

ЭКОНОМИЧЕСКИЙ бюллетень



Научно-исследовательского экономического института
МИНИСТЕРСТВА ЭКОНОМИКИ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Основан в 1997 г.

Издается ежемесячно

№ 4 (106) апрель 2006

Главный редактор

С.С. Полоник

Редакционный совет:

Я.М. Александрович – *зам. гл. редактора*, А.В. Богданович,
Г.И. Гануш, В.Г. Гусаков, А.Е. Дайнеко, В.Ф. Иванов, М.К. Кравцов,
Л.М. Крюков, С.Ф. Миксюк, П.Г. Никитенко, В.К. Пестис, Э.И. Петрович,
В.В. Пинигин, В.В. Пузиков, В.В. Решетникова – *отв. секретарь*, Я.И. Рубин,
И.М. Удовенко, К.К. Шебеко, А.П. Шпак

Международный совет:

В. Маевский (Россия), В. Костаков (Россия), М. Долишний (Украина),
Н. Якубовский (Украина), М. Кламут (Польша), В. Коседовский (Польша),
А. Макштутис (Литва), В. Меньшиков (Латвия), Ф. Вельтер (Германия),
Д. Смолбоун (Великобритания)

Экономический бюллетень включен Высшей аттестационной комиссией Республики Беларусь в Перечень научных изданий для опубликования результатов диссертационных исследований.

При перепечатке ссылка на Экономический бюллетень обязательна.

Публикуемые материалы рецензируются.

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ: ОЦЕНКА, ПРОБЛЕМЫ, ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

Полоник И.С.

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 – обеспечить каждому гражданину равный доступ к качественному медицинскому обслуживанию, повысить его эффективность и профилактическую направленность, уделяя особое внимание охране здоровья населения, формированию здорового образа жизни, обеспечению стабильности работы учреждений здравоохранения и укреплению их материально-технической базы.

В соответствии с принятой 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, по обеспеченности врачами общей практики и участковыми врачами, а также аптеками и бригадами скорой медицинской помощи [1. С. 39].

В ходе реформ, проводимых в отечественном здравоохранении, наметились позитивные перемены. Отмечается положительная динамика в отдельных медико-демографических процессах: снизилась младенческая и материнская смертность, общая инфекционная заболеваемость, уровень трудопотерь вследствие временной нетрудоспособности. Уровень младенческой смертности (один из самых низких в СНГ и приближающийся к показателям развитых стран) в 2004 г. составил 6,9‰. Снизился с 24,2 новорожденных на 100 тыс. родившихся живыми в 2000 г. до 17,9 в 2004 г. уровень материнской смертности. Однако этот показатель в Беларуси пока превышает европейский, составляющий не более 10 на 100 тыс. новорожденных.

Обобщающим показателем здоровья населения является ожидаемая продолжительность предстоящей жизни при рождении (ОППЖР). По данным доклада ПРООН «О развитии человека за 2005 год», индекс ожидаемой продолжительности жизни в Беларуси в 2003 г. составил 0,72 и был выше, чем в других странах СНГ (в Туркменистане – 0,62, Казахстане и Таджикистане – 0,64, России – 0,67, Украине и Узбекистане – 0,69). Однако индекс ожидаемой продолжительности жизни в Беларуси значительно ниже, чем в странах Евросоюза,

где он составляет 0,8–0,95. Самый высокий индекс ожидаемой продолжительности жизни в Японии – 0,95, Китае – 0,94, Швейцарии и Исландии – 0,93, Австралии, Канаде, Швеции и Италии – 0,92.

В 2004 г. показатель ОППЖР в республике составил 69 лет, в том числе 75 лет – у женщин, 63,2 года – у мужчин. По сравнению с развитыми странами в Беларуси он на 12–14 лет меньше у мужчин и на 5–6 лет – у женщин.

Медико-демографическая ситуация по-прежнему остается сложной, особенно в сельской местности, где уровень смертности превышает рождаемость в 2,7 раза. Важнейшей проблемой является преждевременная смертность населения, особенно мужчин трудоспособного возраста. По сравнению с 1990 г. смертность мужчин возросла в 1,4 раза и сегодня в 4 раза превышает смертность женского населения.

Основные причины преждевременной смертности населения – это несчастные случаи и травмы, 55% случаев смерти составляют болезни системы кровообращения, в то время как в развитых странах их доля значительно меньше – около 35%. Второй по значимости причиной смерти являются новообразования: их доля в структуре смертности в 2004 г. составила 13,4%.

