

МОДЕЛЬ РЕГУЛИРОВАНИЯ РЫНКА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В УСЛОВИЯХ ТРАНЗИТИВНОЙ ЭКОНОМИКИ

Г.Д. Конашук,

зав. сектором НИЭИ Министерства экономики Республики Беларусь,

В.Л. Тарасевич,

кандидат технических наук, доцент кафедры экономики и управления Белорусского государственного экономического университета

Последнее десятилетие социально-экономических преобразований в нашей стране характеризуется ухудшающейся медико-демографической ситуацией. Наблюдается неуклонный рост заболеваемости во всех возрастных группах населения, смертности, сокращается ожидаемая продолжительность жизни [1]. Учитывая это, в Программе социально-экономического развития Республики Беларусь на 2001–2005 гг. приоритетом социально-экономической политики государства определено формирование эффективной системы здравоохранения, целью развития которой является улучшение здоровья населения путем обеспечения доступности медицинской помощи для широких слоев населения и постоянного повышения качества оказываемых услуг [2. С. 41, 49]. Достижение этой цели предполагает решение ряда задач, одна из которых – формирование многоукладности сферы здравоохранения с сохранением приоритетности государственной системы. Выполнение указанной задачи, соответственно, подразумевает разработку механизмов по обеспечению условий ее осуществления и функционирования.

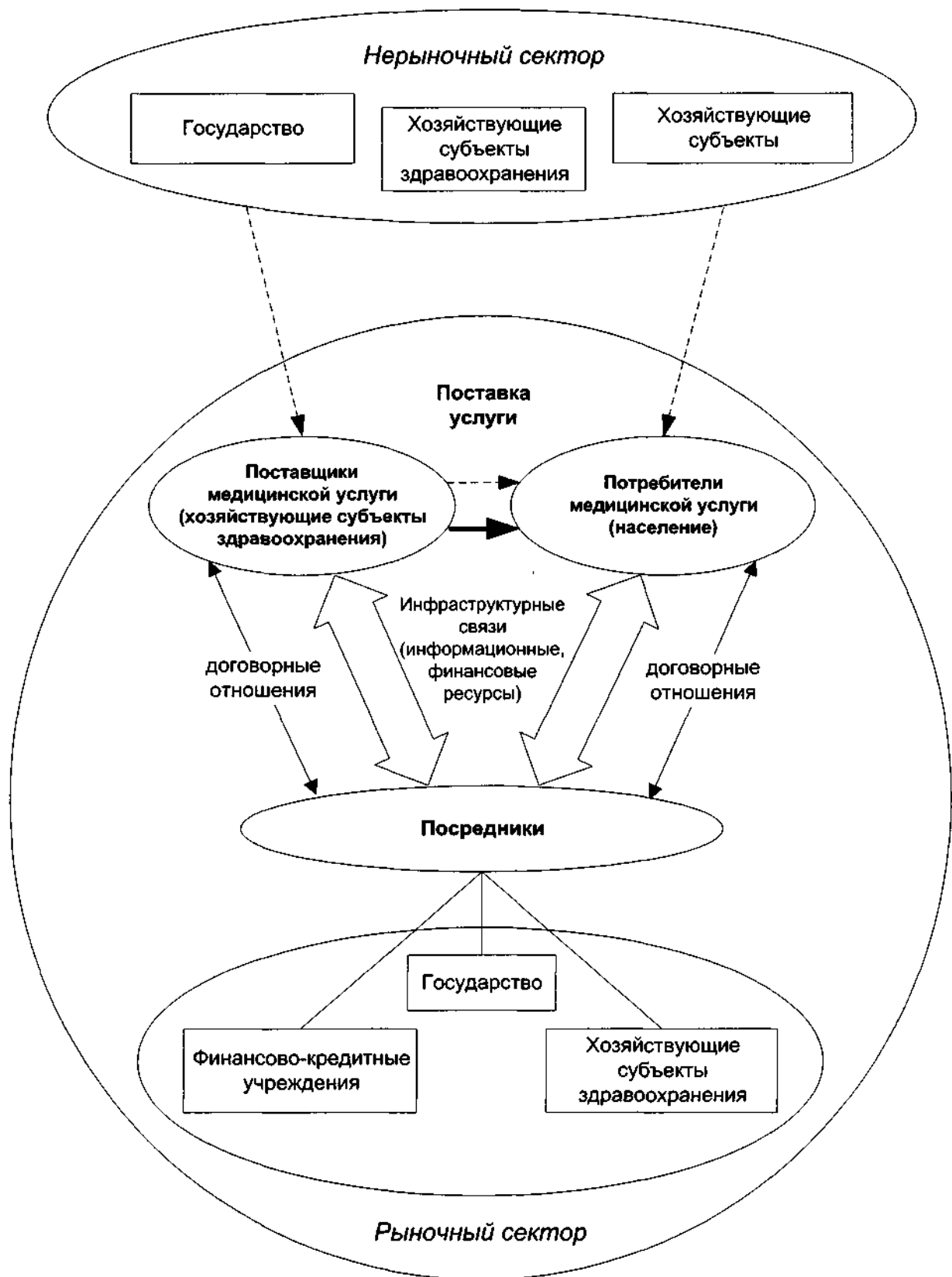
Формирование многоукладности здравоохранения означает прежде всего формирование рынка медицинских услуг и выработку общественного отношения к здоровью как важнейшему объекту инвестиций.

