

УДК 338:61

**СОСТОЯНИЕ И ТЕНДЕНЦИИ ТРАНСФОРМАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
В УСЛОВИЯХ БЕЛОРУССКОЙ МОДЕЛИ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ****О.А. ВАКУЛЬСКАЯ***(Брестский государственный технический университет)*

Приведены результаты анализа состояния национальной системы здравоохранения, выявлены ее сильные и слабые стороны. Наметившиеся положительные тенденции в сфере сохранения и укрепления здоровья в целом свидетельствуют об эффективности используемых специалистами форм и методов работы по формированию здорового образа жизни. Проводимые мероприятия по формированию здорового образа жизни и пропаганде гигиенических знаний становятся более востребованными со стороны населения. Исследованы основные модели организации управления и финансирования здравоохранения в разных странах. Проанализирован мировой опыт реформирования системы здравоохранения и с его учетом предложен вариант совершенствования белорусской модели здравоохранения в условиях особенностей социально-экономического развития Республики Беларусь. В ходе реформ, осуществляемых в отечественном здравоохранении, четко наметились позитивные перемены – обеспечена стабильная работа отрасли, ряд показателей деятельности, непосредственно регулируемых здравоохранением, поддерживается на лучшем уровне среди стран СНГ.

Введение. Сложившаяся в Республике Беларусь социально-политическая ситуация, связанная с переходом к рыночным отношениям, обуславливает необходимость осуществления комплекса мер по совершенствованию социальной сферы. Главная цель государственной социальной политики – развитие потенциала личности, семьи, населения страны в целом, что предполагает создание условий для полноценного воспроизводства и развития каждым человеком своих способностей, обеспечение возможностей для трудовой и духовной самореализации. Важная роль в этом направлении принадлежит системе здравоохранения, основными задачами которой являются:

- повышение качества и доступности медицинской помощи населению;
- повышение эффективности деятельности профильных учреждений;
- пропаганда здорового образа жизни среди населения страны.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рассматривает потребности в области здравоохранения как «совокупность слагаемых множества комплексных факторов, отражающих не только медицинские аспекты охраны здоровья, но и непосредственно связанные с ними социально-экономические проблемы: образ жизни и привычки, сопряженные с риском для здоровья; проблемы эмоционального характера и родственные им; сексуальное и репродуктивное здоровье; биологические и медицинские проблемы» [1].

Основная часть. Рассмотрим сильные и слабые стороны существующей национальной системы здравоохранения в Республике Беларусь, исходя из данной модели – т.е. проанализируем текущее положение дел в системе охраны здоровья.

В ряде исследований приводится статистика работы системы национального здравоохранения за 2000 – 2005 годы. Так, за последние годы отношение значительной части населения (44,1 %) к своему здоровью изменилось и стало более внимательным и заботливым. У большей части населения (72,9 %) существует мнение, что сегодня модно вести здоровый образ жизни. Повысилась заинтересованность в информации по вопросам сохранения и укрепления здоровья. Интерес и стремление населения к получению знаний и информации по вопросам здоровья можно рассматривать в качестве индикатора актуальности для населения Республики Беларусь проблем здоровья и мотивации к здоровому образу жизни.

Значительная часть населения не только осознает ценность здоровья, но и предпринимает конкретные действия с целью его сохранения. Благодаря осуществлению целого комплекса мероприятий доля курящего населения снизилась на 7,3 % (с 41,6 % в 2001 году до 34,3 – в 2004 году), в том числе среди женщин на 4,3 % (с 19,7 до 15,4 %), мужчин – на 7,3 % (с 64,1 до 56,8 %) [3].

Наметившиеся положительные тенденции в сфере сохранения и укрепления здоровья в целом свидетельствуют об эффективности используемых специалистами форм и методов работы по формированию здорового образа жизни.

Проводимые мероприятия по формированию здорового образа жизни и пропаганде гигиенических знаний становятся более востребованными со стороны населения.

При всей важности и значимости материально-технической базы здравоохранения ее состояние в настоящее время в Беларуси, равно как в России и ряде стран СНГ, не может быть признано удовлетворительным. Налицо такие негативные явления, как ее старение, несоответствие значительной части зданий и сооружений медицинского назначения санитарно-техническим нормам, износ коммуникаций и др. Оснащение ЛПО республики медицинской техникой и оборудованием заметно отстает от средневро-

пейского уровня. Недостаток материальных средств затрудняет приобретение за рубежом современной аппаратуры для научной и практической медицины. Проявления неудовлетворительного материально-технического оснащения наблюдаются практически во всех сферах здравоохранения [2].

