

ния граждан» устанавливает, что при продолжении работы без получения государственной пенсии после приобретения права на пенсию по возрасту размер пенсии по возрасту увеличивается на 6, 8, 10 и 12 процентов заработка, принимаемого для исчисления пенсии, – соответственно за каждый полный первый, второй, третий и четвертый годы работы, и на 14 процентов такого заработка – за полный пятый и каждый последующий год работы. Но, учитывая среднюю продолжительность жизни и возраст выхода на пенсию, можно сказать, что такой вариант в республике приемлем в основном для женщин, которые живут в среднем почти 78 лет, а на пенсию выходят в 55, и лишь в отдельных случаях – для мужчин, которые уходят на заслуженный отдых в 60, а проживают в среднем 65 лет.

Таким образом, государству необходимо сделать упор на увеличении продолжительности и уровня жизни людей для того, чтобы «расчистить» пространство для принятия реформ в сфере пенсионного обеспечения, а также на развитии непрерывного образования работников и пенсионеров для сохранения и актуализации их профессионализма и увеличения продолжительности трудовой занятости. В результате развитие «серебряной» экономики может дать мощный толчок развитию белорусского общества и увеличению его благосостояния, обеспечив комфортную жизнь и молодым, и пожилым людям.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Development Human Report 2006.-[Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://go.mail.ru/search?fm=1&rf=7993&q=Development+Human+Report+2006>. - Дата доступа: 17.09.2014.
2. Демографический ежегодник Республики Беларусь: статистический сборник.- Мн.: Национальный статистический комитет Республики Беларусь, 2014. - 414 с.
3. Демографический ежегодник Республики Беларусь: статистический сборник. - Мн.: Национальный статистический комитет Республики Беларусь, 2014. - 414 с.

### **ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ: СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ**

**В.Е. Дём**

*Белорусский государственный экономический университет, г. Минск, Беларусь*

**А.А. Круподерова**

*канд. экон. наук, доц., Белорусский государственный экономический университет, г. Минск, Беларусь*

В 2014 году в Республике Беларусь расходы на здравоохранение запланированы в размере 4,2% от валового внутреннего продукта (далее – ВВП). За последние годы наблюдается тенденция возрастания расходов на здравоохранение, причем темп их роста превышает темпы роста общего уровня благосостояния и ВВП.

В финансировании здравоохранения, как и прежде, доминирующими остались государственные средства (77,8%) (рис. 1).

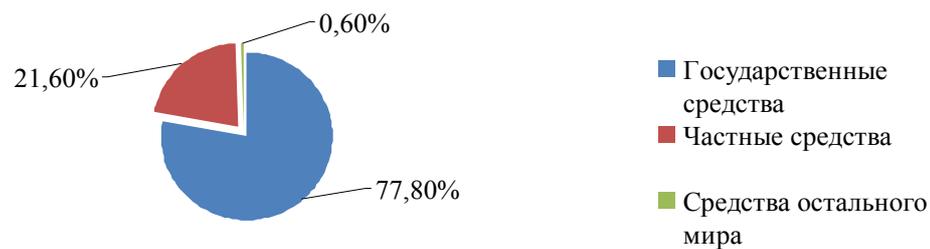


Рис. 1. Распределение расходов на здравоохранение по источникам финансирования

Примечание: Источник [1]

В бюджетном финансировании отрасли здравоохранения выделяются следующие проблемы:

1. Избыточность объемов медицинской помощи.

1.1. За последние годы наблюдается увеличение количества необоснованных посещений врачей. По количеству посещений врачей (12,7 раз в год в расчете на каждого жителя) и уровню госпитализации Беларусь опережает страны СНГ и Европейского Союза (далее – ЕС) [1].

Для решения данной проблемы была введена должность помощника врача (1061 чел.), что привело к некоторому снижению уровня посещаемости. Также в 2014 году увеличилась до 6 часов продолжительность приема участковыми врачами в поликлинике.

1.2. Негативным фактором является избыточное количество необоснованных вызовов скорой медицинской помощи (далее – СМП).

Для решения данной проблемы проводятся мероприятия по организации единой диспетчерской службы в регионах и в г. Минске, которая будет осуществлять консультации по телефону. Проводится работа по оптимизации маршрутов доставки пациентов в зависимости от вида патологии, тяжести заболевания.