Под рынком услуг принято понимать рынок, в основе которого лежат товарно-денежные отношения по поводу реализации услуг различного характера [3]. Исходя из этого, под рынком медицинских услуг следует понимать совокупность взаимоотношений отдельных хозяйствующих субъектов сферы здравоохранения (производителей или поставщиков услуг)

и потребителей данных услуг (населения), возникающих по поводу производства и реализации медицинской услуги. Производителем медицинских услуг может являться любое медицинское учреждение (предприятие, организация, коллектив), независимо от формы собственности, а также отдельно практикующие медицинские работники (врачи, средний медицинский персонал, лица без медицинского образования (знахари) и др.). Отношения между поставщиком и потребителем медицинских услуг реализуются либо непосредственно, либо через посредников, в роли которых могут выступать другие медицинские учреждения, страховые компании, банки, а также государство. Успешное функционирование любого рынка, в том числе и здравоохранения, предполагает также наличие соответствующей инфраструктуры (см. схему).

Объективным условием формирования и развития рыночных отношений в сфере здравоохранения является наличие товара, на основе производства и реализации которого строится вся система взаимоотношений субъектов рынка медицинских услуг. Таким товаром в данном случае будет медицинская услуга. Следует отметить, что на сегодняшний день в национальном законодательстве отсутствует толкование данной категории, хотя понимание ее сущности весьма важно для определения возможностей продвижения и реализации услуги не только на национальном, но и на международном рынке. По мнению одних авторов (Н.Г. Малахова, Р.А. Галкин, С.И. Двойников, В.В. Павлов), медицинская услуга представляет собой материальное производство с получением невещественного его продукта и является разновидностью профессиональной услуги, оказываемой исполнителем (медицин-

Сфера медицинских услуг



ским хозяйствующим субъектом) заказчику (гражданину) [4; 5]. Более полно, на наш взгляд, медицинская услуга трактуется в законодательстве Российской Федерации и определяется как «любое обследование, лечение и иное действие, имеющее профилактическую, диагностическую, лечебную или реабилитационную направленность, выполняемое врачом или другим медицинским работником и имеющее самостоятельное законченное значение и определяющую стоимость» [6. С. 69]. Однако в такой формулировке ограничивается круг производителей услуг. Исходя из этого, более правильно будет сказать, что *медицинская услуга представляет собой любое обследование, лечение и иное действие, имеющее профилактическую, диагностическую, лечебную или реабилитационную направленность, выполняемое хозяйствующим субъектом здравоохранения и имеющее самостоятельное законченное значение и определяющую стоимость*. Таким образом, медицинская услуга – это специфическая услуга, направленная на человека, результатом которой является выведение пациента из состояния нездоровья и поддержание здорового состояния. Именно эта специфика медицинских услуг определяет особенности рыночных отношений в сфере здравоохранения и возможности ее регулирования. Отметим важнейшие их свойства, которые необходимо учитывать государственным органам управления при формировании и регулировании рынка медицинских услуг:

