ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ

ГЛАВА 1 Анализ системы здравоохранения Республики Беларусь

1.1 Система здравоохранения

1.2 Состояние здоровья населения и организация медицинской помощи в Республике Беларусь

1.3 Проблемы и недостатки системы здравоохранения Республики Беларусь

ГЛАВА 2 Основные направления реформирования системы здравоохранения

2.1 Экономические модели и реформирование

2.2 Состояние нормативно-правовой базы РБ

2.3 Концепция развития и совершенствования нормативно-правовой базы Республики Беларусь в сфере здравоохранения

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

ВВЕДЕНИЕ

Проблема качества медицинской помощи приобрела особую значимость в последние годы в связи с социально-экономическими преобразованиями и кризисом в стране, негативно отразившимися на состоянии здоровья населения, поэтому мы рассмотрим модели управления здравоохранением и предложим свою концепцию развития здравоохранения.

Здравоохранение играет важную роль в нашей жизни, ведь каждый человек и общество в целом желает быть здоровым. А для этого необходимы четко установленные границы прав и обязанностей, как для пациентов, так и для служб здравоохранения в целом.

Актуальность данной темы состоит в том, что проходящие в нашей стране изменения не лучшим образом сказываются на здоровье населения.

Целью данной работы является анализ системы здравоохранения и основных направлений ее реформирования.

Задачи исследования:

- системы здравоохранения;

- рассмотреть состояние здоровья населения и организация медицинской помощи в РБ;

- выявить проблемы и недостатки системы здравоохранения в РБ;

- рассмотреть историю возникновения и развития моделей здравоохранения;

- определить состояние нормативно-правовой базы;

- рассмотреть проблемы и перспективы развития здравоохранения.

При написании работы применялась учебно-методическая литература, статистические сборники, периодические издания, законодательные акты.

ГЛАВА 1

АНАЛИЗ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

* 1. Система здравоохранения

Система здравоохранения – это совокупность всех организаций, институтов и ресурсов, главной целью которых является улучшение здоровья. Для функционирования системы здравоохранения необходимы кадровые ресурсы, финансовые средства, информация, оборудование и материалы, транспорт, коммуникации, а также всеобщее управление и руководство. В рамках системы здравоохранения должны оказываться услуги, чутко реагирующие на потребности и справедливые с финансовой точки зрения, при уважительном отношении к людям.

Здравоохранение – система социально-экономических и медицинских мероприятий, цель которой – сохранить и повысить уровень здоровья каждого отдельного человека и населения в целом и внести положительный вклад в развитие общественного производства и создание национального дохода страны.

В общественной системе (государстве) здравоохранение выполняет следующие функции:

- осуществление социальной профилактики, т.е. мероприятий по охране здоровья населения (оздоровление окружающей природной среды и среды обитания человека; устранение или уменьшение неблагоприятного влияния на здоровье человека (населения) социальных факторов; формирование идеологии и навыков здорового образа жизни; планирование семьи; иммунизация населения и др.);

- оказание населению квалифицированной медицинской помощи (определение стратегии и тактики развития национальных, региональных и муниципальных систем здравоохранения; рациональное использование ресурсов; удовлетворение потребностей населения в амбулаторно-поликлинической, скорой, неотложной и стационарной медицинской помощи; подготовка медицинских кадров; разработка и внедрение современных технологий диагностики, лечение и реабилитация больных; лекарственное обеспечение населения и др.);

- оказание населению медико-социальной помощи, которая включает оказание наряду с медицинскими и таких видов услуг как юридические, социально-бытовые, психологические, воспитательно-педагогические и др.);

- информационная (или сигнальная) функция здравоохранения предусматривает проведение мониторинга, т. е. динамического наблюдения за здоровьем населения с учетом влияния различных факторов (статистика здоровья), ведение учетной и отчетной статистической информации о состоянии объектов системы здравоохранения (статистика здравоохранения), предоставление указанных видов информации во властные структуры с целью принятия правовых, экономических, организационных и других мер по развитию системы охраны здоровья и самого сектора здравоохранения с учетом медико-социальных приоритетов в показателях заболеваемости, инвалидности и смертности населения.

Поскольку в любой экономической системе, в том числе в деятельности учреждений здравоохранения, очень большое значение имеет обеспеченность ресурсами и их рациональное использование, необходимо дать классификацию ресурсов, которые могут быть использованы в целях охраны здоровья населения.

1. Классификация ресурсов по их содержанию:

- природные ресурсы (земля, полезные ископаемые, наличие лечебных бальнеологических факторов – целебных вод, грязей и т. д.);

- материально-технические ресурсы (основные и вспомогательные здания и сооружения, обеспеченность такими элементами благоустройства, как водопровод, канализация, подвод кислорода, природного газа и электричества, транспортная база, склады ГСМ, прочие составные части инфраструктуры, приборы и оборудование медицинского назначения);

- кадровые ресурсы (врачи, средний и младший медицинский персонал с учетом профиля и уровня подготовки, обслуживающий персонал);

- финансовые ресурсы (денежные средства с учетом их источников и объема);

- информационные ресурсы (использование современных информационных технологий, реклама медицинских услуг, подключение к глобальным информационным сетям с целью обмена медицинской информацией, автоматизированные системы сбора, обработки и анализа информации, автоматизированные системы управления и т. д.).

2. Следующий принцип классификации – это ресурсы собственные и заемные.

3. Заменяемые и незаменяемые.

4. Воспроизводимые, частично воспроизводимые и невоспроизводимые.

5. Классификация ресурсов, различных по степени распространения (и соответственно ценности) – от весьма распространенных до уникальных, причем эта классификация относится как к материальным, так и к трудовым, и к финансовым ресурсам [1].

* 1. Состояние здоровья населения и организация медицинской помощи в Республике Беларусь

Медико-демографическая ситуация. Отрицательная динамика основных демографических показателей в Республике Беларусь за последние полтора десятилетия достигла критического уровня, представляющего угрозу национальной безопасности страны. С 1994г. население страны сократилось на 629,6тыс. человек (почти на 6,2%) и на начало 2007г. составило 9689,8тыс., только в 2008г. убыль составила 60,7тыс. Наряду с убылью населения деформируется и его половозрастная структура. В первую очередь отмечается значительное снижение численности детей в возрасте до 15лет: с 2000г. она уменьшилась более чем на 312,7тыс.

Смертность снизилась по всем основным классам заболеваний (за исключением болезней органов пищеварения). На уровне 2007г. осталась смертность от болезней мочеполовой системы. Наибольшее снижение смертности отмечается от внешних причин (на 9,9%), от болезней сердечно-сосудистой системы (на 8,5%), от болезней органов дыхания (на 8,1%). Смертность от новообразований снизилась на 1,3%, а за последние 5 лет снижение смертности от злокачественных новообразований составляет около 12%.