Действующими целевыми программами и законодательством Республики Беларусь в области здравоохранения предусматривается реализация комплекса мер по улучшению материально-технической базы организаций здравоохранения, переоснащению их современным оборудованием, развитию медицинской промышленности. По оценкам ВОЗ, для обеспечения своей безопасности и развития каждое независимое государство должно удовлетворять потребности здравоохранения в лекарствах, медицинской технике и оборудовании не менее чем на 60 – 70 % за счет собственного производства. Для Беларуси, имеющей тесные экономические связи с Россией, этот показатель можно уменьшить в 2 – 2,5 раза, т.е. в республике должно производиться около 30 – 35 % необходимого оборудования (примерно 1800 – 2000 видов медицинской аппаратуры).

Помимо материально-технического переоснащения организаций здравоохранения необходимо решать задачи пересмотра нормативных документов по данному вопросу с учетом используемых в настоящее время и перспективных медицинских технологий. В современных социально-экономических условиях главной задачей деятельности организаций здравоохранения является обеспечение государственных гарантий населению в области медицинского обслуживания. Государственные гарантии представляют собой систему социальных стандартов и норм в области здравоохранения и определены Законом Республики Беларусь «О государственных минимальных социальных стандартах». К ним, в частности, относятся нормы и нормативы материально-технического обеспечения в государственных организациях здравоохранения.

Для преодоления имеющихся недостатков в материально-техническом обеспечении организаций здравоохранения прежде всего необходимо улучшение координации медицинской и технических отраслей науки в республике. Однако, несмотря на всеобщее признание значения медико-технического обеспечения реформы и государственных гарантий в области охраны здоровья населения, научные исследования этого вопроса в доступной литературе носят фрагментарный характер и не дают комплексного представления о путях оптимизации материально-технического обеспечения здравоохранения. Между тем научно обоснованная стратегия планирования и управления системой материально-технического обеспечения социального заказа по оказанию медицинской помощи является важнейшей составляющей стратегии реформирования здравоохранения. Она предназначена для того, чтобы сбалансировать запросы населения, интересы государства, соотношение расходов на внедрение и поддержание относительно дешевых диагностических, лечебных и реабилитационных технологий, с одной стороны, и дорогостоящей аппаратуры – с другой, экстенсивное наращивание технологических мощностей медицинского назначения и интенсивное использование их на основе кооперации, координации, контроля и экономической оценки результатов работы.

На данный момент уровень материально-технического обеспечения здравоохранения следует все-таки отнести к слабым сторонам здравоохранения Беларуси. Хотя несомненным и неоспоримым является тот факт, что в последние годы в этом направлении имеются значительные успехи.

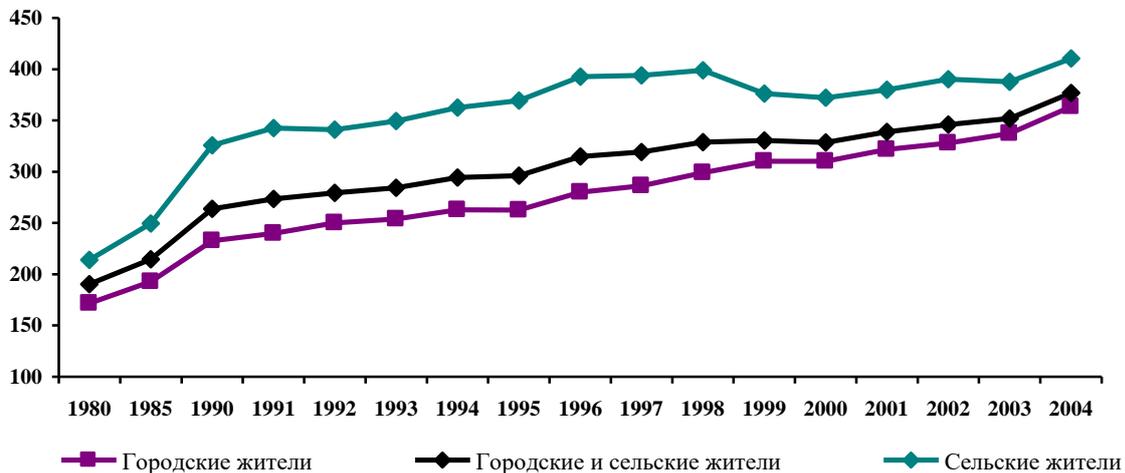
Сильной стороной системы охраны здоровья в стране является *повсеместная распространенность учреждений здравоохранения в республике*. В 2005 году из числа амбулаторно-поликлинических организаций системы Минздрава медицинская помощь населению оказывалась в 717 самостоятельных (необъединенных) поликлиниках и амбулаториях, 511 поликлинических отделениях больниц и роддомов, 53 врачебных здравпунктах, 77 стоматологических поликлиниках и 103 диспансерах. Только в 2004 году число ЛПО системы Минздрава увеличилось на 83 самостоятельных поликлиники, в то же время было сокращено 90 поликлинических отделений в составе больниц и роддомов и 5 диспансеров [3].

