
К 90-летию Министерства здравоохранения Республики Беларусь

ФИНАНСОВО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: ГЕНЕЗИС, ИНСТИТУЦИИ, СОДЕРЖАНИЕ, КАДРЫ

Е.И.Ткачева, О.А.Кульпанович

Министерство здравоохранения Республики Беларусь
Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск

Представлены история развития и современное состояние финансово-экономической службы Министерства здравоохранения Республики Беларусь. Описаны существующая нормативно-правовая база, основные тенденции и результаты экономического регулирования работы отрасли.

Финансы – это главный движущий фактор здравоохранения. Поэтому вопросы управления, а также кадрового обеспечения экономической деятельности организаций здравоохранения приобретают особое значение. Для понимания путей и средств их решения необходимо изучение уникального опыта становления и развития системы управления экономикой здравоохранения.

Ретроспективный анализ экономики здравоохранения показывает ее постоянную количественную и качественную трансформацию и институциональное оформление в соответствии с потребностями и возможностями экономики страны. В дореволюционный, а затем в советский периоды была заложена основа современной системы экономики здравоохранения, выработаны эффективные формы, направления, структуры, нормативные акты.

Медицина и здравоохранение существовали благодаря эффективному, продуктивному, законодательно отрегулированному механизму финансово-хозяйственной деятельности, включавшему, в том числе, и кредитно-финансовые институты, ценные бумаги.

Врачами дореволюционной Беларуси изучались некоторые медико-экономические вопросы

(экономические аспекты санитарно-демографических процессов, борьбы с туберкулезом, лечения больных, экономический ущерб от потерь рабочего времени вследствие болезней, нормирование труда).

В практической деятельности медицинские учреждения использовали многие экономические категории, в частности, такие как учет, нормирование. Например, лечебница должна была "быть обеспеченной прислугой в количестве не менее одной на 5 коек".

Во врачебных уставах, медицинских законодательных сборниках дореволюционного периода регламентировались не только условия оказания медицинской помощи, но и ее финансово-хозяйственная сторона. Директора больницы, главные врачи и врачи, заведующие лечебными заведениями "управляют ими как в медицинском, так и в административно-хозяйственном отношении". Самая древняя должность, которая прошла через столетия, начиная с XV века – это должность бухгалтера (счетовода). С середины XIX в. в штате больниц начали появляться следующие должности: управляющий, казначей (хранитель денежных средств), эконом-смотритель (смотритель, эконом). Позже появилась должность заведующего хозяй-

ственной частью. На эконома и заведующего хозяйственной частью возлагались обязанности в отношении отопления, освещения, имущества, ремонта заведения, приобретения инвентаря, одежды и покупки продуктов питания для больных, хранения документов, вещей и денег от поступающих больных. Эконом отвечал "за недостатки и порчу вещей своим жалованьем. Для производства мелких расходов эконому выдается одновременно от 10 до 15 руб. серебром. Ежедневный расход денег он записывает в книжку мелких расходов и после вносит в особую книгу, с объяснением, для какой надобности и сколько именно израсходовано. Приходо-расходные книги эконом обязывается вести без подчисток и переправок". Прислуга заведения непосредственно подчинялась эконому. Зарплата эконома составляла 20 руб. серебром в год. Эконом отвечал за материальную, казначей – за денежную части работы. Казначей принимал поступающие в лечебное учреждение оплаты, пожертвования, производил денежные операции, вел шнуровые приходо-расходные книги, составлял годовой отчет о денежных суммах. Канцелярию лечебного заведения составляли делопроизводитель (письмоводитель), бухгалтер (счетовод) и вольнонаемные писцы.

Большое влияние на организацию бухгалтерского учета в медицинских организациях дореволюционного периода оказала книга А.П.Рудановского "Принципы общественного счетоведения" 1913 г.

Механизм финансово-хозяйственной деятельности медицинских организаций свидетельствует о стабильности экономической жизни дореволюционной России, в рамках которой находилась и Беларусь, доверии к кредитно-финансовым институтам, устойчивости и жизнеспособности экономической системы общества.

