

Системы здравоохранения: время перемен

Том 15 №5 2013

Беларусь

Обзор системы здравоохранения

Erica Richardson • Ирина Малахова
Ирина Новик • Андрей Фоменко

Европейская

обсерватория

по системам и политике здравоохранения



Ответственными за подготовку настоящего обзора являются
Erica Richardson (редактор) и Martin McKee (редактор серии)

Редакционная коллегия

Редакторы серии

Reinhard Busse, Берлинский технический университет, Германия
Josep Figueras, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения
Martin McKee, Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Соединенное Королевство
Elias Mossialos, Лондонская школа экономических и политических наук, Соединенное Королевство
Sarah Thomson, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения
Ewout van Ginneken, Берлинский технический университет, Германия

Координатор серии

Gabriele Pastorino, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Редакционный коллектив

Jonathan Cylus, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения
Cristina Hernández-Quevedo, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения
Marina Karanikolos, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения
Anna Maresso, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения
David McDaid, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения
Sherry Merkur, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения
Philipa Mladovsky, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения
Dimitra Panteli, Берлинский технический университет, Германия
Wilm Quentin, Берлинский технический университет, Германия
Bernd Rechel, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения
Erica Richardson, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения
Anna Sagan, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Международный консультативный комитет

Tit Albreht, Институт общественного здравоохранения, Словения
Carlos Alvarez-Dardet Díaz, Университет Аликанте, Испания
Rifat Atun, Гарвардский университет, США
Johan Calltorp, Северная школа общественного здравоохранения, Швеция
Armin Fidler, Всемирный банк
Colleen Flood, Университет Торонто, Канада
Péter Gaál, Университет им. Земмельвейса, Венгрия
Unto Häkkinen, Центр экономики здравоохранения при Национальном центре изучения и развития социального обеспечения и здравоохранения (Stakes), Финляндия
William Hsiao, Гарвардский университет, США
Alan Krasnik, Университет Копенгагена, Дания
Joseph Kutzin, Всемирная организация здравоохранения
Soonman Kwon, Национальный университет Сеула, Республика Корея
John Lavis, Университет МакМастера, Канада
Vivien Lin, Университет Ла Троб, Австралия
Greg Marchildon, Университет Риджайны, Канада
Alan Maynard, Университет Йорка, Соединенное Королевство
Nata Menabde, Всемирная организация здравоохранения
Ellen Nolte, Корпорация RAND, Соединенное Королевство
Charles Normand, Университет Дублина, Ирландия
Robin Osborn, Фонд Содружества, США
Dominique Polton, Национальная касса страхования на случай временной нетрудоспособности наемных работников (CNAMTS), Франция
Sophia Schlette, Ассоциация врачей системы государственного медицинского страхования, Германия
Игорь Шейман, Высшая школа экономики, Российская Федерация
Peter C. Smith, Королевский колледж, Соединенное Королевство
Wynand P.M.M. van de Ven, Университет им. Эразма Роттердамского, Нидерланды
Witold Zatonski, Мемориальный онкологический центр им. Марии Склодовской-Кюри, Польша

Системы здравоохранения: время перемен

Erica Richardson, *Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения*

Ирина Малахова, *Республиканский научно-практический центр медицинских технологий (РНПЦ МТ)*

Ирина Новик, *Республиканский научно-практический центр медицинских технологий (РНПЦ МТ)*

Андрей Фоменко, *независимый исследователь, Минск*

Беларусь:

Обзор системы здравоохранения 2013



Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения представляет собой партнерство между Европейским региональным бюро ВОЗ, правительствами Австрии, Бельгии, Ирландии, Испании, Норвегии, Словении, Соединенного Королевства, Финляндии, Швеции, итальянским регионом Венето, Европейской комиссией, Европейским инвестиционным банком, Всемирным банком, Французским национальным союзом фондов медицинского страхования (UNCAM), Лондонской школой экономических и политических наук и Лондонской школой гигиены и тропической медицины.

Ключевые слова:

DELIVERY OF HEALTH CARE

EVALUATION STUDIES

FINANCING, HEALTH

HEALTH CARE REFORM

HEALTH SYSTEM PLANS – organization and administration

BELARUS

© Всемирная организация здравоохранения, 2013 г.
(в качестве ведущей организации и секретариата
Европейской обсерватории по системам и политике
здравоохранения).

Все права защищены. Европейская обсерватория по
системам и политике здравоохранения охотно
удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку
или перевод своих публикаций частично или полностью.

Запросы относительно публикаций следует направлять
по адресу:

**Publications,
WHO Regional Office for Europe,
UN City,
Marmorvej 51,
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark**

Кроме того, запросы на документацию, информацию
по вопросам здравоохранения или разрешение
на цитирование или перевод можно заполнить
в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро
ВОЗ (<http://www.euro.who.int/ru/publications/request-forms>).

Обозначения, используемые в настоящей публикации,
и приводимые в ней материалы не отражают какого
бы то ни было мнения Европейской обсерватории по
системам и политике здравоохранения относительно
правового статуса той или иной страны, территории,
города или района или их органов власти или относительно

делимитации их границ. Пунктирные линии на географических
картах обозначают приблизительные границы, относительно
которых полного согласия пока не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов
отдельных изготовителей не означает, что Европейская
обсерватория по системам и политике здравоохранения
поддерживает или рекомендует их, отдавая им
предпочтение по сравнению с другими компаниями или
продуктами аналогичного характера, не упомянутыми
в тексте. За исключением случаев, когда имеют место
ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов
выделяется начальными прописными буквами.

Европейская обсерватория по системам и политике
здравоохранения приняла все разумные меры
предосторожности для проверки информации,
содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее,
опубликованные материалы распространяется без
какой-либо явно выраженной или подразумеваемой
гарантии их правильности. Ответственность за
интерпретацию и использование материалов ложится
на пользователей, Европейская обсерватория по
системам и политике здравоохранения ни при каких
обстоятельствах не несет ответственности за ущерб,
связанный с использованием этих материалов. Мнения,
выраженные в данной публикации авторами, редакторами
или группами экспертов, необязательно отражают
решения или официальную политику Европейской
обсерватории по системам и политике здравоохранения.

Ссылка на исходный документ:

Richardson E, Malakhova I, Novik I, Famenka A. Belarus: health system
review. *Health Systems in Transition*, 2013; 15(5):1–118.

Содержание

Предисловие	v
Благодарности	vii
Список сокращений	ix
Список таблиц и рисунков	xi
Аннотация	xiii
Основные положения	xv
1. Введение	1
1.1 География и социодемография.....	2
1.2 Экономика.....	4
1.3 Политика.....	6
1.4 Состояние здоровья населения.....	8
2. Организационная структура и управление	13
2.1 Обзор системы здравоохранения.....	15
2.2 Историческая справка.....	15
2.3 Организационная структура.....	18
2.4 Децентрализация и централизация.....	21
2.5 Планирование.....	22
2.6 Межсекторальный подход.....	24
2.7 Управление информационными системами.....	24
2.8 Регулирование.....	26
2.9 Права пациентов.....	35
3. Финансирование	45
3.1 Расходы на здравоохранение.....	47
3.2 Источники финансирования и финансовые потоки.....	50
3.3 Обзор государственной системы финансирования.....	55
3.4 Личные платежи граждан.....	60
3.5 Добровольное медицинское страхование.....	61
3.6 Другие источники финансирования.....	62
3.7 Механизмы оплаты.....	63

4. Материальные и кадровые ресурсы	67
4.1 Материальные ресурсы	68
4.2 Кадровые ресурсы	74
5. Предоставление медицинских услуг	87
5.1 Общественное здравоохранение	88
5.2 Маршрут пациента в системе здравоохранения	94
5.3 Первичная медико-санитарная/амбулаторная помощь	96
5.4 Специализированная амбулаторная/стационарная помощь	106
5.5 Скорая и неотложная медицинская помощь	109
5.6 Медикаментозная помощь	113
5.7 Реабилитационная/санаторно-курортная помощь	113
5.8 Долговременная помощь	114
5.9 Услуги для лиц, осуществляющих неформальный уход за больными ..	115
5.10 Паллиативная помощь	116
5.11 Охрана психического здоровья	117
5.12 Стоматологическая помощь	118
5.13 Дополнительная и альтернативная медицина	120
6. Основные реформы здравоохранения	121
6.1 Анализ последних реформ	122
6.2 Перспективы развития	126
7. Оценка системы здравоохранения	129
7.1 Задачи, поставленные перед системой здравоохранения	131
7.2 Система финансовой защиты и справедливость в финансировании ...	131
7.3 Опыт пациента и доступность медицинской помощи	133
7.4 Состояние здоровья, эффективность оказания медицинских услуг и качество медицинской помощи	134
7.5 Эффективность системы здравоохранения	137
7.6 Прозрачность и подотчетность	139
8. Заключение	141
9. Приложения	145
9.1 Библиография	145
9.2 Полезные веб-ресурсы	149
9.3 Методология и процесс подготовки обзоров «Системы здравоохранения: время перемен»	150
9.4 Проверка и рецензирование обзоров	153
9.5 Сведения об авторах	153

Предисловие

Каждый обзор из серии «Системы здравоохранения: время перемен» содержит всесторонний анализ системы здравоохранения той или иной страны и ее реформ – как тех, которые уже реализуются, так и находящихся в стадии разработки. Эти обзоры составляют местные специалисты в сотрудничестве с научными руководителями и сотрудниками Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. Чтобы данные обзоров разных стран были сопоставимы, разработан единый формат обзора – подробное руководство и перечень вопросов, определений и примеров. Этот формат периодически пересматривается.

Цель обзоров «Системы здравоохранения: время перемен» состоит в том, чтобы предоставить организаторам здравоохранения и аналитикам сравнительную информацию, необходимую им для совершенствования систем здравоохранения в странах Европы. Обзоры систем здравоохранения дают возможность:

- подробно изучить различные методы организации, финансирования и предоставления медицинских услуг, а также роли основных участников систем здравоохранения;
- описать организационную структуру, а также процессы подготовки и реализации программ реформ здравоохранения и их содержание;
- обозначить наиболее важные проблемы в области здравоохранения, а также те направления, которые требуют более глубокого изучения;
- предоставить руководителям и аналитикам разных стран инструмент для распространения сведений о системах здравоохранения и обмена опытом по стратегии их реформ;
- помочь другим исследователям и разработчикам в проведении более глубокого сравнительного анализа политики развития системы здравоохранения.

Составление обзоров сопряжено с рядом методологических трудностей. Во многих странах информации о системах здравоохранения и о результатах их реформ относительно мало.

Из-за отсутствия единой базы данных количественные показатели приходится получать из разных источников: в первую очередь это база данных «Здоровье для всех» (БД-ЗДВ) Европейского регионального бюро ВОЗ, национальные органы статистики, Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), Евростат, Международный валютный фонд (МВФ), Всемирный банк и ряд других источников, которые авторы сочли уместными. И хотя методы и определения, касающиеся сбора данных, могут несколько отличаться, в рамках каждой серии обзоров они обычно согласуются между собой.

Наряду с преимуществами составление обзоров в едином формате имеет и ряд недостатков, поскольку в разных странах системы финансирования и предоставления услуг здравоохранения различны. Преимущества же состоят в том, что единый формат позволяет проанализировать, как одни и те же вопросы и проблемы решаются в разных странах. Обзоры «Системы здравоохранения: время перемен» могут стать полезным источником информации для тех, кто разрабатывает политику и стратегию в области здравоохранения в своей стране. Кроме того, их можно использовать для сравнительного анализа систем здравоохранения. Выпуск этих обзоров продолжается, и их материалы регулярно обновляются.

Все замечания и предложения по дальнейшим разработкам в данной области, а также по усовершенствованию обзоров просьба направлять по адресу электронной почты: info@obs.euro.who.int.

Обзоры и краткие справки «Системы здравоохранения: время перемен» можно найти на веб-сайте Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения: <http://www.healthobservatory.eu>.

Благодарности

Обзор «Системы здравоохранения: время перемен» по Беларуси подготовлен Европейской обсерваторией по системам и политике здравоохранения.

Авторами данного издания выступили Erica Richardson (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения), Ирина Малахова (Республиканский научно-практический центр медицинских технологий (РНПЦ МТ)), Ирина Новик (РНПЦ МТ) и Андрей Фоменко (независимый исследователь). Редакторами обзора являются Erica Richardson и Martin McKee (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, Лондонская школа гигиены и тропической медицины). Основой данного издания послужил изданный в 2008 году обзор «Системы здравоохранения: время перемен» по Беларуси, созданный Erica Richardson, Wienke Voerma, Ириной Малаховой, Валентином Русовичем и Андреем Фоменко, под редакцией Erica Richardson и Svetlana Anker.

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения совместно с авторами выражает глубокую признательность Вячеславу Гранкову (Белорусский профессиональный союз работников здравоохранения), Paolo Belli (Всемирный банк) и Валентину Русовичу (ВОЗ, Беларусь) за критический анализ этого обзора.

Авторы также хотели бы поблагодарить сотрудников Министерства здравоохранения Республики Беларусь и подведомственных ему учреждений за предоставленную информацию и ценные замечания в отношении предыдущих проектов обзора и предложения по актуальным тенденциям политики и стратегиям развития белорусской системы здравоохранения. Авторы выражают особую благодарность Елене Ткачевой, Елене Крутовой, Татьяне Акельевой, Татьяне Мигаль, Сергею Сычику, Людмиле Реутской, Людмиле Жилевич, Ларисе Карпук (Министерство

здравоохранения); Ольге Кульпанович (Белорусская медицинская академия последипломного образования (БелМАПО)); Николаю Хейфецу (РНПЦ МТ); Владимиру Пашковичу (Республиканский центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья); Виолетте Шухатович (Институт социологии НАН Беларуси); Егору Зайцеву, Валентину Русовичу и Вере Ильенковой (ВОЗ, Беларусь) за ценные выводы и экспертные знания о белорусской системе здравоохранения.

Особую благодарность авторы адресуют Европейскому региональному бюро ВОЗ за предоставление сведений о системе здравоохранения из Европейской базы данных «Здоровье для всех» (БД-ЗДВ), Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) – за предоставление данных о здравоохранении в странах Западной Европы, Европейской комиссии – за данные Евростата по государствам-членам ЕС, а также Всемирному банку – за предоставление информации о расходах на здравоохранение в странах Центральной и Восточной Европы. Авторы также благодарят государственные статистические службы за предоставление официальных данных. Данный обзор характеризует ситуацию, сложившуюся в мае 2013 года, если не оговаривается иное.

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения представляет собой партнерство между Европейским региональным бюро ВОЗ, правительствами Австрии, Бельгии, Ирландии, Испании, Норвегии, Словении, Соединенного Королевства, Финляндии, Швеции, итальянским регионом Венето, Европейской комиссией, Европейским инвестиционным банком, Всемирным банком, Французским национальным союзом фондов медицинского страхования (UNCAM), Лондонской школой экономических и политических наук и Лондонской школой гигиены и тропической медицины. Коллектив Обсерватории, работающий над обзорами «Системы здравоохранения: время перемен», возглавляют Josep Figueras – директор, Elias Mossialos, Martin McKee, Reinhard Busse, Richard Saltman, Sarah Thomson и Suszy Lessof. Координацию исследований Программы странового мониторинга и серии обзоров «Системы здравоохранения: время перемен» осуществляет Gabriele Pastorino. Производственный процесс и редактирование обзора выполнены под руководством Jonathan North при поддержке Caroline White, Sophie Richmond (техническое редактирование), Pat Hinsley (набор текста) и Aki Hedigan (редактирование).

Список сокращений

АИС	автоматизированные информационные системы
БелМАПО	Белорусская медицинская академия последипломного образования
ВВП	валовой внутренний продукт
ВИЧ/СПИД	вирус иммунодефицита человека/синдром приобретенного иммунодефицита
ДМС	добровольное медицинское страхование
ДОТС	Программа лечения туберкулеза под непосредственным наблюдением (краткий курс)
ЕС	Европейский союз
ИТ	информационные технологии
КТ	компьютерная томография
ЛС	лекарственные средства
МВФ	Международный валютный фонд
МКБ-10	Международная классификация болезней десятого пересмотра
МЛУ-ТБ	туберкулез со множественной лекарственной устойчивостью
МРТ	магнитно-резонансная томография
НПО	неправительственная организация
НСЗ	национальные счета здравоохранения
ОБСЕ	Организация по безопасности и сотрудничеству в Европе
ОЭСР	Организация экономического сотрудничества и развития
ПМСП	первичная медико-санитарная помощь
ППС	паритет покупательной способности
ПРООН	Программа развития Организации Объединенных Наций
РНПЦ МТ	Республиканский научно-практический центр медицинских технологий
СНГ	Содружество Независимых Государств
ТБ	туберкулез
ФАП	фельдшерско-акушерский пункт
ШЛУ-ТБ	туберкулез с широкой лекарственной устойчивостью
ЮНИСЕФ	Детский фонд ООН
ЮНФПА	Фонд ООН по народонаселению
DALE	ожидаемая продолжительность жизни, скорректированная на инвалидность
GMP	«Правила производства и контроля качества лекарственных средств»

Список таблиц и рисунков

Таблицы

		стр.
Таблица 1.1	Демографические показатели, выборочные годы	3
Таблица 1.2	Макроэкономические показатели, выборочные годы	5
Таблица 1.3	Смертность и показатели состояния здоровья населения, выборочные годы	9
Таблица 1.4	Смертность по причинам смерти (на 100 000 человек населения), выборочные годы	10
Таблица 1.5	Показатели здоровья матерей, детей и подростков, выборочные годы	12
Таблица 3.1	Динамика расходов на здравоохранение в Беларуси, оценка ВОЗ, выборочные годы	47
Таблица 3.2	Общие расходы на здравоохранение по источникам финансирования (в %), выборочные годы	53
Таблица 4.1	Число больничных коек по специализации (на 10 000 человек населения), выборочные годы	71
Таблица 4.2	Численность медицинского персонала в государственной системе здравоохранения, Беларусь, выборочные годы	76

Рисунки

		стр.
Рис. 1.1	Карта Беларуси	2
Рис. 2.1	Организационная схема белорусской системы здравоохранения, 2013 г.	16
Рис. 3.1	Расходы на здравоохранение (в % ВВП), оценка ВОЗ, 2010 г.	49
Рис. 3.2	Общие расходы на здравоохранение (в % ВВП) в Беларуси и ряде стран с 1995 г. и по последний год с наличием данных	50
Рис. 3.3	Подушевые расходы на здравоохранение в странах Европейского региона ВОЗ по ППС, в долл. США, оценка ВОЗ, 2009 г.	51
Рис. 3.4	Доля государственных расходов в общих расходах на здравоохранение в странах Европейского региона ВОЗ (в %), оценка ВОЗ, 2010 г.	52
Рис. 3.5	Структура общих расходов на здравоохранение по источникам финансирования, 2011 г.	53
Рис. 3.6	Схема финансирования белорусской системы здравоохранения, 2013 г.	54

Рисунки (продолжение)

		стр.
Рис. 4.1	Средняя продолжительность пребывания в стационаре, все стационары, Беларусь и некоторые другие страны	71
Рис. 4.2	Обеспеченность больничными койками (на 100 000 человек населения), Беларусь и некоторые другие страны	72
Рис. 4.3	Численность врачей (на 100 000 человек населения), Беларусь и некоторые другие страны, с 1990 г. по последний год с наличием данных	75
Рис. 4.4	Численность медицинских сестер (на 100 000 человек населения), Беларусь и некоторые другие страны, с 1990 г. по последний год с наличием данных	77
Рис. 4.5	Численность врачей и медицинских сестер (на 100 000 человек населения) в Европейском регионе ВОЗ, 2011 г. или за последний год с наличием данных	78
Рис. 4.6	Численность стоматологов (на 100 000 человек населения), Беларусь и некоторые другие страны, с 1990 г. по последний год с наличием данных	79
Рис. 4.7	Численность фармацевтов (на 100 000 человек населения), Беларусь и некоторые другие страны, с 1990 г. по последний год с наличием данных	79
Рис. 5.1	Число обращений за амбулаторной помощью на человека в год в странах Европейского региона ВОЗ, 2011 г. или за последний год с наличием данных	102

Аннотация

Данный обзор содержит всесторонний анализ белорусской системы здравоохранения и отражает те изменения, которые произошли в ее организации и управлении, финансировании и предоставлении услуг здравоохранения, а также включает описание реформ и показателей деятельности системы после 2008 года. Несмотря на значительные изменения, произошедшие в системе здравоохранения после обретения независимости, ее руководящим принципом по-прежнему остается обеспечение общедоступности бесплатного медицинского обслуживания по месту жительства/пребывания через систему преимущественно государственных медицинских учреждений, иерархично организованных по территориальному принципу. Отличительной чертой политики в области здравоохранения стало проведение поэтапных изменений, а не радикальных реформ, несмотря на то, что в некоторых областях было введено взвешенное подушевое финансирование, а правительство прикладывает серьезные усилия по укреплению роли сектора первичной медико-санитарной помощи.

Высокие расходы в стационарном секторе и ряд сложностей в системе общественного здравоохранения свидетельствуют о необходимости продвижения будущих реформ, в основном направленных на укрепление профилактических служб и повышение качества и эффективности специализированной помощи. К основным проблемам по достижению указанной цели относятся: сокращение избыточных стационарных мощностей, усовершенствование управления системой, использование лечебно-диагностических методов, основанных на принципах доказательной медицины, и развитие более эффективных механизмов финансирования. Вовлечение всех заинтересованных сторон в процесс планирования дальнейших реформ и достижение консенсуса по их осуществлению станет основой успешного реформирования.

Основные положения

Введение

Республика Беларусь провозгласила независимость от СССР в декабре 1991 года, а в период 1991–1994 годов стала парламентской республикой. Начиная с 1994 года страна является унитарным демократическим государством во главе с президентом, пост которого с тех пор занимает Александр Лукашенко, обладающий широкими исполнительными полномочиями. Благодаря тому, что экономические реформы проводились умеренными темпами, а либерализация цен была лишь частичной, Беларуси удалось избежать тех последствий экономической либерализации, которые были характерны для многих других стран Содружества Независимых Государств (СНГ). В силу того, что экономические преобразования были сравнительно мягкими, уровни безработицы, бедности и неравенства в стране достаточно низки, а колебания показателей смертности не так велики, как в ряде других стран. Вместе с тем глобальный экономический кризис, начавшийся в 2008 году, поставил под угрозу данную стабильность, а ревальвация белорусского рубля в 2011 году привела к резкому росту относительной стоимости импортируемых товаров, включая топливо и лекарственные средства (ЛС), что как следствие, повлияло на уровень жизни населения.

Показатели материнской и младенческой смертности в последние годы снижаются, а средняя ожидаемая продолжительность жизни женщин на сегодня выше аналогичного показателя в период, предшествующий провозглашению независимости, и в 2009 году составила 76,6 лет. Однако данный показатель ниже такового в странах Европейского региона ВОЗ (79 лет), в то же время ожидаемая продолжительность жизни, скорректированная на инвалидность (DALE), среди белорусских женщин составляет всего 66 лет. Отмечается улучшение средней ожидаемой продолжительности жизни мужчин (64,8 года в 2009 году), однако все еще необходимо достижение уровня аналогичных показателей в период, предшествующий провозглашению независимости. На сегодня данный

показатель ниже среднего аналогичного показателя в 72 года в странах Европейского союза (ЕС). Как курение, так и потребление алкоголя остаются основными факторами, влияющими на увеличение разницы показателей ожидаемой продолжительности жизни среди мужчин и женщин. В Беларуси отмечен процесс снижения численности населения, связанный с невысокой рождаемостью и достаточно высоким показателем смертности. Несмотря на то, что неинфекционные болезни несут наибольшее бремя болезней и смертности среди населения, туберкулез (ТБ) и ВИЧ являются серьезными проблемами среди инфекционных болезней, влияющих на состояние здоровья населения, а высокий уровень заболеваемости туберкулезом со множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) представляет особую сложность для системы здравоохранения.

Организационная структура и управление

В основе системы здравоохранения Беларуси лежат принципы унаследованной от СССР системы Семашко (иерархичной, централизованно управляемой, обеспеченной государственными служащими в лице медицинских работников). Несмотря на значительные изменения, произошедшие в системе здравоохранения после обретения независимости, ее руководящим принципом по-прежнему остается обеспечение общедоступности бесплатного медицинского обслуживания по месту жительства/пребывания силами преимущественно государственных медицинских учреждений, иерархично организованных по территориальному принципу. Отличительной чертой политики в области здравоохранения стало проведение поэтапных изменений, а не радикальных реформ. Министерство здравоохранения (Минздрав) несет полную ответственность за функционирование системы здравоохранения, однако финансирование сектора первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) и специализированной (вторичной) помощи передано в ведение органов регионального уровня (в стране шесть областей и столичный город Минск, обладающий статусом самостоятельной административно-территориальной единицы). Медицинские учреждения, оказывающие высокоспециализированные (третичные) услуги¹, финансируются непосредственно из бюджета Минздрава. В системе имеется крайне незначительное число частных поставщиков медицинских услуг и несколько

¹ В Беларуси медицинские учреждения, оказывающие высокоспециализированные (третичные) услуги, называются республиканские научно-практические центры (*прим. авт.*).

неправительственных организаций (НПО), участвующих в оказании помощи. Некоторые отраслевые министерства и крупные предприятия параллельно имеют собственные учреждения здравоохранения, которые зачастую котируются выше среди населения. Однако деятельность данных учреждений плохо скоординирована с работой основной государственной системы здравоохранения. Начиная с 2005 года продолжается процесс постепенного поглощения этих параллельных ведомственных структур основной системой здравоохранения.

Общий подход к планированию инфраструктуры и капитальных вложений, исходящий из принципа соблюдения государственных минимальных социальных стандартов, по-прежнему основывается на нормативных показателях (как это было в системе Семашко), хотя в секторе ПМСП с переходом к системе взвешенного подушевого финансирования² произошли и некоторые изменения в планировании инфраструктуры: в последние годы в основу были положены демографические потребности населения. Кроме того, отмечено растущее число инвестиций в сектор ПМСП. Функции управления и планирования в значительной степени интегрированы между собой, так как в конечном итоге обе они относятся к ведению Минздрава. Поставщики медицинских услуг осуществляют свою деятельность под контролем областных управлений здравоохранения и местных органов власти; по сути своей система является иерархической.

Процессы разработки политики и установления приоритетов в области здравоохранения носят централизованный характер, и ключевая роль в них принадлежит Минздраву. Районные и областные органы власти проводят политику в жизнь и действуют сообразно установленным на национальном уровне приоритетам и с учетом местных бюджетных ограничений. Однако в стране отсутствуют официальные каналы, с помощью которых к процессу разработки политики и установления приоритетов можно было бы подключить различные заинтересованные стороны. Отдельные медицинские учреждения не обладают сколь-нибудь значимыми полномочиями по принятию решений относительно основных фондов, укомплектованности кадрами, уровня оплаты труда работников, а также видов оказываемых услуг. Решения, касающиеся основных фондов и укомплектованности кадрами, принимаются областными или районными управлениями здравоохранения, уровни оплаты труда устанавливаются централизованно, а виды оказываемых услуг определяются в соответствии с требованиями, которые издаются

² В Беларуси под данным термином понимается финансирование на одного жителя (*прим. авт.*).