Важнейшим приоритетом в деле сохранения здоровья нации является *улучшение экологической обстановки*. Дело в том, что Республика Беларусь имеет особую специфику в данной области, по сравнению с другими странами мира. Наша страна сильно пострадала от катастрофы на Чернобыльской АЭС. Поэтому при прочих равных условиях Беларусь последние 20 лет и ближайшие 50 – 100 лет будет иметь большие проблемы со здоровьем населения, чем другие государства. Сегодня состояние экологической обстановки и ее постоянный мониторинг – важнейшие задачи для системы здравоохранения, учитывая большую зараженность территории страны радионуклидами, опасными для здоровья. Проблеме воздействия радиации на здоровье населения страны посвящены десятки и сотни исследований. Безусловным и неоспоримым фактом является то, что катастрофа на ЧАЭС оказала сильнейшее негативное влияние на общее состояние здоровья населения (рисунков).

Самым неприятным является тот факт, что системе здравоохранения приходится лишь констатировать последствия такого влияния. Радиоактивные вещества распадаются столетиями. И все эти столетия они негативно будут воздействовать на здоровье белорусских граждан. Данные вещества нельзя собрать и захоронить в одном определенном месте. Здравоохранение страны лишь борется с последствиями их влияния. На это из бюджета с 1990 по 2006 годы были выделены колоссальные средства [4].

Для повышения качества жизни проводятся прочие мероприятия по охране окружающей среды:

- снижение выбросов в атмосферу и водоемы;
- утилизация отходов производства, вредных и ядовитых веществ, исчерпавшей свои ресурсы техники;
- снижение потребления озоноразрушающих веществ;
- осуществление комплекса мер по радиационной безопасности населения;
- улучшение условий и охрана труда.



Заболееваемость населения Республики Беларусь злокачественными новообразованиями (на 100 тыс. населения)

Источник. Официальный статистический сборник Министерства здравоохранения Республики Беларусь за 2004 год. Минск, 2005.

В целях обеспечения взаимодействия систем наблюдения за состоянием окружающей среды, оценки и прогноза ее изменений под воздействием природных и антропогенных факторов создана Национальная система мониторинга окружающей среды в Республике Беларусь.

Экологическая ситуация спустя 20 лет после Чернобыльской катастрофы и необходимость ликвидации ее медицинских последствий потребовали проведения многолетнего динамического наблюдения за состоянием здоровья пострадавшего населения путем специализированной диспансеризации, благодаря которой удалось стабилизировать первичную заболеваемость детского и взрослого населения, внедрить скрининг заболеваний щитовидной железы. Основные задачи по минимизации медицинских последствий катастрофы на ЧАЭС возложены на Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека в г. Гомеле.

Учитывая фактическую невозможность системы здравоохранения эффективно бороться с последствиями экологического загрязнения от катастрофы на ЧАЭС, экологическая ситуация в стране создает огромное количество проблем действующей национальной системе охраны здоровья. Это слабая сторона белорусского здравоохранения, которая останется таковой еще на многие годы. Ведь именно экологическое радиоактивное загрязнение – источник многочисленных болезней и смертей значительной части населения страны.

Обеспеченность отрасли медицинскими кадрами определяет эффективность функционирования системы здравоохранения. В 2004 году в Республике Беларусь работали 45281 врачей с учетом всех ведомств (2003 год – 45027), из них 40483 врача – в системе Министерства здравоохранения (89,4 %).

Приведем более подробную статистику. Обеспеченность населения Беларуси врачебными кадрами (без зубных врачей) в системе Министерства здравоохранения в 2004 году составила 41,3 врача на 10 тыс. населения (2003 год – 41,0). Выше среднереспубликанского уровня обеспеченность населения врачебными кадрами в г. Минске – 62,9 на 10 тыс. населения (2003 год – 64,2) и Гродненской области – 45,5 (2003 год – 45,2). Самый низкий показатель был в Минской области – 31,5 на 10 тыс. населения (2003 год – 30,8).

В 1994 году был зарегистрирован самый большой выпуск врачей в Республике Беларусь – 1884 человека, а к 2004 выпуск уменьшился на 28,4 % и составил 1321 человека.

Укомплектованность врачебных должностей в медицинских организациях системы Минздрава в целом по Беларуси в 2004 году составила 94,5 % (2003 год – 94,4 %). Выше среднереспубликанского

уровня показатель укомплектованности врачебных должностей в медицинских организациях Могилевской (98,5 %) и Витебской (96,2 %) областей.

В 2004 году в организациях системы Минздрава работали 108079 специалистов со средним медицинским образованием. Обеспеченность населения специалистами со средним медицинским образованием составила 110,3 на 10 тыс. населения (2003 год – 109,7). С 1994 года обеспеченность средним медицинским персоналом возросла на 2,5 %.

Укомплектованность средним медицинским персоналом в 2004 году составила 98,0 % (2003 год – 97,9 %). Выше среднереспубликанского уровня показатель укомплектованности был в медицинских организациях Могилевской (99,6 %) и Витебской (99,1 %) областей.