Тревогу вызывает рост общей заболеваемости населения (рис. 1) и высокий уровень травматизма. За последние 10 лет общая заболеваемость возросла на 18,2% и составила 131 тыс., уровень первичной заболеваемости – 74,2 тыс. на 100 тыс. населения [1. С. 31].

В результате реализации мер, направленных на охрану здоровья граждан, удалось добиться снижения распространенности отдельных инфекционных и паразитарных заболеваний, болезней органов дыхания, эндокринной системы, пищеварения и др.

В последние годы в Беларуси взята под контроль ситуация с распространением туберкулезной инфекции, обозначилась тенденция к ее снижению. Большую роль в стабилизации положения сыграла успешная реализация государственной программы «Туберкулез». Уровень заболеваемости туберкулезом

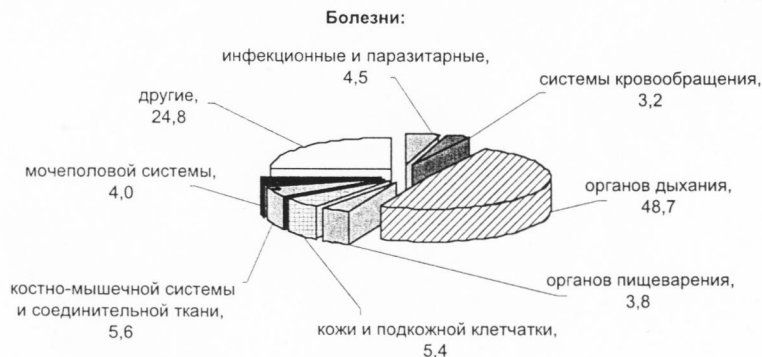


Рис. 1. Структура общей заболеваемости в 2004 г., %

в 2004 г. по сравнению с 2000 г. снизился на 12,1% и составил 55 случаев на 100 тыс. населения.

На протяжении ряда лет сохраняется стабильная ситуация в отношении особо опасных инфекционных заболеваний. Отмечаются единичные случаи заболеваний брюшным тифом, столбняком. В 2002 г. получен сертификат Всемирной организации здравоохранения, который подтвердил искоренение в Республике Беларусь полиомиелита.

В то же время не приостановлен пока рост таких заболеваний, как новообразования, болезни крови и кроветворных органов, психические расстройства и некоторые другие. Большой материальный и нравственный ущерб обществу причиняют пьянство, алкоголизм и наркомания. Число больных алкоголизмом и алкогольным психозом по сравнению с 1995 г. увеличилось почти в 2 раза. В 2004 г. на учете в диспансерах состояли 6129 больных наркоманией.

С наркоманией неразрывно связана проблема ВИЧ-инфекции. По состоянию на 1 января 2005 г. в Беларуси официально зарегистрировано 6263 ВИЧ-инфицированных [1. С. 32]. Для принятия конкретных мер по предупреждению дальнейшего распространения ВИЧ-инфекции среди населения и минимизации ее негативных последствий была разработана Государственная программа профилактики ВИЧ-инфекции на 2001–2005 гг. Программа предусматривала осуществление эпидемиологического мониторинга за ВИЧ-инфекцией; совершенствование медицинских, информационных, образовательных технологий по проблемам ВИЧ/СПИД; оказание социальной и психологической поддержки ВИЧ-инфицированным и больным СПИД.

Важное место в предупреждении заболеваемости отводится профилактическим осмотрам населения в лечебно-профилактических организациях. Ежегодному осмотру подлежат состоящие на диспансерном учете, работающие на вредных производствах, а также дети и подростки до 14 лет. В 2005 г. профилактическими осмотрами было охвачено почти 4 млн чел., или 99,5% населения, подлежащего периодическим осмотрам.

По данным Всемирной организации здравоохранения, среди факторов, влияющих на состояние здоровья населения, до 50% занимают условия и образ жизни. С учетом этого очень важна пропаганда здорового образа жизни в целях изменения отношения населения к своему здоровью. Рациональное питание, соблюдение правил гигиены и санитарии, санаторно-оздоровительные и культурно-спортивные мероприятия, безусловно, будут способствовать укреплению здоровья нации и должны стать приоритетами в формировании здорового образа жизни.

Основным вектором развития системы здравоохранения является повышение качества медицинского обслуживания. Одним из главных направлений решения данной проблемы выступает укрепление материально-технической базы, а также внедрение прогрессивных медицинских технологий, повышение уровня квалификации медицинских кадров. *

В целях обеспечения доступности медицинской помощи населению в республике создана достаточно развитая сеть лечебно-профилактических организаций.

