

ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА – НАИВЫСШАЯ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ОБЩЕСТВА И ОДИН ИЗ ПРИОРИТЕТОВ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ

И.С.Полоник

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск
НИЭИ Министерства экономики Республики Беларусь, г. Минск

В Республике Беларусь завершается работа по совершенствованию механизма хозяйствования в организациях здравоохранения, разрабатываются и реализуются территориальные программы государственных гарантий медицинского обслуживания населения. В течение 2004 г. полностью внедрены социальные стандарты по бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение на одного жителя, обеспеченности участковыми врачами, аптеками, бригадами скорой медицинской помощи. Отмечается, что сохранение бюджетного финансирования представляется безусловным и необходимым, но вместе с тем должно быть обеспечено эффективное и рациональное использование государственных средств. Решение этой задачи предусматривает реструктуризацию медицинской помощи и перераспределение финансовых ресурсов со стационарной формы ее оказания на амбулаторно-поликлиническую. Размеры финансирования стационарных медицинских организаций следует определять с учетом числа госпитализированных больных, а не числа установленных койко-мест. Система финансирования должна быть ориентирована на конечный показатель – здоровье населения.

Здоровье граждан и нации в целом – основное богатство и достижение государства. Забота о здоровье людей, повышение уровня и качества медицинского обслуживания населения, реструктуризация системы здравоохранения являются важнейшими приоритетами проводимой в стране политики. Основные социальные функции здравоохранения – обеспечение каждому гражданину равного доступа к качественному медицинскому обслуживанию, повышение его эффективности и профилактической направленности, уделяя при этом особое внимание охране здоровья населения, формированию здорового образа жизни, обеспечению стабильности работы организаций здравоохранения и укреплению их материально-технической базы.

В соответствии с Концепцией развития здравоохранения на 2003-2007 гг. в республике формируется рынок медицинских услуг, завершается работа по совершенствованию механизма хозяйствования в организациях здравоохранения, разрабатываются и реализуются территориальные программы государственных гарантий медицинского обслуживания населения. В течение 2004 г. полностью внедрены социальные стандарты по бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение на одного жителя, обеспеченности участковыми врачами, аптеками, бригадами скорой медицинской помощи [1].

Не теряет своей актуальности и проблема финансирования отрасли, в значительной мере определяющая качество и доступность медицинской помощи. Совершенствование системы здравоохранения сдерживалось унаследованной от СССР структурой отрасли, приоритетом развития которой дол-

гое время был количественный рост в ущерб технической оснащенности, обеспечению достойного уровня оплаты персонала и другим аспектам качества медицинского обслуживания. Подобный подход объективно приводил к неэффективному расходованию финансовых средств и нерациональному использованию ресурсов. Сегодня ситуация с финансовым обеспечением организаций здравоохранения улучшилась.

Объемы финансирования отрасли из общих расходов консолидированного бюджета в 2005 г. составили 2,7 трлн руб., в том числе из республиканского бюджета – около 386,5 млрд руб., местных бюджетов – 2,3 трлн руб. Удельный вес расходов консолидированного бюджета на здравоохранение и физическую культуру в ВВП по сравнению с 1990 г. увеличился почти в 2 раза. Уровень общих государственных расходов на здравоохранение в 2004 и 2005 гг. составил 4,5% ВВП против 2,5% в 1990 г., однако по сравнению с 2000 г. их доля несколько снизилась (табл. 1).

Согласно рекомендациям ВОЗ, финансирование отрасли на уровне менее 5% ВВП чревато негативными последствиями для охраны здоровья населения. В перспективе, к 2010 г., ставится задача увеличить долю государственных расходов на здравоохранение до 7% ВВП, что в целом будет приближаться к мировым тенденциям (табл. 2).

Начиная с 2002 г. расширяются объемы инвестиций в здравоохранение: в 2005 г. они увеличились по сравнению с 2000 г. более чем в 3 раза. Однако в общем объеме инвестиций в основной капитал инвестиции на развитие системы здравоохранения остаются незначительными и составляют 3,5%.

Таблица 1

**Доля расходов на здравоохранение в ВВП
и в общих расходах консолидированного бюджета, %**

Показатель	1990 г.	1995 г.	2000 г. ¹⁾	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.
Удельный вес в ВВП							
расходов на здравоохранение и физическую культуру – всего	2,5	4,9	5	5,1	4,9	5	4,8
из них:							
на здравоохранение	2,5	4,8	4,9	5	4,8	4,6	4,5
на физическую культуру	0,02	0,12	0,07	0,09	0,1	0,33	0,34
Удельный вес в общих расходах консолидированного бюджета							
расходов на здравоохранение и физическую культуру – всего	7,5	15,2	14,1	14,5	14,6	14,2	10,9
из них:							
на здравоохранение	7,4	14,9	13,9	14,2	14,3	13,2	10,2
на физическую культуру	0,08	0,37	0,2	0,27	0,3	0,96	0,77

¹⁾ С учетом деноминации.

