

ПРОБЛЕМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ. СООБЩЕНИЕ 2

В.А.Снежицкий, М.Ю.Сурмач

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно

На основе анализа характеристик организации здравоохранения стран, имеющих различные модели финансирования здравоохранения, а также отечественных особенностей, обосновываются предложения по повышению эффективности системы здравоохранения в Республике Беларусь. Во втором сообщении обсуждаются данные первого отчета по Национальным счетам здравоохранения (НСЗ) за 2010 год, позволившего уточнить структуру расходов на здравоохранение; проблемы сохранения или изменения существующей модели финансирования, введения в стране обязательного медицинского страхования или единой системы обязательного медико-социального страхования. Сформулированы предложения по политике реформирования здравоохранения, источникам финансирования, функционированию частных структур в здравоохранении Беларуси, развитию медицинской науки и образования.

Условия возрастающих финансовых потребностей здравоохранения Беларуси и строгой экономии бюджетных средств вынуждают искать пути более эффективного функционирования отрасли.

Одной из проблемных зон финансирования здравоохранения Беларуси остается пока механизм всестороннего и полного учета доходов и затрат [1]. Применяемый постатейный анализ финансовых ресурсов не позволяет в полной мере отображать картину движения финансовых средств по всей системе здравоохранения. Данные о расходах, как правило, отображают информацию о государственных источниках финансирования, без учета средств населения, работодателей, международных донорских организаций. За пределами полного учета остаются расходы населения и работодателей на оплату платных услуг медицинского назначения (оказываемых сверх государственных минимальных социальных стандартов), услуг частных организаций здравоохранения. Население приобретает за собственные средства медикаменты и медицинские изделия, не учитываются расходы населения и работодателей на полисы добровольного медицинского страхования, за пределами учета остаются и элементы «теневых» выплат в виде «подарков» врачам [1]. Неполнота статистической информации становится препятствием к возможности правильно рассчитать потребности населения в услугах медицинского назначения, эффективно распределить средства государственного бюджета, найти пути для совершенствования процесса оказания медицинской помощи. Данная проблема послужила причиной решения о внедрении национальных счетов здравоохра-

нения (НСЗ) в Республике Беларусь, которые позволили бы четко и всесторонне отслеживать расходы на здравоохранение в разрезе типов организаций, оказывающих медицинские услуги, и видов медицинской помощи, предоставляемой населению [2]. Данные, полученные на основе составления НСЗ, содержат полную информацию о расходах бюджетных средств во всех организациях здравоохранения республики (не только в системе Министерства здравоохранения, но и в других министерствах и ведомствах). НСЗ представляют информацию о частных расходах на здравоохранение, о страховых взносах и страховых выплатах на медицинское страхование. Расходы донорских организаций на здравоохранение учитываются при содействии координаторов программ международной технической помощи в Республике Беларусь. Информация может быть структурирована по каждой области страны. Вопрос об усовершенствовании системы сбора данных для НСЗ включен в Двухгодичный план сотрудничества между Министерством здравоохранения Республики Беларусь и Европейским региональным бюро ВОЗ на 2012–2013 годы [1].

НСЗ являются составной частью системы национальных счетов (СНС), создаваемой как для страны в целом, так и для отдельных видов деятельности, в том числе социальной сферы, частью которой является здравоохранение.

Подготовка первого отчета по НСЗ за 2010 год позволила получить следующие данные. Общая сумма расходов составила, согласно средневзвешенному годовому курсу Национального банка Республики Беларусь, 5,6% ВВП страны [2]. Ос-