В 2005 г. функционировали 704 больничные и 1983 амбулаторно-поликлинические организации, а также 2709 фельдшерско-акушерских пунктов в сельской местности.

Только в последние годы введены в действие больничные организации на 1055 коек и амбулаторно-поликлинические организации на 870 посещений в смену. Среди них стационар на 450 коек в Гомельском специализированном диспансере, первая очередь межрайонной многопрофильной детской больницы с поликлиникой на 90 коек и 60 посещений в смену в Мозыре, районная поликлиника на 380 посещений в смену и областной психоневрологический диспансер на 60 коек и 75 посещений в смену в Гродно, лечебный корпус Копыльской центральной районной больницы на 100 коек, лечебно-диагностический корпус Минской областной детской клинической больницы на 185 коек в поселке Боровляны Минского района, третий пусковой комплекс поликлиники на 245 посещений в смену в Могилеве.

В 2004 г. введен в действие лечебный корпус кардиологического диспансера на 45 коек в Гомеле, комплекс гинекологического отделения Пинского лечебно-профилактического учреждения на 80 коек. После реконструкции введена поликлиника на 250 посещений в смену в пос. Дружный Пуховичского района, амбулатория на 100 посещений в смену в г.п. Сураж Витебского района и 50 посещений в смену в г.п. Порозово Свислочского района, пристройка к республиканскому детскому кардиохирургическому центру на 20 коек в Минске. В столице завершена реконструкция здания второй детской клинической больницы на 160 коек.

В 2005 г. введены в действие больничные организации на 207 коек, амбулаторно-поликлинические организации на 1282 посещения в смену: второй пусковой комплекс центральной районной больницы на 92 койки в г. Буда-Кошелево, сельская участковая больница на 25 коек и 100 посещений в смену в д. Камень Лепельского района, поликлиника на 240 посещений в смену в пос. Колодищи Минского района, стоматологическая поликлиника на 200 посещений в смену в Гродно. Завершена реконструкция медицинского центра «Экомедсервис» на 210 посещений в смену в Минске.

В республике создана сеть медицинских организаций по оказанию специализированной медицинской помощи (103 диспансера, 222 зубопротезные лаборатории и др.). Приоритетное внимание уделяется оказанию медицинской помощи женщинам и детям (табл. 1).

Таблица 1

Медицинская помощь женщинам и детям

Показатель	1995 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.
Число врачей-акушеров-гинекологов на 10 000 женщин, чел.	4,5	5,0	5,1	5,1	5,2	5,1
Число врачей-педиатров на 10 000 детей в возрасте 0–14 лет, чел.	20,7	23,3	23,9	24,4	24,3	24,9
Число женских консультаций, детских поликлиник и амбулаторий, ед.	770	802	812	791	824	821

Источник: Стат. ежегодник / Мин-во статистики и анализа Респ. Беларусь, 2000–2005 гг.

Медицинское обслуживание детского населения осуществляется 379 детскими поликлиниками и отделениями, помощь женскому населению оказывается в 324 женских консультациях. В Беларуси работают 12 консультаций «Брак и семья» и 6 медико-генетических консультаций.

В целом основная тенденция развития материально-технической базы здравоохранения – рост общего количества амбулаторно-поликлинических организаций при сокращении числа стационаров (на 22% за 1994-2004 гг.). Результатом реструктуризации лечебно-профилактических организаций явилось смещение приоритетов в сторону первичной медицинской помощи. Усиление амбулаторно-поликлинического звена предполагается на основе внедрения стационаро-замещающих технологий, развития сети дневных стационаров в поликлиниках и больницах, стационаров на дому. В 2005 г. при лечебно-профилактических организациях действовало 907 стационаров дневного пребывания; по сравнению с 2000 г. их число увеличилось в 2,5 раза.

Важными показателями обеспечения потребности населения в стационарной помощи являются использование коечного фонда и уровень госпитализации. Уровень обеспеченности больничными койками в Беларуси остается одним из самых высоких и составляет 107,4 на 10 тыс. жителей, в то время как средневропейский показатель – 81 койка на 10 тыс. населения. Число коек в больничных стационарах на 10 тыс. населения в нашей стране на 23% больше, чем в Германии, на 34% – чем во Франции, на 29% – чем в Австрии, почти в три раза больше, чем в Швеции, Дании, Испании, Португалии. Тем не менее Беларусь существенно уступает развитым странам по уровню технической оснащенности и состоянию материальной базы медицинских учреждений. Оснащенность больничной койки медицинским оборудованием у нас в 7–10 раз ниже европейских стандартов. Коек может быть и меньше, но при этом должна быть изменена функциональная структура и повышена техническая оснащенность.