- **неосвязаемость**: медицинскую услугу невозможно ощутить до момента ее приобретения;
- **синхронизм производства и потребления услуги**;
- **неотделимость от источника и отсутствие посредников в момент предоставления услуги**, так как медицинская услуга предоставляется медицинским работником непосредственно пациенту;
- **непостоянство качества**, что зависит от поставщиков и места оказания услуги, от клиентов, поскольку даже при одинаковой симптоматике у двух пациентов будут различные состояния;
- **дифференциация услуг по уровню технологического наполнения**: качество медицинской услуги во многом определяется качеством используемых материалов и препаратов для ее

оказания, а также техническими характеристиками медицинского оборудования.

Исходя из этого, отличительными чертами отношений на рынке услуг здравоохранения будут являться, с одной стороны, недостаточная информированность потребителя о реальной стоимости предоставляемой медицинской услуги, а с другой, отсутствие единых критериев определения качества медицинской услуги и методик расчета ее стоимости.

Особенность медицинской услуги состоит и в том, что она может носить как рыночный, так и нерыночный характер. В первом случае она поставляется на платной основе по договору между поставщиком и потребителем услуги, во втором – издержки по ее оказанию населению возмещаются из государственного бюджета или благотворительных фондов. Следовательно, сфера услуг здравоохранения может быть представлена рыночным и нерыночным секторами с соответствующими механизмами регулирования (см. схему). Различия в модели ее регулирования в разных странах во многом определяется соотношением рыночной и нерыночной долей в структуре здравоохранения [5; 8].

Формирование рынка медицинских услуг можно условно подразделить на две части: рынок профилактическо-оздоровительных и рынок лечебно-реабилитационных услуг.

Рынок *профилактическо-оздоровительных услуг*, на наш взгляд, основывается на предоставлении медицинских услуг, ориентированных на предупреждение различных заболеваний, предотвращение распространения болезней, сохранение и повышение уровня здоровья граждан.

Рынок *лечебно-реабилитационных мероприятий* ориентирован на восстановление анатомических и функциональных изменений, сопутствующих заболеванию человека. Этот рынок характеризуется предоставлением многообразных лечебных и реабилитационных услуг (психотерапевтические, медикаментозные, хирургические, физиотерапевтические и др.).

Учитывая тот факт, что здоровье граждан является первоочередной задачей государства, следует изначально определить сегменты рынка медицинских услуг, на которых будет целесообразно функционирование только субъектов хозяйствования здравоохранения государствен-

ной формы собственности, а на которых имеет смысл развитие негосударственного здравоохранения. Так, на наш взгляд, в исключительной компетенции государства должно находиться решение таких вопросов, как обеспечение благоприятной экологической и санитарно-эпидемиологической обстановки в стране. При этом для ликвидации чрезвычайной и неблагоприятной санитарно-эпидемиологической ситуации могут привлекаться субъекты негосударственных форм собственности, специализирующиеся в этой области. Профилактические (относительно состояния здоровья), амбулаторно-поликлинические, стационарные, реабилитационные и оздоровительные медицинские услуги должны быть открыты для деятельности всех субъектов хозяйствования независимо от формы собственности, тем более что это является одним из требований Всемирной торговой организации к странам-кандидату на вступление. Кроме того, функционирование объектов различных форм собственности позволит расширить рынок предоставляемых медицинских услуг и повысит конкуренцию между субъектами здравоохранения по стимулированию предоставления более качественной медицинской помощи населению. В этой связи государственным органам управления необходимо будет решить ряд новых задач, и в частности задачу дальнейшего регулирования развития здравоохранения, включая частный сектор, с целью проведения всеобщей национальной политики охраны здоровья населения. Например, создание частного учреждения, оснащенного современной техникой для предоставления услуг более обеспеченным гражданам или иностранным гражданам, повысит уровень технической оснащенности системы здравоохранения. Однако рассчитывать на то, что такая мера в целом поможет расширить доступ к услугам здравоохранения населения страны, не приходится, если только при этом не будет предусмотрено, например, обязательное выделение определенной части мест или услуг для государственного здравоохранения. Можно предоставлять льготы по налогам, помещения на бесплатной основе или со сниженными ставками аренды при условии оказания бесплатных услуг в определенном объеме.