новное бремя расходов на здравоохранение несет государство – 77,3% всех средств в 2010 году было выделено из республиканского и местного бюджетов, причем доля республиканского бюджета в общей сумме государственных расходов составила 22,8%. Распорядителями средств местных бюджетов являются управления по здравоохранению облисполкомов и комитет по здравоохранению Мингорисполкома, которые распределяют имеющиеся средства, контролируют и координируют деятельность всех организаций здравоохранения в регионах. Расходы местных бюджетов составили 77,2% в общей сумме государственных расходов [2]. Частные средства – средства работодателей и населения, затраченные на получение медицинских услуг и товаров – в структуре общих расходов на здравоохранение составили в 2010 году 22,2%. Большая часть этих средств направлялась на приобретение лекарственных средств и других медицинских товаров через розничную сеть аптек. В структуре частных расходов на здравоохранение преобладали средства населения (88,9% всех частных расходов и 19,7% общей суммы расходов на здравоохранение). Средства организаций и предприятий составляли 10,3% частных расходов и 2,3% всех расходов на здравоохранение [2].

Рынок медицинского страхования представлен в финансовом секторе Беларуси крайне слабо. Следует отметить, что необходимая нормативно-правовая база разработана и внедрена [3, 4]. Тем не менее, менталитет белорусов, привыкших к гарантированной бесплатной медицинской помощи, не позволяет в полной мере использовать возможности рынка медицинского страхования.

Доля страховых организаций среди частных распорядителей средств составляла лишь 0,8% [2]. Коммерческие предприятия и организации более активно пользуются услугами медицинского страхования, однако позволить себе такие расходы могут лишь прибыльные и крупные организации. Кроме того, отсутствует система материального стимулирования, направленная на развитие рынка медицинского страхования: не предусмотрено предоставление налоговых льгот для организаций, заключающих договоры со страховщиками, путем уменьшения налогооблагаемой прибыли [2].

И, наконец, наименьший вклад в финансирование белорусского здравоохранения вносят международные донорские организации (табл.).

В 2011 году общий объем расходов на здравоохранение Республики Беларусь по всем источникам финансирования составил около 6% ВВП, доля государственных расходов – около 4% ВВП [5]. Сохранить уровень расходов на прежнем уровне и даже несколько увеличить его позволили такие мероприятия, как введение системы финансирования расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя, в результате которой удалось повысить эффективность использования ресурсов и снизить диспропорции в их распределении по всей территории страны; введение системы социальных стандартов в области здравоохранения и территориальных программ государственных гарантий оказания медицинской помощи гражданам республики. Другим механизмом обеспечения финансовой стабильности отрасли является введение программно-целевого планирования в здравоохра-

Таблица

**Структура общих расходов на здравоохранение (ОРЗ)
в разрезе источников финансирования системы здравоохранения [2, с.9]**

	ОРЗ	Доли ОРЗ (в процентах)
1.	Государственные расходы	77,3
1.1.	Центральные органы управления	17,6
1.1.1.	Министерство здравоохранения	12,3
1.1.2.	Другие министерства и ведомства	5,3
1.2.	Региональные органы управления	59,7
2.	Частные расходы	22,2
2.1.	Страховые организации	0,2
2.2.	Расходы домашних хозяйств	19,7
2.3.	Расходы работодателей	2,3
3.	Международная (донорская) помощь	0,5
	ВСЕГО РАСХОДОВ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ	100

нении, обеспечивающего целевое финансирование конкретных мероприятий для конкретных организаций и жесткий контроль за их реализацией. При программно-целевом планировании обеспечивается оптимизация финансовых потоков, исключается неэффективное и нецелевое использование средств. Проводится комплексная реструктуризация медицинской помощи и перераспределение затрат со стационарной на амбулаторно-поликлиническую помощь с увеличением объема ее финансирования, развитием стационарзамещающих технологий, внедрением института ВОП, сокращением нерационально используемого коечного фонда, оптимизацией штатной численности работников стационаров. Важным шагом явилось сокращение штатной численности управленческого аппарата системы здравоохранения. Проведены мероприятия по импортозамещению с реализацией мер по развитию отечественных фармацевтических предприятий. Развивается экспорт медицинских и образовательных услуг. В шестнадцати организованных на республиканском уровне РНПЦ обеспечивается тесная связь науки и практики. Внедряется высокотехнологичная медицинская помощь, что сокращает расходы бюджетных средств на лечение граждан Беларуси за рубежом. Многосекторность источников финансирования здравоохранения с использованием программно-целевого подхода для решения социально значимых проблем является действенным способом сочетания минимальных расходов и максимального эффекта и, следовательно, обеспечивает наибольшую социальную и экономическую эффективность отрасли здравоохранения в условиях дефицита ресурсов.