соответствующими подразделениями Минздрава. Однако в менее популярных отраслях медицины или в сельских регионах вопрос укомплектованности кадрами по-прежнему остается проблемой.

Минздрав играет ключевую роль в сфере регулирования на всех уровнях системы здравоохранения, однако важнейшими участниками этого процесса также являются районные и областные органы власти, поскольку на своем уровне они несут ответственность за финансирование системы здравоохранения. Регулирование обеспечивается не путем установления договорных отношений и лицензирования, а посредством применения весьма детализированных процедур бухгалтерской отчетности и введения соответствующих требований (норм), принятых централизованно. К примеру, в стране нет ни центрального регистра, ни официальной процедуры лицензирования медицинских работников. Медицинские карты регулярно проверяются на предмет соблюдения протоколов диагностики и лечения, а также для того, чтобы удостовериться, что врачи заполняют карты больных достаточно подробно (в целях контроля качества). В случае возникновения у пациентов осложнений, к отдельным врачам, не следовавшим стандартам медицинской помощи и клиническим протоколам, могут применяться серьезные правовые и штрафные санкции. Из-за этого медицинские работники избегают сообщать о допущенных ошибках, и таким образом теряется возможность извлечения полезного опыта из таких ситуаций и их последующего предупреждения. Хотя теоретически пациенты могут оформить жалобу на качество оказанной им помощи, в действительности сделать это весьма сложно в силу существующих барьеров, например, отсутствия у пациентов права на доступ к своей медицинской карте.

Финансирование

В 2011 году общие расходы на здравоохранение составили 5,3% от валового внутреннего продукта (ВВП), что соответствует доле подушевых расходов на здравоохранение по ППС в размере 793 долл. США (что соответствует аналогичному среднему показателю по СНГ, но ниже такового по Европейскому региону в целом, составившего 8,3% от ВВП по данным за 2010 год). Большая часть расходов приходится на государственный бюджет. По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в 2011 году доля государственных расходов на здравоохранение в общих расходах на здравоохранение составила 70,7%; в том же году расходы на здравоохранение составили 13% общего государственного бюджета.

Ни одна из форм обязательного медицинского страхования (ОМС) в Беларуси не вводилась, и хотя финансирование системы здравоохранения было децентрализовано до местного уровня, главным источником формирования доходов бюджета по-прежнему остаются предприятия, а не отчисления из фонда заработной платы работников. Это является отличительной чертой белорусской системы здравоохранения и отражает характер экономики страны в целом: поскольку в основном она не приватизирована, то прибыли или доходы местных предприятий проходят через местные бюджеты и объединяются (как нецелевые) на республиканском уровне. Есть еще только один важный источник финансирования здравоохранения – личные платежи граждан, доля которых в общих расходах на здравоохранение составляет 26,7% и почти полностью покрывает все негосударственные расходы. Личные платежи граждан в основном поступают в виде официальных соплатежей за ЛС для амбулаторного лечения. Добровольное медицинское страхование (ДМС) не является значимым элементом белорусской системы здравоохранения, равно как и внешние источники финансирования.

Гражданам предоставлен всеобщий доступ к медицинской помощи, и только в случае расходов на ЛС, стоматологическую и офтальмологическую помощь имеют место соплатежи со стороны населения. Уровень соплатежей централизованно устанавливает Минздрав, при этом определяющим фактором является не стоимость этих услуг, а политическая составляющая вопроса. Большинство населения вынуждено приобретать рецептурные ЛС для амбулаторного лечения за полную стоимость, однако определенные наименования основных ЛС (например, в целом входящие в Примерный перечень ВОЗ основных лекарственных средств, и некоторые другие ЛС при лечении онкологических заболеваний) предоставляются бесплатно. Минздрав централизованно осуществляет импорт и закупку данного вида ЛС. Отдельным категориям граждан (например, ветеранам) также положены скидки или полное возмещение средств из государственных фондов в случае расходов на ЛС, стоматологическую и офтальмологическую помощь.

Местные органы власти выполняют функцию главного ведомства по сбору финансовых средств, сбору налогов с предприятий и частных лиц, а также других доходов – например, рентного дохода и прибыли от работы государственных предприятий; кроме того, они же являются и главным ведомством, которое занимается объединением средств для финансирования услуг здравоохранения на подведомственной территории. Однако успешно функционирующие государственные предприятия

есть не везде – по территории страны они распределены довольно неравномерно. Поэтому органы власти тех регионов, где экономическая ситуация наименее благоприятна, испытывают наибольшие трудности с предоставлением услуг здравоохранения. Затем часть доходов местных бюджетов перечисляется в государственный орган управления на национальном уровне, ответственный за формирование республиканского бюджета, из которого Минздрав получает средства. Таким образом, Минздрав является ведомством, которое объединяет финансовые ресурсы на общенациональном уровне, а также выступает в качестве плательщика третьей стороны за услуги высокоспециализированной помощи и вертикальные программы (например, по борьбе с ТБ и ВИЧ/СПИДом), проводимые в интересах всего населения страны. Общая структура распределения бюджетных средств на здравоохранение определяется Минздравом и Министерством финансов в соответствии с распоряжениями Президента Республики Беларусь и Парламента Республики Беларусь. Затем решения по бюджету спускаются на местный уровень для их реализации.

Во взаимоотношениях между поставщиками и покупателями медицинских услуг в белорусской системе здравоохранения используется интегрированная модель: все работники здравоохранения являются государственными служащими, принимаемыми на работу плательщиками третьей стороны, являющимися в то же время собственниками медицинских учреждений. Деятельность поставщиков медицинских услуг контролируется путем сочетания иерархической системы управления со строгим контролем соблюдения установленных нормативов. Оплата услуг здравоохранения производится проспективным методом; сектор ПМСП финансируется по методу глобальных бюджетов, исходя из взвешенного подушевого финансирования, а специализированная и высокоспециализированная помощь – на основании постатейных бюджетов, рассчитываемых на основе исторически сложившихся бюджетов.

Материальные и кадровые ресурсы

Белорусская система здравоохранения обладает обширными основными фондами, которые распределены по территории страны достаточно равномерно. В Беларуси показатель числа коек на душу населения выше, чем в любой другой стране СНГ или ЕС. Решения о финансировании

капитальных вложений принимаются районными или областными органами власти в соответствии с годовым планом и бюджетом на здравоохранение. Закупки дорогостоящего оборудования финансируются в рамках утвержденных правительством государственных программ. Начиная с 2008 года большое внимание уделяется укреплению системы информационных технологий (ИТ) в государственных учреждениях здравоохранения, особенно с введением таких систем, как электронная запись на прием. Кроме того, предпринимаются меры по более систематическому использованию данных технологий.

После обретения независимости в Беларуси удалось сохранить значительные кадровые ресурсы, даже после того, как в 2010 году в стране было принято определение «практикующий врач», признанное на международном уровне. Ожидается, что переход к новым определениям (не включающим лиц, получивших медицинское образование, но не работающих по специальности) будет способствовать улучшению планирования кадровых ресурсов и устранению неравномерного их распределения как по областям, так и по специальностям. Несмотря на значительную численность врачей и медицинских сестер, в распределении кадровых ресурсов здравоохранения имеют место некоторые территориальные диспропорции. Кроме того, и в городах, и в сельской местности наблюдается дефицит кадров в секторе ПМСП. Несмотря на внушительные размеры общего фонда заработной платы, определяемые большим числом медицинских работников, зарплаты каждого отдельного сотрудника крайне малы.

Получение базового медицинского образования занимает от пяти до шести лет, после чего по результатам сдачи государственных экзаменов выпускники получают диплом врача и направление в конкретную медицинскую организацию для прохождения годовой стажировки. Получение базового медицинского образования для медицинских сестер и фельдшеров занимает три года. Выпускники (врачи, медицинские сестры и фельдшеры) получают обязательное распределение на два года на свое первое место работы (чаще всего в учреждение ПМСП). В Беларуси действуют минимальные стандарты в отношении непрерывного медицинского образования практикующих врачей и медицинских сестер. Однако непрерывное медицинское образование не связано с процессом подтверждения квалификации, поскольку в Беларуси отсутствует обязательная регистрация или лицензирование врачей и медицинских сестер.

Предоставление медицинских услуг

В Беларуси санитарно-эпидемиологический надзор осуществляют Государственный санитарный надзор (Госсаннадзор) с учреждениями, представленными на каждом уровне администрирования, и Республиканский центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья, который занимается координацией вопросов профилактики отдельных заболеваний (например, ВИЧ) и формированием здорового образа жизни. В настоящее время основной проблемой, стоящей перед санитарно-эпидемиологической системой, является осуществление перехода от деятельности, основанной на выявлении нарушений санитарно-эпидемиологического законодательства и применении штрафных санкций, к деятельности, ориентированной на принятие стратегии предотвращения подобного рода нарушений. Есть несколько многочисленных групп населения, которые должны регулярно проходить профилактические осмотры, что представляет существенную нагрузку для системы здравоохранения, однако оценки эффективности данных мероприятий проведено не было.

В Беларуси действует широкая сеть поставщиков услуг ПМСП, но в распределении медицинских кадров имеют место некоторые территориальные диспропорции. Существует две формы оказания услуг ПМСП: в городах этим занимается сохранившаяся с советских времен сеть поликлиник, а в сельской местности – амбулатории (во главе с врачами общей практики) и фельдшерско-акушерские пункты (ФАПы). ПМСП в столице страны Минске и пяти областных центрах оказывается во взрослых и детских поликлиниках, осуществляющих профилактику, диагностику, лечение и направление в учреждения специализированной и высокоспециализированной помощи. В сельских районах также проводятся серьезные меры по введению в учреждениях ПМСП должности врача общей практики, который оказывал бы медицинскую помощь как взрослым, так и детям.

Экстренная медицинская помощь в Беларуси организована на базе системы скорой и неотложной медицинской помощи, которая включает также оказание медицинской помощи населению во внерабочее время. Таким образом, система скорой и неотложной медицинской помощи работает круглосуточно, без выходных и праздничных дней. По причине того, что именно в лице врачей и фельдшеров скорой помощи у пациента

зачастую происходит первый контакт с системой здравоохранения, система скорой и неотложной медицинской помощи считается частью сектора ПМСП.

Специализированную медицинскую помощь населению оказывают в больницах районного и областного уровня. Центральные районные больницы предоставляют базовые услуги специализированной помощи, а больницы областного уровня занимаются более сложными случаями и предлагают более широкий спектр услуг. При этом в каждом районе и области имеется также поликлиника, где местному населению оказывают специализированную помощь. Значимым направлением политики в области здравоохранения в Беларуси стало поддержание роста объема высокотехнологичной медицинской помощи (например, эндопротезирование тазобедренного сустава, сложные хирургические операции на сердце и трансплантология), предоставляемой в учреждениях системы здравоохранения, что явилось результатом активных действий в рамках политики, проводимой в данной области. Большую часть данных высокотехнологичных услуг оказывают республиканские научно-практические центры высокоспециализированной помощи, располагающие наилучшими кадровыми и материальными ресурсами. Кроме того, на сегодня существуют высокотехнологичные центры при некоторых областных больницах. Минздрав также занимается активным развитием реабилитационной помощи посредством организации центров реабилитационной помощи, куда пациенты могут поступать по направлению в случае необходимого им послеоперационного ухода или лечения. В стране практика использования коечного фонда больниц в целях оказания пациентам медико-социальной и долговременной помощи закреплена законом, а многие сельские участковые больницы были недавно репрофилированы в больницы сестринского ухода.

Частных больниц или учреждений ПМСП в Беларуси нет, однако диагностические центры играют значительную роль в деятельности частного сектора системы здравоохранения. Такие диагностические центры зачастую являются коммерческими отделениями государственных больниц, которые также получают частный доход, взимая плату за размещение в отдельной палате в стационарах, а также посредством продвижения медицинского туризма (преимущественно для жителей других стран СНГ).

Основные реформы в области здравоохранения

Ключевой особенностью реформ здравоохранения в Беларуси является поэтапный подход к их проведению, использующий принцип пилотных проектов для пробного внедрения потенциальных инноваций. Предлагаемые изменения подвергаются всестороннему обсуждению, и только после этого проводится их внедрение. Некоторые реформы не были реализованы даже после длительного периода обсуждения. Процесс обсуждения реформ предполагает достижение консенсуса на всех уровнях правительства и укрепление организационно-кадрового потенциала тех структур системы здравоохранения, на которые направлены реформы. Только после достижения такого рода консенсуса изменения проводятся в жизнь.

«Модернизация» белорусской системы здравоохранения представляет собой основную цель реформ, утвержденных в последнем пятилетнем плане. Это в некоторой степени было связано с желанием «успеть» внедрить новейшие технологии в медицине, тем более что это также означает возможность получения дополнительного дохода для поставщиков медицинских услуг, поскольку высокотехнологичные услуги подлежат экспорту. Аналогичный процесс модернизации был запущен в фармацевтическом секторе, а новый регулирующий орган – Департамент фармацевтической промышленности – отвечает за привлечение инвестиций на развитие отечественной фармацевтической промышленности и достижение конкурентоспособности производимой продукции в целях продвижения экспорта (включая соблюдение «Правил производства и контроля качества лекарственных средств» (GMP)). Одной из главных задач также является снижение зависимости белорусской системы здравоохранения от импортируемых ЛС, однако интеграция функций фармацевтического производства и регулирования сектора в рамках одного департамента может привести к серьезному конфликту интересов.

В 2010 году после тщательной подготовки в стране был впервые проведен мониторинг национальных счетов здравоохранения (НСЗ), направленный на стандартизацию номенклатуры доходов и расходов системы здравоохранения, благодаря чему сегодня возможно проведение более точной оценки стоимости услуг. Несмотря на то, что введение НСЗ является значимым достижением само по себе, данный процесс служит первым шагом на пути преобразования системы финансирования здравоохранения в Беларуси с тем, чтобы добиться дальнейшей

эффективности функционирования системы здравоохранения и эффективного распределения ресурсов в ней. Таким образом, обсуждение будущих реформ касается комплексных изменений механизмов оплаты медицинских услуг.

Оценка системы здравоохранения

Цели, поставленные перед системой здравоохранения республики, включают улучшение состояния здоровья населения, снижение показателей заболеваемости и смертности, а также повышение ожидаемой продолжительности жизни при рождении. Для достижения указанных целей необходимо дальнейшее повышение качества медицинской помощи и обеспечение ее доступности для всего населения; кроме того, потребуются укрепление сектора общественного здравоохранения по предупреждению воздействия факторов образа жизни на здоровье.

Справедливость в финансировании является ключевым фактором, обеспечивающим доступность системы здравоохранения, а личные платежи граждан представляют собой определенный барьер. По сравнению с другими странами Европы, расходы домохозяйств на медицинские услуги в Беларуси ниже, а объем пользования ими остается высоким, что свидетельствует об относительной справедливости в доступе к медицинской помощи. В основном личные платежи граждан приходятся на ЛС для амбулаторного лечения, а также существует вероятность наличия значительной неудовлетворенной потребности населения в доступе к ЛС ввиду их нехватки. К числу барьеров, частично препятствующих получению медицинской помощи, относятся очереди и некомплектованность кадрами.

Главный вывод, который можно сделать на основе опыта Беларуси, состоит в том, что при прочной политической поддержке поэтапный подход к реформированию секторов экономики и здравоохранения может способствовать сохранению и улучшению доступа к медицинской помощи среди населения, а также обеспечить защиту здоровья граждан от наиболее тяжелых последствий переходного социально-экономического периода. Однако только этого не достаточно для того, чтобы в значительной мере улучшить показатели здоровья населения или обеспечить эффективное использование финансовых ресурсов. В стране был принят поэтапный подход в реализации реформ при сохранении основных черт системы Семашко, унаследованной после обретения независимости, однако многие

из проведенных преобразований были направлены на разрешение проблем неэффективности, унаследованных от советской модели здравоохранения: изменение баланса в системе в сторону сектора ПМСП, интегрирование ведомственных систем здравоохранения, а также изменение ряда стимулов оплаты поставщиков медицинских услуг. Однако в системе по-прежнему имеются существенные избыточные мощности, особенно в стационарном секторе. В последние годы в стране проведен ряд оценок, направленных на получение данных об уровне эффективности новых медицинских технологий, но в целом при разработке политики не используются систематические оценки эффективности, расходов и уровня воздействия существующих медицинских услуг на население. Основная сложность состоит в разрешении проблем, связанных с эффективностью функционирования системы здравоохранения и эффективным распределением ресурсов при сохранении качества медицинской помощи и обеспечения доступа к ней. Повышение клинической эффективности посредством применения лечебно-диагностических методов, основанных на принципах доказательной медицины, способствовали бы достижению обеих поставленных целей.

1. Введение

Республика Беларусь провозгласила независимость от СССР в декабре 1991 года, а в период 1991–1994 годов стала парламентской республикой. Начиная с 1994 года страна является унитарным демократическим государством во главе с президентом, пост которого с тех пор занимает Александр Лукашенко. Благодаря тому, что экономические реформы проводились умеренными темпами, а либерализация цен была лишь частичной, Беларуси удалось избежать тех последствий экономической либерализации, которые были характерны для многих других стран СНГ. В силу того, что экономические преобразования были сравнительно мягкими, уровни безработицы, бедности и неравенства в стране достаточно низки, а колебания показателей смертности не так велики, как в ряде других стран. Вместе с тем глобальный экономический кризис, начавшийся в 2008 году, поставил под угрозу данную стабильность, а ревальвация белорусского рубля в 2011 году привела к резкому росту относительной стоимости импортируемых товаров, включая топливо и ЛС, что как следствие, повлияло на уровень жизни населения.

В Беларуси наблюдается естественная убыль населения, связанная с падением рождаемости и ростом смертности преимущественно от неинфекционных болезней. Показатели материнской и младенческой смертности в последние годы снижаются, а средняя ожидаемая продолжительность жизни женщин на сегодня выше аналогичного показателя в период, предшествующий провозглашению независимости, и в 2009 году составила 76,6 лет. Отмечалось улучшение средней ожидаемой продолжительности жизни мужчин (64,8 года в 2009 году), однако все еще необходимо достижение уровня аналогичных показателей в период, предшествующий провозглашению независимости. Как курение, так и потребление алкоголя остаются основными факторами, влияющими на увеличение разницы показателей ожидаемой продолжительности

жизни среди мужчин и женщин. ТБ и ВИЧ являются серьезными проблемами в области воздействия инфекционных болезней на состояние здоровья населения, а высокий уровень заболеваемости МЛУ-ТБ представляет особую сложность для системы здравоохранения.

1.1 География и социодемография

Республика Беларусь расположена в Восточной Европе. Выхода к морю не имеет. Граничит с Латвией, Литвой, Польшей, Российской Федерацией и Украиной (рис. 1.1). Рельеф в основном равнинный, с большим количеством озер и болот; преобладающая часть территории располагается в низменностях. На севере основную часть территории занимают леса, на юге – обширные пахотные земли. Климат умеренно континентальный; средняя температура января -6°C , средняя температура июля $+18^{\circ}\text{C}$. За год на территории страны выпадает от 550 до 700 мм осадков.

Рис. 1.1

Карта Беларуси



Источник: United Nations, 2004.

Численность населения уменьшилась с 10,2 млн человек в 1990 году до 9,5 млн в 2011 году. Обусловлено это тем, что со времени распада СССР общий коэффициент рождаемости в Беларуси сильно упал – с 13,9 живорожденных на 1000 человек населения в 1990 году до 9,3 в 2005 году. Несмотря на то, что в 2011 году данный показатель значительно вырос и составил 11,5 живорожденных на 1000 человек населения, общий коэффициент фертильности повысился только до 1,5 родов на одну женщину (таблица 1.1). Относительно низкий общий коэффициент рождаемости в сочетании с высокой смертностью, которые не были компенсированы за счет миграции, привели к тому, что население Беларуси быстро стареет; особенно это характерно для сельской местности. В 2011 году 75% населения республики проживало в городах, а средняя плотность населения составила 46,7 человек на км². По данным переписи 2009 года, преобладающую часть населения составляют белорусы (83,7%) и русские (8,3%); в стране проживают также поляки, рома (цыгане), украинцы и представители других национальностей (Национальный статистический комитет Республики Беларусь, 2012). Большая часть населения исповедует православие, на втором месте – католики, но есть также протестанты, мусульмане и иудеи. Официальными языками являются белорусский и русский. Белорусский широко используется в сельской местности, но в правительстве рабочим языком является русский; он же является и основным языком делового общения.

Таблица 1.1

Демографические показатели, выборочные годы

	1990	1995	2000	2005	2009	2010	2011
Общая численность населения, млн человек	10,2	10,2	10,0	9,7	9,5	9,5	9,5
% женского населения	53,1	53,0	53,1	53,3	53,5	53,5	53,5
% населения в возрасте 0–14 лет	23,1	21,7	18,7	15,7	15,0	15,0	15,1
% населения в возрасте 65 и старше лет	10,6	12,5	13,4	14,4	13,7	13,6	13,5
Ежегодный прирост населения, %	0,2	-0,3	-0,3	-0,7	-0,2	-0,2	-0,2
Плотность населения (кол-во человек на км ²)	50,2	50,3	49,3	47,6	46,9	46,8	46,7
Общий коэффициент фертильности (число родов на одну женщину)	1,9	1,4	1,3	1,2	1,4	1,4	1,5
Общий коэффициент рождаемости (число живорожденных на 1000 человек населения)	13,9	9,8	9,4	9,3	11,4	11,4	11,5
Общий коэффициент смертности (на 1000 человек населения)	10,7	13,0	13,5	14,5	14,1	14,5	14,3
Коэффициент демографической нагрузки (% лиц в трудоспособном возрасте)	50,9	52,0	47,5	43,0	40,2	40,0	40,0
% городского населения	66,0	67,9	70,0	72,4	74,2	74,6	75,0
% грамотного населения (число лиц в возрасте от 15 лет и старше)	–	–	–	–	99,6	–	–

Во время Второй мировой войны вся территория Беларуси была оккупирована нацистской Германией, в результате чего республика потеряла примерно четверть своего населения и 80% объектов инфраструктуры. На территории Беларуси проживали довольно крупные еврейские общины, которые были практически полностью истреблены во время холокоста. После огромных разрушений, нанесенных войной, наступил период интенсивного восстановления хозяйства: быстрая индустриализация и значительный экономический подъем. Начиная с 1950-х годов Беларусь становится одним из главных промышленных регионов СССР, а основными отраслями экономики – производство тракторов, грузовых машин, нефтепереработка, машиностроение, производство синтетических волокон, телевизоров, а также высокотехнологичные отрасли – производство сверхпроводников и микрочипов, которое было частью советского военно-промышленного комплекса (Ioffe, 2004). Важнейшим сектором экономики страны всегда было сельское хозяйство, которому был нанесен сокрушительный урон аварией, произошедшей 26 апреля 1986 года на Чернобыльской АЭС в близлежащей Украине: более 70% радиоактивного загрязнения пришлось на территорию южной Беларуси, в результате чего пострадала значительная часть пахотных земель, а многие небольшие города и деревни стали непригодными для жилья.

1.2 Экономика

Белорусская промышленность была полностью интегрирована в советскую экономику, поэтому для обрабатывающих отраслей распад СССР поначалу имел катастрофические последствия. Это привело к повышению цен на энергоносители и разрушению цепочки поставок за пределы республики; произошел распад торговых отношений и резкое падение производства. Поэтому после обретения независимости ВВП республики очень сильно упал; в условиях либерализации цен наступил период гиперинфляции. Однако варианты полномасштабной «шоковой терапии» и массовой приватизации в Беларуси не рассматривались, поскольку этот подход, ввиду сопряженных с ним социальных трудностей, не нашел достаточной поддержки со стороны населения (Ioffe, 2004).

Благодаря этому население Беларуси оказалось защищено от полномасштабных последствий экономических реформ, так как либерализация цен и приватизация были введены государством лишь частично; экономические реформы проводились эволюционными

методами, а их темпы были весьма умеренными (Richardson et al., 2008). Официально Беларусь является страной с социально ориентированной рыночной экономикой; в республике сохранились многие черты советской командно-административной системы, но централизованное планирование носит ограниченный характер (Nutti, 2005). Государственная политика нацелена на поддержку отечественных производителей во всех сферах экономики (включая табачную и алкогольную индустрии). В белорусском обществе было в некоторой степени отмечено сокращение социального неравенства, о чем свидетельствует снижение коэффициента Джини с 30,4 в 2000 году до 26,5 в 2011 году (таблица 1.2). Относительного социального равенства в Беларуси удалось добиться благодаря поддержанию невысокого разброса уровней заработных плат, ценовых субсидий и значительному объему социальных трансфертов. Однако существующие на сегодня экономические условия ставят под угрозу устойчивость данного подхода (Kruk, 2013).

Таблица 1.2

Макроэкономические показатели, выборочные годы

	1990	1995	2000	2005	2009	2010	2011
ВВП в текущих ценах, млн долл. США	17 370	13 973	12 737	30 210	49 210	55 212	55 132
ВВП по ППС, млн межд. долл.	47 347	34 824	51 569	83 492	121 201	131 456	141 507
ВВП на душу населения, в текущих ценах, долл. США	1 705	1 371	1 273	3 126	5 176	5 818	5 820
ВВП на душу населения по ППС в текущих ценах, межд. долл.	4 647	3 416	5 154	8 640	12 749	13 852	14 938
Годовой рост ВВП, %		-10,4	5,8	9,4	0,2	7,7	5,3
Положительное сальдо/дефицит, % ВВП		-2,7	0,1	0,2	0,2	-1,5	1,9
Налоговые поступления, % ВВП		19,9	16,6	20,1	19,3	16,9	16,3
Государственный долг, % ВВП		16,9	15,0	6,6	19,2	19,6	44,2
Добавленная стоимость в промышленности, % ВВП	47,1	37,0	39,2	41,8	42,3	42,9	44,4
Добавленная стоимость в сельском хозяйстве, % ВВП	23,5	17,5	14,2	9,8	9,4	9,1	9,9
Добавленная стоимость в сфере услуг, % ВВП	29,4	45,6	46,7	48,5	48,3	48,0	45,7
Рабочая сила, млн человек	5,3	5,0	4,7	4,6	4,5	4,5	4,5
Доля бедного населения, живущего на уровне национальной черты бедности, % населения			41,9	12,7	5,4		
Коэффициент Джини		28,8	30,4	27,9	27,7	27,7	26,5
Реальная процентная ставка, %		-63,9	-41,2	-6,4	5,6	-1,7	-28,3
Официальный обменный курс (бел. руб. к долл. США, среднее за период)		11,5	876,8	2 153,8	2 793,0	2 978,5	4 974,6

Огромным плюсом для экономики Беларуси были поставки на выгодных условиях энергоносителей из России – до тех пор, пока эти условия в 2006 году не были пересмотрены. Как и в других странах, зависимых от поставок российской энергии, в Беларуси этот фактор оказал серьезное влияние на экономику, а глобальный экономический и финансовый кризис привел к серьезным экономическим трудностям. Макроэкономическая стабильность оказалась принесенной в жертву в целях проведения фискальных мер и политики увеличения денежной массы, что привело к тому, что в 2011 году в Беларуси разгорелся кризис платежного баланса/ валютный кризис, при котором курс белорусского рубля по отношению к долл. США упал на 70%, а инфляция достигла 109% (Всемирный банк, 2012). В 2011 году в стране был зафиксирован исключительно низкий официальный уровень безработицы в 0,7%, но при этом отмечается значительное недоиспользование рабочей силы, а большинство работников вынуждено находиться в отпуске на заниженной заработной плате (или брать его за свой счет) (Slay, Jurgaev & Kachanovich, 2012).