В процессе реформирования отрасли введение рыночных механизмов в ее развитие тре-

бует от государства разработки и принятия законов и иных нормативно-правовых актов, закрепляющих основополагающие ценностные установки национальной политики в сфере здравоохранения, в частности принципы справедливости и стабильности. В этой связи весьма важным будет принятие закона о формах собственности в здравоохранении, где должны быть определены цели, задачи и функции государства в системе здравоохранения. Как показывает зарубежный опыт, наиболее приемлемым механизмом взаимодействия государства с частными медицинскими учреждениями является государственный заказ на обслуживание определенной категории или численности граждан в таких учреждениях [9]. При этом за государственными органами управления должна сохраниться функция контроля качества предоставляемых медицинских услуг в рамках заказа. Цель такой тактики – превращение правительства из поставщика медицинской помощи в источник создания благоприятных условий для предоставления такой помощи.

В то же время широкомасштабная приватизация медицинской помощи представляется экономически и социально необоснованной, так как частные медицинские учреждения, преследуя цель получения максимальной прибыли, будут, вероятно, противниками, а не союзниками политики сдерживания роста цен [10; 11]. Скорее, будет приветствоваться рост числа дорогостоящих медицинских служб, методов и средств лечения, а населению придется потреблять медицинские услуги в объемах, значительно превосходящих реальную необходимость. Кроме того, учитывая возможность возникновения случаев, когда пациенты с осложнениями будут направляться на лечение из частного учреждения в государственную клинику, необходимо разработать механизм взаиморасчета или компенсации дополнительных потерь, которые будут нести государственные учреждения здравоохранения, восстанавливая здоровье пострадавшего, например через суд. Итогом применения такой меры должно стать повышение ответственности частной медицины к обследованию и лечению больных, что позволит в значительной мере предотвращать развитие возможных осложнений, а если они все-таки будут иметь место, компенсировать материальные потери государственных организаций.

Такой механизм взаиморасчетов может состоять из следующих элементов:

- независимая экспертная оценка;
- определение степени осложнения заболевания пациента и стоимости его долечивания;
- выставление счета частной организации с расчетом установленной стоимости;
- определение перечня учреждений, которые будут оказывать медицинскую помощь в лечении данного осложнения в рамках выставленного счета;
- оплата счета частным медицинским учреждением лечения пострадавшего в выбранном им государственном медицинском учреждении;
- применение штрафных санкций к частной медицинской организации в случае отказа оплатить счет.

Для успешной реализации данного механизма следует в первую очередь определить себестоимость медицинской услуги или тарифы на них. Над расчетом последних в настоящее время активно работает Министерство экономики Республики Беларусь, что является своевременным решением. Безусловно, в основе расчета этих показателей должны лежать стандарты на оказание объемов медицинской помощи пациентам, о важности определения которых для функционирования национальной системы здравоохранения говорилось выше.

Необходимым элементом механизма регулирования рассматриваемых взаимоотношений частного и государственного лечебных учреждений является их юридическая регламентация. Все стороны экономических отношений должны быть законодательно оформлены. При нежелании больного вернуться на долечивание в частное медицинское учреждение механизм должен предусматривать направление таких больных в другие медицинские учреждения. Государственным же учреждениям здравоохранения должна гарантироваться оплата счета через механизм дофинансирования деятельности, например, местными органами управления, которые могут в принудительном порядке взыскать требуемую сумму с виновника осложнения заболевания через суд. Если же с результатами экспертной оценки не согласна обвиняемая сторона, то она должна иметь право обжаловать решение экспертной комиссии в судебном порядке.