В то же время, неверно направлять преимущества программно-целевого подхода на развитие в основном высокоспециализированных, дорогостоящих видов медицинской помощи. В связи с этим в Республике Беларусь разработана стратегия развития национальной системы здравоохранения до 2015 года, включающая следующие задачи [5, 6]:

- переход финансовых механизмов здравоохранения к бюджетированию, ориентированному на получение конкретных качественных и количественных результатов за счет расширения самостоятельности организаций здравоохранения в использовании сэкономленных бюджетных средств;

- оптимизация оказания медицинской помощи в стационарных условиях за счет перепрофилирования коечного фонда исходя из реальной по-

требности населения и структуры заболеваемости, сокращения неэффективно работающих коек;

- осуществление планирования и финансирования расходов на оказание медицинской помощи в стационарных условиях исходя из четко определенных объемов медицинской помощи в разрезе профилей (пролеченные пациенты, койко-дни и пр.) в количественном и стоимостном выражении;

- осуществление отдельного планирования и финансирования расходов на оказание высокотехнологичных и сложных видов медицинской помощи; усовершенствование методики расчета показателя обеспеченности койками на 1000 населения с целью обеспечения сопоставимого сравнения с другими странами;

- укрепление первичной медицинской помощи с усилением профилактической составляющей в работе амбулаторно-поликлинических организаций, увеличение объема финансирования последних до размеров, составляющих не менее 40% общего объема расходов на здравоохранение;

- переориентация кадровых ресурсов со стационарного на амбулаторно-поликлинический уровень;

- активизация деятельности по формированию здорового образа жизни населения;

- повышение заинтересованности медицинских работников в оказании качественной медицинской помощи путем создания новой системы материального стимулирования [5].

В 2013 году начат пилотный проект по внедрению системы экономического (материального) стимулирования работников здравоохранения [6].

Предлагается также активизировать работу по внедрению программ, направленных на профилактику заболеваний, снижение инвалидизации населения путем развития центров реабилитации, открытия школ медико-гигиенического обучения [7]. Организаторы здравоохранения Беларуси высказываются в поддержку частного финансирования здравоохранения, которое должно на законных основаниях дополнять государственные гарантии для тех потребителей, которые готовы оплатить медицинские услуги самостоятельно [7].

Высказываются и мнения о необходимости введения доплат пациентами за медицинские услуги [8]. В Российской Федерации, где действует система обязательного медицинского страхования, тема доплат обсуждается широко с момента введения ОМС. Так, при получении стационарной помощи выделяют следующие варианты введения соплатежей населения [9]:

- доплаты вводятся только для работающего населения;

лица, страдающие хроническими заболеваниями, освобождаются от доплат;

доплаты вводятся за питание, за гостиничные услуги;

расчет доплат дифференцирован в зависимости от тяжести и длительности пребывания в стационаре;

устанавливается лимит доплат по отношению к средней заработной плате на территории;

пациент оплачивает установленный процент стоимости каждого дня госпитализации свыше установленного нормативного срока стационарного лечения (в соответствии с медико-экономическими стандартами).

Существует также мнение, что поскольку работающие граждане, находящиеся на стационарном лечении, получают по больничному листу 100% заработной платы, то за питание в стационаре должен платить пациент [8].