Для снижения количества необоснованных вызовов СМП рекомендуем законодательно закрепить за нанимателем обязанность предоставлять работнику в случае его болезни в течение 3 дней освобождение от работы без оформления листка нетрудоспособности в эпидемический период.

2) Ввиду недостаточной укомплектованности штатов сохраняется высокий уровень врачебной нагрузки. Укомплектованность врачами составляет 95,5%, средним медперсоналом – 97% [2].

Для решения данной проблемы разрабатываются проекты по улучшению системы оплаты труда медицинских работников: планируется введение новых идентификаторов качества работы врачей и соответствующей поощрительной системы надбавок в связи с достижением целевых показателей.

Кроме того, для снижения нагрузки персонала поликлиник необходимо снять несвойственные здравоохранению функции (например, работа по опеке и попечительству в отношении несовершеннолетних лиц, признанных недееспособными и ограниченно дееспособными). Чтобы усилить кадровый состав и

улучшить качество оказания медицинской помощи амбулаторным пациентам можно перевести часть врачей-специалистов амбулаторно-поликлинического звена в состав специализированных стационарных отделений крупных централизованных районных больниц (далее – ЦРБ).

3. Отрицательным фактором является нерациональное использование избыточного коечного фонда. В 2012 году в Беларуси на 10 тысяч жителей приходилось 112,7 больничной койки (для сравнения: в России – 92,9, в Австрии – 77, в Латвии – 64) [1].

Необходимо пересмотреть излишнюю специализацию коечного фонда, особенно на уровне ЦРБ. В структуру коечного фонда больничных организаций, которые обслуживают небольшое количество населения (до 20 тысяч), должны входить 6 профилей коек: терапевтические, хирургические, педиатрические, гинекологические, реанимационные и сестринские (паллиативной помощи). Другие профили в этих организациях должны вводиться в зависимости от количества обслуживаемого населения. Помимо этого, для повышения эффективности использования коечного фонда необходимо ввести разделение на койки краткосрочного и длительного пребывания. Кроме того, в случаях, когда в соседних районах выполняются узкоспециализированные операции в небольших количествах, целесообразно создавать межрайонные медицинские центры. Это приведет к оптимальному использованию трудовых и финансовых ресурсов.

Нельзя забывать, что качество жизни пациентов и доля экономических затрат на медицинское обслуживание неразрывно связаны с эффективностью организации работы первичного звена системы здравоохранения - амбулаторно-поликлинических учреждений. Если первичное звено работает неэффективно и пропускает начальный этап болезни, это вызывает увеличение расходов на оказание пациенту дорогостоящей стационарной помощи. В связи с этим в последние годы государство увеличило долю финансирования амбулаторно-поликлинических организаций до 40% от общего объема средств, выделенных на здравоохранение [1].

В организациях здравоохранения одной из главных статей затрат являются затраты на приобретение лекарственных средств и медицинских препаратов. В нашей стране, как и во всем мире, с повышением уровня здравоохранения, увеличиваются расходы на приобретение медикаментов. Существует 4 основные причины непрерывного роста затрат:

- 1) замена старых дешевых медикаментов новыми, более дорогими;
- 2) расширение применения лекарственных средств;
- 3) появление новых лекарственных средств от болезней, для которых ранее не было эффективного или вообще никакого лечения;
- 4) рост цен на существующие медикаменты.

Чтобы оптимизировать затраты на лекарственное обеспечение, государство способствует развитию отечественной фармацевтической промышленности. Удельный вес белорусских препаратов в общем объеме закупок составил в 2013 году 34,4% [2]. Планируется повысить этот уровень до 50% к 2015 году. Однако не все белорусские лекарственные средства оказываются такими же эффективными, как зарубежные прототипы. В связи с этим, целесообразно предоставление пациентам возможности получать иностранные лекарственные препараты за счет собственных средств.

Для развития системы здравоохранения очень важно наличие частного сектора как конкурента государственного сектора. Зачастую менеджеры частных медицинских организаций обеспечивают более качественную оптимизацию рабочих процессов, ведь они несут личную ответственность за успех вверенного им проекта. Кроме того, необходимо развивать государственно-частное партнерство на условиях взаимной выгоды. Государство должно обеспечить инвесторов определенными гарантиями и взять на себя ответственность. Например, в Австрии чаще всего используется такая схема сотрудничества: частный инвестор финансирует строительство и техническое обслуживание объекта. Сам объект переходит в собственность государства по окончании срока финансирования. Врачи и средний медперсонал обычно закреплены за государством, а техническое обслуживание, администрирование, управление – возлагаются на частного партнера. Использование такой схемы приводит к увеличению эффективности работы медицинского учреждения и одновременно уменьшает нагрузку на бюджет. Другой вариант: государство арендует у компании-партнера здание больницы на 15-20 лет со всеми системами жизнеобеспечения, с оборудованием и гарантирует оплату аренды на протяжении нескольких лет. Предусмотрена также возможность последующего выкупа объекта государством.

