

ОПЫТ И СТРАТЕГИЯ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

МИНИСТР
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
Василий Иванович Жарко



После распада СССР все новые независимые государства оказались перед необходимостью значительной корректировки моделей и стратегии развития здравоохранения с учетом резко изменившейся социально-экономической ситуации.

В Беларуси в период до 1996 года было подготовлено несколько вариантов законопроекта о введении обязательного медицинского страхования. Ввиду отсутствия необходимых специалистов качество их было невысоким.

В числе базисных положений, которые приходится учитывать:

- 1) взаимосвязь стратегии развития с конкретной социально-экономической ситуацией;
- 2) высокая зависимость объема финансирования любой общественной системы здравоохранения от реальных экономических возможностей и неформально установленных приоритетов в государственной политике, а не от формы привлечения финансовых средств (страховых, бюджетных поступлений, «многоканального» финансирования);
- 3) невозможность адаптации, внедрения сложившихся во многих экономически развитых странах страховых систем при полном исключении (в конкретных социально-экономических условиях) приватизации организаций здравоохранения; отсутствие примеров успешной эволю-

ции государственных систем здравоохранения в негосударственные;

4) высокая затратность трансляции финансовых средств через страховые структуры;

5) невозможность проведения качественных реформ и совершенствования экономических отношений без создания современной научно-педагогической и практической школы специалистов в области организации и экономики здравоохранения, хорошо разбирающихся в особенностях действующих в мире систем здравоохранения и тенденциях в их развитии (включая системы оплаты медицинских услуг, труда медицинского персонала, управления качеством в здравоохранении, образовательные системы и пр.);

6) обязательная нацеленность любых реформ на конечный результат – укрепление здоровья населения (если этот результат не достигается, то такие реформы вообще не нужны; причем для предотвращения ошибок всегда целесообразна предварительная экспериментальная отработка базисных положений в масштабах отдельных административно-территориальных образований).

Следует отметить, что в Беларуси еще в 70–90-е годы прошлого столетия был накоплен определенный опыт в области модернизации советской модели здравоохранения. Первая, достаточно робкая попытка была связана с повышением интенсивности использования больничного коечного фонда, когда в течение короткого периода времени был обеспечен резкий и высокий рост занятости больничных коек (который, однако, не сопровождался внедрением стационарозамещающих технологий и в реальных условиях не мог также сопровождаться комплексной интенсификацией лечебно-диагностического процесса).

В конце 80-х – начале 90-х годов XX века активно был поддержан проводившийся в трех регионах России эксперимент по внедрению «нового хозяйственного механизма» (НХМ); в двух районах республики проводился эксперимент по внедрению внутрисистемных арендных

отношений; была введена система внешних взаиморасчетов между организациями здравоохранения.

По нашему мнению, продолжение и дальнейшее развитие НХМ могло бы стать наиболее рациональной формой эволюционного развития и модернизации советской модели здравоохранения на всем постсоветском пространстве.

Со времен «нового хозяйственного механизма» и до настоящего времени в республике сохранилась система управления по отклонениям от моделей конечных результатов деятельности, доводимых Минздравом региональным органам управления здравоохранением, которая включает ведущие показатели деятельности и показатели дефектов деятельности.

В 2001–2002 годах был проведен эксперимент по совершенствованию механизма хозяйствования в организациях здравоохранения Витебской области. Не все (из намеченного положением о порядке его проведения) удалось осуществить на практике, включая самостоятельность в распоряжении ресурсами и сэкономленными бюджетными средствами. Но в целом по результатам проведения эксперимента в действующую модель здравоохранения внесены существенные коррективы, которые закреплены в Концепции развития здравоохранения, одобренной Правительством в 2003 году.

В частности, ежегодно законом о бюджете Республики Беларусь утверждаются среднереспубликанский и региональные нормативы бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя. Начался процесс комплексной реструктуризации системы здравоохранения. Как и в России, в Беларуси внедрены территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи.

Кроме того, сформирована система государственных социальных стандартов в области здравоохранения, причем нормативы государственных расходов на одного жителя выполняют функции основного социального стандарта в области здравоохранения. В числе социальных стандартов также следует отметить норматив по обеспеченности врачами первичного звена (1 врач на 1300 жителей), который в настоящее время выполняется на среднереспубликанском уровне по занятым должностям; норматив по обеспеченности бригадами скорой медицинской помощи (1 бригада на 12,5 тыс. жителей), который выполняется на среднереспубликанском и среднеобластном уровнях.

Подушевое финансирование, система социальных стандартов, введение нормативов кадрового обеспечения в расчете на численность населения позволили в значительной мере выравнивать территориальные диспропорции в распределении финансовых, кадровых и материально-технических ресурсов; сократить около шестой части нерационально используемых больничных коек (сокращение их шло на территориях с наибольшим превышением среднереспубликанского уровня обеспеченности коечным фондом). Ликвидированы диспропорции в числе зарегистрированных врачебных должностей по регионам республики.