Следует отметить, что ряд организаторов здравоохранения высказываются в пользу внедрения в Республике Беларусь обязательного медицинского страхования либо же создания единой системы обязательного медико-социального страхования [8, 10, 11]. В частности, указывается, что внедрение ОМС потребует дополнительных финансовых расходов и привлечения дополнительных кадров: не менее 7000 сотрудников страховых организаций. Однако «уже сейчас в Беларуси небольшое число экономистов и медицинских работников в страховых организациях и в системе здравоохранения решают проблемы реального финансирования здравоохранения» [10]. По мнению Ю.Т.Шарабчиева, «консолидированный бюджет здравоохранения должен включать: программу государственных гарантий (не менее 50% и в объеме не менее 7,5% ВВП) за счет республиканского и местных бюджетов, средства ОМС (20%) и ДМС (5%), платные услуги населению (10%), соплаты населения (5%), акцизные сборы, налоги и штрафы на виды деятельности, оказывающие неблагоприятное влияние на здоровье (10%). Это позволит осуществить 2–3-кратное увеличение объема финансирования, эквивалентное 15% ВВП. Для контроля эффективности системы здравоохранения и рациональности использования расходов средств необходимо наладить систему мониторинга ресурсов здравоохранения и учет ее эффективности по показателям общественного здоровья, внедрить систему национальных счетов в здравоохранении» [10].

Эти предложения весьма заманчивы. Однако настораживает пункт «средства ОМС (20%)». Каков источник этих средств? Без достаточного

правового и экономического обоснования введение любого налога может неблагоприятно отразиться на различных процессах, происходящих в обществе и государстве. В том числе стать дополнительным фактором, сдерживающим рост доходов населения, в то время, как значения показателя ожидаемой продолжительности предстоящей жизни, непосредственно связанные с уровнем благосостояния нации, и без того неблагоприятны для нашей страны. Введение дополнительного налога будет идти вразрез с финансовой политикой государства, направленной на снижение налоговой нагрузки населения и субъектов хозяйствования.

При объединении медицинского и социального страхования, как указывает Ю.Т.Шарабчиев, «может быть достигнуто соглашение о перераспределении средств в пользу медицинского страхования (но это повлечет за собой уменьшение финансирования санаторно-курортной системы, уменьшение выплат по временной утрате трудоспособности и т.д.). В любом случае можно будет сэкономить до 30–40% средств на снижении административных расходов... Сложившееся разделение двух видов страхования, связанных с охраной здоровья населения, ведет к потере финансовых ресурсов. Кроме того, ресурсы санаторно-курортной системы практически оказались вне системы охраны здоровья, в результате чего утрачена преемственность в оказании медицинской и реабилитационной помощи» [10].

Действительно, объединение системы обязательного медицинского страхования (ОМС) с системой социального страхования, по мнению Ю.Т.Шарабчиева, позволит сократить излишний административный аппарат, обеспечить заинтересованность структур, связанных с охраной здоровья, в снижении заболеваемости населения, создать условия для интеграции системы медицинской и реабилитационной помощи в единую систему охраны здоровья. На основе медико-социального страхования можно повысить ответственность медиков за потери, связанные с временной утратой трудоспособности. У страховых компаний появляются функции контроля за качеством медицинской помощи и возможность предъявления санкций к организациям здравоохранения за плохое лечение застрахованных лиц, необоснованную госпитализацию и выдачу больничного листа. В результате у фондов обязательного медико-социального страхования и у страховых организаций появится реальная заинтересованность в том, чтобы рационализировать использование средств обязательного медико-соци-

ального страхования за счет повышения качества медицинских услуг (включая собственно лечение, реабилитацию, профилактику), сократить заболеваемость и сроки лечения, сэкономить средства на выплату пособий [10].