Важнейшим направлением развития здравоохранения Республики Беларусь остается охрана материнства и детства. С 1995 г. отмечается снижение младенческой смертности, с 2000 года ее уровень ниже 10,0 на 1000 новорожденных, в 2008 г. она составила 5,2 – один из самых низких уровней среди стран СНГ (относительно 2007 г. снизилась на 16%). При этом с 2007 г. регистрация случаев младенческой и детской смертности ведется с учетом младенцев, родившихся с массой тела 500-999 гр.

С 1990 г. число абортов в Беларуси снизилось с 247,0 тыс. до 46,3 тыс. в 2008 г. и стало меньше числа родов. Однако уровень производимых абортов по-прежнему остается очень высоким [6].

Состояние здоровья населения. В 2007 году отмечены рост рождаемости, снижение общей, младенческой, детской, материнской смертности, инвалидности, послеоперационной летальности при заболеваниях, требующих экстренных хирургических вмешательств.

Существенный экономический ущерб обществу наносит временная нетрудоспособность, инвалидность и преждевременная смертность. При этом в 2007 году сохраняется тенденция снижения инвалидности жителей республики: первичная инвалидность снизилась на 11%, инвалидность в трудоспособном возрасте – на 7,6%, в детском возрасте – на 1%.

Заболеваемость населения. С 1995 по 2008 г. рост первичной заболеваемости произошел по следующим классам болезней: системы кровообращения (на 85,3%); симптомы, признаки и неточно обозначенные состояния (на 89,1%); новообразования (на 61,0%); врожденные аномалии (на 49,3%); костно-мышечной системы и соединительной ткани (на 40,9%); беременности, родов и послеродового периода (на 35,9%); мочеполовой системы (на 20,5%); психические расстройства (на 44,5%); крови и кроветворных органов (на 29,0%); кожи и подкожной клетчатки (на 4,3%); травмы и отравления (на 13,4%).

Снизилась первичная заболеваемость инфекционными и паразитарными болезнями (на 35,2%), болезнями эндокринной системы (на 20,3%) пищеварения и органов дыхания (1,2%).

Доля наиболее значимых в социальном плане и занимающих первое место среди причин смерти болезней системы кровообращения (БСК) снизилась в 2008 году относительно 2007 года с 54,8% до 52,8%. Количество смертей от внешних причин – с 11,4 до 10,8%.

С 1995 г. у взрослого населения почти в 3,5 раза выросла заболеваемость гипертонической болезнью (765,4 на 100 тыс. населения) и в 3 раза – ИБС (852,7 на 100 тыс. населения), а также острым инфарктом миокарда – на 57,7% (164,0 на 100 тыс.).

В течение 2007 г. первичная заболеваемость от БСК выросла на 5,7% и составила 2562,1 на 100 тыс. населения, на 3,2% снизилась смертность при остром инфаркте миокарда.

Новообразования являются второй по значимости причиной смертности (13,67%). Смертность от новообразований в течение 2008 года снизилась на 1,3%, а за последние пять лет снижение смертности от злокачественных новообразований составляет около 12%. За 1994-2009 гг. первичная заболеваемость выросла на 36,5%: с 294,4 до 402,0 на 100 тысяч населения [9].

Инвалидность. Количество жителей, имеющих признаки инвалидности в нашей стране составляет около 400 тыс. человек. В 2008 г. были впервые признаны инвалидами 46838 человека, в том числе: в возрасте старше 18 лет – 43689 человек или 55,60 на 10 тыс. населения (2007 г. – 49 305 или 62,96 на 10 тыс.) и в возрасте до 18 лет – 3149 человек или 17,08 на 10 тыс. населения (соответственно в 2006 г. – 3 297 или 17,34 на 10 тыс.).

Амбулаторно-поликлиническая помощь. Из числа амбулаторно-поликлинических организаций системы Минздрава медицинская помощь населению оказывалась в 790 самостоятельных (необъединенных) поликлиниках и амбулаториях, 454 поликлинических отделениях больниц и роддомов, 56 врачебных здравпунктах, 67 стоматологических поликлиниках и 91 диспансере. Число станций и отделений скорой и неотложной медицинской помощи с 1994 г. уменьшилось с 205 до 179.

В настоящее время в Беларуси продолжается активная работа по реформированию системы здравоохранения. Одним из направлений является реструктуризация ЛПО и смещение приоритетов в сторону первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). Усиление амбулаторно-поликлинического звена происходит за счет внедрения новых технологий, применявшихся ранее только в стационарах, развития перспективных догоспитальных форм медицинской помощи – дневных стационаров и стационаров на дому, за счет перераспределения ресурсов и функций между амбулаторно-поликлини-ческой и стационарной помощью в пользу первой.

Посещения в амбулаторно-поликлинические организации республики в 2007 году распределились: посещения на дому – 7,85%, первичные посещения – 25,6%, повторные посещения – 41,65%, профилактические осмотры – 24,9%.

При имеющем место росте уровня посещений в амбулаторно-поли-клинические организации отмечается увеличение роли стационарозамещающих структур – дневных стационаров (ДС) при амбулаторно-поли-клинических организациях.

Стационарная помощь населению на конец 2009 г. оказывалась в 657 больничных организациях системы Минздрава (2008 г. – 649), из них в городах – 376 (2008 г. – 363), в сельской местности – 281 (2008 г. – 286).

Снижение количества проведенных койко-дней и уровня госпитализации отмечалось до 2005 года, а в 2007 и 2008 годах имеет место их ежегодный рост. Нельзя однозначно утверждать, что данная тенденция характеризует повышение заболеваемости населения республики и снижение качества медицинского обслуживания [5].

Показатели использования коечного фонда. Основными показателями, характеризующими использование коечного фонда, являются среднегодовая занятость койки и средняя длительность пребывания больного на койке. В 2008 г. среднее число дней функционирования койки в году по всем организациям Республики Беларусь составило 311,4 дня (2008 г. – 306,6). В 1990 г. этот показатель составлял 296,7 дня, в 1994 г. – 313,6, а максимальный уровень был в 1998 г. – 341,3.

Специализированная (стационарная) помощь населению в рамках ТПГГ. Количество койко-дней на 1000 жителей с учетом работы организаций здравоохранения республиканского подчинения составил по республике 3082 койко-дня, что составляет 118,7% выполнения годового норматива (2596 ‰), что несколько больше, чем в 2008 году – 2992 койко-дня (119,7% выполнения годового норматива).