Мировая практика показывает, что наиболее эффективной работе механизма взаиморасчетов может помочь внедрение страховой медицины, где страховая компания выступает заинтересованным лицом по возврату части средств, высвободившихся в связи с оказанием некачественной медицинской помощи, и направлением их в лечебное учреждение, где должен долечиваться больной. Таким образом, предлагаемый механизм взаимозачетов частного и государственного медицинских учреждений будет способствовать получению дополнительных финансовых средств на развитие бюджетных организаций, повышению уровня удовлетворения потребности населения в медицинской помощи. В то же время его применение требует четкой проработки, и особенно в части нормативно-правового регулирования рассматриваемых взаимоотношений.

В числе особенностей формирования рыночных отношений в здравоохранении следует также отметить, что государственная собственность в этой сфере в значительной степени ограничивает действие закона спроса и предложения, конкуренцию, хотя вопрос о существовании здесь многообразия форм собственности и о введении платности более широкого спектра услуг уже назрел. В настоящее время государство ограничено в ресурсах и не имеет возможности предоставлять населению необходимый объем медицинских услуг соответствующего качества на бесплатной основе. Кроме того, сама специфика медицинской услуги как неосязаемой стоимости, потребляемой одновременно с производством, позволяет достаточно легко формироваться «серому» и «черному» рынку медицинских услуг.

На основе вышеизложенного можно сказать, что на рынке медицинских услуг имеют место три типа отношений: между государством и населением, поставщиками медицинских услуг и населением, государством и поставщиками медицинских услуг.

Между *государством и населением* отношения проявляются через нормативно-правовое регулирование деятельности поставщиков медицинских услуг, политику ценообразования на платные медицинские услуги, определение категории граждан, получающих бесплатный и льготный трансферт услуг, определение перечня бесплатных медицинских

услуг населению и формы предоставления ему санаторно-курортного лечения и отдыха.

Между **поставщиками медицинских услуг и населением** (потребителем) отношения возникают по поводу поставки услуги, способов и размеров расчетов за нее, оценки результатов поставки услуг, определения ответственности за отрицательный результат.

Взаимодействие **государства с поставщиками медицинской услуги** строится посредством разработки и применения нормативно-правовой базы, регулирующей деятельность субъектов сферы здравоохранения, лицензирования, аттестации, аккредитации их деятельности; выработки стандартов качества предоставляемых медицинских услуг и оценки здоровья населения; контроля состояния рынка здравоохранения; разрешения споров по поводу результатов оказания медицинской услуги.

Таким образом, основную роль в формировании и регулировании деятельности рынка медицинских услуг, особенно для стран с транзитивной экономикой, призвано играть государство, которое формирует базу для его возникновения и развития, используя для достижения целей государственной политики в области охраны здоровья населения различные инструменты: административно-правовые, экономические (налогообложение, ценообразование, кредитование, страхование, бюджетное финансирование) и организационные. Главная задача при этом заключается в установлении рационального баланса интересов государства, производителей и потребителей услуг, между которыми очевидна противоречивость интересов. С одной стороны, в условиях ограниченности финансовых ресурсов государство заинтересовано в сокращении или, по крайней мере, неувеличении расходов на здравоохранение, а с другой, существуют обязательства государства перед гражданами по предоставлению определенных объемов бесплатной медицинской помощи (минимальные социальные стандарты). При этом имеются объективные факторы, оказывающие влияние как на стоимостную оценку минимальных социальных стандартов, так и на общую потребность в необходимых ресурсах. К ним относятся реальный объем потребности населения в медицинских услугах и предложение, формируемое производителями медицинских услуг, которое может быть искусственно завышено с целью увеличения притока средств.

Как государство в целом, так и отдельные отрасли экономики заинтересованы в уменьшении потребления медицинских услуг за счет улучшения здоровья граждан, снижения частоты и тяжести заболеваний, сокращения числа хронических заболеваний, инвалидности и др. Производители же медицинских услуг заинтересованы в расширении их предоставления. При отсутствии ограничений они могут использовать необоснованно дорогостоящие и затратные технологии оказания медицинской помощи, применять избыточные и неэффективные с медицинской точки зрения процедуры. При утверждении государственного бюджета представители здравоохранения, отстаивая корпоративные интересы отрасли, всегда будут оказывать давление с целью увеличения общих расходов, выделяемых на здравоохранение, путем завышения потребности в медицинских услугах и их стоимости даже в условиях применения минимальных социальных стандартов.