Согласно статье 3 Закона Республики Беларусь от 29 февраля 1996 г. №138-ХІІІ «Об обязательных страховых взносах в Фонд социальной защиты населения Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь» (с учетом изменений, внесенных Законами Республики Беларусь от 19.07.2006 №155-З, рег. №2/1247 от 20.07.2006; 06.01.2009 №6-З, рег. №2/1558 от 09.01.2009), «...Размеры обязательных страховых взносов по страхованию на случай достижения пенсионного возраста, инвалидности и потери кормильца (пенсионное страхование) составляют: для работодателей – 28 процентов; для работодателей, занятых производством сельскохозяйственной продукции, объем которой составляет более 50 процентов общего объема произведенной продукции, – 24 процента; для потребительских кооперативов (кроме организаций потребительской кооперации (потребительских обществ, их союзов)); товариществ собственников; садоводческих товариществ; общественных объединений инвалидов (их законных представителей) и организаций, имущество которых находится в собственности этих общественных объединений; общественных объединений пенсионеров – 5 процентов; для физических лиц, самостоятельно уплачивающих обязательные страховые взносы, для Белгосстраха – 29 процентов; для работающих граждан – 1 процент. Размер обязательных страховых взносов по страхованию на случай временной нетрудоспособности, беременности и родов, рождения ребенка, ухода за ребенком в возрасте до трех лет, предоставления одного свободного от работы дня в месяц матери (отцу, опекуну, попечителю), воспитывающей (воспитывающему) ребенка-инвалида в возрасте до восемнадцати лет, смерти застрахованного или члена его семьи (социальное страхование) для работодателей, физических лиц, самостоятельно уплачивающих обязательные страховые взносы (кроме граждан, работающих за пределами Республики Беларусь), Белгосстраха (за лиц, которым производится доплата до среднемесячного заработка или выплачивается страховое пособие по временной нетрудоспособности) составляет 6 процентов».

Увеличение этих налогов, так же, как и введение дополнительных, может отрицательно отразиться на благосостоянии населения и экономическом

развитии нашего социально-ориентированного государства.

Частичное использование средств социального страхования на оплату расходов здравоохранения, без введения дополнительных налогов и увеличения размеров уже действующих, – заманчивое предложение. Однако как перераспределить средства? У кого, проще говоря, их отнять?

В соответствии со статьей 9 Положения о Фонде социальной защиты населения (ФСЗН) Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь, утвержденного указом Президента Республики Беларусь от 16 января 2009 г. №40, средства государственного социального страхования имеют целевое назначение и направляются на следующие выплаты:

- выплату трудовых пенсий, в том числе государственным служащим в части, соответствующей размеру пенсии, полагающейся по общим условиям и нормам пенсионного законодательства; за особые заслуги перед республикой в части, соответствующей размеру пенсии по возрасту, инвалидности, за выслугу лет; ежемесячного денежного содержания в части, соответствующей размеру пенсии, исчисляемой по общим условиям и нормам пенсионного законодательства;
- выплату профессиональных пенсий;
- выплату пособий по государственному социальному страхованию (по временной нетрудоспособности, беременности и родам, в связи с рождением ребенка, женщине, ставшей на учет в государственной организации здравоохранения до 12-недельного срока беременности, по уходу за ребенком в возрасте до трех лет, на погребение);
- оплату ежемесячно предоставляемого по заявлению матери (отца, опекуна, попечителя), воспитывающей (воспитывающего) ребенка-инвалида в возрасте до 18 лет, одного дополнительного свободного от работы дня;
- выплату пенсий и пособий лицам, выехавшим за границу, а также прибывшим в Республику Беларусь, в соответствии с законодательством и международными договорами Республики Беларусь;
- финансирование выплат взыскателям в качестве компенсации недополученной суммы алиментов в связи с простым или иными обстоятельствами, имевшими место по независящим от должника причинам, с последующим возмещением нанимателем использованных на указанные цели средств государственного социального страхования;
- финансирование выплат на санаторно-курортное лечение и оздоровление;

- финансирование деятельности Фонда, в том числе его материально-технического обеспечения;
- финансирование иных расходов в соответствии с законодательством о государственном социальном страховании.

Данные средства могут направляться на оказание материальной помощи нуждающимся нетрудоспособным лицам, получающим пенсии из средств государственного социального страхования.

Анализ расходов ФСЗН дает лишь один, на наш взгляд, возможный источник их сокращения – оплата пособий по временной нетрудоспособности (ВН). Высвободившиеся средства могли бы быть использованы для финансирования нужд здравоохранения.