XX век изменил ход истории. Перемены, произошедшие в результате февральской и октябрьской революций 1917 г., привели к крушению всех институтов старой власти. Гражданская война и экономическая разруха спровоцировали возникновение эпидемий сыпного тифа, холеры, брюшного тифа и других инфекционных заболеваний. Население голодало. Крайне недоставало финансовых ресурсов, квалифицированных кадров, лечебных учреждений, медикаментов. Транспорт, системы водоснабжения и очистки городов и деревень находились в запущенном состоянии, что создавало опасную эпидемиологическую ситуацию. Центральным административным органом управления, занимавшимся руководством системой охраны здоровья населения, стал Народный

комиссариат здравоохранения (НКЗ), с 1946 г. – Министерство здравоохранения. Народный комиссариат здравоохранения Беларуси образован в 1919 г. В основу организации здравоохранения была положена социальная система страхования Бисмарка. Первоочередными задачами молодой республики являлись: медицинское обслуживание красноармейцев, создание сети государственных медицинских учреждений, преодоление острой нехватки кадров для здравоохранения, организация бесплатной и доступной медицинской помощи беженцам, сиротам, инвалидам, ликвидация инфекционных заболеваний. Их решение теснейшим образом зависело от финансового обеспечения. Планово-финансовую деятельность осуществляли соответствующие структуры НКЗ. Их название и вид (сектор, отдел, управление), а главное – содержание работы, менялись в зависимости от целей и задач, стоящих перед отраслью, обеспечивая на каждом историческом этапе их выполнение (рис. 1). Компетенция и структура НКЗ БССР определялась Положением о Народном комиссариате здравоохранения.

Наркомат здравоохранения руководил отраслью через местные органы управления (областные, городские и районные отделы здравоохранения), обеспечивал единство методов и организационных принципов (рис. 2). Местные органы управления осуществляли деятельность по планированию сети учреждений здравоохранения, рациональному их размещению, координации работы.

Основные финансово-экономические функции Наркомздрава Беларуси заключались в управлении денежными средствами в отрасли, анализе экономической информации, регулировании бухгалтерского учета и отчетности, создании необходимой законодательной основы здравоохранения (последняя позиция – до образования НКЗ СССР). Эта работа с каждым годом расширялась и усложнялась, что было обусловлено ростом государственного бюджета, масштабностью задач.

С самого начала создания органов государственного управления здравоохранением закреплялась жесткая централизация управления отраслью. Централизация управления, возведенная в абсолютный принцип, вместе с уже вступавшим тогда в силу остаточным финансированием здравоохранения закладывали элементы несбалансированного развития отрасли. В годы коллективизации и индустриализации они не были еще столь очевидны.

С введением НЭПа (1921–1923) большая часть учреждений здравоохранения республики была снята с государственного содержания и переве-

Год создания	Подразделение финансово-экономического профиля в структуре Наркомздрава – Минздрава
1919	Народный комиссариат здравоохранения БССР
1919	Бухгалтерия
1920	Счетно-финансовый отдел
1931	Сектор планирования
1938	Плановый отдел Финансовый отдел
1946	Министерство здравоохранения БССР – Республики Беларусь
1951	Планово-финансовое управление
1988	Планово-экономическое управление
1992	Главное управление прогнозирования, планирования и экономики здравоохранения
1996	Главное управление планирования и экономики здравоохранения Управление бухгалтерского учета и отчетности
2004	Главное управление планирования и экономики здравоохранения Управление бухгалтерского учета и отчетности
2008	Управление планирования и экономики здравоохранения Управление бухгалтерского учета и отчетности

Рис. 1. Центральный аппарат управления экономикой и финансами здравоохранения Беларуси

дена на местные бюджеты, которые оказались не в состоянии содержать разветвленную сеть медицинских учреждений, что привело к их сокращению. В этот период было разрешено открывать частные лечебные, санитарные, аптечные учреждения, частную врачебную практику. Со второй половины 1923 г. экономическое положение республики улучшилось, что дало возможность продолжить дальнейшее развитие здравоохранения Беларуси.

Несмотря на экономические трудности 1920–1930-х гг., НКЗ осуществлял сложную и ответственную работу, жизненно важную для отрасли – контроль за эффективным распределением и использованием финансовых средств учреждениями здравоохранения, ведением и достоверностью учета и отчетности; подготовку квалифицированных финансово-экономических кадров для отрасли.

При образовании союзного государства (1922) Наркомат здравоохранения Беларуси был отнесен к числу необъединенных (также как и Наркоматы

земледелия, просвещения, юстиции и социального обеспечения), т.е. продолжал оставаться республиканским (суверенным, самостоятельным). В 1936 г. создан объединенный (союзно-республиканский) Наркомат здравоохранения СССР. На него был возложен большой круг задач, которые передавались из ведения НКЗ БССР в ведение общесоюзного наркомата. В результате: 1) Наркомат здравоохранения Беларуси стал союзно-республиканским (т.е. в совместной компетенции СССР и БССР), 2) функции и права республиканских учреждений здравоохранения были значительно сужены.