Соотношение врачей и средних медицинских работников в организациях системы Минздрава в 2004 году было 2,7 (2003 год – 2,7) [3].

Таким образом, в течение последних 10 лет обеспеченность населения Беларуси врачами и специалистами со средним медицинским образованием увеличилась. При этом рост числа врачей опережает рост количества средних медработников, а их соотношение не является оптимальным. Отмечается дефицит персонала, оказывающего первичную медицинскую помощь, избыток специалистов узкого профиля с чрезмерной концентрацией медицинских работников в крупных городах и недостаточной обеспеченностью медицинскими кадрами сельского населения.

Мы живем в XXI веке – веке информационных технологий, новейшего медицинского оборудования, биотехнологий, мощнейших средств обработки информации. Во всех этих достижениях современной науки – ключ к лечению многих болезней, спасению жизни граждан страны. Поэтому современное белорусское здравоохранение все большее внимание уделяет *организационным технологиям*, непосредственно связанным с решением управленческих проблем и организацией работы.

Разработка организационных технологий – сложный процесс, требующий соблюдения определенных условий. Прежде всего необходимо обязательное наличие солидной информационной базы данных, касающихся различных аспектов деятельности. Предварительно должен быть проведен тщательный анализ существующей ситуации в целях подготовки научного обоснования потребности в совершенствовании организационных технологий.

Для совершенствования системы здравоохранения и решения организационных и управленческих проблем назрела необходимость разработки *Государственной программы информатизации здравоохранения Республики Беларусь*, предусматривающей решение задач по различным аспектам этой комплексной проблемы: разработка и внедрение единой информационно-аналитической системы сбора и обработки статистической информации, электронной истории болезни, паспорта пациента, системы стандартов для медицинских информационных систем, развитие телемедицины и др.

Таким образом, низкая информатизация здравоохранения Беларуси – слабая сторона отрасли.

Занесем результаты анализа в две итоговые таблицы, представляющие слабые и сильные стороны здравоохранения (табл. 1, 2).

Таблица 1

Сильные стороны системы здравоохранения Республики Беларусь

Сильные стороны здравоохранения	Описание
Профилактика здорового образа жизни	Массовая пропаганда здорового образа жизни охватила все СМИ, в том числе и телевидение, радио, прессу, рекламу на улицах. Идет постоянное информирование населения об основных проблемах, связанных с ЗОЖ, последствиях несоблюдения ЗОЖ и т.д. В обществе происходит процесс осознания значимости здоровья. На сегодняшний день рейтинг здоровья является самым высоким среди 22 жизненных ценностей белорусов. 86,9 % опрошенных отметили его в числе пяти наиболее важных жизненных ценностей
Эффективное решение проблем полноценного здоровья семьи и поддержки некоторых слоев населения (женщины, дети, пожилые люди)	В стране постоянно проводится работа по укреплению семьи, повышению ее роли и престижа в обществе; совершенствованию системы адресной помощи малообеспеченным семьям, поддержке семей, имеющих детей-инвалидов
Взаимодействие системы здравоохранения с системой образования, другими отраслями, общественными организациями, СМИ	Вопросы формирования ЗОЖ включены в учебные программы и годовые планы учебно-воспитательных учреждений. Продолжает развиваться взаимодействие и сотрудничество организаций здравоохранения с общественными и религиозными организациями, СМИ

Повсеместная распространенность учреждений здравоохранения в республике (сеть)	На начало 2006 года: 717 самостоятельных (необъединенных) поликлиник и амбулаторий, 511 поликлинических отделений больниц и роддомов, 53 врачебных здравпункта, 77 стоматологических поликлиник и 103 диспансера
--	--

Таблица 2

Слабые стороны системы здравоохранения Республики Беларусь

Слабые стороны здравоохранения	Описание
Экологическая обстановка	Здравоохранение не может чисто физически воздействовать на состояние окружающей среды, особенно на главную проблему Республики Беларусь – загрязнение после катастрофы на Чернобыльской АЭС. Опасные радионуклиды будут и в ближайшие десятилетия пагубно влиять на здоровье граждан Беларуси
Борьба с социально значимыми и социально обусловленными болезнями (наркомания, ВИЧ\СПИД, алкоголизм, курение)	Несмотря на эффективную пропаганду, борьба с данным негативным фактором остается малоэффективной, так как статистика за последние 15 лет показывает, что количество больных указанными болезнями постоянно увеличивается. Вероятно, одной пропаганды мало – нужно использовать и другие методы борьбы с социальными болезнями и недугами и отрицательными явлениями
Материально-техническая база здравоохранения	Необходимы: паспортизация и формирование регистра организаций здравоохранения республики по разделу «Основные фонды»; организация мониторинга состояния зданий, сооружений, коммуникаций, техники, оборудования и прочих активов материально-технической базы отрасли. Это является эффективным механизмом оптимизации и совершенствования ее ресурсного обеспечения
Обеспеченность отрасли медицинскими кадрами	Рост числа врачей опережает рост количества средних медработников, а их соотношение не является оптимальным. Отмечается дефицит персонала, оказывающего первичную медицинскую помощь, избыток специалистов узкого профиля с чрезмерной концентрацией медицинских работников в крупных городах и недостаточной обеспеченностью медицинскими кадрами сельского населения
Уровень информатизации здравоохранения	На данный момент наблюдается полное отсутствие: единой информационно-аналитической системы сбора и обработки статистической информации; электронной истории болезни, паспорта пациента, системы стандартов для медицинских информационных систем, развитие телемедицины
Ограниченность финансовых средств и различия в возможностях оказания медицинской помощи в разных ЛПО	В связи с этим возникает необходимость дифференцированного подхода к формированию и выполнению требований стандартов качества медицины
Убыточность отрасли	Если во многих развитых странах мира здравоохранение – одна из высокоприбыльных отраслей деятельности, то в Беларуси – это дотационная отрасль, которая существует лишь благодаря посильной поддержке государства. Малая возможность получения дохода приводит к проблемам в обеспеченности ресурсами, низкой мотивации сотрудников здравоохранения в результате, неприятие модели оказания медицинской помощи населением