1.3 Политика

Республика Беларусь провозгласила независимость от СССР в декабре 1991 года, а в период 1991–1994 годов стала парламентской республикой. Начиная с 1994 года страна является унитарным демократическим государством во главе с президентом, который обладает очень широкими исполнительными полномочиями – вплоть до того, что разделение исполнительной, законодательной и судебной ветвей власти носит весьма ограниченный характер. На момент составления данного обзора Президентом Республики Беларусь был Александр Лукашенко, который занимает этот пост с 1994 года. Во главе правительства стоит премьер-министр (с декабря 2010 года – Михаил Мясникович) и первый вице-премьер (с декабря 2003 года – Владимир Семашко). Назначения на обе эти должности осуществляет лично Президент Республики Беларусь. Законодательная ветвь власти представлена двухпалатным Парламентом Республики Беларусь (Национальное собрание Республики Беларусь), в состав которого включены верхняя палата (Совет Республики) и нижняя палата (Палата представителей). В Совет Республики входят 64 члена: 56 из них выбираются областными советами, а 8 назначаются Президентом Республики Беларусь. Палата представителей насчитывает 110 депутатов, которые избираются на четырехлетний срок. Судебную власть осуществляют Верховный суд и Конституционный суд. Всех

членов Верховного суда назначает Президент Республики Беларусь; в Конституционном суде половину судей назначает Президент Республики Беларусь, а другую половину – Палата представителей. Основные политические преобразования после обретения независимости были произведены по итогам общенационального референдума, в результате которого в Конституцию Республики Беларусь (1994) были внесены поправки, укрепившие роль исполнительной ветви власти по отношению к законодательной. Так, например, в результате октябрьского референдума 2004 года были сняты ограничения на срок президентских полномочий (ранее Президент Республики Беларусь мог быть избран не более чем на два срока подряд).

Административно Беларусь поделена на шесть областей – Брестскую, Гомельскую, Гродненскую, Могилевскую, Витебскую и Минскую; столица страны – Минск (не входит в состав Минской области) имеет статус самостоятельной административно-территориальной единицы. Каждая область и город делятся на районы, который имеют собственные местные органы власти, играющие важную роль в обеспечении различных услуг для населения, включая ПМСП (раздел 2). Но ни границы полномочий местных органов власти, ни гарантированные им объемы финансирования в законодательном порядке не определены. Поэтому, несмотря на то, что ответственность за предоставление медицинских услуг населению лежит на местных органах власти, их мандат зачастую не подкреплен соответствующими ресурсами и законным правом на формирование доходов местных бюджетов (UNDP, 2005). Строго иерархическая структура исполнительной власти и ее подчиненность непосредственно Президенту Республики Беларусь подрывает механизм подотчетности исполнительных органов власти перед народными избранниками на местах (UNDP, 2005). Все важнейшие законы, имеющие отношение к здравоохранению, чаще всего принимаются путем издания указов и постановлений Президента Республики Беларусь или Минздрава, а основным способом повлиять на процесс принятия решений в области здравоохранения является лоббирование через сотрудников Минздрава (Richardson et al., 2008).

В 1991 году Беларусь стала одним из основателей СНГ, официальная штаб-квартира которого находится в Минске. Членство в СНГ для Беларуси очень важно со многих точек зрения, но в особенности потому, что ее экономика сильно зависит от торговых отношений с другими странами–участницами СНГ. В 1996 году был подписан Союзный договор между Россией и Беларусью, а с 1 января 2010 года страна присоединилась

к Таможенному союзу между Республикой Беларусь, Республикой Казахстан и Российской Федерацией (Таможенный союз). Также поступили предложения по использованию Таможенного союза в качестве основы для создания к 2015 году Евразийского союза. Начиная с июня 2013 года руководство Беларуси демонстрировало меньшую заинтересованность в присоединении к таким международным объединениям и организациям, как ЕС, Совет Европы или Организация Североатлантического договора (НАТО), вступление в которые в значительной степени повлияло на политическое и экономическое положение стран, соседствующих с Беларусью с запада. Всемирная торговая организация (ВТО) предоставила Беларуси статус наблюдателя.

Беларусь подписала Конвенцию ООН о правах ребенка и Международный билль о правах человека. Вместе с тем в Беларуси отсутствует независимый национальный институт по защите прав человека, а в рамках универсального периодического обзора 2010 года по Беларуси, подготовленного Советом ООН по правам человека, была отмечена обеспокоенность тем фактом, что в стране по-прежнему применяется смертная казнь и произвольное задержание (Организация Объединенных Наций, 2010). Наблюдатели Организации по безопасности и сотрудничеству в Европе (ОБСЕ) отметили, что Беларуси предстоит длительный путь достижения обязательств данных ОБСЕ по приверженности демократическим выборам, о чем стало известно после проведенного представителями мониторинга президентских выборов в декабре 2010 года (OSCE Office for Democratic Institutions and Human Rights, 2011). В 2012 году Беларуси был присвоен рейтинг 31 по Индексу восприятия коррупции («100» по этой шкале означает отсутствие коррупции); в сравнении, Украине был присвоен рейтинг 26, Российской Федерации – 28, Литве – 54, Польше – 58 (Transparency International, 2012).

1.4 Состояние здоровья населения

Система статистического учета в Беларуси носит высокоцентрализованный характер и организована на основе принципов, утвержденных еще в СССР (Grigoriev, 2011). Данные по смертности в Беларуси в целом являются достоверными, особенно в отношении смертности лиц трудоспособного возраста, однако вызывает озабоченность высокая смертность от неизвестных причин (127,5 смертей на 100 000 человек населения в

2009 году, или 11% от общего числа смертей), особенно среди пожилого населения (Grigoriev, 2011; Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013).

По сравнению с другими странами Европейского региона ВОЗ в Беларуси показатель средней ожидаемой продолжительности жизни при рождении относительно низок: для мужчин он составляет 64,8 года, а для женщин – 76,6 лет (по данным за 2009 год; таблица 1.3), при этом колебания показателей смертности, последовавшие за распадом СССР, были не столь значительными, как в соседних странах – Российской Федерации или Украине (Grigoriev et al., 2010). В последние годы было отмечено снижение показателя общей смертности, а по данным за 2009 год основной причиной смертности стали болезни системы кровообращения (преимущественно ишемическая болезнь сердца), на втором месте – злокачественные новообразования (ЗНО), далее – внешние причины, включая несчастные случаи, отравления, травмы, убийства и суицид (таблица 1.4). Вместе с тем наблюдаются существенные гендерные различия: показатель смертности среди мужчин более чем в два раза превышает аналогичный показатель среди женщин, однако три основные причины смертности совпадают у обеих групп. В 2007 году показатель ожидаемой продолжительности жизни, скорректированной на инвалидность (DALE), в Беларуси составил 62 года (для мужчин – 58 лет, для женщин – 66 лет), что выгодно отличается от аналогичного среднего показателя по СНГ (59,6 лет), но значительно ниже такового по ЕС (71,7 года) по данным за 2007 год (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013). Эти данные также свидетельствуют о том, что показатели здоровья белорусских женщин недостаточно высокие, несмотря на то, что они живут на 12 лет дольше мужчин.

Таблица 1.3

Смертность и показатели состояния здоровья населения, выборочные годы

	1990	1995	2000	2005	2009
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, общая (лет)	71,3	68,6	69,0	68,8	70,6
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, мужчины (лет)	66,3	62,9	63,4	62,9	64,8
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, женщины (лет)	75,8	74,4	74,8	75,1	76,6
Смертность (стандартизованный коэффициент смертности), мужчины (на 100 000 мужского населения)	1 490,2	1 844,0	1 828,7	1 914,4	1 728,3
Смертность (стандартизованный коэффициент смертности), женщины (на 100 000 женского населения)	816,3	911,6	903,6	891,7	790,1

Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013.

Таблица 1.4

Смертность по причинам смерти (на 100 000 человек населения), выборочные годы

Основные причины смерти (МКБ-10 ^a)	1990	1995	2000	2005	2009
Инфекционные и паразитарные болезни	7,6	10,1	9,9	15,7	11,5
ТБ	4,7	6,9	7,3	10,5	7,3
СПИД/ВИЧ (по данным национальной системы статистического учета смертности)		0,0	0,0	0,9	2,4
Болезни системы кровообращения	544,8	620,6	658,9	691,2	601,1
Ишемическая болезнь сердца	336,1	395,5	431,6	242,8	415,0
Цереброваскулярные болезни	148,3	166,4	174,2	172,3	143,7
ЗНО	176,6	187,3	180,3	148,0	160,7
ЗНО слепой кишки, прямой кишки и ануса	17,7	19,9	20,1	10,0	10,5
ЗНО гортани, трахеи, бронхов и легких	39,0	43,8	39,5	36,3	32,4
ЗНО молочной железы	10,6	11,4	12,5	11,8	11,0
ЗНО шейки матки	6,0	6,8	5,7	5,9	5,1
Сахарный диабет	6,3	7,7	6,1	4,5	3,1
Психические расстройства и расстройства поведения	2,4	4,2	4,7	7,4	8,6
Болезни органов дыхания	73,3	64,8	62,0	47,5	36,0
Болезни органов пищеварения	22,7	25,9	28,5	41,2	46,8
Транспортные несчастные случаи	27,5	21,7	18,5	19,8	15,3
Суицид и преднамеренное самоповреждение	21,3	32,3	34,2	29,0	25,8

Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013.

Примечание: ^aМеждународная классификация болезней десятого пересмотра.

В 2009 году основными причинами преждевременной смертности (т.е. в возрасте до 65 лет) в Беларуси стали болезни системы кровообращения (191 смерть на 100 000 человек населения), внешние причины, включая травмы и отравления (127 смертей на 100 000 человек населения), и ЗНО (93 смерти на 100 000 человек населения). Во многих случаях смертность от внешних причин была связана с потреблением алкоголя, и, согласно официальным данным за 2007 год, только по причине отравления алкоголем в стране умерли 2416 человек (Жарко, В.И., 2008). Значительная часть смертей от внешних причин приходится на суицид, уровень которого в Беларуси является одним из самых высоких среди стран Европейского региона ВОЗ, при этом к группе наибольшего риска относятся мужчины в возрасте до 65 лет (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013).

Курение по-прежнему представляет серьезную проблему для системы здравоохранения Беларуси, при этом в 2011 году число ежедневных курильщиков среди мужчин составило 50,4%, а среди женщин – 10,2%. В 1998 году число курильщиков среди мужчин достигало 54,9%, однако с 2005 года было отмечено его постепенное снижение, в то время как среди женщин данный показатель постоянно растет по сравнению с зафиксированным в 1995 году низким уровнем в 3,6%. (Европейское

региональное бюро ВОЗ, 2013). Эти данные соответствуют существующим исследованиям, согласно которым международные табачные компании проводят агрессивную политику по продвижению своей продукции среди женщин в регионах постсоветского пространства (Gilmore & McKee, 2004), а также подчеркивают трудности, с которыми сталкиваются государственные учреждения общественного здравоохранения (раздел 5.1). К серьезным проблемам сектора общественного здравоохранения также относится потребление алкоголя, уровень которого согласно данным составил 15,1 литр чистого алкоголя на человека в год (WHO, 2011).

Несмотря на то, что неинфекционные болезни несут наибольшее бремя болезней и смертности среди населения, ВИЧ и ТБ также представляют значительную угрозу для сектора общественного здравоохранения. В Беларуси наблюдается концентрированная эпидемия ВИЧ, получившая преимущественное распространение среди потребителей инъекционных наркотиков и их интимных партнеров. Начиная с 2005 года в стране продолжилась реализация комплексной стратегии ДОТС (программа лечения туберкулеза под непосредственным наблюдением (краткий курс)), а с 2008 года в Беларуси проводятся программы Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, направленные на улучшение мер в рамках ДОТС и повышение контроля над МЛУ-ТБ. Однако унаследованное от советской системы отношение к нестандартизованным методикам лечения привело к тому, что в Беларуси зафиксирован самый высокий¹ показатель заболеваемости МЛУ-ТБ и ШЛУ-ТБ (туберкулез с широкой лекарственной устойчивостью) (Skrahina et al., 2013). Таким образом, Беларусь (наравне с большинством регионов постсоветского пространства) получила статус страны высокого приоритета по ТБ, который является основной причиной смертности от инфекционных болезней в Беларуси (таблица 1.4).

В отношении здоровья матери и ребенка в Беларуси удалось достигнуть значительных улучшений (таблица 1.5). В 1997 году показатель материнской смертности достиг своего наивысшего уровня в 25,2 смертей на 100 000 живорожденных, а в 1995 году был зафиксирован самый высокий показатель младенческой смертности в 13,5 смертей на 1000 живорожденных. Согласно оценкам ВОЗ, показатель младенческой смертности в Беларуси в 2009 году составил 11 на 1000 живорожденных, что выгодно отличается от аналогичных средних показателей по СНГ (24,1 на 1000 живорожденных в 2009 году), но все еще значительно выше

1 Среди стран, в которых проводились надзорные исследования по методике ВОЗ (прим. авт.).

таковых по ЕС (3,9 на 1000 живорожденных в 2009 году) (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013). Оценочные данные ВОЗ демонстрируют аналогичные тенденции к сокращению показателей, как и официальные сведения национальной статистики, но с более высокими цифрами смертности, что объясняется тем, что на сегодня в Беларуси при расчетах не в полной мере используют определение живорождения, принятое ВОЗ (Grigoriev, 2011).

Таблица 1.5

Показатели здоровья матерей, детей и подростков, выборочные годы

	1990	1995	2000	2005	2009
Показатель подростковой беременности (на 1000 женщин в возрасте 15–19 лет)			27,6	22,9	21,5
Число аборт, на 1000 живорожденных	1 791,7	804,8	1 301,0	716,0	329,2
Перинатальная смертность, на 1000 живорожденных		12,2	7,4	4,9	3,7
Неонатальная смертность, на 1000 живорожденных			4,7	3,1	
Постнеонатальная смертность, на 1000 живорожденных			4,6	3,8	
Младенческая смертность, на 1000 живорожденных	12,1	13,5	9,3	6,3	4,7
Младенческая смертность, на 1000 живорожденных (оценочные данные; Доклад о состоянии здравоохранения в мире)	20,0		15,0		11,0
Детская смертность в возрасте до 5 лет, на 1000 живорожденных	17,2	16,8	13,7	9,3	6,6
Материнская смертность, на 100 000 живорожденных	21,8	13,8	24,6	15,5	0,9
Заболееваемость сифилисом, на 100 000 человек населения	2,7	150,6	105,2	32,7	22,5
Заболееваемость гонококковой инфекцией, на 100 000 человек населения	100,1	166,4	98,8	62,8	56,6

Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013.

2. Организационная структура и управление

В основе системы здравоохранения Беларуси лежат принципы, унаследованной от СССР системы Семашко. Несмотря на значительные изменения, произошедшие в системе здравоохранения после обретения независимости, ее руководящим принципом по-прежнему остается обеспечение общедоступности бесплатного медицинского обслуживания по месту жительства/пребывания силами преимущественно государственных медицинских учреждений, иерархично организованных по территориальному принципу. Отличительной чертой политики в области здравоохранения стало проведение поэтапных изменений, а не радикальных реформ. Минздрав несет полную ответственность за функционирование системы здравоохранения, при этом финансирование сектора ПМСП и специализированной помощи передано в ведение органов регионального уровня. Медицинские учреждения, оказывающие высокоспециализированные услуги, финансируются непосредственно из бюджета Минздрава. В системе имеется крайне незначительное число частных поставщиков медицинских услуг и несколько НПО, участвующих в оказании помощи.

Общий подход к планированию инфраструктуры и капитальных вложений по-прежнему основывается на нормативных показателях (как это было в системе Семашко), хотя в секторе ПМСП с переходом к системе взвешенного подушевого финансирования произошли и некоторые изменения в планировании инфраструктуры: в последние годы в основу были положены демографические потребности населения. Планирование строится на принципе соблюдения государственных минимальных социальных стандартов, утвержденных правительством в качестве главного механизма реализации конституционных прав граждан в области социальной защиты, включая право на получение бесплатной медицинской помощи. Функции планирования и управления в значительной степени интегрированы между собой, так как в конечном

итоге обе они относятся к ведению Минздрава. Поставщики медицинских услуг осуществляют свою деятельность под контролем областных управлений здравоохранения и местных органов власти; по сути своей система является иерархической.

Процессы разработки политики и установления приоритетов в области здравоохранения носят централизованный характер, и ключевая роль в них принадлежит Минздраву. Районные и областные органы власти проводят политику в жизнь и действуют сообразно установленным на национальном уровне приоритетам и с учетом местных бюджетных ограничений. Однако в стране отсутствуют официальные каналы, с помощью которых к процессу разработки политики и установления приоритетов можно было бы подключить различные заинтересованные стороны. Отдельные медицинские учреждения не обладают сколь-нибудь значимыми полномочиями по принятию решений относительно основных фондов, укомплектованности кадрами, уровня оплаты труда работников, а также видов оказываемых услуг. Решения, касающиеся основных фондов и укомплектованности кадрами, принимаются областными или районными управлениями здравоохранения, уровни оплаты труда устанавливаются централизованно, а виды оказываемых услуг определяются в соответствии с нормами и стандартами, которые издаются соответствующими подразделениями Минздрава.

Минздрав играет ключевую роль в сфере регулирования на всех уровнях системы здравоохранения, однако важнейшими участниками этого процесса также являются районные и областные органы власти, поскольку на своем уровне они несут ответственность за финансирование системы здравоохранения. Регулирование обеспечивается не путем установления договорных отношений и лицензирования, а посредством применения весьма детализированных процедур бухгалтерской отчетности и введения соответствующих норм и стандартов. К примеру, в стране нет ни центрального регистра, ни официальной процедуры лицензирования медицинских работников. Медицинские карты регулярно проверяются на предмет соблюдения протоколов диагностики и лечения, а также для того, чтобы удостовериться, что врачи заполняют карты больных достаточно подробно. В случае возникновения у пациентов осложнений, к врачам, не следовавшим стандартам медицинской помощи и клиническим протоколам, могут применяться серьезные правовые и штрафные санкции.

2.1 Обзор системы здравоохранения

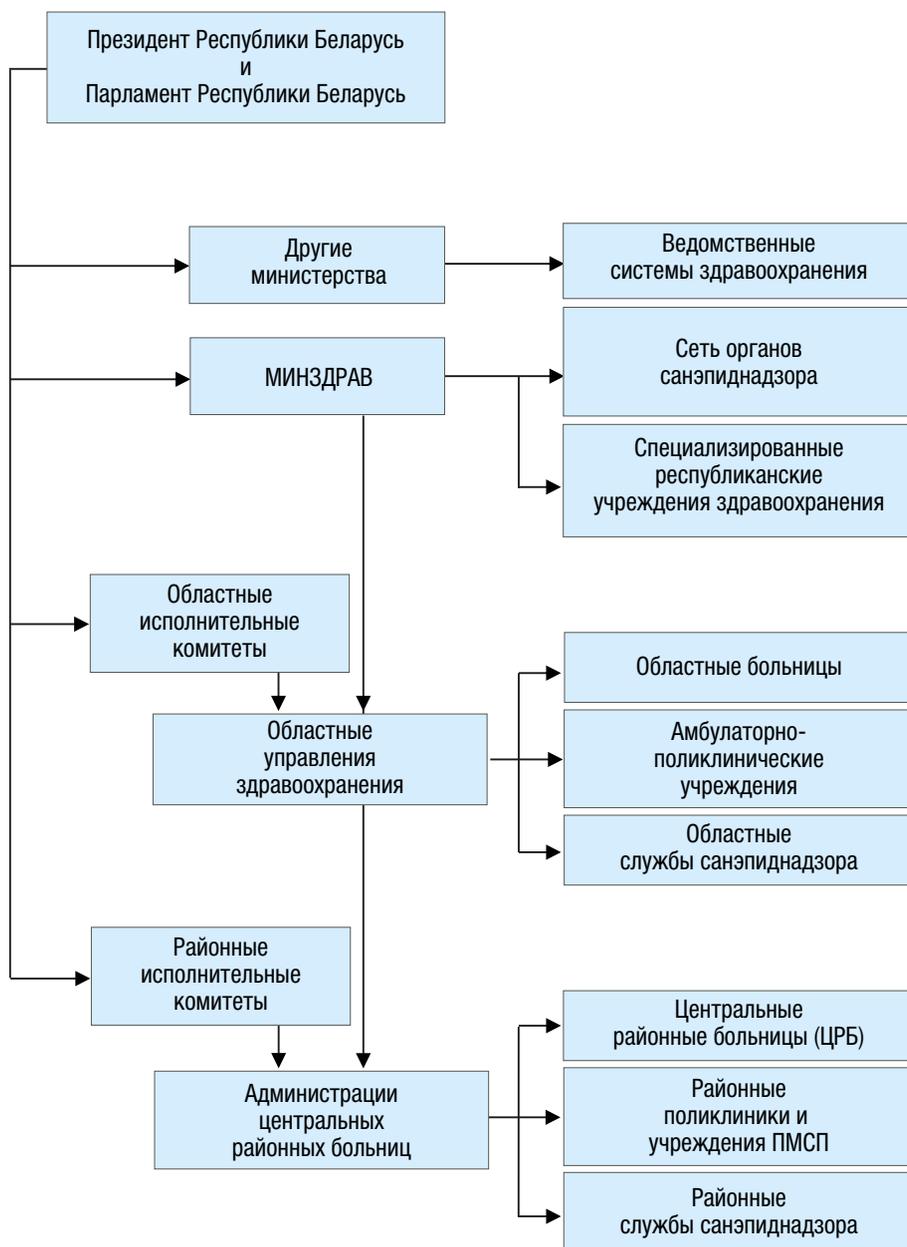
В белорусской системе здравоохранения административные отношения носят иерархический характер и построены по территориальному принципу, поэтому избирательное заключение договоров с поставщиками медицинских услуг не является ее характерной чертой (рис. 2.1). Организация и финансирование услуг сектора ПМСП и специализированной помощи производятся на местном уровне (областном и районном), при этом правительство, руководствуясь текущими национальными приоритетами, централизованно устанавливает минимальные стандарты (раздел 2.4), исходя из имеющихся в данный отрезок времени возможностей правительства и Минздрава, и в случае необходимости последние могут быть пересмотрены. Таким образом, оперативное управление и финансирование системы здравоохранения производится на местном уровне, а ее основными участниками являются районные и областные органы власти и областные управления здравоохранения. Однако в силу иерархического характера административной структуры и в рамках системы нормативных правовых актов основные управленческие полномочия принадлежат центральному правительству – а именно Минздраву, Парламенту Республики Беларусь и Президенту Республики Беларусь.

2.2 Историческая справка

До Октябрьской революции 1917 года охват населения медицинским обслуживанием через систему земств был довольно широким, но именно с введением системы Семашко были заложены те принципы, которые и сейчас находятся в основе системы здравоохранения Беларуси. Руководящий принцип советской модели Семашко состоял в обеспечении всеобщего доступа населения к бесплатному медицинскому обслуживанию по месту жительства/пребывания. Финансирование здравоохранения производилось за счет бюджетных средств, система планирования ресурсов и персонала была жестко централизованной и основывалась на строгой иерархии учреждений районного, областного, республиканского и общесоюзного уровня. Все медицинские работники были наемными государственными служащими; частная практика была существенно ограничена. Во главе угла стояло стационарное лечение, поэтому сектор ПМСП был развит очень слабо. Государство постоянно стремилось увеличивать численность медицинских кадров и учреждений;

Рис. 2.1

Организационная схема белорусской системы здравоохранения, 2013 г.



→ иерархические отношения

создавалась широкая сеть ведомственных учреждений здравоохранения, которые организовывались при крупных промышленных предприятиях и некоторых отраслевых министерствах (например, при Министерстве транспорта и коммуникаций, Министерстве внутренних дел и т.п.), а также для обслуживания партийной элиты КПСС. Благодаря широкому охвату и всеобщему доступу населения к бесплатной медицинской помощи модель Семашко обеспечивала реализацию принципа социальной справедливости в здравоохранении, несмотря на имевшие место межрегиональные качественные различия в предоставлении медицинской помощи и наличие основной и ведомственных систем здравоохранения. Однако эта система была экономически неэффективной и ресурсоемкой, в особенности потому, что она опиралась, главным образом на стационарную помощь. Кроме того, несмотря на то, что модель Семашко показала свою эффективность в области контроля над инфекционными болезнями, когда эпидемиологическая картина изменилась и основное бремя стало приходиться уже на неинфекционные болезни, система оказалась недостаточно гибкой, а сектор ПМСП и система профилактики – слишком слабыми для того, чтобы обеспечить надлежащий контроль над неинфекционными болезнями, которые преобладали в эпидемиологической картине в конце советской эпохи (Figueras, McKee & Lessof, 2004).

После обретения независимости в 1991 году радикальных реформ системы здравоохранения в Беларуси не проводилось, поэтому здравоохранение республики до сих пор сохраняет многие из ключевых особенностей системы Семашко и, соответственно, испытывает те же самые проблемы, которые были ей присущи в прошлом. В стране проводятся поэтапные преобразования с использованием пилотных проектов, направленных на выявление приемлемости различных подходов в финансировании и организации услуг здравоохранения. В ряде случаев те элементы пилотных проектов, которые правительство и Минздрав считают успешными или полезными, получают распространение в общенациональном масштабе. Считается, что не радикальные реформы, а именно поэтапные преобразования являются подходом, позволяющим сохранить систему оказания медицинской помощи и всеобщую доступность к ней, тогда как в ряде стран СНГ, взявших курс на более глубокие социально-экономические реформы, оказалось невозможным это обеспечить. Поэтапные преобразования, в отличие от радикальных реформ, соответствуют также и более широкой концепции социально-экономической политики в целом, принятой в Беларуси в постсоветскую эпоху.