Показатель среднего срока лечения в стационаре в областях составил 10,9 дней. Средний срок пребывания в стационарах по республике за 2009 год составляет 11,4 дня с учетом работы организаций республиканского подчинения (в 2007 год он составлял так же 11,4 дня). Средний срок лечения в областях и в 2008 и в 2007 годах составил 10,9 дней.

Обеспеченность отрасли медицинскими кадрами определяет эффективность функционирования системы здравоохранения. В 2008 г. в Республике Беларусь в системе Министерства здравоохранения работали 48 743 врача (физических лиц).

Обеспеченность населения Беларуси врачебными кадрами (без зубных врачей) в системе Министерства здравоохранения в 2008 г. составила 43,1 врача на 10 тысяч населения (2007 г. – 42,2).

Из общего числа штатных должностей среднего медицинского персонала 120 430 (2007 г. – 118 902) было занято 124 395 (2006 г. – 118 226).

Внедрение государственных социальных стандартов в области здравоохранения. Министерство здравоохранения Республики Беларусь проводит мониторинг внедрения государственных социальных стандартов в каждом регионе и районе республики. Ежеквартально информация о ходе внедрения социальных стандартов заслушивается на коллегиях управлений здравоохранения областных исполнительных комитетов и Минского городского исполнительного комитета по здравоохранению, а так же коллегиях Министерства здравоохранения Республики Беларусь. Сегодня государственные социальные стандарты внедрены во всех регионах республики [8].

* 1. Проблемы и недостатки системы здравоохранения Республики Беларусь

В последнее десятилетие состояние здоровья населения Белоруссии заметно ухудшилось. Средняя продолжительность жизни граждан на 10-12 лет ниже, чем в странах с развитой экономикой. Смертность населения с 1999 по 2009 годы увеличилась на 13,1%, в том числе лиц в трудоспособном возрасте – на 6,7%. Высокими по сравнению со среднеевропейскими показателями остаются уровни материнской, младенческой и детской смертности. Только треть детей в возрасте до 18 лет здоровы. Растет потребность в медицинской помощи, так как течение болезней становится более тяжелым и длительным. Увеличивается удельный вес запущенных патологий, лечение которых требует значительных затрат.

В системе здравоохранения накопились следующие серьезные проблемы:

- Ограниченность государственных гарантий бесплатной медицинской помощи;

- Сложившаяся система обязательного медицинского страхования (ОМС) не обеспечивает существенного влияния на эффективность использования ресурсов здравоохранения;

- Имеющиеся в системе здравоохранения ресурсы используются неэффективно.

Целью реформы здравоохранения является повышение доступности и качества медицинской помощи для широких слоев населения.

Одним из важнейших аспектов реформирования здравоохранения является усиление и совершенствование мер, направленных на профилактику социально обусловленных заболеваний (инфекционных и массовых неинфекционных) и снижение риска воздействия неблагоприятных факторов среды обитания на население. В целях обеспечения санитарно-эпидемиологическо-го благополучия населения Белоруссии необходимо осуществление мероприятий, направленных на снижение уровня инфекционной заболеваемости, профилактику, выявление и устранение влияния вредных и опасных факторов среды на здоровье человека, обеспечение санитарно-карантинного контроля в пунктах пропуска через Государственную границу РБ, недопущение распространения инфекционных болезней при заносе на территорию страны. С использованием программно-целевых методов будут разрабатываться меры, направленные на повышение качества медицинской помощи и улучшение показателей здоровья населения, включающие развитие стандартизации в здравоохранении, разработку новых технологий и методов медицинской и социальной реабилитации [10].

Рассмотрим данные социологического опроса жителей г. Минска, проведенного Калиновской И.А. и журналом «Медицинские новости» в 2007 году, которые показали:

-неудовлетворенность людей в первую очередь обусловлена работой городских поликлиник (71,5%);

-качество лечения в поликлинике в целом оценивается как более низкое, чем в больницах (56,4%).

Основные претензии, которые предъявляются минчанами к медицинскому обслуживанию:

-общий низкий уровень лечебного процесса;

-недоступность высокоэффективных лекарственных препаратов;

-дефицит врачей ряда специальностей;

-недостаточное оснащение больниц современным оборудованием.

Основными областями медицины, на качество которых жалуются граждане, являются (по числу обращений в порядке убывания):

-стоматология;

-акушерство;

-инфекционные заболевания и внутрибольничные инфекции;

-хирургия (нейрохирургия, хирургия глаза, травматология, пластика, косметология).

Распространение неофициальной формы оплаты лечения свидетельствует о постепенном превращении здравоохранения из бесплатного в платное. Из числа тех, кто обращался за медицинскими услугами, за диагностику платили 41,1%, лечащему врачу – 38,4%, за госпитализацию – 21,3%, за операцию – 31,8%. Одновременно более половины опрошенных минчан приобретали за собственные средства медикаменты, перевязочные материалы и т.п.

Доступными для себя цены на платные медицинские услуги считают 25,6% респондентов, недоступными – 46,4%, затруднились с ответом или не ответили 28%.

В организации работы поликлиники можно встретить случаи грубости и равнодушия медперсонала, не всегда доступная помощь врачей-специалистов, неудовлетворительное санитарно-гигиеническое состояние медучреждений, неудобные графики работы врачей и служб.

Доверие квалификации врачей поликлиники выразили 68,5% ответивших, недоверие – 3,6%, затруднились с ответом 22,1%. Уровень обследования в поликлинике, по мнению 41,1% респондентов, соответствует современному уровню, по мнению 26,1% – не соответствует, затруднились с ответом 27,2%.

О том, что в Беларуси имеется возможность добровольного медицинского страхования, информированы 42,4% респондентов, не информированы – 35%, 22,6% затруднились с ответом или не ответили на вопрос.

В ходе данного исследования выявлены следующие тенденции:

-большинство пациентов в первую очередь обращают внимание на сервис и отношение к ним медицинского персонала;

-отношение медицинских работников к больным влияет на восприятие пациентами лечебного процесса, соблюдение предписаний и назначений врача.

Неудовлетворенность в ряде случаев, доступностью и качеством медицинского обслуживания говорит о необходимости:

-совершенствования работы медицинских организаций;

-пересмотра отношений «врач–пациент»;

-повышения деонтологической грамотности и профессионализма медицинского персонала.

Такие характеристики, как ориентация на пациента, всеобъемлемость, комплексность и непрерывность медицинской помощи позволят выстроить длительные отношения доверия между людьми и поставщиками услуг здравоохранения [12].