Анализируя таблицы 1 и 2, можно сделать следующие выводы. В ходе реформ, осуществляемых в отечественном здравоохранении в 1990 – 2005 годах, четко наметились позитивные перемены – обеспечена стабильная работа отрасли, ряд показателей деятельности, непосредственно регулируемых здравоохранением, поддерживается на лучшем уровне среди стран СНГ.

Завершен эксперимент по совершенствованию механизма хозяйствования в организациях здравоохранения. Полученный опыт внедряется в масштабе республики. Произошли структурные изменения объемов медицинской помощи в сторону конкретизации ее в стационарных и расширения в амбулаторно-поликлинических организациях; создан рынок медицинских услуг, на котором в настоящее время имеются как бесплатные, так и платные услуги, а значит, у пациентов появился выбор. Вместе с тем остается сложной медико-демографическая ситуация. В первую очередь это связано с низким финансовым обеспечением отрасли, с низкой степенью информатизации, малой эффективностью в работе по многим направлениям и т.д. Безусловно, в ближайшей перспективе необходимо принимать кардинальные меры по изменению текущей ситуации. Отрасль находится в относительно стабильном положении и есть все предпосылки для резкого скачка вперед.

Последнее десятилетие здравоохранение Республики Беларусь идет по пути реформ. Реформирование отрасли, как и любой другой сложной системы, требует глубокой проработки, системного мышле-

ния, необходимости учитывать международный опыт. Изучение сложившихся в разных странах мира систем здравоохранения позволит не только учесть преимущества, но и проанализировать возникающие новые проблемы и рассмотреть возможные пути их преодоления.

В разных странах существуют разные системы здравоохранения и много подходов к классификации этих систем. основополагающим фактором во многих классификациях авторы определяют источники финансирования.

Мы остановимся на классификации экспертов Всемирной организации здравоохранения – S. Hakansson, B. Majnoni, D'Intignano, G.H. Money, J.L. Roberts, G.L. Stoddart, K.S. Johansen, H. Zollner. В данной классификации различается три первичных типа систем здравоохранения:

- 1) государственная, или система Бевериджа. Названа по имени Лорда Бевериджа – политического деятеля Великобритании, который в 1948 году осуществил реформу системы здравоохранения;
- 2) система, основанная на всеобъемлющем страховании здоровья, или система Бисмарка (Бисмарк – канцлер Германии, в 1883 году ввел законодательным путем обязательное страхование здоровья);
- 3) негосударственная, рыночная, или частная, система здравоохранения.