Несмотря на тенденцию сокращения числа больничных коек, уровень госпитализации населения увеличивается. В 2004 г. он составил 267,8 случая на 1000 жителей при социальном стандарте 220 госпитализаций на 1000 жителей. Однако повышение уровня госпитализации в основном обусловлено снижением среднего срока лечения в стационаре. Средняя продолжительность пребывания больного в стационаре сегодня составляет 11,8 дня против 15,3 дня в 1990 г. Возможно, сокращение сроков госпитализации и оправдано, но оно должно сопровождаться внедрением новых технологий и повышением интенсивности лечебно-диагностического процесса. Функции долечивания можно возложить на стационары на дому, для организации которых могут быть привлечены средства добровольного медицинского страхования. В свою очередь, это требует развития в Республике Беларусь добровольного медицинского страхования [2. С. 24].

Беларусь лидирует не только по уровню госпитализации населения, но и по числу обращений к врачам в год. В расчете на одного жителя данный показатель составляет 13,5 (средневропейский – 5–8 посещений). Высокая степень

обеспеченности больничными койками и число посещений врачей свидетельствуют о доступности медицинской помощи для населения, но не решают проблемы качества медицинского обслуживания.

Эффективность развития системы здравоохранения во многом предопределяется обеспеченностью медицинскими кадрами. В Беларуси на 10 тыс. чел. приходится около 46 врачей (табл. 2), тогда как в Австрии – 44, Франции – 40, Швеции – 37 врачей.

В то же время обеспеченность населения средним медицинским персоналом составляет 110,3 чел. на 10 тыс. жителей, что в 2,5 раза ниже уровня развитых европейских стран. Соотношение численности врачей и средних медицинских работников в республике также ниже, чем в высокоразвитых странах. В Австрии и США, например, на одного врача приходится 3,3 средних медицинских работника, тогда как в Беларуси – 2,6. Наблюдаются дефицит персонала, оказывающего первичную медицинскую помощь, избыток специалистов узкого профиля, значительная концентрация медицинских работников в городах при острой их нехватке в сельской местности.

Основными направлениями решения кадровой проблемы являются реорганизация первичной медицинской помощи и формирование категории врачей общей практики, расширение объемов профессиональной подготовки медицинских работников среднего звена. Должны быть ликвидированы диспропорции в подготовке медицинских кадров по различным специальностям на основе целевого их обучения с гарантией последующего трудоустройства. Представляется необходимым разработать прогноз потребности в медицинских кадрах в разрезе регионов в целях координации объемов и профиля подготовки медицинских кадров во всех типах учебных заведений.

Требуется также принятие комплекса мер по стимулированию притока медицинских кадров в сельскую местность и закреплению молодых специалистов. Не менее важная задача – повышение оплаты труда медицинских работников, в первую очередь работающих на уровне первичной медицинской помощи.

Таблица 2

Обеспеченность населения врачами и средним медицинским персоналом

Показатель	1990 г.	1995 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.
Численность врачей всех специальностей, тыс. чел.	39,6	42,7	45,8	44,9	44,8	45,0	45,3
на 10 000 населения, чел.	38,9	42,0	45,9	45,1	45,3	45,7	46,2
Численность среднего медицинского персонала, тыс. чел.	119,9	117,6	122,6	123,2	123,5	117,0	117,3
на 10 000 населения, чел.	117,6	115,5	122,8	123,8	124,8	118,8	119,9

Источник: Стат. ежегодник /Мин-во статистики и анализа Респ. Беларусь, 2001–2005 гг.

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 долгое время был количественный рост в ущерб технической оснащенности, обеспечению достойного уровня оплаты персонала и другим аспектам качества медицинского обслуживания. Подобный подход объективно привел к неэффективному расходованию финансовых средств и нерациональному использованию ресурсов. Сегодня ситуация по финансовому обеспечению 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 г. и 2005 г. составил 4,5% к ВВП против 2,5% в 1990 г., однако по сравнению с 2000 г. их доля несколько снизилась (табл. 3).