После 1991 года основные организационные реформы здравоохранения были направлены на борьбу с ключевыми недостатками системы Семашко. Были предприняты меры по укреплению сектора ПМСП и преодолению различий в обеспеченности медицинской помощью городского и сельского населения; эти меры включали внедрение врачей общей практики в сельской местности. Однако на практике сектор стационарной помощи по-прежнему доминирует, а его деятельность нуждается в оптимизации, которая позволила бы высвободить ресурсы, необходимые для развития сектора ПМСП и системы общественного здравоохранения. В сельской местности некоторые избыточные мощности стационаров были перепрофилированы в койки для оказания долговременной медико-социальной помощи, что позволило в большей степени удовлетворить потребность в такой помощи, так как в советское время услуг долговременной помощи сильно не хватало. Вместе с тем это привело к размыванию границ между системами здравоохранения и социального обеспечения (раздел 5.8). Кроме того, были в значительной степени децентрализованы функции по финансированию и управлению системой здравоохранения (раздел 2.4), а в целях повышения эффективности распределения ресурсов на районном уровне был введен механизм взвешенного подушевого финансирования.

2.3 Организационная структура

В Беларуси здравоохранение является государственной системой, и Минздрав несет полную ответственность за ее функционирование, несмотря на то, что финансирование секторов ПМСП и специализированной помощи передано в ведение органов областного уровня. Услуги третичной медицинской помощи (высокоспециализированные учреждения) финансируются непосредственно из бюджета Минздрава. Взаимоотношения между различными уровнями внутри системы здравоохранения носят иерархический характер, и большинство политических решений принимается централизованно (рис. 2.1). В системе есть несколько частных поставщиков услуг, и, за исключением ряда НПО, большинство организаций здравоохранения является государственными. Далее приводится описание ключевых участников системы здравоохранения, которые занимаются финансированием, планированием, управлением, регулированием и предоставлением услуг, с указанием их ролей и основных функций.

Президент Республики Беларусь и Парламент Республики Беларусь
Центральное правительство совместно с Минздравом принимает решения о перспективах развития здравоохранения и определяет программу реформ. Президент Республики Беларусь и Парламент Республики Беларусь утверждают бюджет, отвечающий их видению стратегии развития здравоохранения.

Министерство здравоохранения (Минздрав)

Минздрав является ключевой организацией белорусской системы здравоохранения. Различные управления и отделы Минздрава занимаются вопросами планирования всех материальных и кадровых ресурсов, принимают решения о финансировании отрасли и осуществляют управление системой здравоохранения. Структура управления является иерархической: администрации центральных районных больниц подчиняются соответствующим областным управлениям здравоохранения, которые в свою очередь подотчетны непосредственно Минздраву и местным органам исполнительной власти, но вся власть сосредоточена в Минске, где и принимается большинство решений в области планирования.

Министерство финансов

Министерство финансов, совместно с Минздравом, Президентом Республики Беларусь и Парламентом Республики Беларусь принимает участие в определении объема бюджетных ассигнований на здравоохранение. Кроме того, Министерство финансов также отслеживает процесс расходования Минздравом бюджетных средств, а Минздрав обязан регулярно предоставлять в Министерство финансов свою бухгалтерскую отчетность.

Областные управления здравоохранения

Областные управления здравоохранения являются важными звеньями в организации здравоохранения страны, поскольку им официально принадлежат все государственные больницы, а также все поликлиники, амбулатории и ФАПы, расположенные на территории подведомственной им области. Областные управления здравоохранения учреждаются и контролируются областным исполнительным комитетом (облисполкомом) в соответствии с приказом губернатора области, с официального одобрения Минздрава. Областные управления здравоохранения подчиняются Минздраву, но обладают определенной самостоятельностью в вопросах, касающихся организации медицинских услуг и, в некоторой степени, их финансирования из средств областных бюджетов. На уровне районов

администрация центральной районной больницы взаимодействует с районным исполнительным комитетом (райисполкомом), который является местным органом исполнительной власти.

Профессиональные ассоциации

В республике действует ряд профессиональных ассоциаций, организованных в целях продвижения интересов различных групп медицинских работников. Например, Белорусская ассоциация врачей является организацией республиканского уровня, тесно сотрудничающей с Белорусской медицинской академией последипломного образования (БелМАПО) в области поддержки последипломного медицинского образования. Начиная с 1994 года эта ассоциация выпускает ежеквартальный журнал «Медицина». Кроме того, в стране действует Белорусская ассоциация врачей общей практики, Белорусская стоматологическая ассоциация, Белорусское национальное общество кардиологов и другие профессиональные объединения медицинских работников разных специальностей. Однако финансирование данных организаций ограничено, а число членов относительно невелико. В противоположность этому, 96% медицинских работников состоят в Белорусском профсоюзе работников здравоохранения, в результате чего он представляет собой один из самых крупных и наиболее влиятельных профсоюзов республики.

Неправительственные организации (НПО)

В Беларуси работает небольшое число НПО, занимающихся вопросами здравоохранения. Большинство из них оказывают поддержку лицам, пострадавшим в результате аварии на Чернобыльской АЭС 1986 года. Эти организации тесно сотрудничают с международными НПО.

Международные организации

В Беларуси международные организации не оказывают такого серьезного влияния на формирование системы здравоохранения, как в других регионах постсоветского пространства. Но, несмотря на это, такие учреждения системы ООН, как ВОЗ, Программа развития Организации Объединенных Наций (ПРООН), Фонд ООН по народонаселению (ЮНФПА) и Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ), весьма активно сотрудничают с государственными структурами в рамках реализации отдельных проектов в сфере здравоохранения, в частности по контролю и профилактике ТБ, а также по охране здоровья матери и ребенка. Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией также проводит в Беларуси активную деятельность, направленную на финансирование проектов по борьбе с ТБ и МЛУ-ТБ и по профилактике и лечению ВИЧ/СПИДа.

Ключевым участником процесса разработки политики в сфере здравоохранения является Минздрав при поддержке Президента Республики Беларусь и Правительства Республики Беларусь¹. На этом же уровне происходит формирование повестки дня. Определенным влиянием пользуются международные организации, в частности Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, ВОЗ и Всемирный банк; кроме того, ряд важных вопросов в области здравоохранения поднимается в СМИ, но, как правило, все основные вопросы политики здравоохранения решаются централизованно. Поскольку финансирование здравоохранения производится за счет бюджетов, то ответственность за сбор финансовых ресурсов на здравоохранение несет Министерство финансов; целевых налогов и иных специальных отчислений на финансирование здравоохранения в Беларуси нет. В решении вопроса о деле бюджетных расходов, ассигнуемых на нужды здравоохранения, Министерство финансов обладает меньшим влиянием, чем Президент Республики Беларусь и Парламент Республики Беларусь. Когда принимается решение о бюджете на следующий год, Минздрав и Министерство финансов согласовывают свои позиции по бюджету, после чего представляют свои предложения в правительство. Планирование и предоставление услуг здравоохранения относится к ведению Минздрава, в котором имеется управление, осуществляющее оценку результатов проводимой политики в области здравоохранения на основе соответствующих критериев. Однако отчеты этого подразделения предназначены только для внутреннего пользования, и потому доступ к ним получить трудно. В этой связи источниками большей части информации о реализации политики в области здравоохранения и о показателях деятельности системы здравоохранения являются отчеты, составленные международными партнерами, участвующими в реализации соответствующих пилотных проектов.

2.4 Децентрализация и централизация

В Беларуси принята иерархическая структура управления, а власть сосредоточена на республиканском уровне. После обретения независимости в системе здравоохранения произошла некоторая деконцентрация полномочий с их передачей с республиканского на областной и районный уровни. Например, теперь за организацию ПМСП и специализированной помощи населению на соответствующей территории отвечают областные

¹ Прим. авт.

и районные управления здравоохранения, и, соответственно, районные и областные органы власти. Национальные программы и минимальные стандарты устанавливаются на общенациональном уровне, и местные органы власти имеют право только расширять их с учетом собственных приоритетов. Финансирование сектора ПМСП и специализированной помощи всегда осуществлялось через бюджеты местных органов власти, но после обретения независимости система местного финансирования услуг здравоохранения была укреплена, что привело к возникновению некоторого неравенства между более экономически благополучными городскими регионами, которые располагают хорошей производственной базой, и бедными сельскими регионами. Для разрешения данной ситуации был пересмотрен механизм распределения финансовых ресурсов, с тем чтобы лучше учитывать региональные различия (раздел 3.3). В стране нет опыта делегирования регулирующих полномочий негосударственным органам. На момент составления данного обзора в республике не планировалось каким-либо образом менять существующий баланс и проводить курс на дальнейшую децентрализацию полномочий в системе здравоохранения. Кроме того, для реализации дальнейшей децентрализации полномочий (если бы таковая была признана целесообразной) потребовалось бы серьезное укрепление административного и финансового потенциала на местах.

2.5 Планирование

Распределение финансовых ресурсов, направляемых в систему здравоохранения, основано на нормативных правовых актах, регулирующих (нормативные) объемы потребления медицинской помощи, а также учитывающих протекающие в стране медико-демографические процессы. Таким образом, основным нормативным правовым актом является закон «О государственных минимальных социальных стандартах»², введение которого ставило своей целью создание механизма реализации конституционных прав граждан в области социальной защиты, а также повышение уровня жизни населения и поддержание социального развития. Государственными минимальными социальными стандартами в области здравоохранения являются следующие семь стандартов:

- нормативы бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение на одного жителя;

² Закон Республики Беларусь от 11 ноября 1999 года № 322-3.

- число врачей ПМСП на одного жителя;
- число стационарных коек на одного жителя;
- число государственных аптек на одного жителя;
- число бригад скорой помощи на одного жителя;
- число машин скорой помощи на одного жителя;
- санитарные нормы и нормативы материально-технического обеспечения в государственных учреждениях здравоохранения.

В большинстве своем данные государственные минимальные социальные стандарты в области здравоохранения служат для достижения минимальных нормативов бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение на одного жителя. Это является основой для территориальных программ государственных гарантий по обеспечению граждан бесплатным медицинским обслуживанием, которые включают территориальные нормативы достижения установленного объема медицинской помощи и нормы обеспечения их финансирования на основе плановых показателей. Территориальные программы также содержат права и обязанности местных органов власти по их достижению.

Общий подход к планированию инфраструктуры и капитальных вложений по-прежнему основывается на нормативных показателях, хотя в секторе ПМСП с переходом к системе взвешенного подушевого финансирования произошли и некоторые изменения в планировании инфраструктуры: в последние годы в основу были положены демографические потребности населения. Управление планирования и экономики здравоохранения является подразделением Минздрава, выполняющим функции государственного агентства по планированию ресурсов в сфере здравоохранения. В этом управлении два департамента: один из них занимается вопросами планирования и бюджетного финансирования организаций здравоохранения, а другой – установлением нормативных показателей и уровней заработной платы медицинских работников. Этот департамент определяет стандарты объемов медицинской помощи, которые должны быть оказаны населению, а также всевозможные нормы и стандарты в области обеспечения кадрами, ЛС, питанием, форменной одеждой и т.д. Эти нормы и стандарты применяются на всей территории страны. Функции планирования и управления в значительной степени интегрированы между собой, так как в конечном итоге обе они относятся к ведению Минздрава. Поставщики медицинских услуг осуществляют свою деятельность под контролем областных

управлений здравоохранения и местных органов власти; по сути своей система является иерархической.

Процессы разработки политики и установления приоритетов в области здравоохранения носят централизованный характер, и ключевая роль в них принадлежит Минздраву. Районные и областные органы власти проводят политику в жизнь и действуют сообразно установленным на национальном уровне приоритетам и с учетом местных бюджетных ограничений. Районные и областные органы власти могут установить больший объем финансирования или добиваться того, чтобы на подведомственной им территории применялись иные приоритеты в области здравоохранения. При этом они могут действовать как через Минздрав, так и через своих выбранных в правительство представителей, однако официальные каналы, с помощью которых к процессу разработки политики и установлению приоритетов можно было бы подключить различные заинтересованные стороны, в Беларуси отсутствуют (раздел 2.6).

2.6 Межсекторальный подход

К вопросам здравоохранения пока не выработан системный подход со стороны других министерств, а проведение оценки воздействия на здоровье населения пока еще не является обязательной процедурой для разработки различных проектов за рамками системы здравоохранения. Однако процесс разработки политики в области здравоохранения предусматривает, по меньшей мере, консультации с широким рядом различных заинтересованных сторон по программам в области здравоохранения (раздел 2.5). Минздрав несет ответственность за координацию проводимой им в области здравоохранения работы с другими министерствами и агентствами, включая инициативы по поддержанию медицинского образования и т.д.

2.7 Управление информационными системами

2.7.1 Информационные системы

Сектор методологии и медицинской статистики Минздрава разрабатывает специальные формы отчетности, которые служат основой системы отчетности и впоследствии должны использоваться повсеместно во всех учреждениях здравоохранения и в ведомственных системах, включая

учреждения республиканского уровня. Врачи обязаны заполнять эти формы и в установленный срок возвращать их. Полученные данные объединяются на уровне медицинского учреждения, после чего передаются в органы регионального уровня, откуда они поступают на республиканский уровень. В целях контроля качества медицинской помощи и обеспечения безопасности пациентов проводится проверка правильности предоставляемой в этих формах отчетности. Этим занимается Сектор методологии и медицинской статистики³, который является одним из подразделений Минздрава. Но в Беларуси отчетность ведется по направлениям деятельности и потому носит разрозненный характер: каждая медицинская специализация имеет собственную систему отчетности, и между собой эти системы практически не согласованы. Для оценки показателей работы системы здравоохранения на субнациональных уровнях используются эпидемиологические и демографические показатели. Для оценки реализации различных государственных программ и соблюдения государственных минимальных социальных стандартов в области здравоохранения на региональном уровне также собирают определенные статистические данные о состоянии здоровья населения и об объемах оказываемых услуг.

Национальный статистический комитет Республики Беларусь в целом несет ответственность за сбор, обработку и распространение информации о населении Беларуси. В 2002 году страной была принята Международная классификация болезней десятого пересмотра (МКБ-10), а используемое в СССР определение «живорождения» не применяется в республике с 1993 года. Принятое в Беларуси определение «живорождения» употребляется с января 1994 года и в целом соответствует критериям ВОЗ, однако все еще имеются дополнительные требования, касающиеся характера течения беременности, веса и роста плода при рождении (Grigoriev, 2011). Отчетностью, касающейся инфекционных болезней, занимаются органы санэпиднадзора.

На республиканском уровне системы здравоохранения существует ряд информационных систем, используемых в целях мониторинга состояния здоровья отдельных категорий граждан и поддержания стратегического принятия решений в секторе здравоохранения. Имеется несколько централизованных регистров, которые являются частью отдельных проектов статистического мониторинга, например, регистр онкологических больных, регистр заболеваемости гриппом, регистр заболеваемости

³ Прим. авт.

диабетом, государственный регистр пациентов, живущих в зоне радиоактивного загрязнения в результате аварии на Чернобыльской АЭС, и некоторые другие. В стране также имеются «автоматизированные информационные системы» (АИС) для различных областей сектора здравоохранения, например, АИС «Молодой специалист», АИС «Регистр цен на платные услуги в системе здравоохранения Республики Беларусь» и т.д.

Медицинские учреждения и Минздрав проводят плановые опросы пациентов и медицинских работников с тем, чтобы оценить качество и доступность оказываемых медицинских услуг, однако результаты данных исследований предназначены преимущественно для внутреннего пользования и не подлежат опубликованию.

Для дальнейшего совершенствования системы планирования и регулирования⁴ необходимо укрепление информационного обеспечения как организаций здравоохранения, так и системы в целом. Особенно актуальным этот вопрос будет в случае, если в финансировании здравоохранения Беларусь отойдет от планирования в зависимости от имеющихся мощностей (раздел 3.7.1). В целях содействия развитию доказательной медицины в Беларуси необходимо также получение более надежных и детализированных эпидемиологических данных.

2.7.2 Оценка медицинских технологий

Начиная с 2011 года Республиканский научно-практический центр медицинских технологий (РНПЦ МТ) проводит деятельность по оценке медицинских технологий, включая анализ экономической эффективности ЛС. Однако в стране отсутствует специализированное агентство, которое занималось бы проведением систематических оценок экономической эффективности, расходов и конечных результатов применения медицинских технологий с тем, чтобы использовать полученные данные в качестве основы для выработки политики здравоохранения.

2.8 Регулирование

Минздрав играет ключевую роль в сфере регулирования на всех уровнях системы здравоохранения – республиканском, областном и районном (через территориальные органы управления здравоохранения);

⁴ В том числе оптимизации решений при обследовании, диагностике заболеваний, стандартизации и унификации медицинских услуг, наиболее эффективного использования финансовых ресурсов (*прим. авт.*).

кроме того, важнейшими участниками этого процесса также являются районные и областные органы власти, поскольку на своем уровне они несут ответственность за финансирование системы здравоохранения. Наиболее четко регулируются вопросы оказания платных медицинских услуг населению. Например, цены на услуги частнопрактикующих специалистов и на дополнительные услуги, оказываемые в государственных учреждениях здравоохранения на платной основе, являются фиксированными. Регулирование обеспечивается не путем установления договорных отношений и лицензирования, а посредством применения весьма детализированных процедур бухгалтерской отчетности и введения соответствующих норм и стандартов.

2.8.1 Регулирование и управление плательщиками третьей стороны

В Беларуси сохраняются механизмы регулирования и управления, присущие системе Семашко, с интегрированием функций заказчика (покупателя) и поставщика (раздел 3.3.4). Органы власти различных уровней отвечают за закупки услуг здравоохранения для населения, проживающего в соответствующей зоне обслуживания, в зависимости от уровня оказания медицинской помощи: большинство услуг высокоспециализированных учреждений финансируется непосредственно из республиканского бюджета, а районные и областные органы власти отвечают за финансирование расходов на ПМСП и специализированную помощь, оказываемую в учреждениях государственной системы здравоохранения на подведомственной территории. Соответствующие отраслевые министерства и крупные предприятия отвечают за закупки услуг в своих ведомственных учреждениях здравоохранения.

В государственной системе здравоохранения и покупатели, и поставщики медицинских услуг относятся к государственному сектору. Право собственности на учреждения здравоохранения принадлежит органам исполнительной власти соответствующего уровня, которые отвечают за покрытие расходов, но вопрос о праве собственности в Беларуси не столь важен, потому что приватизация служб и учреждений здравоохранения не стоит на повестке дня реформ, и очень маловероятно, чтобы в обозримом будущем ситуация изменилась. Механизмы руководства и управления для районных и областных управлений здравоохранения определяются Минздравом в соответствии с утвержденными правительством нормативными правовыми актами. Начиная с 2001 года финансирование всех учреждений здравоохранения в

Беларуси производится с учетом установленного минимального норматива бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение на одного жителя, зависящего от численности населения соответствующего района или области. Такой подход обеспечивает заинтересованность районных и областных управлений здравоохранения в сокращении неэффективно используемых больничных коек. Однако в формуле вычисления нормативов бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение на одного жителя пока не учитываются поправки на риск для тех районов, где, например, выше доля населения пожилого возраста.

Нормативы, касающиеся минимального объема медицинской помощи, оказываемой населению, определяются централизованно, но местные органы власти, если финансовые возможности региона позволяют, могут этот объем увеличивать. Таким образом, с учетом местных приоритетов могут также приниматься и решения о каких-то закупках, но на практике из-за нехватки ресурсов это зачастую невозможно. Принятие решений с учетом потребностей местного населения было бы желательным с точки зрения обеспечения большей гибкости системы здравоохранения, но это затруднило бы ход реформ и переориентацию системы здравоохранения на преимущественное развитие ПМСП. На местном уровне главными заинтересованными сторонами являются руководители центральных районных больниц, которые могут весьма эффективно лоббировать интересы своих учреждений в вышестоящих органах, добиваясь выделения необходимого финансирования. Как именно можно привлечь к ответственности местные органы власти за их решения в области закупок медицинских услуг, не ясно. Утвержденные Минздравом нормативы, касающиеся оказываемого населению объема медицинской помощи, теперь не являются обязательными; механизмы контроля качества все еще развиты слабо, а бюджетные ограничения, по существу, остаются «гибкими». Поэтому в том, что касается уровня расходов, покупателей услуг здравоохранения практически невозможно привлечь к ответственности.

2.8.2 Регулирование деятельности производителей медицинских услуг

На уровне ПМСП государственной системы здравоохранения основными поставщиками услуг являются поликлиники, амбулатории и ФАПы, а на уровне специализированной и высокоспециализированной помощи – больничные учреждения. Все они относятся к государственному сектору, и управление их деятельностью производится по иерархическому

принципу в рамках интегрированной «командно-административной» системы. Отдельные больницы, поликлиники, амбулатории и ФАПы не обладают сколь-нибудь значимыми полномочиями по принятию решений относительно основных фондов, укомплектованности кадрами, уровня оплаты труда работников, а также видов оказываемых услуг. Решения, касающиеся основных фондов и укомплектованности кадрами, принимаются областными или районными управлениями здравоохранения, уровни оплаты труда устанавливаются централизованно, а виды оказываемых услуг определяются в соответствии с нормами и стандартами, которые издаются соответствующими подразделениями Минздрава.

Однако с 2001 года все учреждения здравоохранения (как государственные, так и частные) обязаны проходить официальную процедуру лицензирования в Комиссии по лицензированию медицинской практики при Минздраве. Предполагалось, что введение лицензирования в государственном секторе будет способствовать повышению качества работы медицинских учреждений и более справедливому распределению ресурсов между районами и областями.

Вопросы профессиональной этики и качества медицинской помощи регулируются Минздравом, который проводит регулярные проверки медицинских карт пациентов, чтобы удостовериться в соблюдении соответствующих протоколов лечения. Кроме того, принята довольно громоздкая система отчетности⁵, которую врачи обязаны предоставлять в отношении целого ряда клинических методов и результатов лечения. Протоколы разрабатываются в соответствии с ежегодными планами Минздрава по пересмотру клинических руководств и протоколов. Всеми вопросами, связанными с их утверждением и пересмотром, занимается Консультативный совет Минздрава по клиническим протоколам. Все протоколы диагностики и лечения, действовавшие в советское время, были пересмотрены, однако даже после этого они не всегда соответствуют тем образцам или передовым методам, которые приняты в странах Западной Европы. Вместо создания стимулов по привлечению медицинских работников к участию в программах контроля качества медицинских услуг, к врачам, не следовавшим стандартам медицинской помощи и клиническим протоколам, могут применяться серьезные правовые и штрафные санкции.

На уровне учреждения также действует аналогичная система отчетности и проверок, в том числе органами санэпиднадзора, которые выступают

⁵ Система оценки качества (прим. авт.).

в качестве государственной инспекции по охране общественного здоровья и контролируют соблюдение целого ряда санитарно-гигиенических норм. Если в каком-либо учреждении санитарно-гигиенические стандарты не соблюдены, то санитарно-эпидемиологическая служба имеет право закрыть данное медицинское учреждение до тех пор, пока все установленные требования не будут выполнены. Соответствующий руководитель (заместитель главного врача учреждения по лечебной работе или старшая медицинская сестра) отвечает за соблюдение санитарно-эпидемиологического режима учреждения и применение санкций к персоналу за его нарушение.

Если из-за несоблюдения протоколов диагностики или лечения была создана угроза безопасности пациента, то виновный в этом работник здравоохранения может быть понижен в должности или уволен, но поскольку в Беларуси врачи не получают лицензию на ведение медицинской деятельности, то их невозможно лишить этого права (раздел 2.8.3). В стране отсутствуют специальные механизмы сбора и анализа информации о врачебных ошибках помимо сведений, относящихся к практике штрафных санкций. Некоторые категории летальных исходов автоматически влекут проведение расследования; к ним относятся, в частности, смерть от сердечного приступа в течение первого часа после появления симптомов, смерть от аппендицита, от пневмонии, а также смерть матери или младенца. Если у пациентов возникают какие-либо осложнения, то и общество, и руководители организаций здравоохранения все еще склонны винить в этом конкретных лиц. В этой связи медицинские работники крайне неохотно сообщают о допущенных врачебных ошибках, поскольку опасаются выговоров и дисциплинарных взысканий. Из-за этого большое количество врачебных ошибок так и остается не выявленным, а возможность поделиться информацией теряется. Справиться с этой проблемой помогло бы внедрение честной и открытой, «необвинительной» культуры профессиональных отношений, в рамках которой персонал мог бы сообщать о возникающих инцидентах, не опасаясь негативных последствий для себя.

2.8.3 Регистрация медицинских работников и планирование кадровых ресурсов

В Беларуси пока нет ни центрального регистра, ни специальной процедуры лицензирования дипломированных практикующих работников здравоохранения. Однако при приеме на работу специалист должен предъявить ряд документов, подтверждающих его медицинскую

квалификацию и специализацию, включая курсы повышения квалификации (организованные при БелМАПО и Витебском государственном медицинском университете), в результате прохождения которых врачи могут получить прибавку к зарплате⁶ (раздел 4.2.3).

Планирование кадровых ресурсов здравоохранения по-прежнему производится в соответствии с установленными нормативами, при этом в целях соблюдения этих нормативов используется механизм перераспределения медицинских кадров (например, молодые специалисты – выпускники медицинских учебных заведений – обязаны отработать два года по распределению в учреждениях ПМСП). Однако в менее популярных отраслях медицины вопрос укомплектованности кадрами по-прежнему остается серьезной проблемой, а объем сектора стационарной помощи таков, что ограничений по количеству новых специалистов, которые могут получать работу в учреждениях специализированной и высокоспециализированной помощи, практически нет. В 2011 году потребность системы здравоохранения во врачах составила 4424 единицы; в целях заполнения вакантных позиций на прохождение обязательной медицинской практики (по распределению) было направлено 2067 выпускников, из которых 136 человек получили направление в сельские районы, а 267 человек – в районы, пострадавшие в результате аварии на Чернобыльской АЭС, где укомплектованность кадрами представляет серьезную проблему (раздел 4.2.3). Потребность системы здравоохранения в среднем медицинском персонале составила 5342 единицы; из числа выпускников (3025) обязательную медицинскую практику по распределению проходило 2590 человек, что позволило на 60% сократить нехватку медицинских сестер в учреждениях здравоохранения. Сейчас рассматриваются разные подходы к планированию здравоохранения, но, по всей вероятности, в обозримом будущем преобладающим останется планирование на основе нормативных показателей.

2.8.4 Регулирование и управление лекарственными средствами

В Беларуси Минздрав и подведомственные ему учреждения несут ответственность за регулирование и управление ЛС, обеспечивая соблюдение установленных стандартов эффективности, качества и безопасности реализуемых ЛС. В октябре 2011 года Минздравом

⁶ И повысить свою квалификационную категорию (*прим. авт.*).

был создан регулирующий орган – Управление фармацевтической инспекции и организации лекарственного обеспечения (раздел 6.1). Вопросы патентных прав находятся в ведении самих производителей, которые по мере необходимости могут обращаться за их защитой в судебные инстанции. На территории страны функционируют 10 местных испытательных лабораторий контроля качества, которые являются частью государственной торговой сети (раздел 5.6). В ведении 7 лабораторий находятся ЛС; три лаборатории (все расположенные в Минске) обеспечивают контроль качества биологически активных препаратов (вакцин, препаратов крови, и т.д.). На сегодня в Беларуси можно редко обнаружить поддельные ЛС, поскольку оптовая закупка ЛС находится под очень четким контролем со стороны государства: закупка ЛС осуществляется непосредственно у заводов или официальных дистрибьюторов. Продажа ЛС в сети Интернет запрещена.