Существующая схема оплаты пособия по временной нетрудоспособности, как считают некоторые организаторы здравоохранения Беларуси, экономически не побуждает работающих заботиться о состоянии своего здоровья и ответственно относиться к лечению. Она не соответствует и принципу адресного предоставления социальной помощи, поскольку лица с более высоким уровнем дохода получают «по больничному листу» гораздо больше, чем лица с низким уровнем дохода [10]. Пособие за все дни временной нетрудоспособности выплачивается за счет средств социального страхования. Как указывает Ю.Т.Шарабчиев, поскольку работодатель, заплатив взносы на социальное страхование, далее уже не участвует в финансировании расходов на оплату пособий, это никак не стимулирует работодателя к улучшению условий труда работников, к проведению мероприятий, сокращающих заболеваемость. В некоторых странах оплата пособия за первые 3 дня временной нетрудоспособности производится за счет работодателя, а с 4-го дня – за счет средств медико-социального страхования [10].

Тем не менее, с сокращением расходов на выплату пособий по ВН следует поступать очень осторожно. Значительная разница в оплате может послужить причиной несвоевременного обращения за медицинской помощью, способствовать хронизации и накоплению патологии, что, в конечном счете, отрицательно скажется на показателях здоровья населения.

Выводы и предложения

Политика реформирования. Ни одна из стран мира не может сегодня быть рассмотрена в качестве эталона для слепого копирования механизмов финансирования отрасли здравоохранения. Во всех без исключения странах в той или иной степени присутствуют проблемы высоких

расходов и недостаточной доступности. Потому принципиально важен рамочный подход ВОЗ к анализу эффективности систем здравоохранения [12]. Так, постулат, что если перейти от одной модели к другой (например, от государственной к страховой медицине), то автоматически решатся все проблемы, существующие в отдельно взятой системе здравоохранения, неправомочен. Все больше растет понимание того, что *страны могут проводить реформы без радикальных изменений источника финансирования.*

Источники финансирования. Опыт стран Евросоюза показывает, что при любой модели финансирования здравоохранения, принципиальным источником средств в любом случае является население страны (кроме средств, поступающих от внешних доноров). Механизм сбора средств может варьировать: сбор может проводиться государством или быть частным. В первом случае средства направляются на финансирование здравоохранения либо из общих, нецелевых, налоговых поступлений, либо же из целевых налогов, предназначенных для обязательного медицинского или медико-социального страхования. Во втором случае задействован механизм добровольного медицинского страхования и/или прямые платежи населения. На примере ФСЗН Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь, плательщиками являются работодатели, работающие граждане, а также физические лица, самостоятельно уплачивающие обязательные страховые взносы. При этом «узкими местами» при правительственном сборе средств представляются: во-первых, 100% охват работающего населения налоговыми сборами; во-вторых, перераспределение средств (когда «здоровый платит за заболевшего, молодой – за пожилого, богатый – за бедного, взрослый – за ребенка»). Решение первой проблемы – в *жестком правовом контроле ситуаций, когда трудоспособные официально неработающие лица пользуются правами граждан на медицинское обслуживание и социальное обеспечение, не выплачивая налоги.* То же относится и к лицам, получающим и выплачивающим заработную плату «в конверте». Решение второй проблемы, как показывает опыт стран мира, только в *адекватном бюджетном финансировании, обеспечивающем решение медико-социальных потребностей нетрудоспособных и низкооплачиваемых категорий граждан.*

Анализ видов временной нетрудоспособности, дающих основание на получение выплат, показывает, что в этой сфере можно найти резервы. Так, мы предлагаем не оплачивать населению листы

нетрудоспособности, выданные в связи с операцией искусственного прерывания беременности. Средства могут быть направлены на развитие программ профилактики в сфере охраны материнства и детства, планирования семьи.