Источник: Стат. ежегодник / Мин-во статистики и анализа Республики Беларусь, 2000–2005 гг.; Финансы Республики Беларусь, 2003.

Для обеспечения устойчивости и эффективности национальной системы здравоохранения необходим поиск новых решений, способствующих не только рациональному использованию ресурсов, но и привлечению в отрасль дополнительных источников финансирования.

В Беларуси создается новая организационно-экономическая модель развития здравоохранения, предусматривающая финансирование организаций данной отрасли на основе нормативов бюджетной обеспеченности расходов в расчете на одного жителя. Данные нормативы выполняют роль социальных стандартов государственной медицинской помощи. В 2004 г. фактические нормативы составляли от 160,5 тыс. руб. в Минской области до 196,5 тыс. руб. в Минске.

Следует признать, что размер данных нормативов во многом предопределен сложившимся объемом финансовых ресурсов государства, несущего основное бремя расходов на развитие здравоохранения. Вместе с тем, финансовая обеспеченность отрасли не должна зависеть только от возможностей госбюджета. Все более очевидной становится необходимость увеличения внебюджетного финансирования. В 2004 г. уровень внебюджетных средств в общем объеме финансирования отрасли составил около 12%, при этом в общей структуре внебюджетных средств более 60% – это платные услуги.

Система оказания гражданам платных медицинских услуг требует совершенствования. Сегодня в общем объеме платных услуг населению доля услуг здравоохранения составляет 6%, в том числе медицинских – 2,1% (табл. 3).

По состоянию на 1 января 2006 г. в республике оказывали платные медицинские услуги 1195 орга-

низаций, санаторно-оздоровительные услуги – 397. Тем не менее объем реализации платных медицинских и санаторно-оздоровительных услуг пока незначителен и составляет примерно 10-20 долл. США в год на душу населения (рис. 1).



Рис. 1. Объем реализации платных услуг здравоохранения на душу населения

Расходы населения на оплату всех услуг составляют 10-20% общего объема потребительских расходов, из них на медицинские услуги – 2-3% (табл. 4).

Государственная политика в области развития рынка медицинских услуг должна учитывать не только уровень доходов населения, но, прежде всего, основываться на принципе доступности медицинской помощи населению. Каждому члену общества должны быть созданы условия для потребления качественных услуг здравоохранения независимо от их стоимости, однако с учетом социально-биологических потребностей человека.

Совершенствование системы оказания гражданам платных услуг здравоохранения сопряжено с необходимостью одновременного контроля за ростом цен на медицинские услуги [2]. В 2005 г. индекс роста цен платных услуг здравоохранения составил 112,2%, санаторно-оздоровительных – 111,6%. Наи-

более высокими темпами повышались цены на такие услуги, как водолечение, зубопротезирование, лечение алкоголизма; в то же время снизились цены на физиотерапевтическое лечение (табл. 5).

Выручка от реализации платных услуг здравоохранения, оказанных населению частными юридическими лицами, в 2004 г. составила 37,1 млрд руб.

Признавая необходимость расширения платных услуг, нельзя допустить распада социально ориентированной государственной системы здравоохранения. Не должно происходить бесконтрольного замещения медицинской помощи, оказываемой за счет средств бюджета, платными услугами. Для каждой лечебно-профилактической организации (ЛПО) следует определить оптимальные границы платного и "бесплатного" медицинского обслуживания. В перспективе представляется необходимым сформировать базисный пакет "бесплатных" (оказываемых за счет средств бюджета) медицинских услуг.