В дальнейшем система центральных органов управления финансово-экономической деятельностью существенно не перестраивалась. НКЗ, как и другие ведомства, несколько изменил работу в годы Великой Отечественной войны, обеспечивая совместно с военными организациями медицинское обслуживание армии, развертывая сеть госпиталей.

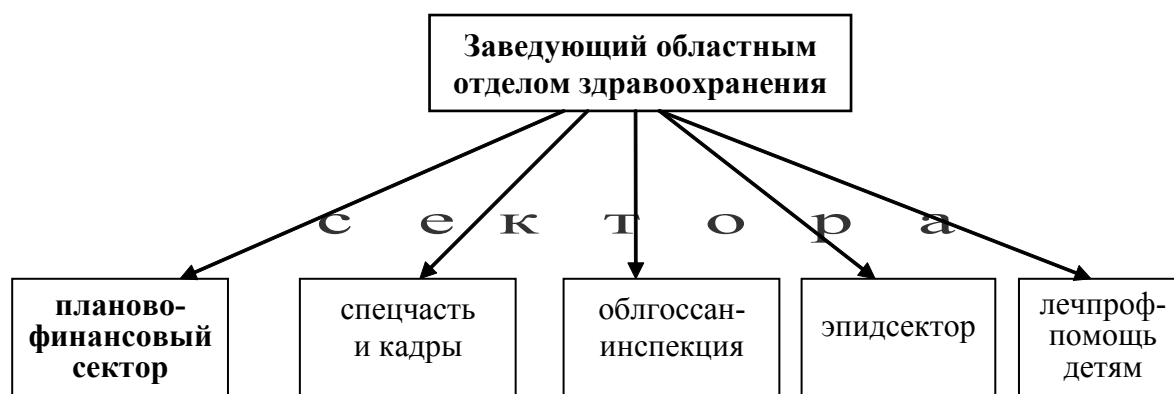


Рис. 2. Структура областных отделов здравоохранения в середине XX в.

Значительно усилившаяся и оправданная в годы войны централизация перспективного и текущего планирования здравоохранения, распределения капитальных вложений, материально-технического снабжения стала в послевоенные годы связывать инициативу союзных республик в деле восстановления и развития сети учреждений здравоохранения. В связи с этим в 1954 г. проведена реорганизация центрального аппарата МЗ СССР, ряд оперативных функций передан в ведение министерств здравоохранения союзных республик. Тем не менее, как и прежде, в компетенцию МЗ СССР входили вопросы планирования, финансов, кадров, труда, заработной платы. МЗ СССР по согласованию с Госпланом и Минфином СССР утверждал единую номенклатуру и типовые категории учреждений здравоохранения, штатные нормативы персонала учреждений здравоохранения системы министерства.

Особое место в регулировании экономики как всей советской страны, так и отрасли занимает Государственная штатная комиссия (ГШК). 4 июня 1938 г. Совнарком утвердил решение Экономсовета при СНК СССР, согласно которому наркоматы и центральные учреждения СССР, а также совнаркомы союзных республик не имели права без разрешения издавать приказы по вопросам заработной платы и проведения пересмотра норм выработок и расценок. В июне 1941 г. для постоянной работы образована Государственная штатная комиссия. ГШК входила в состав Совета Министров СССР. Обязанности ГШК: разработка общегосударственной номенклатуры должностей и должностных окладов, упорядочение штатного дела; упразднение искусственно созданных звеньев аппарата и устранение параллелизма в работе учреждений. Советам министров союзных республик и министерствам было запрещено производить какие-либо реорганизации аппарата, изменения наименования должностей и должностных окладов без разрешения ГШК. 13 августа 1946 г. вышло еще одно уточняющее постановление Совета Министров СССР "О запрещении расширения штатов административно-управленческого аппарата советских, государственных, хозяйственных, кооперативных и общественных организаций".

Таким образом, типовые штаты за некоторым исключением утверждались в Москве. Все учреждения здравоохранения республики работали по типовым штатным нормативам Министерства здравоохранения СССР, в соответствии с народнохозяйственным планом и в пределах бюджетных ассигнований. Местными исполнительными комитетами по представлению органов здравоохранения

устанавливалось количество штатных единиц по должностям: дворник-сторож, истопник, электромонтер, слесарь-водопроводчик, шофер, кучер.

