Австралия	–	–	140,6 ²
Бельгия	–	–	109,6 ¹
Великобритания	334,0	195,0 ²	101,6
Венгрия	217,9 ¹	192,5 ¹	91,3 ¹
Германия	352,8	–	133,7 ²
Греция	245,9 ¹	–	121,3 ¹
Дания	300,8 ³	–	126,1 ³
Израиль	378,8	206,9	148,1
Ирландия	311,1	–	99,0
Исландия	234,3	212,6	96,1
Испания	234,5	208,1	128,2
Италия	246,3	–	105,2
Канада	–	–	109,5
Латвия	187,1 ²	115,1 ²	93,5 ²
Люксембург	429,9 ¹	535,2 ¹	138,0
Мексика	338,2	254,8	180,9
Новая Зеландия	318,0	258,0	121,3
Норвегия	178,3	–	101,0
Нидерланды	332,9 ¹	212,6 ¹	114,7 ¹
Польша	189,6 ²	262,9 ²	128,0 ²
Словакия	234,6 ¹	–	97,7 ¹
Словения	215,6 ¹	217,6 ¹	98,0 ¹
США	–	–	122,3 ¹
Финляндия	261,6	178,5 ¹	93,3 ¹
Франция	268,0	–	114,5 ²
Чехия	254,1	–	106,3 ¹
Чили	361,8	312,2	179,8
Швеция	230,1 ¹	–	–
Эстония	231,7	167,6	109,1
Япония	–	–	111,6 ²
СРЕДНЕЕ	275,5	235,3	117,9

Источники: [11; 18].

Примечание – Данные за 2016 г., за исключением: ¹ 2015 г.; ² 2014 г.; ³ 2013 г.

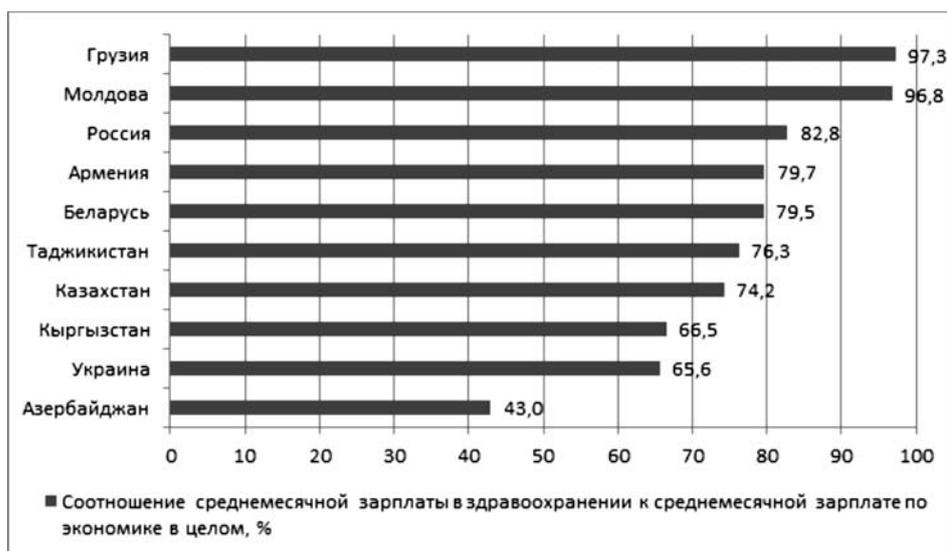


Рисунок 6 – Уровень оплаты труда в системах здравоохранения отдельных постсоциалистических стран

Источник: разработано автором по данным национальных статистических агентств.

Примечание – Данные за 2016 г., за исключением Армении, Молдовы и России (2015 г.).

курсу (8,5613 крон за доллар по данным Риксбанка) [10; 12]. В этом же году среднемесячная зарплата в целом по шведской экономике, по данным ОЭСР, составляла 3900 долл. США в постоянных ценах и по текущему обменному курсу [11]. Таким образом, средний уровень компенсации работников системы здравоохранения и социального обеспечения Швеции в 2016 году равнялся 90 %, что по большому счету сопоставимо с аналогичным показателем в Беларуси – 79,5 % [5, с. 115]. В то же время данные ОЭСР указывают на то, что заработная плата ключевых категорий именно медицинского персонала в Швеции может быть значительно выше средней по стране, если учесть, что уровень компенсации узких медспециалистов (в том числе хирургов) в 2015 г. превышал последний показатель в 2,3 раза (см. таблицу 3)¹.