Но наиболее важное для отрасли последствие введения нормативов расходов на одного жителя и придания им статуса социальных стандартов – повышение ответственности исполнительных и распорядительных органов за финансовое обеспечение системы здравоохранения.

Объем государственного финансирования системы здравоохранения на протяжении ряда лет в Беларуси находится в пределах 4,5–4,7% к ВВП. В расчете на душу населения государственные расходы на здравоохранение в 2005 году составили 140 долларов. В расчете на 10 тыс. населения в республике 111,6 больничных коек, 46 врачей (в частной системе здравоохранения работает около 5% врачей, при этом больше половины из них работает на условиях совместительства).

Отмечаются высокие объемные показатели деятельности как по числу посещений у врачей – 12,5 в год в расчете на одного жителя, так и по уровню госпитализации – 26,4 в расчете на 100 жителей (показатели по системе Минздрава, с учетом ведомственных медицинских служб и частной медицинской практики еще выше).

В данных условиях не ставится цель дальнейшего их наращивания, основное внимание уделяется повышению технологического уровня оказываемой населению медицинской помощи и реструктуризации объемов медицинской помощи.

При этом меры по совершенствованию работы амбулаторно-поликлинической сети в 2001–2005 годах способствовали сокращению числа выполненных вызовов скорой медицинской помощью более чем на четверть (до 284 на тысячу населения). На 10% за этот период сократились средние сроки госпитализации (до 12 дней), но дальнейшее их сокращение без ущерба для качества медицинской помощи требует решения комплекса проблем, связанных с реструктуризацией по уровню интенсивности лечебно-диагностического процесса, техническим переоснащением, оплатой труда и пр.

Как и в России, для регулирования основных объемов медицинской помощи используется механизм формирования территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи. Ключевой вопрос – придание этим программам функций контракта, заключаемого между органами местного самоуправления и учреждениями на финансирование определенных согласованных, реструктурированных и сбалансированных объемов медицинской помощи.

Проводимая политика в области развития платной медицины учитывает как необходимость привлечения дополнительных средств для развития здравоохранения, так и недопустимость бесконтрольного замещения бесплатных услуг платными и роста на этой основе социальной напряженности среди населения. Ограниченный перечень видов медицинских услуг, оказываемых населению на платной основе в государственных организациях здравоохранения, определен постановлением Правительства (это дает возможность разграничивать бесплатные и платные услуги методом исключения – бесплатно оказываются все услуги, не включенные в перечень платных услуг). Приняты меры, направленные на



создание отдельных государственных унитарных предприятий, специализированных на оказание населению платных медицинских услуг.

Резкое ухудшение экономической ситуации в первой половине 90-х годов привело к медико-демографическому кризису, депопуляции, значительному ухудшению состояния здоровья населения. В Беларуси в период с 1989 по 1994 год смертность и общая заболеваемость возросли более чем на четверть, и в то же время на 28% снизилась рождаемость; резко возросла заболеваемость социально опасными болезнями (сифилисом – в 35 раз, туберкулезом – на 38%).

В 2002 году был принят Закон «О демографической безопасности Республики Беларусь», в 2006 году подготовлена Национальная программа демографической безопасности. В текущий период в динамике медико-демографических процессов имеются позитивные изменения. Так, в январе–августе 2006 года рост числа родившихся к тому же периоду 2005 года составил 6,1%, при снижении числа умерших на 2,5%.

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в республике на протяжении последних лет не претерпевает значительных изменений и составляет 69 лет.

В советский период в Беларуси, как и в других республиках, оказание высокотехнологичной медицинской помощи в значительной степени было ориентировано на медицинские центры Москвы и Санкт-Петербурга. В результате этого после распада СССР возросли потребности в направлении граждан на лечение за рубеж, острой стала проблема формирования республиканского технологического уровня оказания медицинской помощи и концентрации на этом уровне высоких медицинских технологий с целью рационального использования ограниченных финансовых, кадровых и материально-технических ресурсов.

Наиболее значительные сдвиги в решении этой проблемы достигнуты в связи с созданием сети республиканских научно-практических центров. Темпы роста высокотехнологичной медицинской помощи достаточно высокие. Так, количество эндопротезирований тазобедренных суставов за 3 последних года увеличилось в 1,7 раза. В период до 2010 года намечено создание кардиохирургических центров во всех регионах республики.

Благодаря устойчивым темпам экономического роста и увеличению расходов на здравоохранение значительно активизирован процесс технического переоснащения системы здравоохранения. Так, в 2005 году объем закупок медицинской техники в сравнении с предыдущим годом возрос на 47%. Наибольшее внимание в текущий период уделяется реконструкции и переоснащению структур операционного и реанимационного профиля, перинатальных центров и республиканских медицинских центров. В 2006 году Правительством республики принята Государственная программа развития здравоохранения на 2006–2010 годы; вопросы технического переоснащения и внедрения новых медицинских технологий являются основой этой программы.