Штаты административно-хозяйственного персонала больниц, имеющих свыше 400 коек (с 1950 г. – 600 коек), всех психиатрических и клинических больниц, больниц специального назначения и поликлиник с числом врачебных должностей свыше 100 утверждались Государственной штатной комиссией при Совете Министров СССР.

Вплоть до 1960-х гг. политика развития советского здравоохранения была достаточно эффективной. Однако постепенно она утрачивала целенаправленность, ее эффективность снижалась. Стали набирать силу тенденции экстенсивного развития здравоохранения. Ухудшались структура ресурсов (кадровых, материальных) и эффективность их использования при сохранении технической отсталости. Это вызвало необходимость перемен.

По указанию Минфина и Минздрава СССР в рамках выполнения решений Октябрьского пленума ЦК КПСС (1965) во многих отраслях народного хозяйства (в том числе, и в здравоохранении) введены новые принципы планирования и экономического стимулирования труда. Начиная с 1967 г. в СССР проводился ряд экспериментов, направленных на внедрение в здравоохранение методов экономического стимулирования. Первый эксперимент осуществлялся в два этапа (1967–1969 и 1974–1975 гг.) в 70 учреждениях здравоохранения СССР и касался расширения прав руководителей органов и учреждений здравоохранения.

С 1983 г. в 32 крупных многопрофильных больницах проводился следующий эксперимент – по интенсификации использования коечного фонда.

Крупномасштабный эксперимент по переводу здравоохранения на работу в условиях хозрасчета осуществлялся в период с 1987 по 1991 г. Основным звеном в данном эксперименте являлись территориальные медицинские комплексы, куда входили различные лечебно-профилактические учреждения. В этот период складываются некоторые особенности современной системы здравоохранения, например, укрупнение медицинских учреждений и формирование региональных медицинских объединений. Цель эксперимента – повысить качество медицинской помощи населению путем внедрения экономического метода управления здравоохранением.

Новый хозяйственный механизм (НХМ) данного эксперимента заключался в осуществлении

финансирования на душу населения и оценке по конечному медицинскому результату, внедрении новых элементов оценки качества, введении дополнительных источников финансирования в виде платных и договорных услуг, внедрении новых форм оплаты труда (аренда, бригада). Однако состав и уровень бюджетных оценок целиком зависели от бюджетной классификации расходов, а не от реальных издержек ЛПУ, финансовый дефицит в стране способствовал аннулированию дополнительных источников финансирования, нарушались реальные границы комплектования бригад и дискредитировались новые формы организации труда, отсутствовало соблюдение экономических принципов ценообразования в здравоохранении. По этим причинам НХМ лишь отчасти улучшил положение в отрасли, не получил повсеместного распространения и постепенно угас.

Особое место в отечественном здравоохранении занимает диспансеризация. В 1983 г. перед здравоохранением была поставлена грандиозная медико-социальная задача: охватить диспансерным наблюдением все население республики (с акцентом на специализированную помощь). Однако для ее реализации не было достаточно сил и средств – осуществление программы в полном объеме оказалось нереальным. Лозунг "всеобщая диспансеризация" был провозглашен без учета финансовых возможностей отрасли и реального состояния материально-технической базы учреждений. Диспансеризация носила формальный характер. Экономический эффект профилактических осмотров не соответствовал затратам. Таким образом, жестко регламентированная диспансеризация не оправдала надежд.

Опыт СССР и других стран с государственной системой здравоохранения показал, что государство, решая задачу глобально, не способно гарантировать объем и качество медицинской помощи конкретному пациенту и защищать его интересы. Централизованное планирование, командно-административный стиль управления экономикой себя не оправдали. Анализ едва ли не каждого существенного аспекта организации здравоохранения обнаруживает углубляющиеся диспропорции и неэффективное использование имеющегося потенциала. Противоречия между масштабами задач и уровнем их финансирования нарастали. Реальные возможности отрасли отставали от потребностей населения в медицинской помощи.

Попытки проведения отдельных экономических экспериментов в сфере здравоохранения не дали ожидаемых результатов. Однако новый хозяйственный механизм доказал, что государствен-

ная система здравоохранения имеет большой потенциал реформирования и может быть существенно улучшена. Эксперименты по совершенствованию государственной системы здравоохранения в СССР имели большой международный резонанс.

В СССР сферу здравоохранения было принято относить к числу наиболее благополучных. Одним из главных достижений социализма считался всеобщий равный доступ к бесплатной квалифицированной медицинской помощи. Существовавшая в СССР система здравоохранения, несмотря на определенные недостатки, имела стройную концепцию охраны и укрепления здоровья населения, обладала социальной устойчивостью.