Несмотря на то что официальных статистических данных об оплате труда ключевых категорий белорусских медиков в открытом доступе найти не удалось², по имеющимся сведениям узкие специалисты, как правило, зарабатывают на уровне или чуть выше средней зарплаты по стране, терапевты – приблизительно на четверть или треть ниже последней, а вспомогательный медперсонал – около половины средней [4]. Относительный уровень компенсации белорусского медперсонала значительно ниже, чем их шведских коллег, хотя бы потому, что в республике на здравоохранение расходуется ровно в два раза меньше относительно ВВП, чем в скандинавском королевстве – 5,69 и 11,93 % соответственно в 2014 г. При этом, по данным Всемирного банка, в капиталистической Швеции государство может играть даже более значимую роль в финансовом обеспечении медицинской сферы, чем в постсоциалистической Беларуси. На это, в частности, указывают данные о долях публичного компонента в общем финансировании здравоохранения – в 2014 г. в Швеции она составляла 84 %, тогда как в Беларуси – только 66 %. Конечно, в определенной степени разница в уровне компенсации может быть вызвана также особенностями распределения и использования имеющихся средств, но если их недостаточно, то об эффективности такой трудоемкой и капиталоемкой отрасли, как современное здравоохранение, говорить сложно, особенно принимая во внимание ее постоянно растущую технологичность.

¹ Довольно низкий уровень компенсации отрасли в целом может объясняться включением в нее данных по оплате социальных работников и занятых на непостоянной основе, в том числе через агентства по найму, которые могут составлять большинство из 750 тыс. занятых в здравоохранении и соцобеспечении, согласно данным национальной статистики [15]. Об этом можно судить хотя бы потому, что, по данным Всемирного банка, на три ключевые категории медперсонала в последние годы приходилось всего 160 тыс. работников, т. е. чуть более 1/5 от общего числа занятых. В то же время в Беларуси эти категории составляли ровно половину занятых в сфере здравоохранения и соцобеспечения [5, с. 92, 174].

² Были изучены соответствующие сборники не только Национального статистического комитета (Труд и занятость, Социальное положение и доходы населения), но и непосредственно Министерства здравоохранения страны, а точнее – государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения». В их официальных статистических сборниках «Здравоохранение в Республике Беларусь» за 2014 и 2015 г. финансовым аспектам отрасли посвящена всего одна (!) таблица на одной странице из 281 – «Расходы на здравоохранение и физическую культуру по государственному бюджету Республики Беларусь» [1]. При этом, кроме двух указанных сборников, других информационных материалов или ссылок в разделе «Цифры. Статистика» официальной интернет-страницы Минздрава просто не было [6].

Заключение

В любом случае пример Беларуси и Швеции, как и результаты соответствующего анализа по членам ОЭСР и бывшим советским республикам с имеющимися данными, указывают на сравнительно низкий уровень оплаты труда медперсонала как одну из главных проблем постсоциалистических систем здравоохранения с точки зрения макроконкурентоспособности. Очевидно, она вытекает из более низкого уровня общих расходов на эту отрасль к ВВП. В то же время по некоторым другим параметрам, выбранным для исследования, постсоциалистические страны, в том числе Беларусь, не только не уступают, но и превосходят членов ОЭСР. Подводя итоги сравнительного анализа ключевых параметров здравоохранения в контексте макроконкурентоспособности, можно сделать следующие выводы.

1. В плане обеспеченности ключевыми категориями медицинского персонала (хирургами, терапевтами и медсестрами) соответствующие показатели по членам ОЭСР представляются не просто высокими, а недостижимыми для большинства остальных стран мира, тогда как для постсоциалистических стран, в том числе Беларуси, это разрыв не просто отсутствует, а имеет обратный характер по двум из трех категорий – хирургам и терапевтам.