Процесс регистрации нового ЛС занимает 5 лет. Экспертиза в данном случае проводится Центром экспертиз и испытаний в здравоохранении, которое является государственным учреждением, подведомственным Минздраву, а также несет ответственность за лицензирование, регистрацию и регулирование фармацевтической продукции. В стране установлены республиканские нормы, регламентирующие процедуру регистрации ЛС; однако в связи с организацией Таможенного союза (Республика Беларусь, Республика Казахстан и Российская Федерация) в этих странах разрабатывалась общая процедура регистрации ЛС к 2013 году, что способствовало распространению требований о соблюдении «Правил производства и контроля качества лекарственных средств» (GMP) (раздел 5.6).

Как государственные, так и частные аптеки должны иметь лицензию, а также распространять полный спектр ЛС, зарегистрированных в Беларуси. Однако только государственные аптеки реализуют ЛС, оплата которых частично или полностью компенсируются правительством. Полной компенсации со стороны государства подлежат ЛС для порядка 95 заболеваний, включая ВИЧ, ТБ, астму, а также инсулин для пациентов с диабетом и т.д. Перечень основных лекарственных средств охватывает данные заболевания, а также в целом соответствует рекомендуемому Примерному перечню ВОЗ основных лекарственных средств, однако утвержденный в Беларуси перечень шире, поскольку включает ЛС, применяемые при лечении ЗНО, и ЛС в период восстановления после трансплантации. При стационарном лечении ЛС предоставляются бесплатно. Порядка 90% всех расходов на ЛС для амбулаторного

лечения других заболеваний несет государство, осуществляя льготное обеспечение соответствующих категорий граждан (лиц с ограниченными возможностями (инвалидов) и т.д.). Однако пенсионеры перестали относиться к льготным категориям ввиду принятия мер по сокращению расходов, вызванных последствиями глобального финансового кризиса. В определенный период дети в возрасте до 3 лет и отдельные категории инвалидов также были лишены прав на льготы, но с апреля 2012 года (в соответствии с президентским указом) данные права были восстановлены. Отдельным категориям граждан (ветераны войны, граждане, принимавшие участие в ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС и др.) государство компенсирует 100% расходов на ЛС для амбулаторного лечения. В 2011 году средний годовой показатель личных платежей граждан на ЛС составил 70 долл. США на душу населения. Расходы на ЛС для амбулаторного лечения составляют в Беларуси большую часть личных платежей граждан на услуги здравоохранения, при этом в уровнях потребления на душу населения наблюдаются значительные региональные различия: жители городов тратят на ЛС почти в 10 раз больше, чем лица, проживающие в сельских районах.

Минздрав централизованно импортирует и закупает ЛС для лечения социально значимых заболеваний с тем, чтобы снизить расходы как в рамках бюджета, так и для самих пациентов. Заказы на ЛС для государственных аптек делают областные органы власти через государственную торговую сеть. Потребительские цены на ЛС устанавливаются центральным правительством. Минздрав ставит своей целью снизить расходы посредством использования препаратов-дженериков, проведения тендеров на закупки и осуществления поставок ЛС в розничную торговлю по фактической себестоимости. Система сдерживания расходов путем введения соответствующих ограничений и протоколов, касающихся выписки рецептов на ЛС на уровне ПМСП, пока реализована не в полном объеме. Продвижение использования препаратов-дженериков осложнялось по нескольким причинам: по мнению пациентов, патентованные ЛС обладают более высоким качеством; врачи-практиканты зачастую знали названия патентованных ЛС, а не препаратов-дженериков, таким образом, автоматически предписывая пациентам патентованные ЛС вместо препаратов-дженериков. Кроме того, аптекам также выгодно распространять более дорогие патентованные ЛС, а не препараты-дженерики. В стране отмечен слабый контроль над продажей таких безрецептурных ЛС, как антибиотики и антигипертензивные препараты, однако с июня 2012 года были возобновлены усилия по

ограничению свободного доступа к данным ЛС посредством перевода их в категорию рецептурных. В целях поддержания этой инициативы врачи ПМСП теперь имеют право предписывать данные ЛС пациентам с хроническими заболеваниями на срок более одного месяца (раздел 5.3).

2.8.5 Регулирование медицинских приборов и аппаратов

Планирование закупок основного медицинского оборудования осуществляют главные врачи районов исходя из текущих потребностей и возможностей местных бюджетов. Все финансируемые из районных бюджетов закупки оборудования на сумму, превышающую 10 000 евро, организуются на конкурсной основе путем проведения тендера. Во всех районах есть централизованная система бухгалтерского учета и отчетности о закупках медицинского оборудования для всех районных организаций здравоохранения (включая центральные районные больницы, районные поликлиники, службы скорой помощи и учреждения ПМСП – такие как амбулатории и ФАПы). Заявки от всех районных медицинских учреждений на поставку медицинских расходных материалов и медицинского оборудования регистрируются и утверждаются главным врачом района в зависимости от текущих приоритетов. После получения оборудования сведения об этом заносятся в центральную систему бухгалтерского учета и отчетности, где ведется контроль над наличием медицинского оборудования, приборов и аппаратов и ежегодно производится их «инвентаризация». Как правило, учреждения ПМСП имеют более низкий приоритет, чем учреждения специализированной стационарной и высокоспециализированной помощи. Медицинское оборудование не всегда имеется в достаточном количестве и не всегда надлежащего качества, несмотря на то, что за счет новых инвестиций в учреждения ПМСП в сельских районах удалось сократить долю устаревшего оборудования, используемого в амбулаториях, ФАПах, поликлиниках и центральных районных больницах. На уровне ПМСП нередко бывает дефицит поставок медицинского оборудования и медицинских расходных материалов, а парк санитарного транспорта нуждается в обновлении.

2.8.6 Регулирование капитальных вложений

Контроль над капитальными вложениями осуществляет Минздрав, а также областные или районные органы власти в зависимости от уровня оказания медицинской помощи. Контроль распространяется только на государственный сектор. По состоянию на июнь 2013 года частных или негосударственных стационарных учреждений в Беларуси не было.

В целях контроля осуществления капитальных вложений используются определенные механизмы совершенствования системы регионального распределения ресурсов. К таким механизмам относится прежде всего «гарантированный социальный норматив бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение на одного жителя для каждого района и области», который используется с 2001 года (раздел 3.7). До его введения соответствующий уровень финансирования определялся исходя из имеющихся мощностей (например, объема коечного фонда больниц). Второй механизм заключается в планировании и реализации приоритетных государственных программ в области здравоохранения. В рамках данных программ на районные органы власти возлагается ответственность за достижение определенных целевых показателей по капитальным вложениям в сфере здравоохранения. Эти государственные программы направлены на реализацию стратегий совершенствования оказания медицинской помощи. Последней из приоритетных задач было наращивание потенциала в области охраны материнства и детства, кардиохирургии и ортопедии (эндопротезирование).

При осуществлении капитальных вложений приоритет отдается секторам стационарной и специализированной помощи, но при этом внимание уделяется также и модернизации учреждений ПМСП, особенно в рамках мероприятий «Государственной программы возрождения и развития села», направленной на реконструкцию и переоснащение сельских учреждений ПМСП на всей территории страны. Вместе с тем такие виды медицинской помощи, как медико-социальная, долговременная, паллиативная и психиатрическая, все еще испытывают недостаток финансирования и занимают не первые строки в списке государственных приоритетов.

2.9 Права пациентов

2.9.1 Информация, предоставляемая пациентам

В Беларуси информирование населения о доступности и эффективности услуг здравоохранения и здоровом образе жизни считается основной задачей, стоящей перед белорусскими управлениями здравоохранения всех уровней. В настоящее время растет понимание того факта, что наличие информации о различных вариантах лечения и стратегиях самопомощи позволяет пациентам использовать услуги здравоохранения

более действенно и эффективно. Достижение максимально возможного уровня здоровья было объявлено в Беларуси национальным приоритетом, а отдельные меры были сформулированы в разработанной Минздравом «Концепции реализации государственной политики формирования здорового образа жизни населения Республики Беларусь на период до 2020 года», в которой вопросам информирования населения об услугах здравоохранения было уделено особое внимание. В действительности задача распространения информации, предоставляемой пациентам, лежит на подведомственных Минздраву организациях, преимущественно службам санэпиднадзора различных уровней и учреждениям здравоохранения местного уровня. В Беларуси пациенты могут получить самую разную информацию, в том числе в печатном виде (специализированные журналы, газеты, колонки в популярных изданиях, книги, брошюры, проспекты и т.п.) и в СМИ (специальные телевизионные передачи и радиопрограммы).

По мере роста числа интернет-пользователей в Беларуси Интернет стал весьма популярным источником информации по вопросам здоровья. И хотя большинство сайтов, посвященных вопросам здравоохранения, являются негосударственными, есть также ряд официальных медицинских порталов, в том числе сайты Минздрава и подведомственных ему учреждений, где можно найти информацию об организационной структуре, функциях, возможностях, пунктах обращений граждан и приемных часах государственных учреждений здравоохранения. Однако на этих сайтах нет информации о показателях качества работы больниц и учреждений ПМСП, о квалификации работающих там врачей общей практики или специалистов, а также о том, к кому можно обратиться за независимой дополнительной консультацией («второе мнение») по вопросам здоровья.

На уровне ПМСП и специализированной помощи каждое учреждение здравоохранения обязано иметь справочную службу предоставления медицинской информации (лично или по телефону) о наличии медицинских услуг, их стоимости (если они дополняют существующий широкий спектр бесплатных медицинских услуг), часах работы и контактной информации администрации. Вместе с тем невозможно получить какую-либо информацию о качестве оказываемых медицинских услуг, уровне отделений и медицинских работников по качеству проводимой ими работы, отчетности о врачебных ошибках или побочных эффектах, поскольку сбор и систематизация подобного рода данных не ведется.

Кроме того, на уровне ПМСП врачи обязаны регулярно выступать перед населением с лекциями по вопросам охраны здоровья, после чего представлять в районное управление здравоохранения отчет о своей деятельности в области санитарного просвещения (раздел 5.1). Такая практика действует еще с советских времен, однако всесторонней оценки ее влияния на поведение людей в отношении своего здоровья не предпринималось. В целом в Беларуси не проводилось исследований, имеющих под собой серьезную методологическую основу и направленных на получение оценочных данных о текущих потребностях населения в обеспечении информацией, установление уровня воздействия данной информации на поведение в отношении здоровья или понимания населением тех льгот, которые положены им в рамках действующей системы здравоохранения. По состоянию на июнь 2013 года в Беларуси практически не было данных о качестве предлагаемой населению медицинской информации, а также о том, насколько предоставление такого рода информации в действительности соответствует нуждам и потребностям пациентов.

2.9.2 Право пациента на выбор врача и медицинского учреждения

Поскольку в Беларуси всем гражданам предоставляется всеобщий доступ к бесплатной медицинской помощи, выбор поставщика услуг ПМСП определяется местом жительства пациента (как правило, пациенты должны пользоваться услугами ближайшего медицинского учреждения). Стационарная помощь населению организована по административно-территориальному принципу (за исключением экстренной госпитализации по системе скорой помощи). В сложившейся ситуации у специализированных учреждений отсутствует стремление вступать в конкурентные отношения по привлечению пациентов. В теории пациенты имеют право на выбор врача или отделения медицинского учреждения, однако в реальности реализовать данное право довольно трудно, преимущественно из-за отсутствия достоверной информации и четких критериев выбора. Кроме того, для реализации данного права пациенту обычно требуется разрешение главного врача, что также создает значительный барьер в процессе осуществления выбора пациентом.

Без направления пациенты могут обратиться за медицинской помощью не по месту жительства, если оплатят эти услуги за собственный счет в специализированных коммерческих отделениях государственных медицинских учреждений или в частных медико-диагностических

центрах, которые расположены главным образом в областных центрах. Выбор пациента более ограничен только в сельской местности; именно там врачи ПМСП действительно реализуют на практике механизм контроля доступа пациентов к специализированной помощи, но это вопрос лишь географической доступности, поскольку в сельской местности медицинских учреждений, находящихся в пределах досягаемости, меньше.

2.9.3 Описание прав пациентов

Нормативно-правовая основа признания, защиты и продвижения прав пациентов в Беларуси содержится в Конституции Республики Беларусь (1994), согласно которой «Гражданам Республики Беларусь гарантируется право на охрану здоровья, включая бесплатное лечение в государственных учреждениях здравоохранения. Государство создает условия доступного для всех граждан медицинского обслуживания». В рамках Конституции Республики Беларусь (1994) также гарантированы: защита достоинства человека, защита человеческой жизни, обеспечение физической и психической неприкосновенности личности без всякой дискриминации, что подчеркивает признание основных общечеловеческих ценностей, лежащих в основе нормативно-правовой базы здравоохранения. В соответствии с данными конституционными положениями в Беларуси соблюдение прав пациентов является неотъемлемой частью законодательства национальной системы здравоохранения (Фоменко, А.Г., 2006).

Права пациентов наиболее полно изложены в основном нормативном правовом акте – законе «О здравоохранении»⁷, включая право на получение медицинской помощи в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим и противоэпидемическим требованиям; на выбор лечащего врача и организации здравоохранения; на уважительное и гуманное отношение со стороны медицинских работников и на защиту личного достоинства; на получение информации о состоянии собственного здоровья; на информированное согласие; на самоопределение, конфиденциальность и неприкосновенность частной жизни; на участие в выборе методов оказания медицинской помощи; на облегчение боли; и на предоставление условий для отправления религиозных обрядов. В рамках вышеуказанного закона также признаны права отдельных категорий пациентов, в том числе пациентов с ограниченными возможностями в отношении участия в выборе методов оказания медицинской помощи, а также лиц, страдающих психическими расстройствами, детей и лиц,

⁷ Закон Республики Беларусь от 20 июня 2008 года № 363-З.

принимающих участие в клинических испытаниях. Вопросы защиты прав пациентов оговорены также в ряде законов – «О трансплантации органов и тканей человека»⁸, «О лекарственных средствах»⁹, «О донорстве крови и ее компонентов»¹⁰ – равно как и в различных нормативных правовых актах, утвержденных Минздравом.

В целом действующее в Беларуси законодательство почти полностью соответствует нормам международного права и рекомендациям по защите прав пациентов. Вместе с тем более полный обзор национального законодательства свидетельствует о том, что в Беларуси такое понятие, как права пациентов, существует скорее на уровне декларативной концепции, а на повседневную практику реального влияния почти не оказывает (Фоменко, А.Г., 2006). Главной проблемой в области осуществления этих прав является отсутствие действующих механизмов по их реализации. Например, право на получение информации трудно осуществить в силу того, что у врачей слишком мало времени для проведения консультаций, а также из-за их всеобщего нежелания предоставлять пациентам подробную информацию о состоянии здоровья ввиду того, что они все равно не смогут ее понять из-за отсутствия медицинской грамотности. В национальном законодательстве не предусмотрено право пациента на получение доступа к своей медицинской карте, внесение в нее изменений и получение дубликата; у пациентов есть право только на то, чтобы при выписки из стационара получить выписку из истории болезни, где указаны диагноз и краткое описание полученного лечения.

В стране был предпринято несколько попыток по разработке отдельного закона о защите прав пациентов с тем, чтобы четко и ясно изложить все основные аспекты прав пациентов и разъяснить способы их действенной реализации в условиях белорусской системы здравоохранения. Вместе с тем в последнее время Минздрав заявил об отсутствии интереса в дальнейшем улучшении законодательства, касающегося защиты прав пациентов, ссылаясь на то, что в рамках действующей нормативно-правовой базы защита прав пациентов представлена весьма широко.

Согласно последнему исследованию об уровне информированности населения о правах пациентов, стало известно, что в Беларуси население очень мало знает о своих правах в качестве пациента. Так, более половины респондентов никогда не слышали о праве на выбор лечащего врача

⁸ Закон Республики Беларусь от 9 января 2007 года № 207-З.

⁹ Закон Республики Беларусь от 20 июля 2006 года № 161-З.

¹⁰ Закон Республики Беларусь от 30 ноября 2010 года № 197-З.

и организации здравоохранения (51,2%) или о праве на участие в выборе методов оказания медицинской помощи (58,6%), что свидетельствует о том, что в стране существует потребность поставить вопрос защиты прав пациентов на повестку дня политики в области здравоохранения (Шухатович, В.Р., 2010). Как показывают результаты одного из исследований, в стране права пациентов и права медицинских работников защищены неодинаково, и особенно это касается сектора ПМСП. Так, один из опросов, проведенных среди врачей, показал, что 49% респондентов считают, что права пациентов защищены достаточно хорошо, 38% – что они защищены недостаточно, и 10% – не защищены вообще; в том же опросе всего 4% врачей указали, что их права защищены достаточно хорошо, 47,9% – защищены недостаточно, и 46,2% – не защищены вообще (Антипова, С.И., Горячева, Е.В., Суворова, И.В., 2004).

2.9.4 Процедуры обжалования

В Беларуси в рамках законодательства в области здравоохранения не определены ни право пациента на процедуру обжалования в случае, если он не удовлетворен качеством медицинской помощи, ни сама процедура обжалования. В нормативных правовых актах, разработанных Минздравом и касающихся регулирования вопросов управления и администрирования учреждений здравоохранения, утверждается, что любого рода конфликт между пациентом и медицинским работником подлежит разрешению согласно общим нормам национального законодательства. В соответствии с данным утверждением процедура обжалования со стороны пациента представлена в законе «Об обращении граждан и юридических лиц»¹¹, в рамках которого граждане имеют право подать жалобу в отношении административных органов и получить ответ в письменной форме или в другом виде за утвержденный регламентом срок. В белорусской системе здравоохранения все еще не существует посреднических механизмов урегулирования конфликтов между пациентами и медицинскими работниками на базовом уровне. Кроме того, пациенты не могут обратиться за независимой помощью к защитникам прав пациентов или в организацию по защите прав человека только потому, что таковые в Беларуси отсутствуют.

На практике большинство пациентов сначала подают жалобы в администрацию той больницы или поликлиники, где им были оказаны услуги. Администрация обязана рассмотреть жалобу и уведомить

¹¹ Закон Республики Беларусь от 18 июля 2011 года № 300-3.

пациента о необходимости дополнительного расследования в письменной форме в течение 15 дней со дня получения жалобы или в течение одного календарного месяца, если таковая необходимость есть. Если пациент не удовлетворен результатами, он может подать жалобу в областное управление здравоохранения или Минздрав. Если же пациент все-таки не удовлетворен качеством медицинской помощи, то он может подать гражданский иск.

Положения о деликтной ответственности, предусмотренные Гражданским кодексом Республики Беларусь (1998), используются в тех случаях, когда можно установить причинно-следственную связь между оказываемым лечением и материальным или нематериальным ущербом, причиненным пациенту. В рамках данной процедуры пациент обязан представить доказательства вины медицинских работников. В Беларуси пациенты несут значительное бремя представления доказательств, ввиду того что они не имеют доступа к своим медицинским картам и не могут запросить их копию, а выступают в качестве истцов и в этом случае обязаны брать на себя все финансовые расходы, связанные с судебным процессом. В соответствии с белорусским законодательством персонал государственных учреждений здравоохранения обычно не несет юридической ответственности за причиненный пациентам ущерб, так как администрация учреждения, выступая в качестве работодателя, ответственна за ущерб, причиненный в результате врачебной ошибки или халатности медицинских работников. Если произошла врачебная ошибка, создающая угрозу безопасности пациента, то виновный в этом работник здравоохранения может быть понижен в должности или уволен, но поскольку в стране отсутствует лицензирование медицинской деятельности врачей, то их невозможно лишить этого права. Кроме того, можно также требовать возмещения по суду путем уголовного преследования: в Уголовном кодексе Республики Беларусь (1999) предусмотрена ответственность работников здравоохранения за халатное отношение к своим обязанностям, если эта халатность непосредственно повлекла смерть пациента или явилась причиной нанесения серьезного вреда его здоровью. Число жалоб на халатное отношение медицинских работников к своим обязанностям существенно возросло и каждый год увеличивается на 15–20% (Фоменко, А.Г., 2007).

Существует также процедура обжалования в неофициальном порядке. Для этого специально организована «горячая линия» Минздрава; позвонив по указанному телефону, можно пожаловаться на качество предоставленных услуг непосредственно в Минздрав. Жалобы пациентов

в отношении качества и безопасности оказываемых медицинских услуг иногда освещаются в СМИ. Однако врачи крайне неохотно обсуждают неудачи и сообщают о допущенных врачебных ошибках, поскольку опасаются выговоров и дисциплинарных взысканий. Системы сбора и анализа информации о врачебных ошибках, которые имеют место в учреждениях системы здравоохранения, не существует. Поэтому распространение информации о врачебных ошибках происходит крайне редко, то есть извлечь уроки на будущее, чтобы впредь не повторять допущенных ошибок, практически невозможно (Фоменко, А.Г., 2007).

2.9.5 Участие населения в деятельности системы здравоохранения

Каких-либо организаций потребителей медицинских услуг в Беларуси пока нет. Действует несколько групп самопомощи пациентов, страдающих определенными заболеваниями; зачастую эти группы действуют в сотрудничестве с работниками здравоохранения, стремясь повысить информированность соответствующих кругов о потребностях тех лиц, интересы которых они представляют. В стране отсутствует независимая организация, занимающаяся вопросами защиты и продвижения прав пациентов на районном, областном и республиканском уровнях. В соответствии с белорусским законодательством учреждения здравоохранения имеют право создавать специализированные отделы по защите интересов пациентов и их прав, а также благосостояния во время их нахождения в учреждениях здравоохранения или в случае их участия в клинических исследованиях. Вместе с тем данные специализированные отделы (в сущности, больничные комитеты или комитеты по этике научных исследований) обычно находятся в подчинении управляющих организаций, а их членами являются сотрудники этих организаций, что ставит под сомнение возможность таких специализированных отделов обеспечить независимость, плюрализм и равное представительство, и таким образом, в полной мере выполнить возложенную на них миссию (Famenka, 2011).

В Беларуси участие населения в разработке политики в области здравоохранения весьма ограничено. Официально граждане обладают правом на участие в общественных обсуждениях по проводимой политике, однако о том, насколько к выдвигаемым гражданами предложениям в действительности прислушиваются ответственные лица, формулирующие и проводящие законопроекты, судить сложно ввиду отсутствия прозрачности в процессе формирования политики.

История принятия закона «О предупреждении распространения заболеваний, представляющих опасность для здоровья населения, вируса иммунодефицита человека»¹², например, свидетельствует о том, что при формулировании политики и ее дальнейшей реализации мнение большинства населения учтено не было. Данный законопроект был выдвинут Минздравом, однако его содержание было весьма противоречивым. Наиболее острым стало обсуждение вопроса обязательного тестирования на ВИЧ, положение о котором, по мнению многочисленных НПО и активистов гражданского общества, было сформулировано слишком широко и, по всей вероятности, в случае внедрения, могло поставить под угрозу защиту основных прав человека. Обеспокоенность по этому поводу также выразили действующие на территории Беларуси специализированные учреждения ООН, что получило отражение и в СМИ. Вместе с тем в результате проведенной общественной кампании повлиять на окончательный вариант законопроекта не удалось, и он был утвержден с учетом незначительных поправок. Данный закон не в полной мере соответствует международным рекомендациям по вмешательствам в области общественного здравоохранения (принудительный медицинский осмотр и принудительное тестирование на ВИЧ; ограничения в трудоустройстве людей, живущих с ВИЧ; принудительная изоляция и лечение пациентов с ВИЧ). Существуют также определенные опасения в эпидемиологическом отношении, поскольку в результате проводимых мер люди могут стараться избегать добровольного тестирования на ВИЧ. По состоянию на июнь 2013 года шло общественное обсуждение ряда поправок к закону «О здравоохранении»¹³, в особенности инициативы Минздрава обязать пациентов, находящихся в состоянии «алкогольной интоксикации», оплачивать оказываемое им лечение или отказывать таким пациентам в лечении. Несмотря на сильную оппозицию со стороны как сообщества экспертов, так и населения, законопроект с данными поправками был представлен в Парламент Республики Беларусь и ожидает дальнейшего утверждения. В случае положительного исхода обновленный закон поставил бы под угрозу соблюдение принципа всеобщего охвата населения медицинской помощью.

С начала 2000–х годов Институт социологии НАН Беларуси проводил общенациональные опросы в целях установления уровня удовлетворенности пациентов оказываемой им медицинской

¹² Закон Республики Беларусь от 7 января 2012 года № 345-3.

¹³ Закон Республики Беларусь от 20 июня 2008 года № 363-3.

помощью. Согласно результатам опроса, проведенного в 2006 году, удовлетворенность оказываемыми медицинскими услугами выказали порядка 20,8% респондентов, проживающих в сельских районах; в большей или меньшей степени были удовлетворены 42,4%; в большей или меньшей степени не удовлетворены – 26%; не удовлетворены – 8,4%; воздержались – 2,4%. Среди респондентов, проживающих в городах, оказываемыми медицинскими услугами были удовлетворены 13%; в большей или меньшей степени были удовлетворены – 36,4%; в большей или меньшей степени не удовлетворены – 34%; не удовлетворены – 14,3%; воздержались – 2,3%. По результатам аналогичного опроса, проведенного в 2008 году, стало известно, что порядка 17,8% респондентов, проживающих в сельских районах, оценили оказываемую им медицинскую помощь как хорошего качества; среднего качества – 50,6%; плохого качества – 22,3%; воздержались – 9,3%. Среди респондентов, проживающих в городах, порядка 12,1% отметили высокое качество оказываемой им медицинской помощи; среднего качества – 50,8%; плохого качества – 23,1%; воздержались – 14%. Ретроспективный анализ результатов данных опросов показал, что со временем уровень удовлетворенности населения оказываемой медицинской помощью вырос, и что наиболее значимо – среди жителей сельских районов (Шухатович, В.Р., 2009).

На областном уровне администрации учреждений здравоохранения обязаны проводить опросы удовлетворенности пациентов ежеквартально и отчитываться по результатам в вышестоящие инстанции. Однако реализация данной инициативы сопряжена с рядом серьезных трудностей: данные опросы, как правило, проводят сотрудники учреждений здравоохранения, а не независимый внешний орган; администрация не заинтересована в том, чтобы отрицательные результаты дошли до вышестоящих инстанций; а в тех случаях, когда в учреждении работает всего один или два врача, это считается дополнительным бюрократическим бременем.

3. Финансирование

В 2011 году общие расходы на здравоохранение составили 5,3% от ВВП, что соответствует доле подушевых расходов на здравоохранение по ППС в размере 793 долл. США. Большая часть расходов приходится на государственный бюджет. По данным ВОЗ, в 2011 году доля государственных расходов на здравоохранение в общих расходах на здравоохранение составила 70,7%; в том же году расходы на здравоохранение составили 13% общего государственного бюджета.