Следует также учитывать, что при недостаточном уровне финансирования здравоохранения и низких зарплатах медицинских работников активно развивается «серый» рынок медицинских услуг, так как население неофициально оплачивает услуги работников здравоохранения. По данным Министерства статистики и анализа Республики Беларусь, в 1998 г. объем неучтенных платных медицинских услуг, оказанных населению физическими и юридическими лицами, составил 18–31% к выпуску в сфере здравоохранения, физической культуры и соцобеспечения. Если рассматривать этот показатель только к выпуску в сфере здравоохранения, то его можно увеличить приблизительно в 3 раза.

Таким образом, медицинские услуги все в большей мере становятся платными и население вынуждено официально или неофициально оплачивать их, при этом ни производитель, ни потребитель услуг не заинтересованы в легализации сделок. В противном случае производителю необходимо будет уплатить дополнительный налог, а потребителю – увеличить сумму выплат. В условиях низкой заработной платы медицинских работников и доходов населения надеяться на легализацию сделок не приходится. В этой связи важным элементом политики государства на рынке медицинских услуг становится поиск мер по снижению доли теневого рынка, который под-

рывает в первую очередь авторитет государственной политики в области здравоохранения. Его существование указывает на трудности регулирования и контроля со стороны государства, приводит к экономическим последствиям для бюджета (снижает доходную часть), несанкционированному использованию и дополнительному износу оборудования. Последствия имеют также потребители и поставщики услуг. Первые не только приобретают услугу по заниженной цене, но и содействуют процессу «вымывания» услуг из бесплатного сегмента рынка с одновременным появлением вероятности непредсказуемых последствий для здоровья. Поставщики услуг, естественно, получают дополнительный доход, но у них возрастают риски отрицательных результатов из-за снижения ответственности и бесконтрольности их деятельности.

Снизить долю теневого рынка медицинских услуг позволит развитие самого рынка, который обладает свойствами саморегулирования через ценовой механизм, когда цены на медицинские услуги зависят от цен конкурентов. Кроме того, выбор уровня цены на предоставляемые медицинские услуги будет зависеть от уровня переменных и постоянных издержек учреждений здравоохранения, определяющих полную себестоимость его услуг; предполагаемой прибыли этого учреждения; имеющихся мощностей лечебного учреждения для предоставления услуги [12]. В настоящее же время цены на медицинские услуги населению формируются по договорным ценам на дополнительные (сверхбюджетные) виды и объемы работ, устанавливаемые медицинскими учреждениями по собственным методикам. Учитывая это, задача государства заключается в создании конкурентной среды в сфере здравоохранения. В этой связи первоначальные усилия государства в сфере организации и регулирования рынка медицинских услуг необходимо сосредоточить на:

- обеспечении прозрачности рынка через развитие инфраструктуры;
- формировании информационной базы поставщиков;
- предоставлении первичных маркетинговых услуг до формирования соответствующих рыночных институтов;
- организации и специфическом лицензировании представителей нетрадиционных

методов оздоровления и лечения; разработке стандартов качества медицинской помощи;

- оценке эффективности мер воздействия на рынок медицинских услуг;
- выработке рейтингов медицинских услуг (курирование независимых рейтинг-агентов).

Развитию рынка медицинских услуг будет способствовать и стимулирование экспорта медицинских услуг. Поэтому государству целесообразно присоединиться к международным договорам (в частности, к ВТО) или, при невозможности осуществления этого в краткосрочном периоде, учитывать международные нормы при разработке национальной нормативно-правовой базы по регулированию внешней торговли услугами как одной из форм участия в международном разделении труда [7].

Принципиально важным в международной торговле является наличие соответствующей инфраструктуры рынка, формирование которой требует соответствующих инвестиций. Главная задача государства здесь будет заключаться в создании условий по привлечению таких инвестиций, которые могут быть как внутренними, так и внешними. В данном случае обоснованием возврата средств должна служить международная ликвидность уникальных медицинских услуг, которые к настоящему времени разработаны в Республике Беларусь (например, услуги с использованием искусственных заменителей крови, по удалению тромбов в крови, лечение онкологических заболеваний и др.).