ГЛАВА 2

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РЕФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

2.1 Экономические модели управления здравоохранения

Традиционно выделяют три вида моделей управления здравоохранением: государственную, страховую и частную. Однако в реальной практике в рамках одной и той же системы каждое государство имеет такие существенные отличия в системе здравоохранения (по характеру финансирования, управленческим технологиям и т.д.), что с полной уверенностью можно говорить об уникальности модели управления здравоохранением каждой страны. Например, в рамках государственной системы здравоохранения оказываются такие отличные по моделям здравоохранения страны, как Великобритания и Беларусь. Кроме этого, следует учитывать, что модель управления здравоохранением практически каждой страны включает элементы обязательного медицинского страхования (ОМС), добровольного медицинского страхования, частной практики и бюджетного финансирования, которые присутствуют в различных странах в различных пропорциях. Если учесть также экономико-политические различия стран, наличие определенных традиций, различия в экологии, климате, благосостоянии населения, то можно с уверенностью говорить об уникальности моделей управления здравоохранением каждой страны.

Опыт организации различных экономических моделей управления здравоохранением на примере некоторых стран.

Великобритания – наиболее яркий пример государственной модели финансирования здравоохранения с эффективными рыночными механизмами. В Великобритании система страхования здоровья рабочих, охватывающая 1/3 населения, существовала с 1911 г. (введена Д. Ллойд-Джорджем). Она имела важную отличительную особенность – деньги следуют за пациентом, что создавало возможность сформировать рынок медицинских услуг. В 1948 г. была внедрена налоговая система финансирования здравоохранения, разработанная У. Бевериджем по поручению У. Черчилля. В период правления М. Тэтчер была провозглашена концепция «внутреннего рынка», объединения группы врачей общей практики в фондодержателей. Фондодержательство – настоящий прорыв в управлении здравоохранением. Именно это позволяет Великобритании расходовать на здравоохранение почти в 2 раза меньше средств по сравнению с другими развитыми странами. Правительство Т. Блэра сделало объединение врачей в группы обязательным. Вместо «внутреннего рынка» стали использовать термин «сотрудничество», вместо фондодержателей образованы группы первичной помощи, которые не отличаются по сути, но крупнее, объединяя до ста врачей.

Реформа Национальной службы здравоохранения (НСЗ) Великобритании началась в 1991 г. и затронула широкий спектр вопросов управления и финансирования системы. При этом она не отвергла базовые принципы построения системы (общедоступность и бесплатность оказания медицинской помощи для всего населения).

Общее соотношение между общественным и частным финансированием медицинской помощи составляет 85 и 15%.

Идеологической основой реформы НСЗ стала концепция «внутреннего рынка», которая означает, что общая сумма средств на финансирование НСЗ устанавливается на основе политического решения и не подлежит пересмотру, иначе говоря, отношения рыночного типа строятся внутри системы здравоохранения. В качестве основного покупателя медицинской помощи выступают районные управления здравоохранения. Они вправе вступать в договорные отношения с любыми медицинскими организациями независимо от их форм собственности и места расположения. Основная часть больниц получает статус самоуправляемых организаций – больничных трастов. Государство остается собственником больницы, но права управления этой собственностью переходят к трастам.

Отличительная особенность трастов состоит, во-первых, в том, что их ответственность за обязательное оказание медицинской помощи местному населению сужается. Больничный траст обязан предоставлять строго определенный набор наиболее важных видов медицинской помощи, заключая договор с местным районным управлением здравоохранения, выступающим в роли покупателя медицинской помощи. Во-вторых, больничный траст НСЗ живет полностью на свой доход и получает не бюджетные дотации, а обычные кредиты, погашаемые при реализации производимых услуг. В-третьих, трасты имеют право приобретать и отчуждать имущество.

В договорной системе, основанной на разделении функций финансирования и оказания медицинской помощи, финансирующая сторона освобождается от функций представительства интересов ЛПУ и является покупателем медицинской помощи в интересах населения. Это существенно меняет характер взаимодействия финансирующей стороны и поставщиков медицинских услуг.

Опыт Великобритании показывает, что модель бюджетного финансирования также позволяет провести в жизнь принцип разделения финансирования и оказания медицинской помощи. Эффективное взаимодействие заказчика и исполнителя зависит не от принципа финансирования (бюджетная или страховая система), а от того, как строится система экономических отношений и как она реализуется.

При разделении функций финансирования и оказания медицинской помощи государство, органы здравоохранения выступают в роли покупателя медицинской помощи, а не «разнарядчика» средств в соответствии с нормативами. А это предполагает изменение содержания работы планирующего органа. Приоритетными оказываются такие функции, как динамическая оценка потребностей населения и ожидаемых финансовых ресурсов, ведение переговоров с каждым ЛПУ и заключение договоров с ними под согласованный объем медицинской помощи, мониторинг и оценка выполнения договорных обязательств. Этому соответствует так называемый метод «глобального бюджета», т.е. предварительный платеж за согласованный объем медицинской помощи.

Регулирование цен на услуги врачей общей практики происходит по четко отработанной схеме. Во-первых, устанавливается прямая оплата основной части расходов на аренду помещений и оплату вспомогательного персонала в размере 70% от фактических затрат практик. Кроме того, врачи получают средства на обучение и приобретение информационной техники. Во-вторых, устанавливается норматив финансирования на одного обслуживаемого гражданина, который корректируется в зависимости от пола, возраста пациентов, ряда других факторов, определяющих потребность в медицинской помощи. Из этих средств врач сам оплачивает оставшиеся 30% затрат на аренду помещений и найм персонала. В-третьих, установлена шкала твердых ставок за те услуги, которые оплачиваются на гонорарной основе.

В результате разделения функций финансирования и оказания помощи в Великобритании изменилось соотношение сил между различными субъектами системы здравоохранения. В дореформенной НСЗ больницы играли центральную роль в определении объема и видов медицинской помощи, условий ее предоставления. Сейчас доминирование больниц практически исчезло. Больницы вынуждены учитывать то обстоятельство, что орган управления не несет ответственности за их содержание и может предпочесть другие больницы. Необоснованные госпитализации, дублирование исследований, длительные сроки стационарного лечения, нерациональное использование мощностей больниц ушли в прошлое [11,4].

Германия – наиболее характерный пример страховой системы финансирования здравоохранения. Первая национальная система здравоохранения была создана канцлером О. Бисмарком в 1881 г. Она представляла собой программу страхования рабочих и их семей и базировалась на уже действовавших в то время законах о компенсациях работникам железной дороги (1838 г.) и о шахтерских обществах (1854 г.). Эта система является классической моделью ОМС.

Частное страхование здоровья возможно в частных страховых обществах, плата в которых гораздо ниже, чем в государственных (больничных кассах), а перечень доступных услуг намного шире. Право на страхование в частных обществах имеют, например, лица с ежегодным доходом более 40 тыс. евро или занимающиеся индивидуальной трудовой деятельностью. Условия членства в этих кассах несколько иные, чем в государственных: например, в случае продолжительного непосещения медучреждений застрахованному лицу очень часто возвращается часть его денег, что не разрешено государственным больничным кассам. Лишь 10% населения застраховано подобным образом, поскольку достичь такого уровня доходов, при котором законодатель разрешает застраховать себя частным путем, люди могут не в 20-летнем возрасте, когда они здоровы, а гораздо позже.