Ни одна из форм ОМС в Беларуси не вводилась, и хотя финансирование системы здравоохранения было децентрализовано до местного уровня, главным источником формирования доходов бюджета по-прежнему остаются предприятия, а не отчисления из фонда заработной платы работников. Это является отличительной чертой белорусской системы здравоохранения и отражает характер экономики страны в целом: поскольку в основном она не приватизирована, то прибыли или доходы местных предприятий проходят через местные бюджеты и объединяются (как нецелевые) на республиканском уровне. Есть еще только один важный источник финансирования здравоохранения – личные платежи граждан, которые в основном поступают в виде официальных соплатежей за ЛС для амбулаторного лечения. ДМС не является значимым элементом белорусской системы здравоохранения, равно как и внешние источники финансирования.

Гражданам предоставлен всеобщий доступ к медицинской помощи, и только в случае расходов на ЛС, стоматологическую и офтальмологическую помощь имеют место соплатежи со стороны населения. Уровень соплатежей централизованно устанавливает Минздрав, при этом определяющим фактором является не стоимость этих услуг, а политическая составляющая вопроса. Большинство населения вынуждено приобретать рецептурные ЛС для амбулаторного лечения за полную стоимость, однако определенные

наименования основных ЛС (например, при лечении диабета, астмы, ТБ, ВИЧ и некоторые другие) предоставляются бесплатно. Отдельным категориям граждан (например, ветеранам) также положены скидки или полное возмещение средств из государственных фондов в случае расходов на ЛС, стоматологическую и офтальмологическую помощь. Неформальные платежи правительством не приветствуются.

Местные органы власти выполняют функцию главного ведомства по сбору финансовых средств, сбору налогов с предприятий и частных лиц, а также других доходов – например, рентного дохода и прибыли от работы государственных предприятий; кроме того, они же являются и главным ведомством, которое занимается объединением средств для финансирования услуг здравоохранения на подведомственной территории. Затем часть доходов местных бюджетов перечисляется в государственный орган управления на национальном уровне, ответственный за формирование республиканского бюджета, из которого Минздрав получает средства. Таким образом, Минздрав является ведомством, которое объединяет финансовые ресурсы на общенациональном уровне, а также выступает в качестве плательщика третьей стороны за услуги высокоспециализированной помощи и вертикальные программы, проводимые в интересах всего населения страны. Общая структура распределения бюджетных средств на здравоохранение определяется Минздравом и Министерством финансов в соответствии с распоряжениями Президента Республики Беларусь и Парламента Республики Беларусь. Затем решения по бюджету спускаются на местный уровень для их реализации.

Во взаимоотношениях между поставщиками и покупателями медицинских услуг в белорусской системе здравоохранения используется интегрированная модель: все работники здравоохранения являются государственными служащими, принимаемыми на работу плательщиками третьей стороны, выступающими в то же время в качестве собственников медицинских учреждений. Деятельность поставщиков услуг здравоохранения контролируется путем сочетания иерархической системы управления со строгим контролем соблюдения установленных нормативов. Оплата услуг здравоохранения производится проспективным методом; сектор ПМСП финансируется по методу глобальных бюджетов, исходя из взвешенного подушевого финансирования, а специализированная и высокоспециализированная помощь – на основании постатейных бюджетов, рассчитываемых на основе исторически сложившихся бюджетов с учетом некоторого роста. Все работники государственной

системы здравоохранения являются государственными служащими, получающими заработную плату в соответствии с едиными тарифными ставками, устанавливаемыми Министерством труда и социальной защиты и Минздравом на общенациональном уровне. Стандартные надбавки к окладу зависят главным образом от стажа работы, уровня квалификации и занимаемой должности.

3.1 Расходы на здравоохранение

Согласно оценкам ВОЗ, в 2011 году общие расходы на здравоохранение составили 5,3% от ВВП, что соответствует доле подушевых расходов на здравоохранение по ППС в размере 793 долл. США (таблица 3.1). Большая часть расходов приходится на государственный бюджет. По данным ВОЗ, в 2011 году доля государственных расходов на здравоохранение в общих расходах на здравоохранение составила 70,7%; в том же году расходы на здравоохранение составили 13% общего государственного бюджета (WHO, 2013).

Таблица 3.1

Динамика расходов на здравоохранение в Беларуси, оценка ВОЗ, выборочные годы

Год	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Общие подушевые расходы на здравоохранение по ППС (бел. руб. за долл. США)	228	314	585	614	701	734	763	762	793
Общие подушевые расходы на здравоохранение в % ВВП	6,7	6,1	6,9	6,3	6,4	5,9	6,1	5,6	5,3
Доля государственных расходов в общих расходах на здравоохранение, %	71,1	75,5	72,9	70,2	69,1	65,1	64,0	77,7	70,7
Доля частных расходов в общих расходах на здравоохранение, %	28,9	24,5	27,1	29,8	30,9	34,9	36,0	22,3	29,3
Доля расходов на здравоохранение в общих государственных расходах, %	11,5	10,1	10,5	9,5	9,1	7,9	8,4	13,4	13,0
Общие государственные расходы на здравоохранение в ВВП, %	4,8	4,6	4,8	4,4	4,4	3,8	3,9	4,4	3,7
Доля личных платежей граждан в общих расходах на здравоохранение, %	18,6	14,0	19,9	22,2	23,6	27,4	26,9	19,8	26,7
Доля личных платежей граждан в частных расходах на здравоохранение, %	64,5	57,1	73,4	74,5	76,4	78,6	74,8	88,9	91,0
Доля ДМС в общих расходах на здравоохранение, %	0	0	0	0	0	0	0	0,2	0,2
Доля ДМС в частных расходах на здравоохранение, %	0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,8	0,8

В оценках ВОЗ отражена сумма общих государственных и частных расходов на здравоохранение. Эти оценки основываются на классификации НСЗ, включая данные национальной отчетности и оценки международных организаций. В 2008 году классификации НСЗ были впервые введены в целях мониторинга расходов на ВИЧ/СПИД, однако начиная с 2010 года они повсеместно используются в системе здравоохранения республики для мониторинга расходов и поддержания системы эффективного управления ресурсами (Жарко, В.И., 2011).

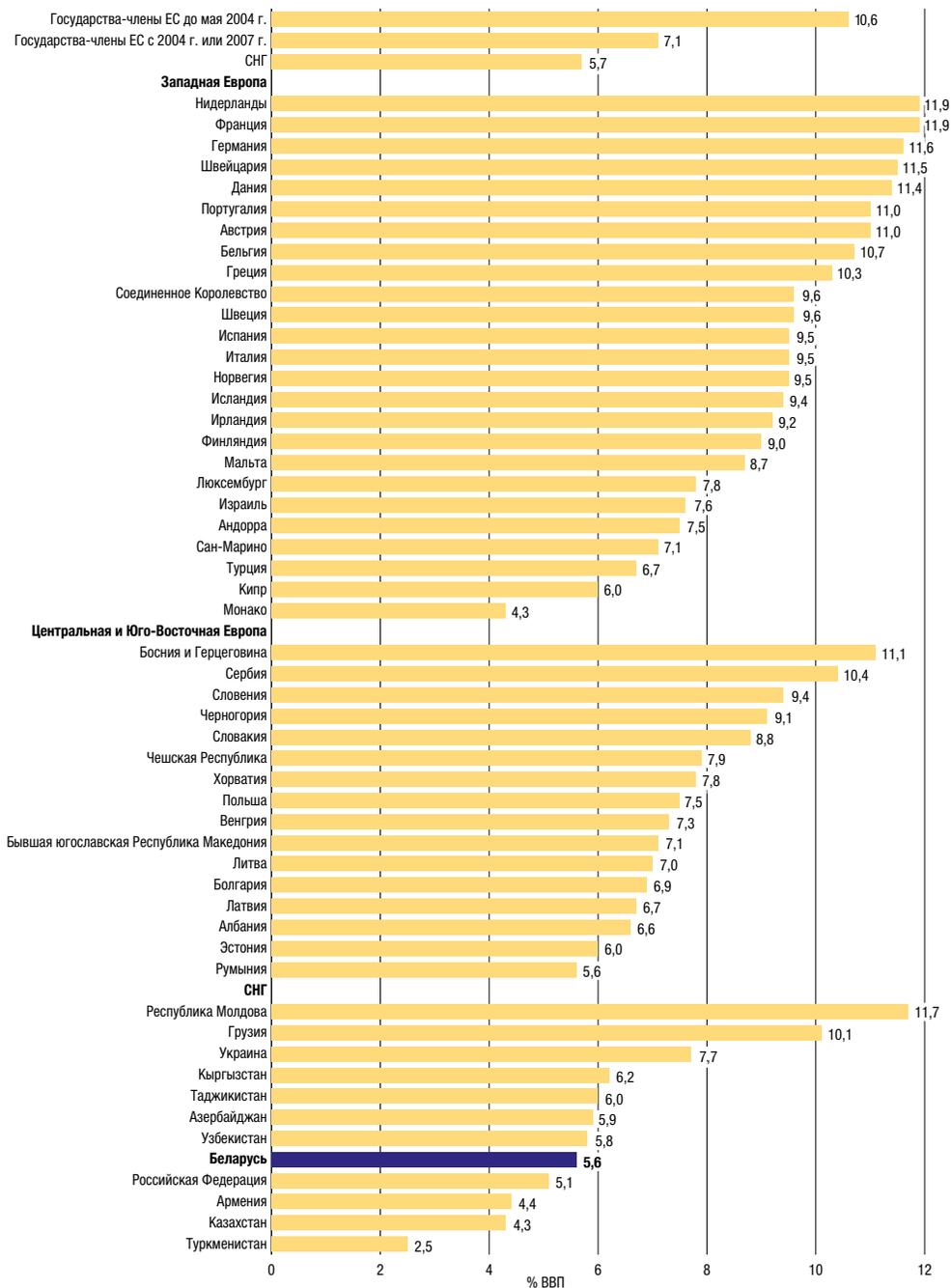
В Беларуси уровень общих расходов на здравоохранение и доля государственного финансирования остаются относительно стабильными, однако начиная с 2005 года наблюдается общая тенденция к их снижению (таблица 3.1; рис. 3.2). Согласно оценкам ВОЗ, в 2010 году расходы на здравоохранение в Беларуси составили 5,6% ВВП, что ниже аналогичных средних показателей по ЕС (9,9%) и Европейскому региону ВОЗ (8,3%), но соответствует таковым по СНГ (5,7%) (рис. 3.1).

Согласно оценкам ВОЗ, расходы на здравоохранение, выраженные в процентах от ВВП, достигли своего максимума в 6,9% в 2005 году, и с тех пор было отмечено их постепенное снижение. Тем не менее, в Беларуси этот показатель всегда был выше, чем в Российской Федерации, однако разница в уровне расходов постепенно уменьшается (рис. 3.2). По данным ВОЗ, Беларусь занимает второе место в СНГ по уровню расходов на здравоохранение на душу населения по ППС, уступая по этому показателю только Российской Федерации (рис. 3.3). Это отражает политический приоритет, который отдается в стране охране здоровья населения, и свидетельствует о том, что при нынешней организации здравоохранения, которая практически полностью повторяет модель Семашко, здравоохранение в Беларуси является весьма ресурсоемкой отраслью. Система финансируется в основном за счет государственного источника, и, согласно оценкам ВОЗ, доля государственного финансирования в общих расходах на здравоохранение составила 70,7% в 2011 году, что выше аналогичного среднего показателя в соседствующих Литве или Польше и значительно выше, чем во всех остальных странах СНГ (56,6% в 2010 году) (рис. 3.4). Данный уровень государственного финансирования системы здравоохранения поддерживался в стране, несмотря на серьезный финансовый кризис.

Доля расходов на стационарную помощь в общих расходах на здравоохранение постепенно уменьшалась с 60% в 2000–2001 годах до 43% в 2011 году. Данная тенденция является преимущественно результатом политики, направленной на усиление сектора ПМСП за счет сокращения

Рис. 3.1

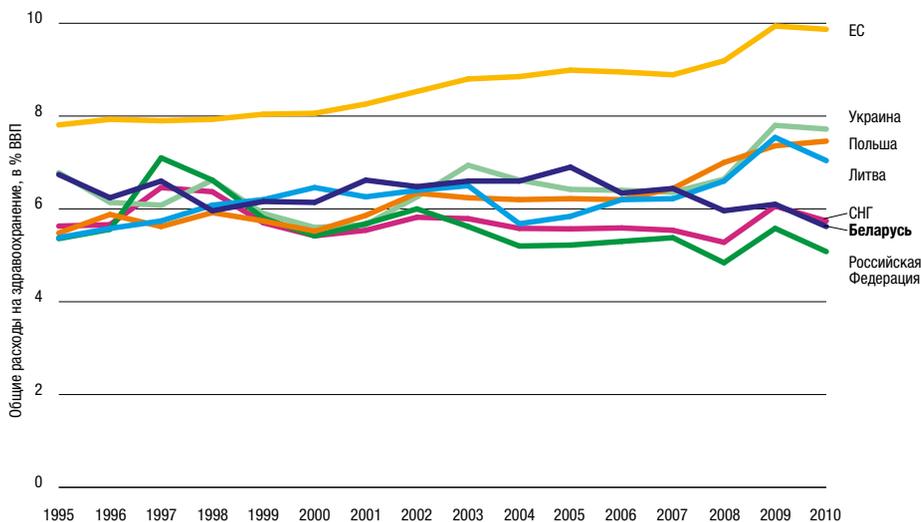
Расходы на здравоохранение (в % ВВП), оценка ВОЗ, 2010 г.



Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013.

Рис. 3.2

Общие расходы на здравоохранение (в % ВВП) в Беларуси и ряде стран с 1995 г. и по последний год с наличием данных



Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013.

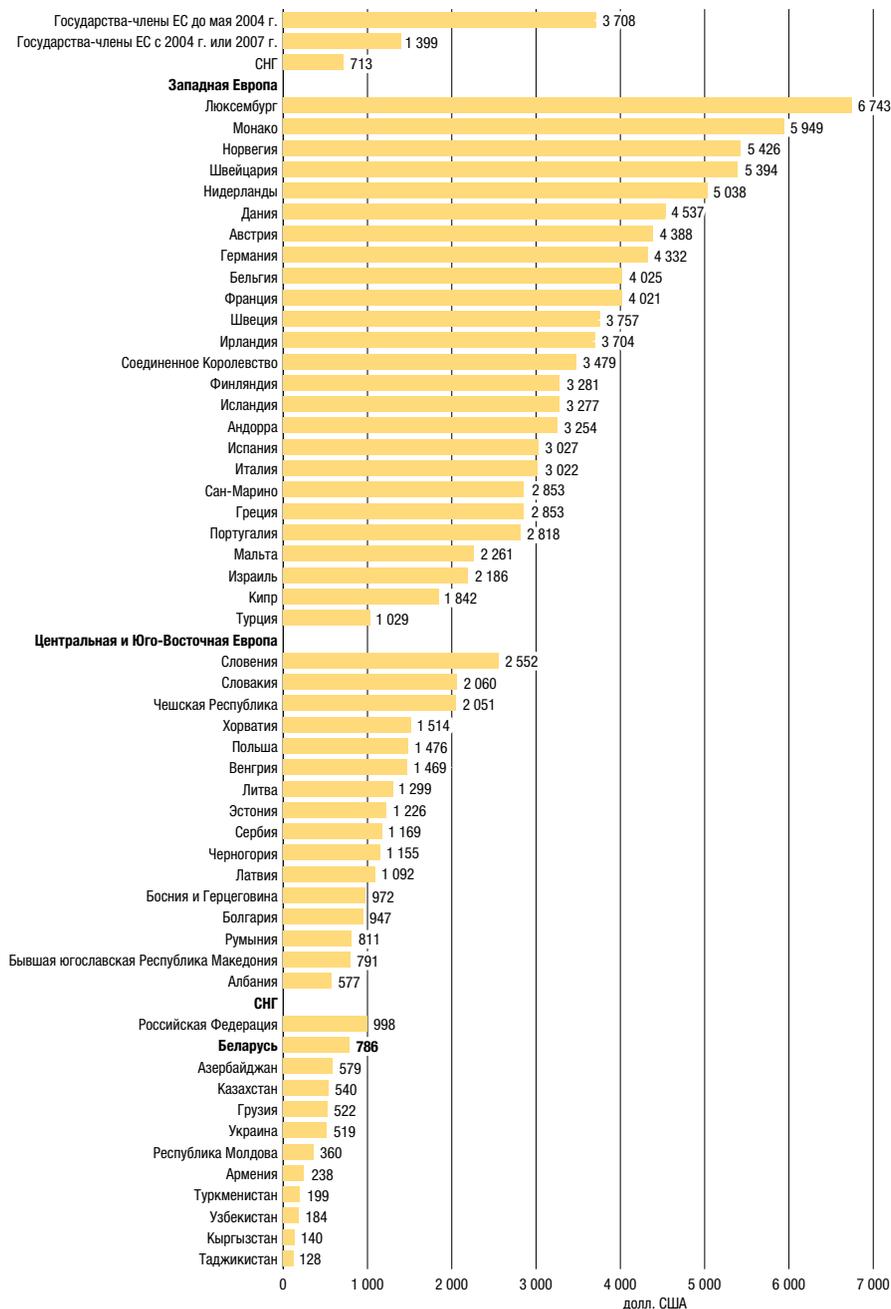
расходов на стационарную помощь. В 2011 году 97% расходов на стационарную помощь пришлось на государственные источники. Доля расходов на ЛС в общих расходах на здравоохранение менялась, однако в 2011 году составила 18%, из которых 30,5% были профинансированы из государственных источников (данный показатель вырос с 14,8% в 2006 году); в Беларуси бóльшая часть личных платежей граждан приходится на ЛС для амбулаторного лечения. После обретения независимости также были отмечены колебания уровня капитальных вложений в медицинские учреждения в общих расходах на здравоохранение, однако в 2011 году данный показатель составил 8%. Для обеспечения заработной платы медицинских работников по-прежнему используется бóльшая часть имеющихся ресурсов, так в 2011 году доля данного вида расходов достигла 41% в общих расходах на здравоохранение (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013).

3.2 Источники финансирования и финансовые потоки

Ни одна из форм ОМС в Беларуси не вводилась, и хотя финансирование системы здравоохранения было децентрализовано до местного уровня, главным источником формирования доходов бюджета по-прежнему

Рис. 3.3

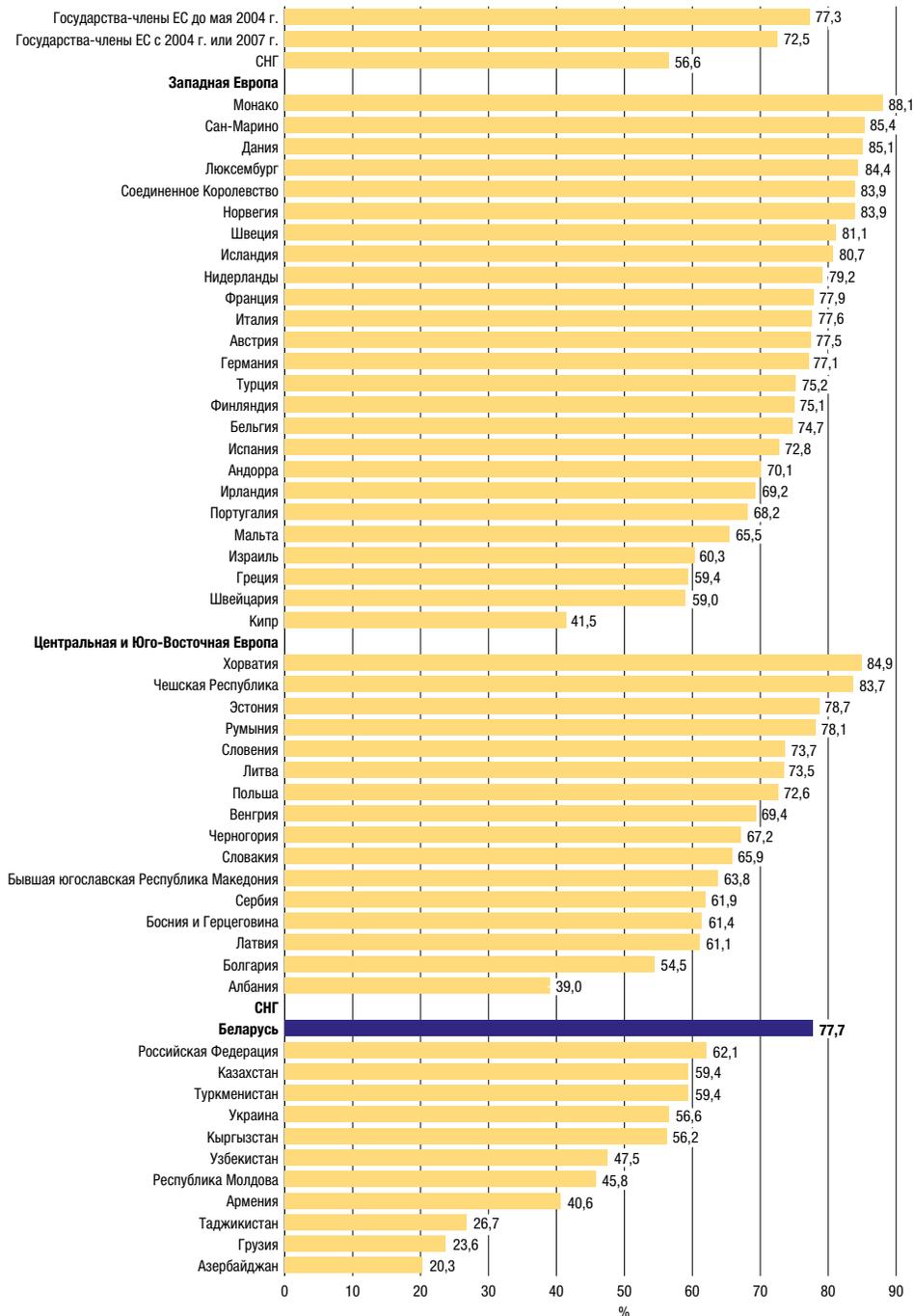
Подушевые расходы на здравоохранение в странах Европейского региона ВОЗ по ППС, в долл. США, оценка ВОЗ, 2009 г.



Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013.

Рис. 3.4

Доля государственных расходов в общих расходах на здравоохранение в странах Европейского региона ВОЗ (в %), оценка ВОЗ, 2010 г.



Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013.

остаются предприятия, а не отчисления из фонда заработной платы работников (рис. 3.6). Есть еще только один важный источник финансирования здравоохранения – а именно личные платежи граждан, которые в основном производятся в форме официальных соплатежей за ЛС и частные услуги (например, косметическую стоматологию). И хотя в целом начиная с середины 1990–х годов соотношение государственных и частных источников финансирования здравоохранения постепенно менялось в сторону увеличения доли последних, система здравоохранения по-прежнему преимущественно финансируется государством за счет бюджетов (таблица 3.2). ДМС не является значимым элементом белорусской системы здравоохранения, равно как и внешние источники финансирования (таблица 3.2; рис. 3.5).

Таблица 3.2

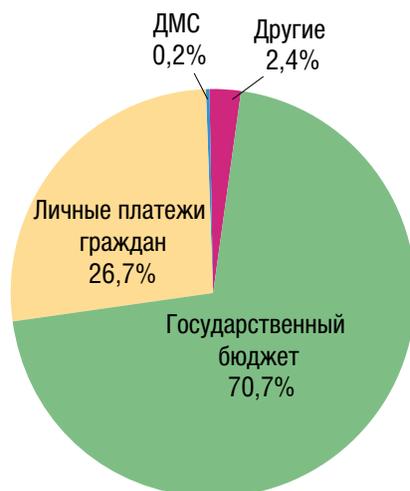
Общие расходы на здравоохранение по источникам финансирования (в %), выборочные годы

Источник финансирования	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Государственный бюджет	71,1	75,5	72,9	70,2	69,1	65,1	64,0	77,7	70,7
Личные платежи граждан	18,6	14,0	19,9	22,2	23,6	27,4	26,9	19,8	26,7
ДМС	0	0	0	0	0	0	0	0,2	0,2
Внешние ресурсы здравоохранения	0	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,2	0,5	0,3

Источник: WHO, 2013.

Рис. 3.5

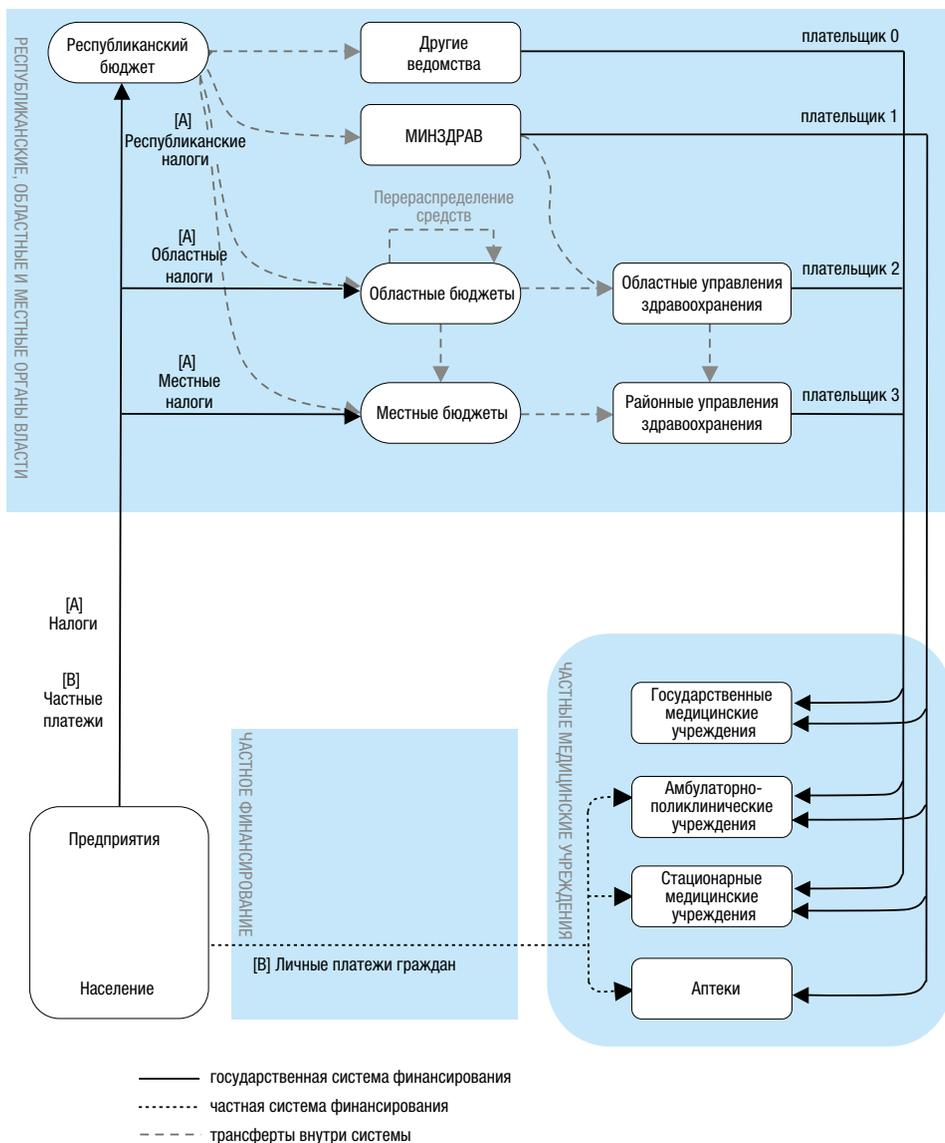
Структура общих расходов на здравоохранение по источникам финансирования, 2011 г.