Покупка услуг. Самой реформируемой составляющей системы финансирования здравоохранения в Европе, как утверждал в своем докладе на республиканской научно-практической конференции с международным участием «Современные вопросы организации и информатизации здравоохранения» руководитель Странового бюро ВОЗ в Республике Беларусь Е.О.Зайцев, является покупка услуг [12]. Для обеспечения эффективности здравоохранения, судя по опыту других стран, принципиально важны следующие моменты.

1. Отчисление средств поставщикам медицинских услуг должно производиться на основе сочетания информации о потребности населения и фактическом потреблении им данных услуг.

2. Отсутствие у руководителей организаций здравоохранения (или же у руководителей здравоохранения регионов) финансовой самостоятельности, хотя бы в некоторых пределах, – причина неэффективности любых реформ в области покупки услуг медицинского назначения.

3. Наиболее эффективным способом стимулирования качественной деятельности в системе здравоохранения следует считать такой механизм оплаты труда, когда сумма рассчитывается исходя из комбинации данных о проделанной работе (фактическое количество обслуженного населения) и достигнутых результатах (качественные показатели деятельности). Общеввропейской тенденцией является комбинация нескольких видов оплаты труда врачей на уровне первичной медицинской помощи: подушевое финансирование (60%), оплата за оказанные услуги (20–30%), оплата за достижение результатов (10–20%) [12].

4. Соплатежи населения – общая для всех стран мира составляющая средств финансирования здравоохранения. Ее ограниченное строго контролируемое увеличение в условиях современной Беларуси, когда население уже привыкло к платным услугам в охране здоровья, а также к наличию частных медицинских кабинетов и организаций, по нашему мнению, будет менее жестким шагом в сравнении с изменением налоговой нагрузки. Этот шаг в определенной мере создаст психологическую готовность населения к последующему (возможному в стратегической перспективе) переходу к системе медико-социального страхования. При таком переходе необходимо разъяснить, что увеличение налога авто-

матически будет сопровождаться отменой необходимости непосредственно оплачивать медицинские услуги в тех или иных пределах (прямые платежи заменятся отсроченными). С другой стороны, средства от соплатежей могут расходоваться на стимулирование качественного труда медиков, развитие материально-технической базы здравоохранения. Введение соплатежей, согласно опыту стран Евросоюза, оправданно даже в первичном звене. При этом необходим переход к механизмам оплаты труда медицинских работников по количеству принятого населения (объему оказанных услуг) и по качеству оказанной медицинской помощи. Параллельно предоставляется возможность использовать средства соплатежей как часть гонорара медицинскому персоналу, следует проводить политику по устранению практики совместительства в системе здравоохранения. В этом случае количество физических лиц на амбулаторных приемах будет соответствовать потребностям пациентов, что приведет к устранению очередей (особенно увеличивающихся в отпускные периоды и периоды отсутствия по болезни при сезонных простудных заболеваниях). Возможно как введение фиксированной оплаты (минимальной суммы) за каждый амбулаторный прием, так и полное выведение какой-либо конкретной услуги (определенный вид инструментальных обследований, например) из перечня гарантированных государством в рамках государственных минимальных социальных стандартов.

Частные структуры в здравоохранении Беларуси. Законодательство Республики Беларусь о здравоохранении регламентирует, наряду с государственными организациями здравоохранения, функционирование также частных структур. В таких структурах, как правило, неформально используются возможности государственного сектора здравоохранения (обследование, специализированная медицинская помощь). Многие сотрудники коммерческих организаций совмещают эту деятельность с занятостью в государственных организациях здравоохранения, где приобретают необходимый опыт. Получают образование в государственных медицинских университетах. Используют новейшие научные достижения, полученные в этих же государственных медицинских университетах. В условиях бюджетного финансирования следует более жестко подходить к негосударственным структурам. В частности, как минимум, обязать их отчислять часть средств от гонораров на развитие медицинской науки и медицинского образования.