В качестве первоочередной меры необходимо предусмотреть регулирование объемов бесплатной для населения медицинской помощи и порядка предоставления платной медицинской помощи в государственных ЛПО. Следует ввести в действие механизм финансово обеспеченных заказов на оказание "бесплатной" медицинской помощи для каждой государственной организации здравоохранения. Последняя будет иметь право оказывать платные услуги только при условии выполнения финансово обеспеченного заказа на оказание "бесплатной" помощи. Наиболее важными элементами данного механизма представляются следующие:

- установление для каждой ЛПО объемов медицинских услуг, финансируемых за счет средств бюджета;
- определение мощностей ЛПО, необходимых для реализации государственного заказа;
- обеспечение адекватного учета "бесплатных" и платных услуг по каждой организации здравоохранения;
- мониторинг и оценка выполнения государственного заказа финансирующей стороной;
- применение финансовых санкций за использование государственного имущества для оказания платных услуг при невыполнении государственного заказа;
- установление в каждом регионе Республики Беларусь порядка формирования цен на платные медицинские услуги, оказываемые в государственных организациях здравоохранения;
- обеспечение доступности информации в едином источнике о ценах на платные услуги в разных организациях здравоохранения для обеспечения потребительского выбора.

В настоящее время решается вопрос о создании государственных унитарных предприятий, специализирующихся на оказании платных медицинских услуг населению, в каждом регионе (не менее двух).

Государственные расходы на здравоохранение¹⁾, % ВВП

Страна	1990 г.	2002 г.
Страны СНГ		
Азербайджан	2,7	0,8
Армения	-	1,3
Беларусь	2,5	4,5 ²⁾
Грузия	3,0	1,0
Казахстан	3,2	1,9
Кыргызстан	4,7	2,2
Молдова	4,4	4,1
Россия	2,5	2,2 ³⁾
Таджикистан	4,9	0,9
Туркменистан	4,0	3,0
Узбекистан	4,6	2,5
Украина	3,0	3,3
Страны Евросоюза		
Австрия	5,2	5,4
Бельгия	6,6	6,5
Великобритания	5,1	6,4
Венгрия	-	5,5
Германия	5,9	8,6
Греция	4,7	5,0
Дания	7,0	7,3
Ирландия	4,8	5,5
Испания	5,2	5,4
Италия	6,3	6,4
Кипр	-	-
Латвия	2,7	3,3
Литва	3,0	4,3
Люксембург	5,7	5,3
Мальта	-	-
Нидерланды	5,7	5,8
Польша	4,8	4,4
Португалия	4,1	6,6
Словакия	5,0	5,3
Словения	-	6,2
Финляндия	6,4	5,5
Франция	6,7	7,4
Чехия	4,8	6,4
Швеция	7,6	7,8
Эстония	1,9	3,0

В таблице использованы условные обозначения:

- данные отсутствуют.

¹⁾ По странам мира, кроме Беларуси и России, приведены данные из Доклада ПРООН о развитии человека за 2002 и 2005 гг.

²⁾ За 2004 г.

³⁾ Включая расходы на физическую культуру.

Источник: Беларусь и страны мира: Стат. сборник. - Мн., 2005.

Таблица 3

**Доля платных услуг здравоохранения,
% к общему объему платных услуг через все каналы реализации**

Показатель	1990 г.	1995 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.
Удельный вес услуг здравоохранения в общем объеме платных услуг – всего	3,4	8,2	9,8	9,7	7,9	6,4	6,5	6,0
из них:								
медицинских	1,2	0,8	2,2	2,3	2,5	2,1	2,2	2,1
санаторно-оздоровительных	2,2	7,4	7,6	7,4	5,4	4,3	4,3	3,9

Источник: Платные услуги населению Республики Беларусь / Мин-во статистики и анализа Республики Беларусь, 2000–2005 гг.; Стат. бюллетень за январь-декабрь 2005 г. – Мн., 2006.

Таблица 4

**Расходы населения на оплату услуг здравоохранения,
% общего объема потребительских расходов**

Показатель	1990 г.	1995 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.
Расходы населения на оплату услуг – всего	11,6	10,7	9,8	12,9	16,8	22,0
в том числе:						
здравоохранения – всего	–	7,5	7,0	6,0	5,1	4,7
из них:						
медицинских	–	1,7	5,7	2,6	2,6	2,3
санаторно-оздоровительных	–	5,8	1,3	3,4	2,5	2,4

Источник: Платные услуги населению Республики Беларусь / Мин-во статистики и анализа Респ. Беларусь, 2001–2005 гг.

Таблица 5

**Индексы цен на медицинские услуги,
оказываемые организациями
здравоохранения, % к уровню
предыдущего года**

Медицинские услуги	2004 г.	2005 г.
Диагностические исследования	121,2	102,7
Физиотерапевтическое лечение	100,4	99,5
Лабораторные анализы	112,1	110,0
Зуболечение	123,6	113,7
Зубопротезирование	119,8	114,7
Лечение алкоголизма	105,9	122,3
Грязелечение	100,0	102,1
Водолечение	104,3	118,9

чительно государственное (бюджетное) здравоохранение.