Большую роль в продвижении услуг на международный рынок играет участие страны и ее субъектов хозяйствования в международных выставках. В данном контексте очень важно, чтобы на выставках экспонировались не только медицинское оборудование и препараты, но и пакеты услуг, которые страна готова предоставить иностранным потребителям. Учитывая международный опыт, можно рекомендовать продвижение медицинских услуг в комплексе с другими видами услуг (курортно-рекреационными, туристическими, бизнес-посещениями и др.).

Следующим элементом рыночной экономики, который может способствовать развитию рыночных отношений в здравоохранении и одновременному выходу поставщиков медицинских услуг из теневого рынка, является страховая медицина, где страховые компании

выступают посредником во взаимоотношениях потребителя и поставщика медицинских услуг, оплачивая услуги и легализуя доходы последних. Однако это будет иметь смысл только в условиях развития обязательного медицинского страхования. Добровольное же медицинское страхование вряд ли позволит решить эту проблему, так как оно изначально строится на иных принципах и население, имеющее низкие доходы и руководствующееся сложившимися стереотипами, предпочтет личные гонорары медицинскому персоналу, а не выплаты в фонд страхования. Об этом свидетельствует существующая практика.

Расхожий тезис о том, что население не в состоянии оплачивать медицинские услуги, не подтверждается данными статистики, которые приводились выше. Кроме того, установлено, что у 20% населения республики доходы значительно превышают минимальный потребительский бюджет, среднюю зарплату, а следовательно, они могут оплачивать услуги здравоохранения [13]. Однако следует отметить, что, оплачивая услугу непосредственно исполнителю, потребитель рассчитывает на предоставление ему более качественной медицинской помощи и одновременно получает право на контроль данной услуги. Это то, что ему не гарантируется в рамках бесплатной медицинской помощи.

Введение обязательной страховой медицины будет воспринято населением только в том случае, когда оно будет четко представлять, куда направляются страховые взносы и на какой объем и качество медицинских услуг можно рассчитывать. В свою очередь, страховые компании должны строить свои отношения с лечебно-профилактическими учреждениями на договорной основе по поводу предоставления медицинских услуг населению, а также осуществлять контролирующие функцию (например, используя независимый тест-контроль за состоянием здоровья пациента), отбирать наиболее эффективные методы и процедуры оказания медицинской помощи и информировать об этом клиентов.

Таким образом, задача государственных органов управления будет заключаться в разработке механизмов обеспечения исполнения обязательств страховыми компаниями, их отношений с медицинскими учреждениями по контролю качества оказываемых услуг при сохранении контролирующих функций государства за не-

основанным ростом цен на них, поскольку страховые компании часто диктуют ценовую политику медицинским учреждениям. Кроме того, на государственном уровне целесообразно разработать ступенчатую модель предоставляемых медицинских услуг населению в зависимости от их участия в финансировании отрасли [12].

Легализации «серого» рынка медицинских услуг государство может добиться также путем построения стимулирующих систем оплаты труда медицинских работников. Для этого необходимо на государственном уровне, в первую очередь, определить перечень и методологические особенности показателей, отражающих экономические категории в сфере здравоохранения (например, производительность труда), и только затем наметить основные направления модели мотивации оплаты труда для субъектов здравоохранения различных форм собственности и пути их реализации. Существенный потенциал в мотивационном процессе заложен в тарифной политике. В настоящее время стоимостное содержание койко-места имеет устойчивую тенденцию к увеличению не за счет внедрения новых технологий или совершенствования лечебно-диагностического процесса, а за счет увеличения расходов по содержанию и эксплуатации лечебно-профилактических учреждений (роста расходов на коммунальные платежи, содержание инфраструктуры обслуживания) [14]. Возможность больничных учреждений перераспределять расходы в рамках тарифной сетки будет мотивировать их к внедрению и использованию технологий снижения и сбережения энерго-, теплоносителей и тем самым снижать расходы по своему содержанию и увеличению доходов медицинских работников.