Медицинское образование и наука. Перспективным следует считать углубленное изучение медико-организационного опыта стран-соседей, реформировавших свою систему здравоохранения после распада СССР. Опыт соседних государств может быть использован Республикой Беларусь при реализации совместных трансграничных проектов, с минимальными финансовыми затратами. В связи с этим, пристальное внимание следует уделить Литве, поскольку культурные и экономические параметры данной страны близки Беларуси, особенно жителям пограничного с ней Гродненского региона. Литва сегодня находится на 4-м месте в Евросоюзе по соотношению качества и цены медицинских услуг. Актуальным для белорусского здравоохранения считаем также изучение и непосредственное практическое использование опыта функционирования университетских клиник (например, в Вильнюсе и Каунасе).

ЛИТЕРАТУРА

1. *Жарко, В.И.* Основные шаги по внедрению национальных счетов здравоохранения в Республике Беларусь / В.И.Жарко // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2011. – №4. – С.4–7.
2. *Ткачева, Е.И.* Национальные счета здравоохранения Республики Беларусь: первые итоги внедрения / Е.И.Ткачева // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2011. – №4. – С.7–13.
3. Инструкция о взаимодействии государственных организаций здравоохранения и страховых организаций Республики Беларусь // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2012. – №1. – С.74–75.
4. Примерный договор на оказание медицинских услуг лицам, застрахованным по договорам добровольного страхования медицинских расходов // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2012. – №1. – С.75–78.
5. *Ткачева, Е.И.* Функционирование системы здравоохранения Республики Беларусь в изменяющихся экономических условиях / Е.И.Ткачева // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2012. – №4. – С.27–31.
6. *Жарко, В.И.* Достижения здравоохранения Республики Беларусь / В.И.Жарко // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2012. – №4. – С.4–11.
7. *Жадан, А.А.* Социально-экономические модели здравоохранения / А.А.Жадан // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2012. – №3. – С.36–41.
8. *Шарабчиев, Ю.Т.* Современные вызовы XXI века и финансирование здравоохранения / Ю.Т.Шарабчиев // Медицинские новости. – 2011. – №12. – [эл. ресурс]. – Режим доступа: <http://www.mednovosti.by>. – Дата доступа: 15.01.2013.
9. *Шейман, И.М.* Теория и практика рыночных отношений в здравоохранении / И.М.Шейман; Гос. ун-т – Высшая школа экономики. – 2-е изд. – М.: Изд. дом ГУ ВШЭ, 2008. – 318 с.
10. *Шарабчиев, Ю.Т.* Новая парадигма здравоохранения и основные направления адекватных реформ. Сообщение 1. Финансирование здравоохранения / Ю.Т.Шарабчиев, Т.В.Дудина // Медицинские новости. – 2006. – №10. – [эл. ресурс]. – Режим доступа: <http://www.mednovosti.by>. – Дата доступа: 15.01.2013.
11. *Шарабчиев, Ю.Т.* Обязательное медицинское страхование в Беларуси: за и против / Ю.Т.Шарабчиев // Медицинские новости. – 2012. – №5. – [эл. ресурс]. – Режим доступа: <http://www.mednovosti.by>. – Дата доступа: 15.01.2013.
12. *Зайцев, Е.О.* Тенденции финансирования систем здравоохранения в Европейском регионе / Е.О.Зайцев // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2012. – №4. – С.32–36.

PROBLEMS OF HEALTH CARE FINANCING AND WAYS OF THEIR SOLUTION. REPORT 2

V.A.Snezhitskiy, M.Yu.Surmach

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

On the basis of analyzing health services activities in countries with different models of health care financing as well as on national peculiarities, proposals for the increase of the health care system efficiency in Belarus are substantiated. In the second report findings of the first report on National Health Accounts (NHA) for 2010, allowing to define more precisely the structure of expenditure on health; problems of maintaining or changing the current funding model, the introduction of the compulsory health insurance or unified system of compulsory health and social insurance are discussed. Proposals for reforming the health policy, funding sources, the work of private health care institutions in Belarus, the development of medical science and education have been formulated.

Поступила 17.01.2013 г.