Подушевое финансирование предполагает оказание поддержки организациям здравоохранения первичного уровня в зависимости от численности прикрепленных к ним пациентов, что создает стимулы для активизации профилактической работы и повышения эффективности лечебно-диагностических процедур.

Главное при этом – четко разграничить объемы, источники и порядок финансирования платной и "бесплатной" медицинской помощи. Следует отметить, что практически ни в одной стране не гарантируется бесплатность всех видов медицинской помощи гражданам. Население в той или иной мере участвует в оплате медицинских услуг. Система соплатежей в разных вариантах используется во всех странах с развитой системой общественного здравоохранения.

Сохранение бюджетного финансирования представляется безусловным и необходимым, но вместе с тем должно быть обеспечено эффективное и рациональное использование государственных средств. Решение этой задачи предусматривает реструктуризацию медицинской помощи и перераспределение финансовых ресурсов со стационарной формы ее оказания на амбулаторно-поликлиническую. Что касается стационарных медицинских организаций, то размеры финансирования следует определять с учетом числа госпитализированных больных, а не числа установленных койко-мест.

В комплексе с бюджетным финансированием должно использоваться добровольное, а в долгосрочной перспективе – обязательное медицинское страхование. Несомненно, такая система финансирования является более надежной моделью, чем исклю-

Система финансирования должна быть ориентирована на конечный показатель – здоровье населения. Однако проблема современного механизма финансирования здравоохранения, на наш взгляд, состоит в том, что нормативы бюджетной обеспеченности в большей мере нацелены на количественные показатели и не повышают возможности получения населением полноценной и качественной медицинской помощи.

Основная цель развития здравоохранения – обеспечение различных социальных групп населения широким спектром высококачественных территориально доступных медицинских и санаторно-оздоровительных услуг.

Для ее достижения предполагается решение следующих задач:

- создание современной инфраструктуры рынка медицинских услуг;
- дальнейшая реорганизация системы предоставления медицинской помощи в условиях стационара на основе внедрения стационарозамещающих технологий;

- укрепление материально-технической базы организаций здравоохранения, внедрение прогрессивных медицинских технологий и оборудования;

- развитие системы добровольного медицинского страхования;

- эффективное взаимодействие организаций государственной и частной форм собственности в вопросах становления и развития рынка медицинских услуг.

Решение проблемы повышения качества медицинского обслуживания требует создания системы управления им [3]. Ее формирование должно сопровождаться разработкой и внедрением научно обоснованных стандартов, содержащих основные требования к кадровым, финансовым, материальным ресурсам, а также стандартов лечебно-диагностических, профилактических и других процессов оказания медицинской помощи и повышения ее эффективности, включая рациональное использование имеющихся ресурсов и оптимальное соотношение различных источников финансирования отрасли.

ЛИТЕРАТУРА

1. Здравоохранение в Республике Беларусь. – Минск: РНМБ, 2005.
2. Апарин И. С. Тенденции развития платной медицинской помощи // Экономика здравоохранения. – 2005. – №7.
3. Постоляк Л. А. Управление качеством медицинской помощи – краеугольный камень современной системы управления здравоохранением // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2003. – №4.

Поступила 06.04.2006 г.

НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Ю.Т.Шарабчиев, Т.В.Дудина, А.И.Ёлкина

Белорусский центр медицинских технологий, информатики,
управления и экономики здравоохранения, г. Минск

Становление и развитие правовой медицины в республике подразумевает, что медицинская помощь должна регулироваться не столько отраслевыми инструкциями, стандартами и нормами, сколько нормативными правовыми актами, обязательными к исполнению всеми гражданами, организациями здравоохранения и органами управления независимо от их ведомственной принадлежности. При этом особое значение имеет законодательное обеспечение прав пациентов и медицинских работников и их соотношение с принятыми международными правовыми нормами. Осуществлен анализ действующего республиканского законодательства по здравоохранению, отмечено, что ключевым моментом процесса создания национальной системы законодательного регулирования должна стать разработка Концепции развития и совершенствования нормативно-правовой базы Республики Беларусь в сфере здравоохранения, включающей расширение правового поля, устранение законодательных пробелов, стандартизацию всех процессов оказания медицинской помощи, формирование правового сознания у специалистов и населения. Подготовлен проект Закона Республики Беларусь "О правах пациентов", в котором отражены основные права пациентов (как производные прав человека и гражданина) и условия их реализации.