2. Более плотное кадровое обеспечение систем здравоохранения членов ОЭСР в свою очередь обусловлено более интенсивным финансированием, ключевую роль в котором играет государство. Например, относительные расходы (% ВВП) на здравоохранение по ОЭСР в среднем в два раза выше, чем по всем остальным странам мира, а доля публичного компонента – в полтора раза выше, чем у наиболее уязвимых с точки зрения макроконкурентоспособности стран мира. У постсоциалистических стран относительные расходы на здравоохранение значительно ниже, чем по ОЭСР, но на 1/7 выше, чем по всем остальным странам мира, и в 1,5 раза выше, чем у наименее развитых стран. В то же время доля публичного компонента в постсоциалистических странах в последние два десятилетия была практически такой же, как и у членов ОЭСР, что, по всей видимости, и позволило поддержать относительно высокий уровень кадрового обеспечения, сложившийся в социалистическую эпоху.

3. Учитывая прежде всего стоимость современного медицинского оборудования и медикаментов, адекватное финансирование здравоохранения в плане макроконкурентоспособности означает не только высокие относительные, но и абсолютные показатели, сравнимые по удельным значениям. Абсолютное преимущество ОЭСР здесь очевидно – в 2014 г. общие удельные расходы на здравоохранение по 35 членам этой организации составили 4739 долл. США в текущих ценах и 4701 международных долл. по ППС, что соответственно более в 17 и 9 раз выше соответствующих показателей остальных стран мира. Удельные показатели общего финансирования систем здравоохранения постсоциалистических стран находятся на среднем уровне между членами и не членами ОЭСР, хотя в данном случае необходимо учитывать существенную разницу между постсоциалистическими странами, которые входят в ОЭСР и/или ЕС, и остальными. В частности, у первых 11 стран в 2014 г.

соответствующие расходы сложились на среднем уровне свыше 1100 долл. США в текущих ценах и свыше 1700 межд. долл. по ППС, или в 4 и 3 раза выше соответствующих общемировых показателей без учета членов ОЭСР. В то же время аналогичные средние значения оставшихся 17 стран составили всего 347 и 750 долл., или в 14 и 6 раз ниже соответствующих показателей ОЭСР.

4. Наряду с обеспечением его технологического потенциала в условиях НТР адекватное финансирование здравоохранения определяет и качество ее кадровой составляющей, в особенности что касается мотивации. Очевидно, она будет тем выше, чем выше уровень компенсации в этой сфере, и здесь результаты проведенного анализа указывают на существенные различия между членами ОЭСР и постсоциалистическими странами из состава бывшего СССР. Так, по 15 членам этой организации в последние годы среднеарифметический уровень оплаты труда соста-

вил 275 % от средней национальной зарплаты по узким специалистам, 235 % по терапевтам, 118 % по акушеркам и больничным медсестрам. В свою очередь средний уровень компенсации работников систем здравоохранения 10 бывших советских республик в 2016 г. составил всего 76 %, варьируясь от 43 % в Азербайджане до 97 % в Грузии. Принимая во внимание практически одинаковые доли публичного компонента в финансировании систем здравоохранения членов ОЭСР и постсоциалистических стран, очевидно, такой разрыв обусловлен не столько ограниченностью бюджетных возможностей, а общим недофинансированием постсоциалистических систем здравоохранения, негативно влияющим на макроконкурентоспособность. Как следствие, для сохранения системного характера и высокого уровня качества постсоциалистических систем здравоохранения целесообразно существенно увеличить их государственное финансирование.