Частные кассы тоже препятствуют приему новых потенциальных пациентов. Для того чтобы стать членом подобной кассы, необходимо заполнить анкету с рядом объективных и субъективных вопросов, в зависимости от ответов на которые могут отказать в приеме в эту кассу, причем даже в случае, если вы готовы платить любую дополнительную сумму взноса, которая растет астрономически, если у вас обнаруживается какая-либо хроническая болезнь или же когда у кассы возникает малейшее сомнение по поводу появления у вас какой-либо болезни. Но если предположить, что вас приняли, то и в этом случае никто не гарантирует постоянной величины страхового взноса в частную больничную кассу.

Сегодняшние частные больничные кассы можно охарактеризовать как кассы для богатых, здоровых и молодых или следящих за своим здоровьем, пытающихся оставаться молодыми и стремящихся стать обеспеченными людьми. При необходимости получения медицинских услуг эти категории лиц обслуживаются, может быть, не лучше, но с большим комфортом.

Подавляющая же часть населения находится в сфере обслуживания законодательно установленных государственных страховых обществ (больничных касс), которые формируют свои средства за счет поступлений, прямо зависящих от доходов населения, при этом 50% взноса делает сам застрахованный, а остальные 50% ложатся бременем на работодателя. Величина подобного взноса в настоящее время составляет немногим более 14% заработной платы независимо от возраста владельца страхового полиса.

С 1 января 2004 г. в Германии введена плата за посещение медучреждений. Визит к врачу обходится пациенту в 10 евро в квартал. Дополнительно к этому взимается 5 евро за каждый выписанный врачом рецепт. Результаты подобного нововведения оцениваются по-разному. За первые десять месяцев 2004 г. больничными кассами было сэкономлено более 4 млрд евро.

Однако полноценный эффект не был получен. Заплатив 10 евро в квартал, пациент может посещать врача в течение этого квартала несметное число раз и тем самым продолжать увеличивать расходы больничных касс. Улучшения можно достичь, только если обязать пациентов платить прямо пропорционально их посещению медицинских учреждений [3].

Соединенные Штаты Америки – пример модели частной медицины с сильными рыночными механизмами, сочетающейся с многоканальностью финансирования здравоохранения (ОМС, ДМС, благотворительность, государственная поддержка). В Соединенных Штатах Америки нет единой и четкой системы организации здравоохранения. Более того, каждый штат имеет свою, порой сильно отличающуюся систему. Так, например, в штате Теннеси почти все имеют медицинскую страховку, а в некоторых штатах основную роль играет благотворительность. Американский аналог системы Бисмарка – это система Medicare, охватывающая медицинской помощью лиц старше 65 лет. Medicare предоставляет бесплатную медицинскую помощь лицам старше 65 лет в том случае, если они сами или их супруг (супруга) проработали на предприятиях, участвующих в программе Medicare, не менее 10 лет, или в более молодом возрасте, если претендент страдает хроническим заболеванием. Однако часть расходов пациенты, охваченные системой Medicare, оплачивают самостоятельно. Размер этой оплаты можно уменьшить, приобретя дополнительно Medigap-полис или воспользовавшись программой Medicare. Medicare финансируется за счет штата (преимущественно), частично – за счет федерального бюджета.

Те, кто не достиг возраста 65 лет, пользуются добровольным частным страхованием. Преимущественно это студенты, лица, меняющие место работы, и те, чьи работодатели не предоставляют медицинскую страховку. Некоторые наиболее крупные предприятия содержат собственные медицинские центры, которые оказывают медицинские услуги работникам. Богатые, как правило, пользуются услугами частной медицины.

Однако в США есть еще одна система оказания медицинской помощи – благотворительные фонды, которые имеют достаточно мощную финансовую поддержку в обществе. Церкви также содержат сеть бесплатных больниц.

Основное преимущество здравоохранения США – это не только система высокотехнологичных клиник с квалифицированным медицинским персоналом, но и наличие специализированных систем здравоохранения, поддерживающих определенные категории лиц: пожилых, малоимущих. Предполагается, что все остальные могут оплатить услуги здравоохранения (в системе частного страхования или прямой оплаты медицинских услуг) или воспользоваться благотворительностью. Важно также, что законодательные акты США не декларируют того, чего не могут дать: равнодоступной и полностью бесплатной медицины высокого качества для всех. В США, в отличие от стран Европы, традиционно сильна роль профессиональных ассоциаций (например, Американской медицинской ассоциации), а не Министерства здравоохранения. В США очень гибкая система выбора лечащего врача и лечебного учреждения. Работодатели имеют дело с брокерами страховых компаний, чтобы получить наиболее выгодные условия сотрудничества как с пациентами, так и поставщиками медицинских услуг. Страховые компании предлагают несколько вариантов договоров. Наиболее дорогой из них – Fee For Service (FFS) предполагает, что застрахованный может обратиться в любое лечебное учреждение. Менее дорогим является POS – «место обслуживания». В этом случае застрахованный выбирает врача общей практики, который обслуживает его и рекомендует, где именно при необходимости можно получить специализированные услуги.

Меньшая часть жителей США приобретает страховки самостоятельно. Это индивидуальные предприниматели, работники небольших фирм, лица, работающие по совместительству или неполный рабочий день. Такая страховка стоит дороже, чем групповая, скидок на нее не предусмотрено.

Сегодня не только все больше американцев просто оплачивают текущие медицинские расходы из собственного кармана, но и все больше врачей, особенно в «глубинке», где люди беднее, стали предлагать свои услуги напрямую, без посредничества страховщиков. Так выходит дешевле и удобнее врачу и пациенту. Например, за 1000–1500 долларов в год врач готов в любое время суток семь дней в неделю оказывать помощь больному, даже на дому (оплата производится в рассрочку по договору, примерно по 100 долларов в месяц). Если потребуется более сложное лечение или госпитализация, расходы будут покрываться уже медицинской страховкой.

Другой вариант – работодатель вместо приобретения дешевой и неэффективной страховки помещает сэкономленные средства на специальный индивидуальный накопительный счет, которым работник может пользоваться по собственному усмотрению, но только для оплаты медицинских услуг. Для малого бизнеса эти выплаты освобождены от налогов. Популярность этого варианта растет.