Беларусь, как и другие постсоветские страны, в начале 1990-х гг. была ввергнута в системный кризис, охвативший все сферы жизнедеятельности общества, приведший к упадку экономики, уровня жизни и основных показателей здоровья населения. Данные социально-экономические изменения не могли не отразиться на здравоохранении. Проблемы отечественного здравоохранения отнюдь не сводятся к низкому уровню финансирования, на котором обычно фокусируют внимание. Требовались серьезные изменения в системе планирования и финансирования, внедрении новых экономических методов управления здравоохранением и привлечении частных структур. Финансирование по "остаточному принципу" вело к ухудшению материально-технической базы здравоохранения. Несоответствие между потребностями населения в медицинской помощи и возможностями их удовлетворения настоятельно требовали реформирования системы здравоохранения. Тем не менее, необходимо отметить, что в период экономического кризиса первой половины 1990-х гг. Беларусь оказалась практически единственной из стран СНГ, не допустившей снижения управляемости отраслью, падения объема предоставляемых услуг.

Вместе с тем, возможности для экстенсивного развития отрасли практически исчерпаны. Требовали решения проблемы, формировавшиеся в течение многих десятилетий. Важнейшие из них:

- несоответствие объема финансирования социальной значимости отрасли и потребности населения в лечебно-профилактической помощи;
- финансирование сети организаций здравоохранения по объему вовлеченных ресурсов, а не по объему и качеству услуг;
- низкий уровень экономической самостоятельности органов и организаций здравоохранения;

– структурные диспропорции.

В 90-е годы прошлого века после распада СССР и приобретения Республикой Беларусь государственной самостоятельности начался процесс создания национального законодательства. Основопологающим правовым актом, определяющим развитие отрасли в новых социально-экономических условиях, является Закон Республики Беларусь "О здравоохранении" (последняя редакция – Закон Республики Беларусь от 20.06.2008 г. №363-З "О внесении изменений и дополнений в Закон Республики Беларусь "О здравоохранении"").

В новом тысячелетии в отрасли произошли серьезные экономические и структурные преобразования. Прежде всего, это переход здравоохранения республики на функционирование в условиях новой медико-экономической модели, а именно – на планирование финансовых средств по нормативам бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя, а также по нормативам объемов и себестоимости медицинской помощи.

После завершения экономической стабилизации в Беларуси начался процесс структурных преобразований в системе здравоохранения. Основные мероприятия по совершенствованию механизма финансирования и структурной реорганизации определены правительственным постановлением "О совершенствовании механизма финансирования здравоохранения" №1225 от 10.08.2000 г. С 2000 г. введен новый порядок финансирования отрасли на основе нормативов бюджетной обеспеченности на одного жителя.

Подушевой механизм финансирования ориентирован на медицинскую помощь всем и каждому пациенту, что позволяет обеспечивать доступность, адресность, результативность, приближая ее к лучшим зарубежным аналогам. Подушевой норматив бюджетного финансирования дает возможность пациенту получать медицинскую помощь в полном объеме, независимо от его места жительства, создает условия для выравнивания. Разработан ряд нормативных актов, регламентирующих и определяющих порядок хозяйствования в лечебно-профилактических организациях. По большей части, данные документы определяют порядок хозяйствования исходя из государственного финансирования этих организаций здравоохранения.

Реформе всей системы здравоохранения предшествовал проведенный в 2001–2002 гг. эксперимент по совершенствованию механизмов управления и хозяйствования в организациях здравоохранения Витебской области. Эксперимент выявил значительные внутренние резервы в системе

здравоохранения. Опыт, накопленный в результате проведения эксперимента, позволил конкретизировать стратегию развития отрасли. Для преодоления негативных тенденций в развитии здравоохранения и существенного улучшения здоровья населения постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 08.10.2003 г. №1276 одобрена Концепция развития здравоохранения Республики Беларусь на 2003–2007 гг.

Крайне важна для реализации государственной политики в области здравоохранения система государственных социальных стандартов, которая определяет минимальный уровень гарантий для жителей страны. В соответствии с Законом Республики Беларусь "О государственных минимальных социальных стандартах" нормативы бюджетного финансирования расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя отражают размеры средств, необходимых для компенсации затрат государственных организаций здравоохранения на предоставление бесплатной медицинской помощи.