Государство может воздействовать на рынок медицинских услуг путем реорганизации системы обеспечения медицинской помощи. Например, органы управления здравоохранения могут выполнять, кроме прочих, и роль финансового посредника, и покупателя медицинских услуг. Покупатель услуг создает стимулы через введение новых методов оплаты труда поставщиков медицинских услуг, а лечебные учреждения получают большую самостоятельность, позволяющую оптимально использовать вводимые стимулы. Это разграничивает функции поставщика медицинских услуг и организации-покупателя. Государственный уполномоченный орган

сохраняет контроль над системой, изменяя механизм регулирования на основе новых подходов в оплате услуг поставщиков медицинской помощи.

При формировании рыночной среды государству также целесообразно, с одной стороны, пересмотреть отношение к сфере здравоохранения, оставив себе лишь существенно важные функции регулирования (формирование общей политики здравоохранения, контрольно-учетную функцию), с другой – делегировать часть полномочий некоммерческим организациям, таким как профессиональные ассоциации, клубные системы потребителей, в части обсуждения и разработки стандартов, апробации их на практике, проведения аттестации определенных категорий поставщиков, в том числе нетрадиционных направлений, законодательской инициативы, статистической проверки разработанных медицинских услуг.

Таким образом, модель регулирования рынка медицинских услуг представляет собой нормативно-правовую базу рынка услуг здравоохранения с обеспечением его многоукладности, совокупность субъектно-объектных и субъектно-субъектных отношений, институциональную структуру рынка и механизмов влияния на его участников. Необходимым условием нормального функционирования рынка в период транзитивной экономики является участие государства в формировании рынка и разработке адекватных механизмов по сбалансированию интересов его участников по поводу установления справедливых цен на услуги, борьбы с неэтичным поведением на рынке и обеспечение прозрачности его функционирования.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Здравоохранение в Республике Беларусь*: Офиц. стат. сб. Мн.: ГУ РНМБ, Министерство здравоохранения Республики Беларусь, 2003.
2. *Программа социально-экономического развития Республики Беларусь на 2001–2005 годы*. Мн.: Беларусь, 2001.
3. *Краткий экономический словарь* / Под ред. А.Н. Азрилияна. 2-е изд. доп. и перераб. М.: Институт новой экономики, 2002.
4. *Маркетинг, лизинг, логистика в здравоохранении* / Галкин Р.А., Двойников С.И., Павлов В.В. и др. Самара–СПб.: Самар. гос. мед. ин-т, С.-Петербургский ин-т мед. страхования, 1998.
5. *Малахова Н.Г.* Маркетинг медицинских услуг. Метод. пособие. М.: Книжный мир, 1998.
6. *Терминология по общественному здоровью и здравоохранению* // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. 2002. № 4.
7. *Конашук Г.Д., Тарасевич В.Л.* Рынок медицинских услуг Республики Беларусь в условиях глобализации // Белорусский экономический журнал. 2003. № 1.
8. *Доклад о развитии человека за 2003 год*. Цели в области развития, сформулированные в Декларации тысячелетия: межгосударственная договоренность об избавлении человечества от нищеты. Мн.: Юнипак, 2003.
9. *Накатис Я.А., Кадыров Ф.Н.* Модель реализации госзаказа на оказание медицинской помощи на примере городского заказа Санкт-Петербурга // Экономика здравоохранения. 2003. № 4.
10. *Рыхынбеков Т.К.* Приватизация и роль негосударственного сектора здравоохранения // Экономика здравоохранения. 2001. № 6.
11. *Вартанян Ф.Е., Ляшенко Т.С.* Приватизация в здравоохранении и подготовка кадров / Сб. науч. трудов. М., 1999.
12. *Бойков А.А., Ханин А.З., Николаева И.П.* О платных медицинских услугах как дополнительном источнике финансирования службы скорой медицинской помощи // Экономика здравоохранения. 2003. № 4.
13. *Костерова Р.* Должна ли медицина быть платной? // Национальная экономическая газета. № 82. 2003. 21 окт.
14. *Блохин А.Б., Ошкордина А.А.* Экономическая сущность понятия «коэффициент фонда» // Экономика здравоохранения. 2003. № 5.