В России общественное здравоохранение прошло длительный путь развития. В 1551 г. церковь совместно с членами двора провозгласила необходимость доступного лечения для больных и престарелых. С 1869 г. с созданием земств появляются земские службы здравоохранения. В 1912 г. в России начала работу система социального страхования, основанная на немецкой системе Бисмарка и охватывающая около 20% работников различных профессий. 11 июля 1918 г. был утвержден Народный комиссариат здравоохранения РСФСР, а 20 июля 1936 г. – Народный комиссариат здравоохранения СССР.

С 1937 г. финансовые средства, которые до этого шли непосредственно в бюджет Наркомата здравоохранения, стали поступать в общий бюджет, а оттуда распределялись между всеми министерствами. С течением времени финансирование из бюджета привело к тому, что в СССР здравоохранение стало получать финансирование по «остаточному принципу». Панацеей считалось увеличение количества врачей, медсестер и больничных коек. В условиях постоянно снижаемого финансирования происходило постоянное снижение качества медицинского образования и медицинской помощи. Наличие сети элитарных клиник для одних и обычных больниц для всех остальных разрушило декларируемый принцип равноправия в предоставлении медицинской помощи.

В России на долю стационарной помощи приходится примерно 65% объема общих расходов, выделенных на здравоохранение, против 35–50% в западных странах. Это означает, что при общем недофинансировании здравоохранения поликлиники финансируются методом остатка. Доля врачей, оказывающих первичную медицинскую помощь, в России составляет 20-25% общего числа врачей, в то время как в странах с передовыми системами – более 50%, а в Канаде – 60%. Уровень госпитализации составляет примерно 21 на 100 жителей против 12-17 в западных странах. Средняя продолжительность лечения – 17 дней против 8-13 дней в западных странах. Частота направлений пациентов участковыми врачами к специалистам составляет как минимум 30% от числа первичных посещений, в то время как в западных странах – 4-10%.

Парадокс российской действительности состоит в том, что декларация о праве на бесплатную медицинскую помощь сочетается с крайне низким уровнем социальной защиты. Нехватка средств заставляет учреждения здравоохранения переводить оказание медицинской помощи на платную основу.

В отличие от развитых стран, в российском здравоохранении основной формой официального привлечения средств населения являются не доплаты по основному массиву услуг, а полное покрытие затрат пациентом по некоторым видам услуг, которые являются «дополнительными», а стало быть, полностью платными.

Возникают серьезные основания сомневаться в реалистичности положения о всеобщем бесплатном медицинском обслуживании. Правильнее, наверно, сосредоточиться на первоочередном удовлетворении потребностей наиболее нуждающихся категорий больных [11].

Опыт реформирования здравоохранения в России имеет принципиальное значение для Беларуси потому, что наши системы здравоохранения имеют общие исторические корни.

В 80-е годы во многих странах мира пришли к осознанию необходимости существенных реформ здравоохранения. В странах социалистического лагеря такими предпосылками являлись экстенсивный путь развития здравоохранения, остаточный принцип его финансирования, отсутствие мотивации у медицинских работников в оказании качественной медицинской помощи и у населения в здоровом образе жизни. В странах с развитой рыночной экономикой основной предпосылкой являлось удорожание расходов на медицинскую помощь. В развивающихся странах Азии, Африки, Латинской Америки пришли к осознанию роли здравоохранения в развитии государства и необходимости увеличения средств, выделяемых на финансирование здравоохранения, до 5% ВВП в соответствии с рекомендациями ВОЗ.

Особенностью реформ, проводимых в последние годы в здравоохранении, является существенное сближение систем управления здравоохранением в различных государствах: страны с рыночной экономикой стали активно внедрять механизмы государственного регулирования в управлении здравоохранением, а в большинстве стран СНГ активно развивается обязательное и добровольное медицинское страхование, платные медицинские услуги.

Следует отметить, что любая из рассмотренных выше систем здравоохранения (государственная, страховая, частная или их сочетание) имеет свои достоинства и недостатки. Эффективность системы здравоохранения и оказания медицинской помощи населению в значительной степени зависит не только от типа системы здравоохранения, но и от ясно прописанных и тщательно продуманных механизмов реализации принципов охраны здоровья граждан, уровня финансирования здравоохранения и благосостояния нации. В любом случае реформы здравоохранения могут быть реализованы только в том случае, если их направленность будет совпадать с системой интересов всех участников: государства, медицинских работников и населения [10].

2.2 Состояние нормативно-правовой базы РБ

В системе управления здравоохранением важную роль играет нормативно-правовая информация, обеспечивающая функции нормативно-правового управления здравоохранением, контроля качества как медицинских процедур (лечения, диагностики, профилактики, реабилитации), так и управленческих решений. Нормативно-правовая информация – это особый вид информации, специфика которой заключается в том, что, независимо от своего содержания, она всегда обладает определенной социальной значимостью и в той или иной степени обязательна для исполнения, поскольку «незнание закона не освобождает от ответственности». Отражая объективные закономерности научно-технического прогресса и развития общества, нормы права и стандарты технологий рассчитаны на то, чтобы в определенных условиях человек следовал именно тем моделям, которые предписаны этими нормами.

В соответствии с буквой закона правовые акты, затрагивающие права, свободы и обязанности человека и гражданина, не могут применяться, если они не опубликованы для всеобщего сведения. Не опубликование нормативного акта есть условие его необязательности, недействительности. В теории права необязательные, недействительные акты признаются ничтожными, что означает правомерность их неисполнения. Государство, публикуя нормативно-правовые акты, не только предоставляет органам государственной власти, должностным лицам, гражданам возможность ознакомиться с ними, но и предполагает, что они используют эту возможность.

В силу своей специфики нормативно-правовая информация не имеет достаточно хорошо отлаженных каналов публикации и распространения. В действующем законодательстве Республики Беларусь еще существует немало противоречий и пробелов, связанных с изменениями социально-полити-ческих и экономических условий. Действующие нормативно-правовые акты быстро устаревают, а их изменение, дополнение и исключение утративших силу документов не всегда своевременно осуществляется. На местах (особенно на периферии) многие нормативно-правовые документы отсутствуют, что существенно снижает управляемость системой здравоохранения и ее эффективность. Существующая в настоящее время нормативно-правовая база здравоохранения Беларуси создавалась десятилетиями, поэтому для нее характерно наслоение нескольких исторических пластов, отражающих различные этапы развития и реформирования здравоохранения [2].

Современная нормативно-правовая база здравоохранения Республики Беларусь включает более 1000 действующих нормативно-правовых документов различного правового статуса (Законы РБ, Декреты, Указы Президента РБ, Постановления Совета Министров РБ, постановления и приказы МЗ РБ, постановления и приказы других ведомств), включенных в Национальный реестр нормативно-правовых актов РБ и, соответственно, электронную базу данных Национального центра правовой информации РБ. Эти нормативно-правовые акты в качестве приложений включают более тысячи инструкций, положений, методических документов и т.д., регламентирующих все виды профессиональной деятельности отрасли.