Согласно рекомендациям ВОЗ, финансирование отрасли на уровне менее 5% чревато негативными последствиями для охраны здоровья населения. В проекте Программы социально-экономического развития к 2010 г. ставится задача увеличить долю государственных расходов на здравоохранение до 7% к ВВП, что в целом будет соответствовать мировым тенденциям (табл. 4).

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

Таблица 3

**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 Респ. Беларусь, 2000–2005 гг.; Финансы Республики Беларусь, 2003.

в общем объеме инвестиций в основной капитал инвестиции на развитие системы здравоохранения остаются незначительными и составляют 3,5%.

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 объе-

Таблица 4

Государственные расходы на здравоохранение¹⁾, % к 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.

ме платных услуг населению доля услуг здравоохранения составляет 6%, в том числе медицинских – 2,1 (табл. 5).

По состоянию на 1 января 2006 г. в республике оказывали платные медицинские услуги 1195 организаций, 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. 2).

Расходы населения на оплату всех услуг составляют 10–20% от общего объема потребительских расходов, из них на медицинские услуги – 2–3% (табл. 6).

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.

Таблица 5

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 Респ. Беларусь, 2000–2005 гг.; Стат. бюллетень за январь–декабрь 2005 г. Мн., 2006.



Рис. 2. Объем реализации платных услуг здравоохранения на душу населения

Совершенствование системы оказания гражданам платных услуг здравоохранения сопряжено с необходимостью одновременного контроля за ростом цен на медицинские услуги [3. С. 12]. В 2005 г. индекс роста цен платных услуг здравоохранения составил 112,2%, санаторно-оздоровительных – 111,6%. Наиболее высокими темпами повышались цены на такие услуги, как водолечение, зубопротезирование, лечение алкоголизма; в то же время снизились цены на физиотерапевтическое лечение (табл. 7).

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 бесконтрольное замещение бесплатной медицинской помощи платными услугами. Для каждой лечебно-профилактической организации следует определить оптимальные границы платного и бесплатного медицинского обслуживания. В перспективе представляется необходимым сформировать базисный пакет бесплатных медицинских услуг.

В качестве первоочередной меры необходимо предусмотреть регулирование объемов бесплатной медицинской помощи и порядка предоставления платной меди-

Таблица 6

**Расходы населения на оплату услуг здравоохранения,
% от 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 г.

Таблица 7

**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

цинской помощи в государственных лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ). Следует ввести в действие механизм финансово обеспеченных заказов на оказание бесплатной медицинской помощи для каждого государственного учреждения. Последнее имеет право оказывать платные услуги только при условии выполнения финансово обеспеченного заказа на оказание бесплатной помощи. Наиболее важными элементами данного механизма представляются следующие:

- установление для каждого лечебно-профилактического учреждения объемов бесплатной помощи, финансируемых за счет средств бюджета;
- определение мощностей ЛПУ, необходимых для реализации государственного заказа;
- обеспечение адекватного учета объемов бесплатных и платных услуг по каждому учреждению;
- 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 лечебно-профилактических учреждениях;
- обеспечение доступности информации о ценах на платные услуги в разных учреждениях для обеспечения потребительского выбора.

В настоящее время рассматривается вопрос о создании государственных унитарных предприятий, специализирующихся на оказании платных медицинских услуг населению, в каждом регионе (не менее двух). 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 на амбулаторно-поликлиническую. Что касается стационарных медицинских учреждений, 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 исключительно государственное (бюджетное) здравоохранение.

Подушевое финансирование предполагает оказание поддержки медицинским учреждениям первичного уровня в зависимости от численности прикрепленных к ним пациентов, что создает стимулы для активизации профилактической работы и повышения эффективности лечебно-диагностических процедур. Система финансирования должна быть ориентирована на конечный показатель – здоровье населения. Однако проблема современного механизма финансирования здравоохранения, на наш взгляд, 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 стационарной медицинской помощи 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 цивилизованного рынка медицинских услуг.

Решение проблемы повышения качества медицинского обслуживания требует создания системы управления им. 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.

Л и т е р а т у р а

1. *Здравоохранение в Республике Беларусь*. Мн.: РНМБ, 2005.
2. *Постоялко Л.А.* Управление качеством медицинской помощи – краеугольный камень современной системы управления здравоохранением // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. 2003. № 4.
3. *Апарин И.С.* Тенденции развития платной медицинской помощи // Экономика здравоохранения. 2005. № 7.
4. *Концепция развития здравоохранения Республики Беларусь* // Нац. реестр правовых актов Респ. Беларусь. 2003. № 113.