Составная часть государственной политики в здравоохранении – платные медицинские услуги. Их цель – формирование многоукладности здравоохранения, но с сохранением приоритетности государственной системы, увеличение доступности в получении качественной, квалифицированной, эффективной и специализированной медицинской помощи для населения; получение дополнительных финансовых средств; регулирование спроса населения на наименее социально значимые услуги здравоохранения; перераспределение ресурсов на наиболее значимые проблемы.

Платные медицинские услуги ни в коей мере не противоречат важнейшим принципам здравоохранения (социальная справедливость, доступность медицинской помощи). Напротив, в условиях поддерживающего финансирования внебюджетная деятельность позволяет привлечь дополнительные финансовые средства, создает условия для расширения потребительского выбора медицинских услуг

В целях более полного удовлетворения спроса населения на медицинские услуги сверх устанавливаемых государственных социальных стандартов в области здравоохранения Министерством здравоохранения Республики Беларусь принят курс на концентрацию платных медицинских услуг в государственных унитарных предприятиях лечебно-профилактического профиля, что закреплено постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 19.11.2004 г. №1463 "О проведении эксперимента по оказанию платных медицинских услуг унитарными

предприятиями системы Министерства здравоохранения Республики Беларусь".

Наибольшее влияние на процессы совершенствования здравоохранения страны оказывают следующие нормативные правовые акты, разработанные за последние годы:

– постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь и Министерства финансов Республики Беларусь от 29.09.2000 г. №40/101 (утверждено положение о порядке исчисления норматива бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя);

– постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27.05.2002 г. №28 (утверждена "Инструкция по разработке и реализации территориальных программ государственных гарантий по обеспечению медицинским обслуживанием граждан", определяющая перечень видов и объемов медицинской помощи, а также условий их предоставления гражданам за счет средств бюджета соответствующей административно-территориальной единицы Республики Беларусь);

– постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20.02.2003 г. №12;

– постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 01.04.2004 г. №13 "Об утверждении Инструкции о порядке исчисления себестоимости медицинской помощи и других услуг, оказываемых организациями здравоохранения, финансируемыми из бюджета".

Важным фактором повышения эффективности и качества работы отрасли является совершенствование организации труда и использования кадров. Люди – главный ресурс отрасли, ибо они составляют суть здравоохранения. В связи с этим представляет интерес генезис профессионально-квалификационной структуры кадров, реализующих финансово-экономическую политику в здравоохранении. Улучшение работы органов и организаций отрасли во многом зависит от того, насколько обоснованы и реалистичны штаты, от их приведения в соответствие с утвержденными типовыми штатами и штатными нормативами. Все это не может не способствовать оптимизации здравоохранения.

В республике еще с 30-х гг. XX века сложились и действуют три уровня квалификационной структуры (работники с начальным, средним и профессиональным высшим образованием), представленные Единым тарифно-квалификационным справочником работ и профессий рабочих (ЕТКС) и Квалификационным справочником должностей руководителей, специалистов и служащих (КСДС), Перечнями профессий (специальностей) и другими документами, имеющими в своей основе деле-

ние на рабочих и специалистов, т.е. работников умственного и физического труда. Квалификационная структура ЕТКС традиционна. Она выполняет роль норматива в сфере труда и зарплаты.

Номенклатура должностей финансово-хозяйственного профиля в учреждениях здравоохранения СССР была представлена следующими профессиями:

- директор,
- заместитель директора по административно-хозяйственной части,
- заместитель главного врача по административно-хозяйственной части,
- помощник главного врача по административно-хозяйственной части,
- главный бухгалтер, старший бухгалтер,
- бухгалтер,
- счетовод, счетовод-делопроизводитель, счетовод-кассир,
- кассир.

Особо следует остановиться на должности экономиста. Данная профессия относительно молода. Т.е. этот вид деятельности был, но профессия в СССР до 50-х годов XX века присутствовала в весьма ограниченных сферах. Термины "экономист", "экономический" так широко, как в наши дни, не использовались. Данные определения присутствовали преимущественно в научно-педагогической сфере либо в секторе реального производства. Термину экономика [страны] соответствовало понятие народное хозяйство. Вместо "экономический" использовали термины "финансово-бюджетный", "финансово-хозяйственный", "финансово-сметный". Краткий словарь иностранных слов (1952) давал следующее определение: "экономист – специалист по отдельным отраслям народного хозяйства". Большая советская энциклопедия (1957) приводит следующее толкование: "экономист – лицо, занимающееся научно-исследовательской или педагогической деятельностью в области экономики или ведущее практическую экономическую работу на предприятиях, учреждениях и хозяйственных организациях".