В Республике Беларусь насчитывается 16 основополагающих законов в сфере здравоохранения, среди которых кроме закона РБ «О здравоохранении» от 18 июля 1993 г. N 2435-XII (в ред. от 11 января 2002 г. N 91-З) следует выделить следующие законы РБ, регламентирующие различные аспекты профессиональной деятельности в сфере здравоохранения: «О санитарно-эпидемическом благополучии населения» от 23 ноября 1993 г., N 2583-XII (в ред. от 23 мая 2000 г. N 397-З); «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 1 июля 1999 г., N 274-З; «О наркотических средствах, психотропных веществах и их прекурсорах» от 22 мая 2002 г., N 102-З; «О государственных минимальных социальных стандартах» от 11 ноября 1999 г., N 322-З; «О трансплантации органов и тканей человека» от 4 марта 1997 г. , N 28-З; «О донорстве крови и ее компонентов» от 31 января 1995 г. , N 3559-XII; «О качестве и безопасности продовольственного сырья и пищевых продуктов для жизни и здоровья человека» от 29 июня 2003 г., N 217-З; «О ратификации Базового соглашения между Правительством Республики Беларусь и Всемирной организацией здравоохранения об установлении технического консультативного сотрудничества» от 14.05.2001 г., N 18-З.

Кроме специального отраслевого законодательства отдельные механизмы охраны здоровья граждан в РБ, как и в других странах, заложены в рамках гражданского, уголовного, административного, хозяйственного и налогового права.

В последние годы нормотворческая деятельность в сфере здравоохранения протекает достаточно активно (в среднем в год принимается 80-120 НПА). Однако ежегодно теряют силу 20-40 документов, т.е. примерно 25-30%, что свидетельствует о неустойчивом характере проводимых в здравоохранении реформ.

Тем не менее общий объем НПА, регламентирующих деятельность в сфере медицины и включенных в Национальный реестр правовых актов Беларуси, сегодня значительно меньше, чем в других странах, что связано не только с наличием существенных пробелов нормативно-правового поля, но и с тем, что в Национальный реестр Республики Беларусь не включается значительная часть внутриведомственных НПА, регламентирующих профессиональную деятельность в здравоохранении, но не прошедших экспертизу в Минюсте РБ.

Становление и развитие правовой медицины в республике подразумевает необходимость усиления прежде всего прямой регулирующей роли законов в системе здравоохранения с заменой административно-правовых норм гражданско-правовыми. Другими словами, лечебная, диагностическая, профилактическая и реабилитационная медицинская помощь должна регулироваться не только отраслевыми инструкциями, стандартами и нормами, но и законодательными документами, обязательными к исполнению всеми гражданами, организациями здравоохранения и органами управления независимо от их ведомственной принадлежности. При этом особое значение имеет законодательное обеспечение прав пациентов и медицинских работников и их соотнесение с принятыми международными правовыми нормами.

Таким образом, современная система нормативно-правового регулирования профессиональной деятельности в здравоохранении – это нормативно-организационное управленческое воздействие всей совокупности обязательных к исполнению нормативно-правовых актов (от законодательного акта до нормативно-технического документа) по каждому направлению и виду медицинской деятельности, гарантирующих в конечном итоге доступность, высокое качество и эффективность оказания медицинской помощи населению. Нормативно-правовые документы, опубликованные и включенные в автоматизированные банки данных, в определенной степени фиксируют своеобразную модель правил поведения и действий учреждений, должностных лиц и граждан в определенной сфере деятельности и при наличии блока исходной информации (о ресурсах, результатах, состоянии здоровья населения) могут использоваться как для принятия обоснованных управленческих решений, так и для подготовки проектов новых НПА [7].

2.3 Концепция развития и совершенствования нормативно-правовой базы Республики Беларусь в сфере здравоохранения

Ключевым моментом процесса создания национальной системы законодательного регулирования в сфере охраны здоровья является разработка концепции развития и совершенствования нормативно-правовой базы Республики Беларусь в сфере здравоохранения, включающей расширение правового поля, устранение законодательных пробелов, переход к прямой регулирующей роли законов в системе здравоохранения и формирование правового сознания у специалистов и населения. В РБ назрела необходимость принятия целого ряда законов. Стержнем новой системы законодательства, с нашей точки зрения, должны стать законы РБ «Об охране здоровья граждан» (определяет организационную основу системы охраны здоровья населения в республике), «О медицинской помощи» (регламентирует реализацию права граждан на получение медицинской помощи), «О правах пациентов» и «О правах, ответственности, обязанностях и социальной защите медицинских работников» (не только восполнят существующие пробелы правового поля и создадут исходную правовую базу, регулирующую отношения граждан в сфере медицины и здравоохранения, но и поднимут уровень правосознания в обществе).

В перспективе для нашей республики актуально создание Кодекса законов об охране здоровья граждан. В Кодекс законов об охране здоровья граждан должны входить следующие примерные блоки уже существующих и требующих разработки и принятия законов:

-Законы, обеспечивающие безопасные условия жизни и труда человека (о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения, об охране атмосферного воздуха и питьевой воды, о радиационной безопасности, о национальной биобезопасности, об ответственности работодателя за здоровье трудящихся и др.);

-Законы профилактической направленности (об иммунопрофилактике инфекционных болезней, о предупреждении распространения заболеваний, вызванных вирусом иммунодефицита человека, о предупреждении распространения туберкулеза, об ограничении курения табака, о наркотических средствах и психотропных веществах, о качестве и безопасности пищевых продуктов и БАД, о запрете клонирования человека и др.);

-Законы, защищающие права граждан в сфере охраны здоровья (о правах пациентов, о рекламе медицинских услуг, медицинских изделий и лекарственных средств, о профессиональных союзах, ассоциациях в здравоохранении, о медико-социальной помощи семье, матери и ребенку, о медико-социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов, о планировании семьи и др.);

-Законы, определяющие права и ответственность медицинских работников (о страховании профессиональной ответственности медицинских работников, о профессиональной медицинской этике и деонтологии и др.);

-Законы, регламентирующие деятельность национальной системы здравоохранения (об охране здоровья граждан, о лекарственных средствах, о государственной системе здравоохранения, о регулировании частной фармацевтической и медицинской деятельности, о международном сотрудничестве в области здравоохранения, о санитарной и медицинской статистике и др.);

-Законы, регламентирующие финансирование системы здравоохранения (о медицинском страховании и др.);

-Законы, регламентирующие отдельные виды медицинской деятельности (о психическом здоровье, о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании, о донорстве крови и ее компонентов, о трансплантации органов и тканей человека, о специализированной медицинской помощи и др.) [7].