Таблица 3

Сравнительная характеристика систем здравоохранения

Основные характеристики системы	Государственная система здравоохранения (система Бевериджа)	Система, основанная на всеобъемлющем страховании здоровья (система Бисмарка)	Негосударственная частная, или рыночная, система здравоохранения
Источники финансирования	Государственный бюджет	Взносы на обязательное страхование (внебюджетные средства)	Прямые платежи потребителей медицинских услуг (граждан)
Управление	Профессиональные работники здравоохранения	Осуществляется в большинстве своем страховыми организациями (фондами, кассами)	Профессиональные работники здравоохранения
Планирование	Централизованное	Децентрализованное, осуществляется слабо, особенно долгосрочное, в связи с особенностью организации системы	Недостаточно развитое планирование со стороны государства
Контроль	Осуществляется государством в лице профессиональных работников здравоохранения	Контроль за качеством помощи и расходами осуществляется страховыми организациями	Слабый контроль со стороны государства, в основном контроль осуществляется самим пациентом
Административные расходы на здравоохранение	Достаточно низкие	Высокие	Достаточно низкие
Использование средств на здравоохранение	Экономное, часто недофинансирование остаточный принцип финансирования	Дорогостоящая система, систематическое удорожание медицинских услуги, соответственно, увеличение расходов	Недостаточное использование ресурсов здравоохранения, в частности кадрового потенциала, что компенсируется высокой стоимостью медицинских услуг
Оплата труда медицинских работников	Низкая	Высокая	Высокая
Свобода выбора пациента	Ограничена в части выбора врача и медицинского учреждения, и в части возможности выбора условий госпитализации – «гостиничных услуг»	Свобода выбора страховых организаций, широкий спектр «гостиничных услуг»	Широкий выбор услуг, соответствующий личным предпочтениям пациента во всём
Доступность помощи для пациентов	Разные возможности у разных социальных групп (привилегия). Для различных территорий страны, в зависимости от близости территории к столице, крупным городам	Разные возможности для различных территорий страны, в зависимости от состоятельности территории. 5 – 10 % населения вообще остаются не охваченными системой	Недоступность для неимущих и малообеспеченных слоев населения
Приоритетные направления финансирования	Вторичная помощь, слабо развита система оказания первичной помощи и укрепления здоровья	Вторичная помощь, мало внимания уделяется профилактическим мероприятиям, мерам по общей охране здоровья населения	Вторичная помощь, недостаточное внимание оказывается профилактике заболеваний, оказанию помощи на дому
Конкуренция на рынке медицинских услуг	Слабо развита	Широко развита конкуренция между страховыми организациями (фондами и службами)	Сильно развитая конкуренция

Необходимо отметить, что ни в одной из стран данные системы в «чистом виде» не существуют. Они сосуществуют одновременно, причем соотношение систем в каждой стране индивидуально. Однако преобладание того или иного типа системы условно можно отнести к странам с государственной системой здравоохранения: бывший СССР, Великобритания, Греция, Португалия и др. К странам со страховой системой – Германию, Италию, Нидерланды, Францию и др. Но ни в одной из стран, по мнению экспертов, в настоящее время не имеется чисто рыночной системы здравоохранения.

Представляется необходимым для дальнейшего изложения сопоставить вышеуказанные системы, выявив некоторые достоинства и недостатки, присущие каждому типу системы.

Как видно из представленной таблицы 3, ни одна из систем не идеальна. При наличии определенных достоинств каждая система характеризуется и недостатками. Причем система оплаты труда врачей напрямую зависит от устройства здравоохранения в стране. Возвращаясь к отечественному опыту прошлых лет можно отметить, что при существовавшей в нашей стране системе государственного здравоохранения медицинские работники были не заинтересованы в конечных результатах своего труда. Система управления здравоохранением характеризовалась жесткой регламентацией финансов, штатов, заработной платы и т.д. Оплата труда врачей составляла мизерные суммы по отношению к возложенной на них ответственности.

Независимо от того, какая система здравоохранения сложилась в стране, главной проблемой в любой системе является увеличение объема финансирования отрасли.

В настоящее время в разных странах сложилась индивидуальная система здравоохранения с различными источниками финансирования отрасли. Однако во многих странах присутствует страхование здоровья. Так, в Канаде – стране с государственной системой финансирования здравоохранения – страхование здоровья осуществляется за счет средств бюджета. В США обязательному страхованию здоровья подлежат пожилые люди после 65 лет и категория бедных (неимущих) людей, при этом финансирование этих двух программ осуществляется совместно правительством страны и частично самими застрахованными.

Важнейшая концепция, обеспечивающая необходимость государственной службы и государственного контроля в здравоохранении, заключается в том, что свободный рынок, часто почему-то ошибочно считающийся саморегулируемым и наиболее эффективным способом достижения подъема отрасли, просто непригоден для системы здравоохранения.

Это связано с тем, что рынок в здравоохранении имеет целый ряд специфических особенностей, так как он не соответствует принятым определениям рынка, это особый рынок, особенность его в следующем.

А. Для существования свободного (классического) рынка необходимо наличие покупателей, определяющих спрос, и продавцов, определяющих предложение. Однако в медицине покупатель (пациент) не определяет спрос на конкретную медицинскую услугу, а лишь отчасти на услуги системы здравоохранения в целом. Так, направляющегося к врачу пациента в поисках лечения иногда можно сравнить с человеком, ощущающим голод и не знающим, как и чем его можно утолить, нужно ли его вообще утолять или он сам пройдет. Врач же при этом определяет одновременно и спрос, и предложение, оказывается в выгоднейшем положении, получая в условиях свободного рынка неограниченную власть продавать то, что выгодно в первую очередь ему лично. Достаточно представить себе человека, продающего овощи, который сам решает, сколько, какого сорта и по какой цене продать покупателю продуктов, чтобы понять всю нерациональность нерегулируемого рынка в здравоохранении. Причин такого сложившегося положения, как «спрос, рожденный предложением», лежит в первоначальной асимметрии информации, так как лишь врач наделен знаниями, позволяющими принять решение.