Лекарственными средствами отечественного производства республика обеспечена на четверть пот-

ребности. Политика в области оборота лекарственных средств формируется на основе перечня основных лекарственных средств, в который включено 411 международных непатентованных наименований лекарственных средств, свыше трети из которых – отечественные. Льготами по лекарственному обеспечению пользуется более трети населения республики. 868 аптек в республике с государственной формой собственности, 324 – с негосударственной (аптечных киосков больше с негосударственной формой собственности).

Особое внимание уделяется преодолению различий в доступности и качестве медицинской помощи городскому и сельскому населению, диспансеризации сельского населения, в том числе детей (в рамках реализации Государственной программы возрождения и развития села). Объединен ряд организаций здравоохранения, обслуживающих городское и сельское население. С учетом возрастной структуры сельского населения в селах создана сеть больниц сестринского ухода. Работа сельских врачебных амбулаторий организована по принципу общей врачебной практики.

Так же, как и в здравоохранении Российской Федерации, много внимания уделяется стандартизации медицинских технологий как одному из важнейших элементов системы управления качеством в здравоохранении. Разработаны и внедрены клинические протоколы для всех наиболее распространенных нозологических форм заболеваний.

В целом развитие здравоохранения является приоритетом государственной политики Беларуси. С учетом реального вклада различных факторов в здоровье населения одной из основ этой политики стало формирование у населения здорового образа жизни (с реализацией соответствующих государственных программ, регулярным проведением массовых физкультурно-оздоровительных мероприятий).

Система здравоохранения обеспечивает многолетнюю стойкую положительную динамику основных показателей деятельности. Снижается младенческая, детская и материнская смертность, причем младенческая смертность снизилась до уровня экономически развитых государств мира (8 месяцев 2006 года – 5,3 на 1000 рожденных живыми). Наибольшее значение для достижения этого показателя имеет проводимая в течение последних десяти лет реорганизация деятельности родовспомогательных учреждений республики по принципу разноуровневых перинатальных центров. Это позволило снизить уровень перинатальной смертности с 7,4% в 2000 году до 4,7% в 2005 году.

Снижается также материнская смертность (15 на 100 тыс. рожденных живыми), послеоперационная летальность, смертность от острого инфаркта миокарда, общая заболеваемость инфекционными и паразитарными заболеваниями, включая ряд вакциноуправляемых инфекций.

На протяжении всех лет независимости не было снижения управляемости отрасли, а также неадекватных происходящим медико-демографическим процессам изменений в объемах оказываемых населению



медицинских услуг. Сохранены лучшие элементы советской модели здравоохранения – 100%-ный охват населения предоставляемой за счет бюджетных средств медицинской помощью, относительно низкие расходы на содержание аппарата управления, государственное регулирование и планирование с реализацией ряда государственных программ в сфере здравоохранения.

Вместе с тем в значительной мере сохраняются и свойственные этой модели недостатки, включая трудности совершенствования экономических отношений и сметную систему финансирования, диспропорции в распределении ресурсов между стационарным и амбулаторно-поликлиническим звеном.

В стратегическом плане (при сохранении государственной сети организаций здравоохранения, прямого бюджетного финансирования с исключением страховых посредников) наиболее ценным можно считать опыт таких стран, как Швеция, Великобритания, в которых хорошо налаженная система государственных гарантий в области здравоохранения сочетается с рациональными экономическими отношениями в сфере здравоохранения.

Очевидно, что должна постоянно совершенствоваться используемая методика формирования территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам медицинской помощи (ведущие цели – внедрение контрактных отношений финансирующей стороны и организаций здравоохранения с конкретизацией их ответственности; внедрение рациональной системы планирования финансовых средств; реструктуризация объемов медицинской помощи и объемов финансирования; конкретизация государственных гарантий и четкое разграничение бесплатных и платных услуг). Требуется совершенствования также и система социальных стандартов в области здравоохранения.

Одна из важных задач – создание интегрированной системы здравоохранения в рамках Союзного государства. Интеграция, координация, повышение эффективности деятельности в сфере здравоохранения в России и Беларуси указаны в числе основных целей, определенных Концепцией социального развития Союзного государства.

Оценивая складывающуюся ситуацию в этой сфере, следует отметить прогресс, достигнутый благодаря подписанию в январе 2006 года и последующей ратификации соглашения о порядке оказания медицинской помощи гражданам Республики Беларусь в учреждениях здравоохранения Российской Федерации и гражданам Российской Федерации в учреждениях здравоохранения Республики Беларусь. Новое в этом соглашении – равные права на получение медицинской помощи граждан Беларуси и России, постоянно проживающих на территории другого государства, а также временно находящихся на территории другого государства и работающих там по трудовым договорам.

Ряд перспективных, стратегических направлений деятельности в здравоохранении России и Беларуси полностью идентичен (реструктуризация с перераспределением ресурсов на более эффективные направления деятельности, внедрение общей врачебной практики, стандартизация медицинских технологий и др.).

В числе возможных направлений интеграции систем здравоохранения особо следует выделить создание единой для обоих государств системы социальных стандартов в области здравоохранения, унификацию методики формирования территориальных программ государственных гарантий, клинических и образовательных стандартов.