Источник: WHO, 2013.

Рис. 3.6

Схема финансирования белорусской системы здравоохранения, 2013 г.



Гражданам предоставлен всеобщий доступ к медицинской помощи, и только в случае стоматологической и офтальмологической помощи имеют место официальные платежи со стороны населения. Большинство населения вынуждено приобретать рецептурные ЛС для амбулаторного лечения за полную стоимость, однако определенные наименования основных ЛС (например, при лечении диабета, астмы, ТБ, ВИЧ и т.д.)

предоставляются бесплатно. Отдельным категориям граждан (например, ветеранам) также положены скидки или полное возмещение средств из государственных фондов в случае расходов на ЛС, стоматологическую и офтальмологическую помощь. Неформальные платежи правительством не приветствуются (раздел 3.3.1).

3.3 Обзор государственной системы финансирования

3.3.1 Охват населения

Согласно ст. 45 Конституции Республики Беларусь (1994), всем гражданам страны гарантируется право на охрану здоровья, которое дает само гражданство; система здравоохранения является всеобщей и финансируется непосредственно из бюджетов, поэтому широта охвата населения услугами здравоохранения не является большой проблемой. В стране нет системы социального медицинского страхования, а рынок частного ДМС очень ограничен. Несмотря на то, что четкого перечня медицинских услуг, закрепленных конституционно, не существует, де-факто покрывается стоимость всех услуг ПМСП, специализированной и высокоспециализированной помощи, и какого бы то ни было нормирования услуг в государственном секторе не предусмотрено. Законом «О государственных минимальных социальных стандартах»¹ определены те области, в которых государство берет на себя обязательства по предоставлению гражданам социальных льгот и услуг (включая здравоохранение), а также минимальные уровни социальной поддержки граждан со стороны государства. На практике это означает, что наряду с услугами в области диагностики и лечения в рамках государственной системы здравоохранения гражданам обеспечена также скорая и неотложная медицинская помощь, помощь во вне рабочее время, услуги общественного здравоохранения, некоторые услуги долговременной помощи для престарелых и все услуги долговременной помощи для лиц с нарушениями психики. Вместе с тем работники некоторых отраслей и предприятий имеют доступ к ведомственным учреждениям здравоохранения, которые финансируются за счет средств соответствующих министерств или предприятий. В таких учреждениях оказывают также некоторые виды помощи в области профгигиены

¹ Закон Республики Беларусь от 11 ноября 1999 года № 322-З.

и курортного лечения. Объем средств государственного бюджета для оплаты лечения за границей ограничен, поэтому очередь пациентов, которые нуждаются в таком лечении, достаточно велика. К таким видам лечения относятся, как правило, сложные операции по трансплантации органов и тканей и новейшие методы лечения онкологических заболеваний, которые в Беларуси пока не практикуются; приоритетное право на получение средств на такое лечение отдается детям.

Значительные по размеру личные платежи граждан приходится преимущественно на ЛС, стоматологическую и офтальмологическую помощь. Уровень соплатежей централизованно устанавливает Минздрав, при этом определяющим фактором является не стоимость этих услуг, а политическая составляющая вопроса. Исторически сложилось так, что государство покрывает очень небольшую часть стоимости стоматологической и офтальмологической помощи, и большинство пациентов, если они могут себе это позволить, предпочитают заплатить за лечение зубов и изготовление очков из личных средств. Как правило, при амбулаторном лечении пациенты покупают ЛС за полную стоимость, но есть целый ряд категорий граждан, имеющих право на льготное лекарственное обеспечение (раздел 3.4).

3.3.2 Сбор финансовых средств

В Беларуси финансирование системы здравоохранения было децентрализовано до местного уровня, при этом главным источником формирования доходов бюджета по-прежнему остаются предприятия, а не отчисления из фонда заработной платы работников. Это является отличительной чертой белорусской системы здравоохранения и отражает характер экономики страны в целом: поскольку в основном она не приватизирована, то прибыли или доходы местных предприятий проходят (как нецелевые) через местные бюджеты. Схема финансирования здравоохранения в Беларуси очень напоминает ту, которая действовала в советское время при системе Семашко. Социально ориентированная рыночная экономика подразумевает, что налогообложение частных предприятий обеспечивает более значимый источник финансирования, чем подоходный налог, взимаемый в рамках общего налогообложения. Есть еще только один важный источник финансирования здравоохранения – а именно личные платежи граждан, которые в основном производятся в форме официальных соплатежей за ЛС и частные услуги (например, косметическую стоматологию) (раздел 3.4).

Большая часть доходов, используемых впоследствии на нужды здравоохранения, формируется на местном уровне и расходуется в соответствии с централизованно утвержденными бюджетами (раздел 3.3.3). Сбор налогов и их администрирование производится на местном уровне, в соответствии с действующими ставками налогов, которые устанавливает Парламент Республики Беларусь. К местным налогам относятся корпоративный налог и подоходный налог, но большая часть налогов на местном уровне поступает от государственных предприятий и рентного дохода. Акцизные сборы и налог на добавленную стоимость (НДС) собираются на республиканском уровне, а распределение полученных средств осуществляется через бюджет здравоохранения. При этом специальных целевых налогов на здравоохранение в стране нет. Недавно были предприняты определенные шаги по упрощению системы налогообложения и преобразованию ее в более прозрачную. В целях повышения уровня добровольного соблюдения налогового законодательства ставки налогов были даже снижены. Однако главной проблемой, связанной с собираемостью налогов, является неравенство возможностей органов власти разных регионов страны по формированию доходов бюджета, поскольку успешно функционирующие государственные предприятия по территории страны распределены довольно неравномерно. Поэтому те регионы, где экономическая ситуация наименее благоприятна, испытывают наибольшие трудности при выполнении своих обязательств по финансированию соответствующих услуг здравоохранения.

3.3.3 Объединение финансовых средств

Местные органы власти (районные) выступают в качестве плательщиков третьей стороны за услуги ПМСП и специализированной помощи, оказываемые населению соответствующих районов. Республиканское правительство выступает в качестве плательщика третьей стороны за услуги высокоспециализированной помощи и вертикальные программы, проводимые в интересах всего населения страны. Местные органы власти выполняют функцию главного ведомства по сбору финансовых средств, сбору налогов с предприятий и частных лиц, а также других доходов – например, рентного дохода и прибыли от работы государственных предприятий; кроме того, они же являются и главным ведомством, которое занимается объединением средств для финансирования услуг здравоохранения на подведомственной территории. Затем часть доходов местных бюджетов перечисляется в государственный орган управления на национальном уровне, ответственный за формирование

республиканского бюджета, из которого Минздрав получает средства. Минздрав является ведомством, которое объединяет финансовые ресурсы на республиканском уровне (рис. 3.6). Общая структура распределения бюджетных средств на здравоохранение определяется Минздравом и Министерством финансов в соответствии с распоряжениями Президента Республики Беларусь и Парламента Республики Беларусь. Затем решения по бюджету спускаются на местный уровень для их реализации. Теоретически это должно обеспечивать оказание минимального набора услуг и их финансирование из доходов местных бюджетов в соответствии с согласованными нормативами. Но поскольку успешно функционирующие предприятия распределены по территории страны неравномерно, то в одних районах и областях доходы бюджетов оказываются больше, а в других – меньше, и поэтому у некоторых местных органов власти возникают трудности с финансированием услуг здравоохранения в надлежащем объеме. Финансирование ведомственных систем здравоохранения производится за счет средств бюджетов соответствующих министерств, поэтому оказываемые там услуги, по существу, оплачиваются не из общего бюджета здравоохранения. Однако идет процесс интеграции данных ведомственных систем здравоохранения в основную государственную систему здравоохранения.

Процессы объединения средств на республиканском и местном уровнях частично совпадают, но поскольку функции по сбору доходов, объединению финансовых средств и закупкам услуг здравоохранения интегрированы между собой, то для покупателей услуг механизм распределения финансовых ресурсов оказывается скрытым. Глобальный бюджет здравоохранения страны определяется ежегодно в соответствии с текущими политическими задачами. Поскольку для Президента Республики Беларусь и Парламента Республики Беларусь здравоохранение является приоритетным аспектом политики, то предпринимаются попытки по увеличению доли ВВП, направляемой на финансирование здравоохранения, в соответствии с основными политическими целями. Наиболее важные задачи в области здравоохранения решаются путем проведения централизованно финансируемых «вертикальных программ». Организацией и финансированием таких программ занимаются не местные органы власти, а непосредственно Минздрав, который действует в качестве советника правительства по вопросам определения приоритетных аспектов политики здравоохранения, а также принимает решения по распределению средств организациям высокоспециализированной помощи, службам санэпиднадзора и т. п. Органы власти областного и районного уровней

могут принять решение о выделении на здравоохранение бóльшего объема средств, чем требуется по государственным нормативам, но возможности для этого есть далеко не везде.

В Беларуси действует система выравнивания доходов местных бюджетов по определенной формуле, составленной на основе нормативов бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение на одного жителя, однако в этих нормативах не учитывается поправка на риск. Одна из важнейших проблем состоит в том, что Гомельская и Могилевская области должны получать больше средств, поскольку эти регионы больше всего пострадали в результате аварии на Чернобыльской АЭС. Подушевые нормативы рассчитываются исходя из среднегодовой численности населения областей и Минска, которые определяются на основе оценок Национального статистического комитета Республики Беларусь. Финансирование больниц является перспективным и производится на основании ожидаемых объемов расходов с использованием фиксированных бюджетов. Эти бюджеты рассчитываются ежегодно, на основе данных прошлых лет и по результатам переговоров, проводимых на районном, областном и республиканском уровнях; однако на сегодня распределение финансовых средств и бюджетирование могут составляться на основе данных о фактических расходах, что является первым шагом на пути внедрения системы оплаты услуг по законченному случаю (раздел 3.7.1).

3.3.4 Закупка медицинских услуг и взаимоотношения между заказчиками (покупателями) и поставщиками

Во взаимоотношениях между поставщиками и покупателями медицинских услуг в белорусской системе здравоохранения используется интегрированная модель: все работники здравоохранения являются государственными служащими, принимаемыми на работу «плательщиками третьей стороны» (т.е. соответствующих уровней власти), выступающими также в качестве собственников медицинских учреждений. Раньше финансирование услуг в основной государственной системе здравоохранения определялось в зависимости от имеющихся мощностей (объема коечного фонда больниц и числа посещений пациентами поликлиник, амбулаторий и ФАПов). Однако впоследствии были введены нормативы, в которых учитывается та численность коек и персонала, которая для каждого типа медицинских учреждений считается «оптимальной», при этом объем финансирования медицинского учреждения не увеличивается, если указанные показатели в нем

превышают рекомендованные нормативы. Этот принцип применяется в сочетании с методом взвешенного подушевого финансирования в секторе ПМСП в целях решения проблемы избыточных мощностей.

Поведение поставщиков услуг здравоохранения контролируется путем сочетания иерархической системы управления со строгим контролем соблюдения установленных нормативов. Поскольку в Беларуси по-прежнему применяется постатейный метод бюджетирования, а закупки (например, медицинского оборудования и большинства ЛС) в основном производятся централизованно, то на практике у поставщиков услуг нет возможности отклониться от утвержденных планов. При этом бюджеты являются «гибкими», т.е. в случае бюджетного дефицита и невозможности местных органов власти профинансировать расходы поставщиков они обычно приходят к взаимоприемлемому решению.

3.4 Личные платежи граждан

Несмотря на значительные экономические трудности, в Беларуси удалось сохранить достаточно низкий уровень частных расходов в общих расходах на здравоохранение, что стало возможным благодаря сочетанию политической воли и весьма жесткого регулирования рынков и неформальной деятельности. Частные расходы преимущественно приходятся на ЛС для амбулаторного лечения, которые не включены в пакет гарантированной государством бесплатной медицинской помощи. К таковым относятся, например, антибиотики, антигипертензивные препараты и гипохолестеринемические ЛС, которые население вынуждено приобретать из собственных средств.

3.4.1 Соплатежи (платежи граждан)

Соплатежи не являются характерной чертой белорусской системы здравоохранения, а введение официальной платы за доступ к медицинским услугам было бы шагом политически неприемлемым и даже антиконституционным. Большая часть личных платежей граждан приходится на ЛС и частные медицинские услуги, как правило, стоматологические. Соплатежи со стороны граждан имеют место только в случае рецептурных ЛС для амбулаторного лечения, которые пациенты обычно приобретают за полную стоимость, однако льготные категории граждан оплачивают ЛС лишь частично, а аптеки получают возмещение стоимости льготных ЛС из бюджетных средств (раздел 5.6). Вместе с тем по-прежнему обсуждаются возможности неоднозначного введения

платных услуг для пациентов, находящихся в состоянии алкогольной интоксикации (раздел 2.9.5).

3.4.2 Прямые платежи

Государственные учреждения здравоохранения также могут оказывать гражданам платные услуги, считающиеся дополнительными к основным, которые должны предоставляться бесплатно. К таким услугам относятся более комфортные условия пребывания в стационаре, а также некоторые диагностические процедуры и виды лечения. Это наиболее характерно для стоматологии и пластической хирургии, однако данная тенденция становится все более значимой чертой системы здравоохранения и считается важным будущим источником финансирования государственных учреждений здравоохранения, поскольку те средства, которые тратятся населением в частном секторе, могут вернуться непосредственно в государственную систему здравоохранения. В целях содействия развитию частных услуг государственным учреждениям здравоохранения предоставлена возможность самостоятельно распоряжаться частью доходов, получаемой ими от оказания частных услуг, а не перечислять эти средства в бюджет.

3.4.3 Неформальные платежи

Иногда встречаются случаи неформальных платежей или подарков медицинским работникам. Это было принято и в советской системе здравоохранения, но в Беларуси эта практика распространена не так широко, как в других странах СНГ, и властями не приветствуется. По данным опроса, в 2010 году доля респондентов, подтвердивших превалирование в системе здравоохранения неформальных платежей, составила 21%, что свидетельствует о росте с 12% в 2006 году (Всемирный банк, 2013а). Уровень потребления медицинских услуг, без сомнения, свидетельствует о том, что в Беларуси, в отличие от всех остальных стран СНГ, неформальные платежи не являются существенным барьером для доступа граждан к медицинской помощи (Balabanova et al., 2004, 2012).

3.5 Добровольное медицинское страхование

Несмотря на то, что полис ДМС можно самостоятельно приобрести в государственной страховой компании, ДМС не является значимым элементом белорусской системы здравоохранения, а сам рынок ДМС развит слабо. Граждане других государств, временно проживающие на

территории Беларуси, обязаны подтвердить наличие у них медицинской страховки, действующей в течение срока их пребывания в стране. В случае отсутствия у них такового страховой полис можно приобрести в государственной страховой компании. Страховой полис предоставляет гражданам других государств, временно проживающим на территории Белоруссии, доступ к тем же видам услуг, оказываемым в рамках пакета гарантированной государством бесплатной медицинской помощи, которым обладают белорусские граждане.

3.6 Другие источники финансирования

3.6.1 Ведомственные системы здравоохранения

Некоторые отраслевые министерства и крупные предприятия имеют собственные учреждения здравоохранения, которые обслуживают их сотрудников (работающих и вышедших на пенсию). Эти ведомственные медицинские учреждения могут быть как стационарными, так и амбулаторно-поликлиническими. Как правило, ведомственное медицинское учреждение крупного предприятия представляет собой поликлинику, в которой работают все основные врачи-специалисты, есть диагностические кабинеты, а также врачи-специалисты по профессиональным заболеваниям. Пациенты, пользующиеся услугами ведомственных медицинских учреждений, всегда могут обратиться также в государственные медицинские учреждения по месту жительства.

Тем не менее, начиная с 2005 года отмечается процесс поглощения сети медицинских учреждений Белорусской железной дороги основной системой здравоохранения, несмотря на возражения со стороны бывших пациентов и врачей, работавших в этих учреждениях. Такая интеграция необходима потому, что деятельность ведомственных систем здравоохранения, как правило, не очень хорошо скоординирована с работой государственной системы здравоохранения. Кроме того, в Беларуси в этих учреждениях сконцентрированы значительные неэффективно используемые мощности. В соответствии с президентским указом² на Минздрав возложена обязанность по контролю над другими медицинскими учреждениями ведомственных систем, таким образом, последние были постепенно присоединены. В 2008 году была проведена централизованная передача стационаров в ведение Минздрава,

² Указ Президента Республики Беларусь от 13 мая 2008 года № 251.

а в 2010 году были интегрированы амбулаторно-поликлинические учреждения (Малахова, И.В., Новик, И.И., Мигаль, Т.Ф., 2010). Таким образом, финансирование данных медицинских учреждений производится на той же основе и по тем же тарифам, что и всех остальных государственных медицинских учреждений.

В советское время считалось, что качество обслуживания в ведомственных больницах и поликлиниках гораздо лучше, чем в обычных государственных учреждениях основной системы здравоохранения. Соответствует ли это действительности сейчас, сказать трудно, но среди населения эти учреждения по-прежнему котируются выше, чем обычные, так как нагрузка на врачей там значительно ниже, а очереди гораздо меньше. У врачей, работающих в ведомственных медицинских учреждениях, зарплата выше (несмотря на интеграцию этих учреждений в систему Минздрава), а условия труда – лучше, так как они избавлены от многочисленных обязанностей, которые должны выполнять их коллеги, работающие в государственных учреждениях системы здравоохранения.

3.6.2 Внешние источники финансирования

Несмотря на то, что в Беларуси средства, поступающие от международных организаций по линии двусторонней и многосторонней помощи, активно используются для финансирования различных технических проектов в секторе здравоохранения (раздел 2.3), внешние источники финансирования составляют менее 1% в общих расходах на здравоохранение в Беларуси, при этом они никогда не были значимым источником финансирования сектора здравоохранения (WHO, 2013). Основными международными техническими проектами, проводимыми в стране, являются проекты Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, направленные на борьбу с ВИЧ и ТБ.

3.7 Механизмы оплаты

3.7.1 Оплата медицинских услуг

Оплата услуг здравоохранения производится проспективным методом; сектор ПМСП финансируется по методу глобальных бюджетов, исходя из взвешенного подушевого финансирования, а специализированная и высокоспециализированная помощь – на основании постатейных

бюджетов, рассчитываемых на основе исторически сложившихся бюджетов с учетом некоторого роста. Например, определяется число диагностических процедур и клинических лабораторных анализов, и их финансирование производится на основе фактических расходов предыдущего года с некоторыми поправками. Средства заранее распределяются между учреждениями, и перераспределить их со статьи на статью достаточно трудно. Районные управления здравоохранения ретроспективно возмещают только стоимость ЛС, поставляемых населению бесплатно или по льготным ценам через сеть государственных аптек в рамках стоимостных нормативов, устанавливаемых Президентом Республики Беларусь и Советом Министров Республики Беларусь. Делегирование не является характерной чертой белорусской системы здравоохранения.

В целях повышения эффективности распределения ресурсов в 2000 году был осуществлен переход от финансирования в зависимости от имеющихся мощностей (кочный фонд) к финансированию, основанному на численности обслуживаемого населения (взвешенное подушевое финансирование). Взвешенное подушевое финансирование начисляется с использованием нормативов минимальных объемов потребления медицинской помощи и, после введения системы НСЗ, цен на основе расчетной стоимости услуг. Введение рационального расчета стоимости оказываемых услуг является первым шагом на пути введения метода оплаты медицинских услуг по клинически связанным группам (DRG/КСГ) в качестве основного механизма оплаты услуг поставщиков.

В 2012 году в целях продвижения политики экономии расходов в некоторых республиканских медицинских учреждениях был опробован метод глобальных бюджетов, исключаящий постатейные бюджеты. Повсеместное распространение данного метода, по всей вероятности, займет немало времени, вместе с тем предполагается его первоначальное апробирование на местном уровне, при этом, следует отметить значительную потребность в повышении квалификации главных врачей государственных медицинских учреждений, поскольку лишь немногие из них обладают знаниями для ведения эффективной деятельности по бюджетированию. Основной проблемой данного пилотного проекта было сохранение требуемого уровня показателей качества медицинской помощи в целях обеспечения такого уровня расходов, при котором качество оказываемых услуг сохранялось, а не ухудшалось.

3.7.2 Оплата труда медицинских работников

Все работники государственной системы здравоохранения являются государственными служащими, получающими заработную плату в соответствии с едиными тарифными ставками, устанавливаемыми Минздравом на общенациональном уровне. Стандартные надбавки к ставкам зависят главным образом от стажа работы, уровня квалификации и занимаемой должности. Средства на оплату труда работников сектора ПМСП и специализированной помощи выделяются из местных бюджетов, а работников сектора высокоспециализированной помощи – из бюджета Минздрава. Работники ведомственных учреждений здравоохранения могут зарабатывать больше, но они все равно являются наемными служащими на окладе. Лица, работающие в частном секторе (в некоторых аптеках, стоматологических клиниках и диагностических центрах), могут получать значительно больше, чем их коллеги в государственных учреждениях здравоохранения, поскольку решения об уровне их зарплат и премий принимают руководители предприятий (с учетом ограничений, предусмотренных белорусским трудовым законодательством).

Зарплата не носит стимулирующего характера, за исключением случаев, когда в целях повышения оклада необходимо пройти курсы повышения квалификации (раздел 4.2.4). Для привлечения и удержания кадров в секторе ПМСП в сельских регионах предусмотрены некоторые надбавки к зарплате, но поскольку общий уровень заработков медицинских работников крайне низок, то этот финансовый стимул не так велик. Однако данная ситуация может измениться с введением пилотного метода глобальных бюджетов. В рамках данного метода по-прежнему потребуется гарантирование базового оклада медицинских работников с тем, чтобы избежать ситуации сокращения расходов за счет урезания заработных плат сотрудников, при этом возможно введение более гибкой системы оплаты труда, предусматривающей пакет стимулирующих мер, включающий надбавки к ставкам, в тех медицинских учреждениях, которые самостоятельно составляют свой бюджет.

Главная проблема, связанная с принятой в Беларуси системой оплаты труда медицинских работников, состоит в том, что, несмотря на внушительные размеры общего фонда заработной платы³, заработки каждого отдельного сотрудника крайне малы. В качестве рычагов для улучшения качества медицинской помощи используются только всевозможные нормы и директивы, а не система стимулирования кадров,

³ В общем объеме финансирования организаций здравоохранения (прим. авт.).

которая побуждала бы их изменить свой подход к работе. В результате финансовые ожидания медицинских работников сейчас выше, чем когда-либо; бюрократическая нагрузка, лежащая на их плечах, значительно возросла, а зарплаты остались на прежнем низком уровне. Проведенная недавно индексация заработных плат медицинских работников была практически неощутимой и только соответствовала росту инфляции. Отсутствие морального и профессионального удовлетворения от работы является серьезной проблемой, особенно среди работников сектора ПМСП.

4. Материальные и кадровые ресурсы

Белорусская система здравоохранения обладает обширными основными фондами, которые распределены по территории страны достаточно равномерно. Решения о финансировании капитальных вложений принимаются районными или областными органами власти в соответствии с годовым планом и бюджетом на здравоохранение. Закупки дорогостоящего оборудования финансируются в рамках утвержденных правительством государственных программ.

После обретения независимости в Беларуси удалось сохранить значительные кадровые ресурсы, даже после введения в 2010 году такого определения, как «практикующий врач», признанного на международном уровне. Ожидается, что переход к новым определениям будет способствовать улучшению планирования кадровых ресурсов и устранению неравномерного их распределения как по областям, так и по специальностям. Несмотря на значительную численность врачей и медсестер, в распределении кадровых ресурсов здравоохранения имеют место некоторые территориальные диспропорции. Кроме того, и в городах, и в сельской местности наблюдается дефицит кадров в секторе ПМСП.

В настоящее время государственные вступительные экзамены в медицинские учебные заведения проводятся в форме централизованного тестирования. На бесплатное отделение зачисляются только те, кто по результатам тестирования получил наиболее высокие баллы. Поступающие в медицинские ВУЗы должны определиться с одним из восьми основных медицинских факультетов, что в значительной степени определяет их будущую карьеру. Получение базового медицинского образования занимает от пяти до шести лет, после чего по результатам сдачи государственных экзаменов выпускники получают диплом врача и направление в конкретную медицинскую организацию для прохождения

годовой стажировки. Получение базового медицинского образования для медицинских сестер и фельдшеров занимает три года. Выпускники (врачи, медицинские сестры и фельдшеры) получают обязательное распределение на два года на свое первое место работы (чаще всего в учреждение ПМСП). В Беларуси действуют минимальные стандарты в отношении непрерывного медицинского образования практикующих врачей и медицинских сестер. Однако непрерывное медицинское образование не связано с процессом подтверждения квалификации, поскольку в Беларуси отсутствует обязательная регистрация или лицензирование врачей и медицинских сестер.

4.1 Материальные ресурсы

4.1.1 Основные фонды и капитальные вложения

В Беларуси насчитывается 1437 поликлиник (включая амбулаторные отделения больниц), 87 учреждений специализированной помощи (диспансеров), 140 станций скорой помощи, 604 сельские амбулатории и 2358 ФАПов. Общее число больниц сократилось с 793 в 2001 году до 651 в 2004 году и с тех пор оставалось относительно неизменным. В 2011 году данный показатель составил 644 больницы, из которых 102 приходилось на долю больниц сестринского ухода. Данные больницы ранее представляли собой небольшие участковые больницы, которые позднее были перепрофилированы в учреждения по оказанию долговременной патронажно-реабилитационной медицинской помощи преимущественно пожилому населению сельских районов. Оказание медицинской помощи в данных учреждениях осуществляют медицинские сестры, а коечный фонд таких больниц составляют «медико-социальные койки», однако больницы сестринского ухода по-прежнему включены в общее число больниц на республиканском уровне. Основные фонды распределены по территории страны достаточно равномерно.