Предлагаемая мною Концепция здравоохранения включает в себя следующие принципы развития:

- внедрение в деятельность организаций здравоохранения экономического механизма хозяйствования, имеющего целью более полное удовлетворение потребности населения в квалифицированной медицинской помощи,

обеспечение ее доступности в равной степени всем слоям населения.

- необходимость эффективного использования имеющихся ресурсов, выравнивания уровней финансирования здравоохранения городов и районов, области и РБ в целом на основе норматива бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя в год.

- усиление роли органов управления и самоуправления, повышение их ответственности за уровень здоровья населения, участие в охране здоровья населения всех организаций области.

- контролируемость медицинского обслуживания, укреплении амбулаторных и профилактических служб, смещении акцентов в оказании медицинской помощи населению со стационарного на более дешевый амбулаторно-поликлинический уровень.

- целевое использование имеющихся ресурсов с учетом соблюдения поэтапного лечения больных, реализации мер, направленных на повышение доступности и качества медицинской помощи населению.

- приоритетность профилактики заболеваний, необходимость санитарного воспитания населения, пропаганду здорового образа жизни и реализацию прав граждан на охрану здоровья.

- осуществление комплекса мер организационного характера, совместных практических действий органов управления здравоохранением и местных исполнительных и распорядительных органов по обеспечению развития материально-технической базы здравоохранения и проведению социально значимых медицинских мероприятий.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основными причинами низкой эффективности реформирования здравоохранения стали сложная социально-экономическая и политическая ситуация в стране, недостаточное финансирование, неудовлетворительная материально-техническая база ЛПУ, отсутствие заинтересованности медицинских работников и руководителей органов управления и учреждений здравоохранения в преобразованиях, низкий уровень научно-методического, информационного и социально-психологического обеспечения процессов реформирования, не отвечающий современным требованиям уровень управления отраслью.

Система здравоохранения РБ в настоящее время переживает сложный период. В итоге вопросам улучшения здоровья, качества медицинского обслуживания, эффективности и целесообразности использования средств уделялось мало внимания. Поэтому одним из важнейших аспектов реформирования здравоохранения необходимостью является совершенствования работы медицинских организаций, повышения грамотности и профессионализма медицинского персонала, принятия ряда законов их реализация и выполнение.

В последние годы нормотворческая деятельность в сфере здравоохранения протекает достаточно активно (в среднем в год принимается 80-120 НПА). Однако ежегодно теряют силу 20-40 документов, т.е. примерно 25-30%, что свидетельствует о неустойчивом характере проводимых в здравоохранении реформ.

Эффективность системы здравоохранения и оказания медицинской помощи населению в значительной степени зависит не только от типа системы здравоохранения, но и от ясно прописанных и тщательно продуманных механизмов реализации принципов охраны здоровья граждан, уровня финансирования здравоохранения и благосостояния нации. В любом случае реформы здравоохранения могут быть реализованы только в том случае, если их направленность будет совпадать с системой интересов всех участников: государства, медицинских работников и населения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Игнатов, В.Г. Экономика социальной сферы: Учебное пособие, 2-е издание. – Москва – Ростов-на-Дону: Издательский центр «Март», 2005. – 528 с. (Серия «Экономика и управление»)
2. Сидоренко, Л.С. Человек и медицина в современном праве: Законодательство о здравоохранении. Мед. эксперимент. Мед. страхование. Учебное и практическое пособие. – М.: БЕК, 2001. – 260 с.
3. Гумбилина, А.М. Здравоохранение Германии: Система – Достижения – Перспективы развития – М.: ТОО «Рарогь», 2005. – 224 с.
4. Зарецкая, С.Л. Социальные проблемы здравоохранения в странах Запада. – М.: ЮНИОН РАН, 2001. – 158 с.
5. Здравоохранение Республики Беларусь.: Стат. Сб./Министерство статистики и анализа РБ. – Мн. Информстат. РБ, 2009. – 143 с.
6. Обухов, А.В. Здравоохранение Беларуси, 2005: Официальный справочник Министерства здравоохранения Беларуси: Учреждения, услуги и товары. Кто есть кто. – Мн.: Белорусский Центр медицинских технологий, 2005 – 294 с.
7. Указатель нормативных правовых актов РБ области здравоохранения.: По материалам базы данных «Эталон» Национального центра правовой информации Республики Беларусь./ Белорусский Центр медицинских технологий, информатики, управления и экономики здравоохранения. – Мн.: БелЦМТ, 2001. – 136 с.
8. Петрова, Н.П. [Медицина Беларуси новейшего времени (XX в.): учебно-методическое пособие для студентов 1-го курса высших медицинских учебных заведений всех факультетов. – Гомель: ГГМУ, 2008. – 52 с.](http://portal.nlb.by/portal/page/portal/index/resources/expandedsearch?lang=ru&classId=B33E739B22884D82AACAC24EBFB1DA89&submitR=empty&_piref73_180746_73_34794_34794.biId=1562241&_piref73_180746_73_34794_34794.strutsAction=biblinfoaction.do)
9. [Здравоохранение в Республике Беларусь: официальный статистический сборник за 2007 г. / Министерство здравоохранения Республики Беларусь, Сектор методологии и анализа медицинской статистики. – Минск: Республиканская научная медицинская библиотека, 2008. – 297 с.](http://portal.nlb.by/portal/page/portal/index/resources/expandedsearch?lang=ru&classId=B33E739B22884D82AACAC24EBFB1DA89&submitR=empty&_piref73_180746_73_34794_34794.biId=1586682&_piref73_180746_73_34794_34794.strutsAction=biblinfoaction.do)
10. [Общественное здоровье и здравоохранение: учебное пособие для студентов учреждений, обеспечивающих получение высшего образования/ Министерство здравоохранения Республики Беларусь, Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет», Кафедра общественного здоровья и здравоохранения. – Гродно: ГрГМУ, 2007. – 223 с.](http://portal.nlb.by/portal/page/portal/index/resources/expandedsearch?lang=ru&classId=B33E739B22884D82AACAC24EBFB1DA89&submitR=empty&_piref73_180746_73_34794_34794.biId=1450802&_piref73_180746_73_34794_34794.strutsAction=biblinfoaction.do)
11. Денисов, И.Н., Никифоров, С.А. Муниципальное здравоохранение в Российской Федерации: Проблемы и перспективы развития. – Екатеринбург: УрО РАИ, 2007. – 138 с.
12. Калиновская, И.А.Здравоохранение / И.А.Калиновская, // Медицинские новости. – 2007. – № 5. – С. 15-16.