Список использованных источников

1. Здравоохранение в Республике Беларусь: офиц. стат. сб. за 2015 г. – Минск : ГУ РНМБ, 2016. – 281 с.
2. Основные показатели здравоохранения [Электронный ресурс] // Национальный статистический комитет Респ. Беларусь. – Режим доступа: http://www.belstat.gov.by/ofitsialnaya-statistika/solialnaya-sfera/zdravoohranenie_2/ godovye-dannye_13/osnovnye-pokazateli-zdravoohraneniya/. – Дата доступа: 30.10.2017.
3. Пилипенко, И. Конкурентоспособность стран и регионов в мировом хозяйстве: теория, опыт малых стран Западной и Северной Европы / И. Пилипенко. – Смоленск : Ойкумена, 2005. – 496 с.
4. Подсчитаем «сентябрьское» повышение вместе [Электронный ресурс] // Медицинский вестн. [газета Министерства здравоохранения Респ. Беларусь]. – 9 янв. 2015. – Режим доступа: <http://www.medvestnik.by/ru/consultant/view/podschitaem-sentjabskoe-povyshenie-vmeste-12676-2015/>. – Дата доступа: 08.11.2017.
5. Республика Беларусь. Статистический ежегодник – 2017. – Минск : Национальный статистический комитет Респ. Беларусь, 2017. – 506 с.
6. Цифры. Статистика [Электронный ресурс] // Министерство здравоохранения Респ. Беларусь. – Режим доступа: <http://minzdrav.gov.by/ru/static/numbers>. – Дата доступа: 08.11.2017.
7. Ярошевич, В. Критический анализ неолиберальных реформ в бывших социалистических странах / В. Ярошевич // Белорусский экономический журн. – 2007. – № 2. – С. 17–38.
8. Ярошевич, В. Макроконкурентоспособность малой открытой экономики / В. Ярошевич // Вести Института предпринимательской деятельности. – 2017. – № 2. – С. 61–71.
9. Ярошевич, В. Политэкономические аспекты макроконкурентоспособности стран с малой открытой экономикой / В. Ярошевич // Труд. Профсоюзы. Общество. – 2016. – № 4. – С. 39–45.
10. Annual average exchange rates (aggregate) [Electronic resource] // Sveriges Riksbank. – Mode of access: <http://www.riksbank.se/en/Interest-and-exchange-rates/Annual-aggregate-Exchange-rates/?y=2016&m=12&s=Dot#search>. – Date of access: 07.11.2017.
11. Average annual wages [Electronic resource] // OECDiLibrary. – Mode of access: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-employment-and-labour-market-statistics/average-annual-wages_data-00571-en?isPartOf=/content/datacollection/lfs-data-en. – Date of access: 01.11.2017.
12. Average monthly salary in Sweden in 2016, by industry (in SEK) [Electronic resource] // Statista – The Statistics Portal. – Mode of access: <https://www.statista.com/statistics/528634/sweden-average-monthly-salary-by-industry/>. – Date of access: 07.11.2017.
13. Csath, M. The competitiveness of economies: different views and arguments // Society and Economy. – 2007. – Vol. 29, № 1. – P. 87–102.
14. Dr ger, S., Dal Poz, M., Evans, D. Health Workers Wages: An Overview from Selected Countries: background paper prepared for “The World Health Report 2006 – Working Together for Health”, Geneva: World Health Organization, 2006.
15. Employees 16-64 years by industrial classification NACE Rev.2 and year [Electronic resource] // Statistics Sweden. – Mode of access: http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/en/ssd/START__AM__AM0208__AM0208B/YREG61/table/tableViewLayout1/?rxid=eaebb211-63dc-4256-8673-4fd9529c5c4e. – Date of access: 07.11.2017.
16. GDP per capita (current US\$) [Electronic resource] // World Bank. – Mode of access: <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD>. – Date of access: 28.02.2018.
17. Health [Electronic resource] // World Bank. – Mode of access: <https://data.worldbank.org/topic/health?display=graph>. – Date of access: 26.02.2018.
18. Health care resources [Electronic resource] // OECDiLibrary. – Mode of access: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics/oecd-health-data-health-care-resources_data-00541-en?isPartOf=/content/datacollection/health-data-en. – Date of access: 31.10.17.
19. Health expenditure, public (% of total health expenditure) [Electronic resource] // World Bank. – Mode of access: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PUBL>. – Date of access: 28.02.2018.
20. Health expenditure, total (% of GDP) [Electronic resource] // World Bank. – Mode of access: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS>. – Date of access: 26.02.2018.
21. Reinert, E. Competitiveness and its predecessors – a 500-year cross-national perspective: paper for the Business History Conference. – Williamsbourg, USA. – Munich Personal RePEc Archive. – № 48155 [Electronic resource]. – Mode of access: https://mpra.ub.uni-muenchen.de/48155/1/MPPRA_paper_48155.pdf. – Date of access: 04.01.2016.

01.03.2018