В штатных расписаниях учреждений здравоохранения должность экономиста появляется с 1966 г. И лишь с 1979 г. должность экономиста начала широко вводиться в штаты учреждений здравоохранения.

К введению в штатные расписания учреждений здравоохранения данной должности вынудила сама жизнь – существенно усложнилась работа, увеличились ее объемы, в практическую деятельность стали проникать идеи маркетинга. По-

требовалось разграничение полномочий и разведение видов деятельности по различным должностям. Назрела необходимость введения должности, функции которой – не просто расчет, а экономическая оценка, аналитика.

Разработка системы нормативных актов по труду, трансформация штатного нормирования и номенклатуры должностей свидетельствуют о постоянном совершенствовании организации и нормирования труда.

Важнейшей долгосрочной задачей экономической политики Правительства, Министерства здравоохранения Республики Беларусь является повышение профессионализма специалистов отрасли по экономике, бухгалтерскому учету в соответствии с постоянно возрастающими требованиями и запросами медицинской практики.

В документах ВОЗ, ЮНЕСКО, Совета Европы все большее внимание акцентируется на доминирующей роли образования на протяжении всей жизни человека. Образование дается не на всю жизнь, а через всю жизнь. Знания и навыки морально устаревают и теряют свою ценность, происходит так называемый моральный износ нематериальных активов. Поэтому специалисту медико-социальной сферы необходимо непрерывно пополнять и обновлять знания по экономике и финансовому менеджменту, которые, благодаря наибольшей устойчивости, выполняют роль "цемента", скрепляющего быстро растущее здание цивилизации.

Показателен следующий факт. В 1943 г. в тяжелые годы Великой Отечественной войны СНК СССР принял постановление "О мероприятиях по укреплению счетно-бухгалтерского аппарата предприятий, хозяйственных организаций и бюджетных учреждений", в котором регламентировались условия обучения и повышения квалификации. В частности, "за лицами, направляемыми организациями на курсы повышения квалификации, сохранить получаемую ими заработную плату на срок до 3 месяцев".

Важным этапом в совершенствовании профессиональной подготовки и использовании кадров (как медицинских, так и немедицинских) явился приказ Министерства здравоохранения СССР "О работе с медицинскими кадрами в 4-й пятилетке" от 10.11.1945 г. №710, который создал основу для кадровой работы (распределения, аттестации, учета, повышения квалификации) учреждений здравоохранения. В пятом разделе "В области работы со средними медицинскими и хозяйственными кадрами" говорилось о необходимости осуществления мероприятий, обеспечивающих повышение квалификации: "В каждой области, городе, районе иметь годичный план усовершенствования и подготовки

хозяйственных кадров здравоохранения (бухгалтера и др.). Всем заведующим облздравами утвердить такой план на следующий год".

Дальнейшее развитие вопросы повышения квалификации получили в постановлении СМ БССР от 21 мая 1952 г. №668 "Об упорядочении подготовки счетных работников".

Инновационный характер развития современного общества сделал высокий профессионализм главным условием экономического роста. Именно поэтому Министерство здравоохранения Республики Беларусь самое пристальное внимание уделяет вопросам совершенствования профессионализма, повышения квалификации по экономике и финансам здравоохранения. Во исполнение решения коллегии Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29.03.2006 г. №5/6 "Об итогах работы ведомственного контроля и финансово-хозяйственной деятельности организаций здравоохранения за 2005 год и задачах на 2006 год" исходя из запросов практического здравоохранения в БелМАПО в 2006 г. организована кафедра экономики и бухгалтерского учета в здравоохранении.

Кафедры экономики здравоохранения имеются в подавляющем большинстве медицинских университетов, а также академий последиplomного образования стран СНГ и дальнего зарубежья. Экономика здравоохранения как предмет преподавания уже с 1965 г. существовал в 12 зарубежных школах общественного здравоохранения, а к 1971 г. этот предмет получил дальнейшее развитие и был введен уже во всех 19 существовавших в мире школах общественного здравоохранения. В 1992 г. в составе кафедры социальной гигиены и организации здравоохранения МГМИ (в настоящее время – БГМУ) организован новый курс "Экономика здравоохранения" в объеме 50 часов.

Кафедра экономики и бухгалтерского учета в здравоохранении БелМАПО работает по утвержденному Министром здравоохранения Республики Беларусь календарному плану курсов последиplomного обучения. Подготовка специалистов на кафедре проводится согласно требованиям квалификационных характеристик. Учебные программы и планы курсов повышения квалификации отражают современное состояние и достижения экономики здравоохранения, тенденции развития и реформирования. Содержание учебных программ обеспечивает преемственность в подготовке специалистов.