Б. Следующей специфической особенностью рынка медицинских услуг является то, что некоторые виды услуг здравоохранения приносят большую пользу обществу, нежели индивидуальному пациенту. Например, вакцинация приводит к тому, что риск человека тяжело заболеть существенно снижается. Однако при вакцинации значительного числа населения, подверженного данному заболеванию, можно предотвратить эпидемию либо ликвидировать заболевание вообще.

В. Другой существенной особенностью, спецификой рынка медицинских услуг является то, что нарушение принципов равенства доступа к минимальному набору наиболее важных услуг системы здравоохранения, особенно в случае угрозы жизни, неприемлемо, недопустимо для большинства граждан развитых стран. Иными словами, при жизненно важных показаниях минимальная медицинская помощь должна быть оказана всем без исключения гражданам данной страны.

Безусловно, это было бы возможно, если бы затраты на такое лечение шли непосредственно из кармана граждан, а не завуалировано через налоговую систему и через общий бюджет, и это привело бы к более эффективному и продуманному использованию этих средств. Однако в жизни этические нормы, как правило, зачастую конфликтуют, не соответствуют экономическим принципам. Так, многие из погибающих в Республике Беларусь граждан нуждаются в минимуме средств для спасения своей жиз-

ни. В то же время баснословные средства, достаточные для спасения сотен людей, порой расходуются для спасения одного человека. Это случается, как правило, по политическим мотивам, благодаря усилиям журналистов, общественности, из-за того, что постепенное угасание жизни выглядит менее трагичным, чем смерть от несчастного случая.

Г. Следующей особенностью, перекосом рынка медицинских услуг является отсутствие свободного входа (неограниченное присутствие) на этот рынок продавцов (врачей) и покупателей (пациентов). Неограниченный вход, отсутствие лицензирования продавцов (врачей) медицинских услуг привел бы к еще большему распространению не основанных на доказательствах медицинских методов. Это, вне всякого сомнения, принесло бы вред здоровью и благосостоянию нации.

Д. На рынке медицинских услуг одновременно обращаются два различных товара: страховые услуги и медицинские услуги. С одной стороны, рыночная логика с необходимостью диктует методы свободной конкуренции среди страховщиков, установление цен равновесия на страховые услуги. С другой – цены на медицинские услуги не могут складываться только под влиянием рыночных сил, они должны быть защищены действиями государства. Поэтому и страховые медицинские организации могут развиваться по рыночным законам только в системе добровольного медицинского страхования, т.е. за рамками государственных гарантий на бесплатную медицинскую помощь граждан страны.

Е. На рынке медицинских услуг присутствует фактор непредсказуемости. Пациент, идущий к врачу, не может заранее предвидеть результаты посещения. Качество этой услуги во многом определяется только по окончании лечения.

Ж. Медицинская помощь в момент ее получения неотделима от источника ее оказания. То есть не происходит отчуждения услуги от производителя (кроме лекарственных средств). Мы имеем на лицо определяющее значение субъективного фактора производства и продажи данной услуги.

З. Медицинская услуга как товар в большей степени обладает непостоянством качества, зависящим от квалификации медицинского работника, чем другие услуги. Одну и ту же медицинскую манипуляцию осуществляют по-разному медики с различным стажем, базовой подготовкой и, наконец, один и тот же врач может помочь больному не в одинаковой степени эффективно в зависимости от своего физического или психологического состояния.

И. Медицинская услуга как товар неосязаема, что приводит к асимметрии во взаимоотношениях врача и пациента в условиях рынка медицинских услуг, когда пациент оказывается в неравном положении по сравнению с врачом, нарушая суверенитет потребителя. В данном случае рынок медицинских услуг оказывается монопольным типом рынка, при котором пациенту намного труднее оценить нравственные качества и профессиональное мастерство врача, чем качественные параметры, например, стиральной машины.

Таким образом, свободный рынок непригоден для регулирования системы здравоохранения.

Однако непригодность методов свободного рынка в здравоохранении не означает, что предельные элементы его не могут быть использованы в регулируемых государством системах здравоохранения для создания конкуренции между продавцами услуг, повышение эффективности, использования ресурсов, мотивации врачей и стимуляции потребителей.

В настоящее время в 25 странах мира введены системы организации с использованием медицинского страхования. В мировой практике действуют весьма разнообразные системы страхования здоровья, несмотря на то, что в отдельных странах опыт использования медицинского страхования исчисляется десятилетиями.

В большинстве стран существуют смешанные системы медицинского страхования, предполагающие финансирование из различных источников, что позволяет использовать на нужды здравоохранения значительные объемы денежных средств. Удельный вес расходов на здравоохранение в Республике Беларусь в 2003 – 2005 годах составил всего 5 – 6 % от объема валового национального продукта, в то время как в США – 12,1 %, Канаде – 9,3, в среднем по Европейским странам – 7,5 %, в том числе во Франции – 8,8, Швеции и Исландии – 8,6, ФРГ – 8,1, Финляндии – 7,8, Норвегии – 7,4 %.