В ЕС государственные и частные учреждения здравоохранения активно пользуются услугами медицинского консалтинга на подготовительных стадиях – до того, как сформированы стратегические планы и приняты решения. Специалисты консалтинговых компаний проверяют, соответствует ли выбранное заказчиком оборудование задачам, стоящим перед медицинским учреждением, соответствует ли цена оборудования качеству. Медицинский консалтинг необходим для оптимизации жизненного цикла учреждений здравоохранения.

Таким образом, главной задачей, стоящей перед государством на современном этапе развития экономики является не столько наращивание объемов финансирования здравоохранения, сколько обеспечение эффективного использования имеющихся ресурсов. Для оптимизации отрасли необходимо:

- 1) осуществить перепрофилирование и сокращение неэффективно используемого коечного фонда;
- 2) обеспечить укомплектованность организаций здравоохранения необходимыми штатами;
- 3) предоставить большую финансовую самостоятельность руководителям организаций здравоохранения;
- 4) создать условия для качественного развития конкурентоспособного частного сектора в сфере здравоохранения. Осуществлять программы государственно-частного партнерства;
- 5) создать условия для организации качественного планирования, в частности – для функционирования медицинских консалтинговых компаний.

Следует помнить, что в мировой практике не существует совершенной системы финансирования здравоохранения: каждая сочетает в себе как достоинства, так и недостатки. Реформирование отрасли не даст быстрого экономического эффекта, однако в долгосрочной перспективе предполагается положительный результат.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Национальный статистический комитет Республики Беларусь [Электронный ресурс]/ Национальный статистический комитет Республики Беларусь – Минск, 2014. – Режим доступа: <http://www.belstat.gov.by>. – Дата доступа: 21.09.2014.
2. Министерство здравоохранения Республики Беларусь [Электронный ресурс]/ Министерство здравоохранения Республики Беларусь – Минск, 2011 – Режим доступа: <http://minzdrav.gov.by>. – Дата доступа: 21.09.2014.

## КОНЦЕПТУАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ПРОЕКТИРОВАНИЮ ИНТЕГРИРОВАННОЙ ЭКОНОМЕТРИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТРУДОВЫХ РЕСУРСОВ НА ВСЕХ УРОВНЯХ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ

**И.В. Зенькова**

*канд. экон. наук, доц., Полоцкий государственный университет,  
г. Новополоцк, Беларусь*

**А.Д. Дубровина**

*Полоцкий государственный университет, г. Новополоцк, Беларусь*

Для эффективной интеграции стран и интернационализации социально-экономических сфер необходимы уникальные экономические инструменты, адаптированные для различных экономических систем. На фоне оптимизации численности трудовых ресурсов актуализируются эконометрические модели для прогнозирования трудовых ресурсов на всех уровнях экономической системы.

Важнейшая задача экономической науки – анализ и прогнозирование социально-экономических процессов для целенаправленного воздействия на них. Современная наука располагает широким арсеналом соответствующих инструментов, среди которых особое место занимают эконометрические методы, которые призваны помочь осмыслению современной ситуации на рынке труда и выбрать адекватные инструменты для регулирования трудовых процессов [1].

Вопросы достижения сбалансированности рынка труда исследовались многими учеными-экономистами, но до сих пор не решена проблема равновесия эконометрическими методами исследования на всех уровнях экономической системы, начиная с микроуровня.

Специфической особенностью деятельности экономиста является работа в условиях недостатка информации и неполноты исходных данных. Анализ такой информации требует специальных методов, которые составляют один из аспектов эконометрики. Эконометрические методы оценивания применяются, когда зачастую в наличии имеется лишь ограниченный массив данных за один период времени. Эконометрические модели и методы сейчас – это не только мощный инструмент для получения новых знаний в экономике, но и широко применяемый аппарат для принятия практических решений в прогнозировании. Развитие информационных технологий и специальных прикладных программ, совершенствование