С учетом задач инновационного развития отрасли на кафедре осуществляется опережающее обучение по прорывным направлениям и дисциплинам, ориентированным на реализацию приори-

тетов развития здравоохранения: финансовый менеджмент, стратегический маркетинг, медико-экономический анализ, экономика интеллектуальной собственности. Преподавание ориентировано на формирование знаний инновационной экономики. Специалисты должны обладать экономическим мышлением и поведением, уметь принимать эффективные решения на основе анализа и оценки текущей и перспективной ситуации, вырабатывать механизм достижения цели. Формирование системного экономического мышления делает работу специалистов осмысленной, помогает видеть свое место в общей системе, мыслить не узко, а глобально и масштабно, работать на результат.

Повышению уровня преподавания и совершенствованию учебной работы способствует постоянная заинтересованность и поддержка со стороны руководителей соответствующих управлений Министерства здравоохранения. К занятиям привлекались и консультировали по сложным проблемным вопросам ведущие специалисты Министерства здравоохранения, Министерства финансов, Министерства экономики Республики Беларусь, Национального банка.

Всего с первого дня основания курса экономики и бухгалтерского учета в здравоохранении (ноябрь 2000 г.) по состоянию на 01.11.2008 г. прошли обучение 2177 слушателей. Показатель выполнения плана комплектации учебных групп кафедры экономики и бухгалтерского учета в здравоохранении составил: за 2006 г. – 120%, 2007 г. – 126,4%.

Важнейшей задачей Министерства здравоохранения является не только сохранить структуру, управляемость, оперативность, единство действий и кадровый потенциал организаций здравоохранения, но и обеспечить их дальнейшее развитие. В целях совершенствования профессиональных знаний, изучения новых законодательно-нормативных документов, передового опыта работы Министерство здравоохранения Республики Беларусь постоянно организует совещания, семинары, научно-практические конференции и другие мероприятия. Начиная с 2006 г. один раз в квартал организуются постоянно действующие обучающие республиканские семинары руководителей республиканских органов здравоохранения по вопросам организации, экономики и права. Последний по времени проведения республиканский семинар-совещание "Вопросы финансово-хозяйственной и внебюджетной деятельности, ценообразования, платных услуг и оплаты труда органи-

заций здравоохранения и образования" состоялся 16 сентября 2008 г.

То, к чему отрасль пришла сегодня через эволюционное развитие и реформирование – финансово-экономические структуры, законодательно-нормативное обеспечение, а главное – люди – все это существует благодаря прочному фундаменту и славным традициям, заложенным много десятилетий назад. Именно эти традиции сформировали и предопределили устойчивость и жизнеспособность современной системы финансово-экономической деятельности.

Важную роль в становлении, развитии, совершенствовании планирования и финансирования сыграли руководители планово-финансовых служб Министерства здравоохранения Республики Беларусь: А. Новоселок – начальник планового отдела НКЗ БССР в годы Великой Отечественной войны и послевоенное время; А.Л. Доросинский – начальник планово-финансового управления МЗ БССР (1951–1975); В.В. Карулис – начальник планово-финансового управления МЗ БССР (1975–1988); начальник планово-экономического управления МЗ БССР (1988–1991); В.С. Гуца – начальник планово-экономического управления МЗ РБ (1992–1995); К.А. Мовчан – начальник Главного управления прогнозирования и экономики МЗ РБ (1995–2007); Е.И. Ткачева – начальник Управления планирования и экономики здравоохранения МЗ РБ (с 2007 г. по настоящее время); Е.А. Мокрая – начальник Управления бухгалтерского учета и отчетности МЗ РБ (с 1993 г. по настоящее время).

Единую экономическую стратегию и тактику Министерства здравоохранения Республики Беларусь осуществляют 5772 высококвалифицированных, ответственных, добросовестных и преданных своему делу специалиста финансово-экономического профиля: 4657 бухгалтерских работников, чуть более 1000 специалистов экономических служб и 115 контролеров-ревизоров. Кадры, являясь основным конкурентным преимуществом здравоохранения, в конечном счете, обеспечивают результативность и эффективность деятельности всей отрасли.

Финансово-экономические службы Министерства здравоохранения Республики Беларусь, прогрессируя, совершенствуясь и динамично развиваясь, вносят достойный вклад в повышение эффективности системы охраны здоровья нации на благо сильной и процветающей Беларуси!

Поступила 03.11.2008 г.