Рассмотрение описанного в отечественной литературе зарубежного опыта организации экономического механизма здравоохранения в таких странах, как США, Великобритания, Канада, Италия, Франция, Германия, Швеция, Бельгия, Япония и др., позволяет выделить три основные модели организации и финансирования здравоохранения в странах с развитой рыночной экономикой [5]:

1. *Либерально-рыночная* (США) – с преобладанием частного медицинского страхования.

Государство финансирует медицинскую помощь в основном для социально незащищенных слоев населения: безработных, малообеспеченных (программа «Медикэйд»), пенсионеров (программа «Медикэр»). Остальное население заключает договоры медицинского страхования или посещает частнопрактикующих врачей за собственный счет. Государство контролирует рынок медицинских услуг законодательно,

следит за правовой защитой врачей и пациентов, обеспечивает налоговые льготы некоммерческому сектору медицинских услуг.

2. *Социально-страховая* (ФРГ, Франция, Австрия, Швейцария, Бельгия, Голландия, Швеция, Япония, Канада) с многоканальной системой финансирования и регулирования рынка, «основанная в значительной степени на общественных фондах страхования».

Государство реализует в здравоохранении принципы смешанной экономики и финансирует общественно необходимые потребности и медицинской помощи всего населения, независимо от уровня доходов. Дополнительные медицинские услуги, не оплачиваемые системой обязательного страхования на случай болезни, удовлетворяются рынком по принципу свободы выбора и финансируются за счет граждан или работодателей. Причем, как отмечают А.В. Семенков и А.Ю. Чернов, «ставки взносов предпринимателей и трудящихся, на социальное страхование по болезни во всех западных странах неуклонно растут». Так, по сравнению с 1970-ми годами в конце 1990-х в ФРГ совместные взносы предпринимателей и работников выросли с 8,1 % фонда заработной платы до 12,9, во Франции – с 15,7 % до 19,5, Японии – с 7 до 8,4 %.

Для проведения реформы системы здравоохранения в Республике Беларусь представляется логичным выбрать данную модель организации здравоохранения как наиболее соответствующую потребностям белорусского общества.

3. *Бюджетная* (Великобритания, Ирландия, Италия, Испания, Португалия, Греция, Дания) – с системой финансирования, основанной на средствах бюджетов различных уровней.

Государство финансирует преобладающую часть всех затрат на здравоохранение, в основном за счет налоговых поступлений от предприятий и населения, осуществляет регулирование оплаты труда работников государственного сектора, «является главным покупателем и поставщиком медицинской помощи, обеспечивая, удовлетворение большей части общественной потребности в услугах здравоохранения». Отрицательные черты этой модели проявляются в условиях экономического спада и бюджетного дефицита в виде остаточного принципа финансирования здравоохранения и снижения социальных гарантий.

Заключение. Анализ зарубежного опыта позволяет выделить некоторые из основополагающих принципов реформирования экономического механизма здравоохранения в условиях рынка:

1) государственное регулирование системы здравоохранения, опирающееся на медицинское страхование, является более эффективным, чем государственное финансирование здравоохранения, вследствие усиления контроля за использованием финансовых средств и создания рыночных механизмов в экономике здравоохранения;

2) многоукладность экономики здравоохранения предполагает многообразие источников финансирования и форм организации медицинского обслуживания населения;

3) управление здравоохранением на региональном уровне под контролем центральных властей заключается в стремлении наиболее эффективно использовать ограниченные финансовые ресурсы;

4) для наибольшего соответствия общественным потребностям и финансовым возможностям осуществляется работа по повышению эффективности управления, созданию единых стандартов по учету данных, кодификаторов болезней, видов лечения и медицинских услуг;

5) развитие профилактической и доврачебной помощи предусматривает, по возможности, сокращение объемов стационарной помощи;

6) контролируемая конкуренция среди производителей и продавцов медицинских услуг всех форм собственности необходима для соответствия предложения рыночному спросу на медицинские услуги.

Реализация указанных принципов позволит создать устойчивую финансовую базу здравоохранения при условии использования многоканального финансирования и организации оказания медицинской помощи в различных формах медицинского страхования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Щепин, О.П. О современных проблемах и развитии здравоохранения в России / О.П. Щепин // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. – 1996. – № 2.
2. Проблема использования основных фондов в бюджетном учреждении здравоохранения / Н.И. Вишняков [и др.] // Экономика здравоохранения. – 1999. – № 11 – 12(41). – С. 60 – 63.
3. Официальный статистический сборник Министерства здравоохранения Респ. Беларусь за 2004 год. – Минск, 2005.
4. Официальный сайт Президента Республики Беларусь [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://president.gov.by/rus/president/speech/2004/socio.html>.
5. Решетников, А.В. Социальный маркетинг и обязательное медицинское страхование / А.В. Решетников. – М: Финансы и статистика, 1998.

Поступила 05.06.2007