Систематических исследований состояния инфраструктуры на различных уровнях оказания медицинской помощи не проводится. Районные центры гигиены и эпидемиологии (бывшие санитарно-эпидемиологические центры) и районные отделы Министерства по чрезвычайным ситуациям (бывшие районные управления пожарной охраны) регулярно проверяют работу бригад технического обслуживания, санитарное состояние и пожарную безопасность помещений. Центры

гигиены и эпидемиологии составляют отчеты, которые учитываются при принятии решений о выделении капитальных вложений на объекты здравоохранения, но эти данные не подлежат опубликованию на регулярной основе. Вместе с тем приоритетные направления капитальных вложений очень сильно зависят от финансовых возможностей местных органов власти. В экономически неблагополучных районах зачастую возникают проблемы, связанные с большими объемами невыполненных работ по основным видам технического обслуживания и эксплуатации объектов инфраструктуры здравоохранения, что обусловлено недофинансированием этих работ из местных бюджетов (Richardson et al., 2008). Поэтому техническое переоснащение и финансирование капитальных вложений медицинских учреждений, находящихся в более бедных (часто сельских) районах, осуществляет Минздрав посредством национальных программ.

В зависимости от статуса больницы финансирование капитальных вложений в секторе здравоохранения производится из разных источников. Больницы подразделяются на учреждения республиканского подчинения (высокоспециализированная помощь), а также областного и районного подчинения (специализированная помощь). Больницы и другие организации здравоохранения республиканского уровня в основном находятся в Минске и финансируются непосредственно Минздравом за счет средств республиканского бюджета. Областные больницы финансируются из бюджетов областей, районные – из районных бюджетов. Минск имеет статус самостоятельной административно-территориальной единицы и поэтому обладает собственным (отдельным) бюджетом на нужды здравоохранения в столице. Объемы финансирования капитальных вложений сильно зависят от экономических возможностей местного органа власти. Решения о финансировании капитальных вложений принимаются районными или областными органами власти в соответствии с годовым планом и бюджетом на здравоохранение. Закупки дорогостоящего оборудования, как правило, финансируются в рамках утвержденных правительством государственных программ (раздел 4.1.3).

В республике проводится довольно много стандартных государственных программ, которые по истечении срока их действия возобновляются почти автоматически, с небольшими изменениями и дополнениями (в качестве примеров можно привести программы по охране психического здоровья населения, программы по формированию здорового образа жизни и т.п.). Основными источниками финансирования таких программ являются местные бюджеты (в рамках утвержденных

текущим республиканским бюджетом на здравоохранение). Однако некоторые программы получают дополнительное финансирование из средств республиканского бюджета, как например, программа технического переоснащения операционных блоков и реанимационных отделений районных больниц. Такие программы обычно организуются в соответствии с политической волей Президента Республики Беларусь, касающейся приоритетов государственной политики в области здравоохранения.

4.1.2 Инфраструктура

В 2000 году был отмечен переход от финансирования больниц в зависимости от имеющихся мощностей (объема коечного фонда) к взвешенному подушевому финансированию. В результате после 2001 года показатель числа коек на душу населения значительно снизился, вместе с тем с 2004 года данный показатель оставался неизменным, кроме того, он является одним из самых высоких в странах Европейского региона ВОЗ и составляет 11,3 койки на 1000 человек населения (в 2011 году), что значительно превышает аналогичные средние показатели по СНГ (8,3 коек на 1000 человек населения в 2011 году) и ЕС (5,5 коек на 1000 человек населения в 2010 году) (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013).

Изменения в структуре коечного фонда в отношении различных видов коек были незначительными (таблица 4.1), за исключением существенного увеличения числа коек педиатрического лечения, а также роста числа коек медико-социального лечения в два раза, что в свою очередь является отражением особой политики в области увеличения коечного фонда в секторе долговременной помощи в целях большего удовлетворения нужд стареющего населения (раздел 5.8).

Начиная с 1997 года в стране отмечалось снижение показателя средней продолжительности пребывания в стационаре, который в 2011 году составил 11,3 дней (рис. 4.1). Несмотря на то, что данный показатель выше аналогичного среднего показателя по ЕС (8,1 дней в 2010 году), он все еще ниже такового по СНГ (11,6 дней в 2011 году) (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013). Начиная с 1994 года в Беларуси показатель занятости коек не включен в базу данных «Здоровье для всех» (БД-ЗДВ), а единственные имеющиеся данные по коечному фонду республики отражают общее число коек во всех больничных учреждениях, за исключением больниц краткосрочного лечения (рис. 4.2), что затрудняет анализ существующих оперативных показателей.

Таблица 4.1

Число больничных коек по специализации (на 10 000 человек населения),
выборочные годы

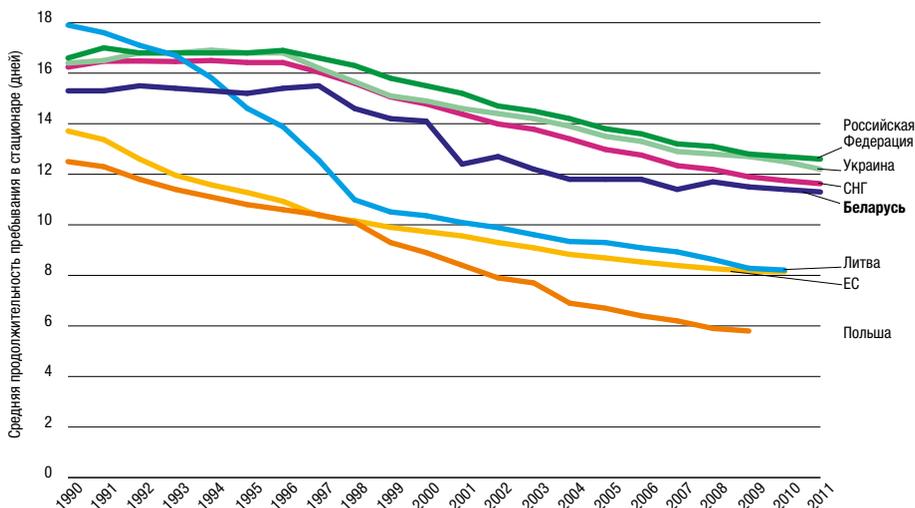
	2000	2005	2008	2009	2010
терапевтического профиля	39,1	32,3	31,4	31,3	31,2
хирургического профиля	20,9	18,9	18,6	18,6	18,5
онкологических	3,8	4,0	4,0	4,0	4,0
гинекологических*	10,9	9,0	8,5	8,3	8,3
туберкулезных	4,4	5,4	5,8	5,8	5,6
инфекционных	6,4	5,4	5,5	5,5	5,3
офтальмологических	1,8	1,5	1,7	1,8	1,9
отоларингологических	2,2	1,8	1,6	1,6	1,6
дермато-венерологических	3,2	2,1	2,0	2,0	1,9
психиатрических	10,1	7,3	7,0	7,0	7,0
наркологических	1,8	1,5	1,7	1,8	1,9
педиатрических (неинфекционных)**	48,1	60,7	64,2	63,4	64,3
для беременных, рожениц и родильниц***	23,7	20,9	21,9	22,1	22,1
остальные (включая долговременную помощь)	2,3	2,9	4,7	4,7	4,7
Общее число больничных коек	126,8	113,0	113,2	112,6	114,6

Источник: Национальный статистический комитет Республики Беларусь, 2011б.

Примечание: * на 10 000 женского населения; ** на 10 000 детского населения в возрасте 0–17 лет; *** на 10 000 женского населения в возрасте 15–49 лет.

Рис. 4.1

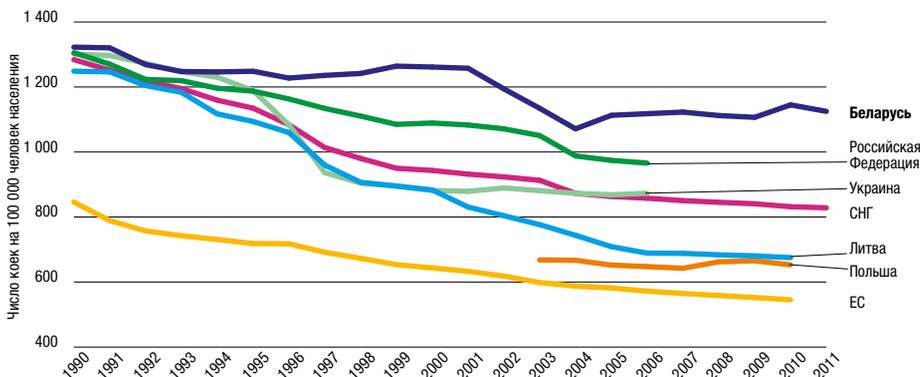
Средняя продолжительность пребывания в стационаре, все стационары, Беларусь
и некоторые другие страны



Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013.

Рис. 4.2

Обеспеченность больничными койками (на 100 000 человек населения), Беларусь и некоторые другие страны



Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013.

4.1.3 Медицинское оборудование

Направления на «дорогостоящие» обследования и процедуры (такие как компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ)) обычно выдают областные врачи-специалисты (сектора специализированной и высокоспециализированной помощи). Дорогостоящее технологическое оборудование есть только в государственных учреждениях. Пройти диагностическую КТ или МРТ можно и без направления, даже в государственной больнице, но тогда пациент должен будет оплатить это обследование за собственный счет. Ввиду его высокой стоимости, такое сложное диагностическое оборудование приобретает централизованно из средств республиканского или областного бюджета и распределяется на областном уровне как основное оборудование для нужд учреждений высокоспециализированной помощи. Как правило, на уровне ПМСП непосредственного доступа к дорогостоящему обследованию и процедурам нет, так как направление на них может выдать только специалист областного уровня. В учреждениях высокоспециализированной помощи есть компьютерные и магнитно-резонансные томографы, но данные о том, сколько всего единиц такого оборудования используется в Беларуси, недоступны.

4.1.4 Информационные технологии

В Беларуси отмечен постоянный рост использования информационных технологий (ИТ). В 2011 году в стране насчитывалось 39,6 пользователей

сети Интернет на 100 человек населения, что выше аналогичного показателя в Украине (30,6 пользователей на 100 человек населения в 2011 году), но ниже такового в Российской Федерации (49 пользователей на 100 человек населения в 2011 году) и значительно ниже среднего показателя в странах Европы (59,7 пользователей на 100 человек населения) (World Bank, 2013b).

Начиная с 2008 года большее значение стало уделяться развитию ИТ в системе здравоохранения. По данным Минздрава, предназначенным для внутреннего пользования, в конце 2012 года локальными вычислительными сетями располагали около 74,4% медицинских учреждений ПМСП, ввели электронные картотеки пациентов (АРМ «Регистратура») – 95,6%, сформировали электронный банк информации об осмотрах населения (АРМ «Диспансеризация») – 58,7%, ввели систему записи пациентов по установленным диагнозам (АРМ «Статистика») – 73,2% (раздел 5.3). Внедрение данных систем ИТ представляет собой основу для их дальнейшего полномасштабного продвижения в секторе ПМСП. Государственная программа по развитию информатизации отрасли здравоохранения включает следующие основные направления:

- создание в организациях здравоохранения автоматизированных информационных систем, которые позволят перейти к ведению учетной медицинской документации (амбулаторных карт и историй болезни) в электронном виде;
- предоставление электронного почтового адреса и доступа к сети Интернет всем организациям здравоохранения в целях улучшения обмена информацией и документацией;
- организация единого информационного пространства здравоохранения Республики Беларусь на базе корпоративной сети обмена информацией;
- обеспечение обмена медицинскими (выписки, результаты анализов, эпикризы, и др.), нормативными и организационно-распорядительными документами на базе единой корпоративной сети в электронном формате с использованием электронной цифровой подписи;
- развитие телемедицинских технологий;
- развитие систем мониторинга состояния здоровья населения и эпидемиологического благополучия;
- создание общедоступных электронных медицинских ресурсов, в том числе посвященных здоровому образу жизни человека.

Некоторые учреждения ПМСП используют компьютеры для ведения системы статистической отчетности. Информация о показателях работы (о числе консультаций, поставленных диагнозах и т.п.) хранится на уровне организаций здравоохранения, а впоследствии включается в областную и республиканскую отчетность о заболеваемости и об основных показателях работы – таких как число консультаций, число посещений врача на дому, число госпитализаций, число вызовов скорой помощи и т.п. Также имеются информационные системы, с помощью которых можно записаться на прием к специалистам и участковым врачам, но системы электронных направлений на госпитализацию в стране нет (по состоянию на июнь 2013 года). В системе здравоохранения использование компьютерных технологий обычно ограничивается составлением статистической отчетности о таких показателях, как число амбулаторных посещений и число подтвержденных случаев заболеваний.

Вопрос о внедрении электронных медицинских карт уже был включен в повестку дня Минздрава, однако в настоящее время для их ведения в электронном виде компьютерные технологии не используются (как в условиях стационара, так и в амбулаторно-поликлинических учреждениях). Законодательство об использовании электронного документооборота в здравоохранении все еще требует пересмотра и совершенствования с тем, чтобы ведение электронных медицинских карт получило дальнейшее развитие. Например, в ходе расследований, проводимых по жалобам пациентов на врачебные ошибки, к рассмотрению принимаются только бумажные документы.

4.2 Кадровые ресурсы

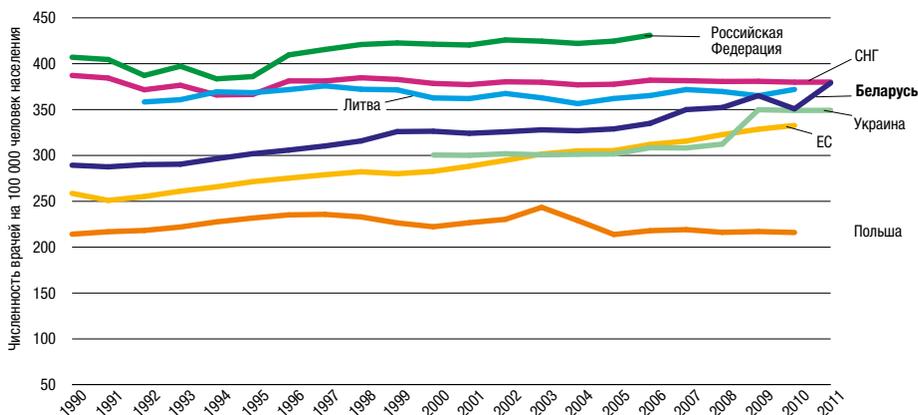
4.2.1 Медицинские кадры: основные тенденции

После обретения независимости в Беларуси удалось сохранить значительные кадровые ресурсы, однако до 2010 года показатель общего числа «врачей» работающих в системе здравоохранения также охватывал все тех, кто получил высшее медицинское образование, включая не только сотрудников санитарно-эпидемиологических служб и диагностических центров, но также исследователей и руководителей здравоохранения, которые не занимаются лечением пациентов. Начиная с 2010 года в рамках национальной статистики медицинских кадров был отмечен переход к определению «практикующий врач», признанному на международном уровне, таким образом, лица, получившие высшее

медицинское образование, но не работающие по специальности, в данную категорию не входят. Ожидается, что переход к новым определениям будет способствовать улучшению планирования кадровых ресурсов и устранению неравномерного их распределения как по областям, так и по специальностям. В соответствии с данными, полученными при использовании нового определения, в 2011 году общее число врачей, работающих в системе здравоохранения, курируемой Минздравом, составило 32 131 (33,9 врача на 10 000 человек населения), что выше аналогичного показателя 2010 года в 29 575 врачей (31,2 врача на 10 000 человек населения). Общее число врачей на душу населения, работающих в системе здравоохранения, в целом соответствует аналогичному среднему показателю по ЕС, что, однако, не отражено в данных, предоставленных в базе данных «Здоровье для всех» (БД-ЗДВ) (рис. 4.3). Начиная с 2010 года также произошло изменение в определении отдельных специальностей, например, психиатры и наркологи (специалисты по лечению зависимости) объединены в одну группу, однако в целом практикующие врачи распределены более чем по 70 специальностям, многие из которых являются слишком узконаправленными (Министерство здравоохранения Республики Беларусь, 2011).

Рис. 4.3

Численность врачей (на 100 000 человек населения), Беларусь и некоторые другие страны, с 1990 г. по последний год с наличием данных



Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013.

Несмотря на значительную численность врачей и медицинских сестер, в распределении кадровых ресурсов здравоохранения имеют место некоторые территориальные диспропорции. Кроме того, и в городах,

и в сельской местности наблюдается дефицит кадров в секторе ПМСП. Географические диспропорции в распределении медицинских кадров есть и в сельской местности в целом, но особенно это касается регионов, расположенных поблизости от зон, наиболее пострадавших в результате аварии на Чернобыльской АЭС: самый острый дефицит врачей наблюдается в сельских районах Гомельской и Могилевской областей. Правительством был предпринят ряд инициатив по удержанию молодых специалистов-медиков в сельских районах в секторе ПМСП, предлагая им более высококачественное жилье и другие социальные льготы, однако поддержание требуемого числа медицинских кадров по-прежнему представляет собой проблему. Несмотря на то, что в общем отмечен рост числа врачей на душу населения, все меньше врачей работают в секторе ПМСП. Сектор ПМСП представлен тремя категориями врачей: в ряде сельских амбулаторий и во всех городских поликлиниках работают участковые терапевты (для взрослых) и участковые педиатры (для детей), а в некоторых сельских районах работают врачи общей практики, которые обслуживают как детей, так и взрослых. В конце 1990–х годов в секторе ПМСП появилась профессия врача общей практики, и данная модель широко распространилась в сельской местности (раздел 5.3). Число врачей общей практики возросло с 36 в 1996 году до 564 в 2010 году, что главным образом объясняется переподготовкой практикующих сельских участковых терапевтов и педиатров во врачей общей практики (таблица 4.2).

Таблица 4.2

Численность медицинского персонала в государственной системе здравоохранения, Беларусь, выборочные годы

	1990	2000	2007	2008	2009	2010
Врачи (всех специальностей, включая стоматологов)	37 927	42 587	41 743	42 153	42 891	39 194
Участковые терапевты	-	-	-	3 427	3 415	3 386
Врачи общей практики	36	78	483	540	544	564
Хирурги	1 613	1 626	1 593	1 575	1 559	1 373
Стоматологи	1 889	2 275	2 111	2 014	1 991	1 858
Провизоры	3 261	3 088	2 924	2 944	2 985	2 668
Фельдшеры	18 629	10 987	9 779	9 504	9 436	9 321
Акушерки	11 776	6 177	4 777	4 719	4 657	4 716
Медицинские сестры (всех категорий)	54 028	70 901	74 468	73 245	73 078	73 862
Фармацевты	6 133	4 571	4 092	3 892	3 821	3 771

Источник: Министерство здравоохранения Республики Беларусь, 2011.

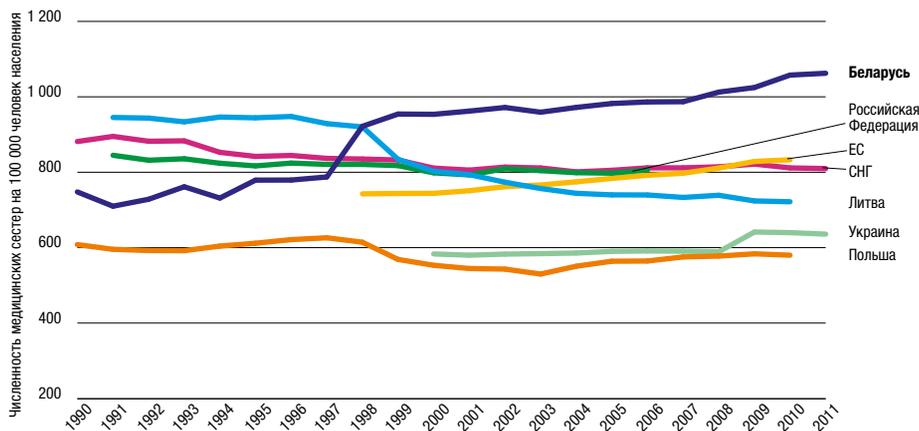
Большое число узких специалистов работает в городских поликлиниках, при этом отмечается фрагментация специализированной помощи. Начиная с 1990–х годов число врачей-специалистов устойчиво

растет, а тенденция к фрагментации усиливается все больше. В стране представлены два уровня узких специалистов (в амбулаторно-поликлинических учреждениях и стационарах), которые подразделены по специализации и по профилю – педиатры или специалисты для взрослых. Как правило, не существует разницы в уровне подготовки, квалификации и оснащенности оборудованием врачей одних и тех же узких специальностей, одни из которых работают в поликлиниках, а другие – в больницах. Чтобы работать врачом-специалистом достаточно закончить четырехмесячные курсы переподготовки для получения первичной специализации, однако предпочтительно пройти двухгодичный курс расширенного минимума клинической подготовки по избранной специальности (ординатура). Разница между специалистами, работающими в медицинских учреждениях различных уровней, не отражена статистически, поэтому, несмотря на большое общее число специалистов, не вполне ясно, кто из них работает в секторе ПМСП, а кто в секторах специализированной/высокоспециализированной помощи.

Начиная с 2010 года в стране используется принятое во всем мире определение медицинской сестры (согласно которому акушерки выделены в отдельную категорию среднего медицинского персонала). В 2011 году в республике насчитывалось 74 064 медицинские сестры (78,2 на 10 000 человек населения) и 4737 акушерок (5 на 10 000 человек населения), работающих в системе здравоохранения. Данный показатель значительно выше аналогичного показателя во многих других странах СНГ (рис. 4.4; рис. 4.5).

Рис. 4.4

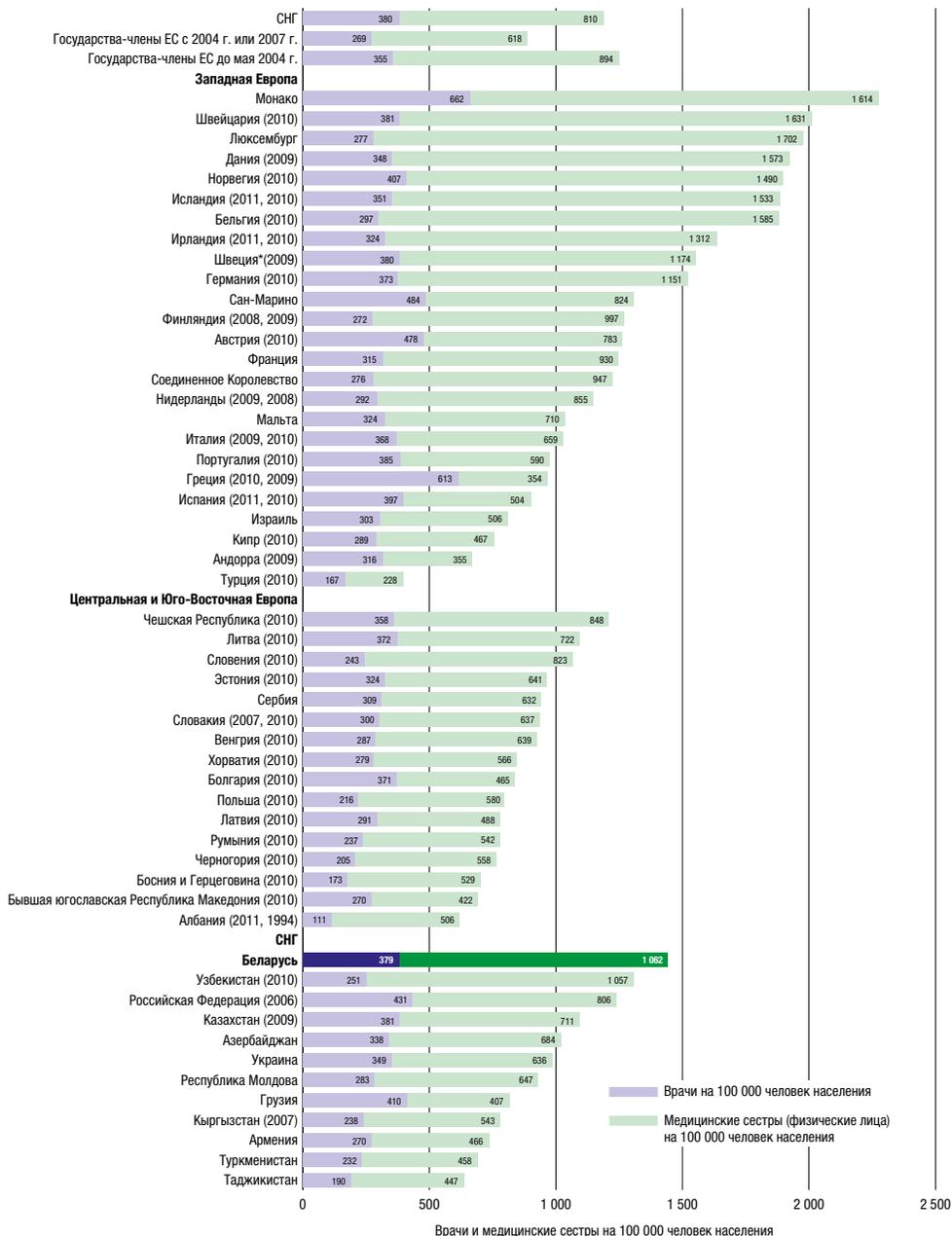
Численность медицинских сестер (на 100 000 человек населения), Беларусь и некоторые другие страны, с 1990 г. по последний год с наличием данных



Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013.

Рис. 4.5

Численность врачей и медицинских сестер (на 100 000 человек населения) в Европейском регионе ВОЗ, 2011 г. или за последний год с наличием данных



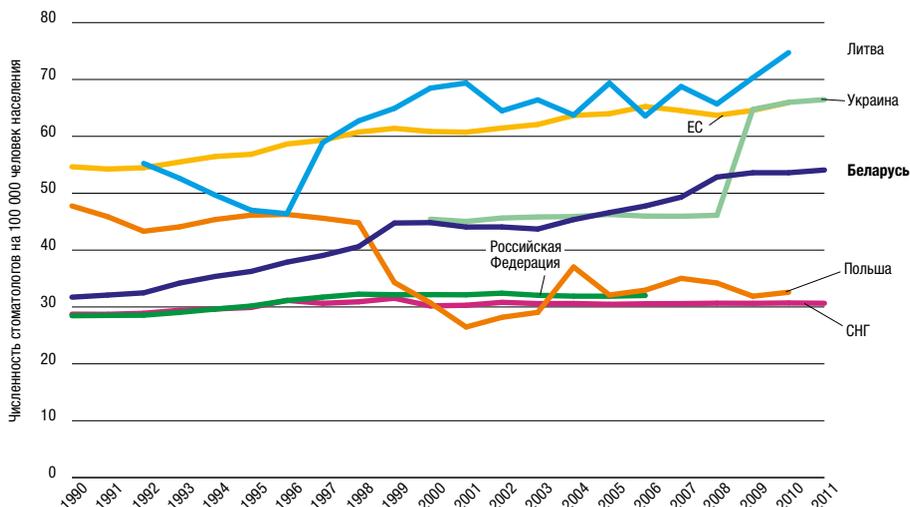
Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013.

Примечание: * в отношении численности медицинских сестер использованы данные Евростата (ЕС, 2013).

В Беларуси также удалось сохранить большее число фармацевтов и стоматологов на душу населения по сравнению с другими странами СНГ (рис. 4.6; рис. 4.7).

Рис. 4.6

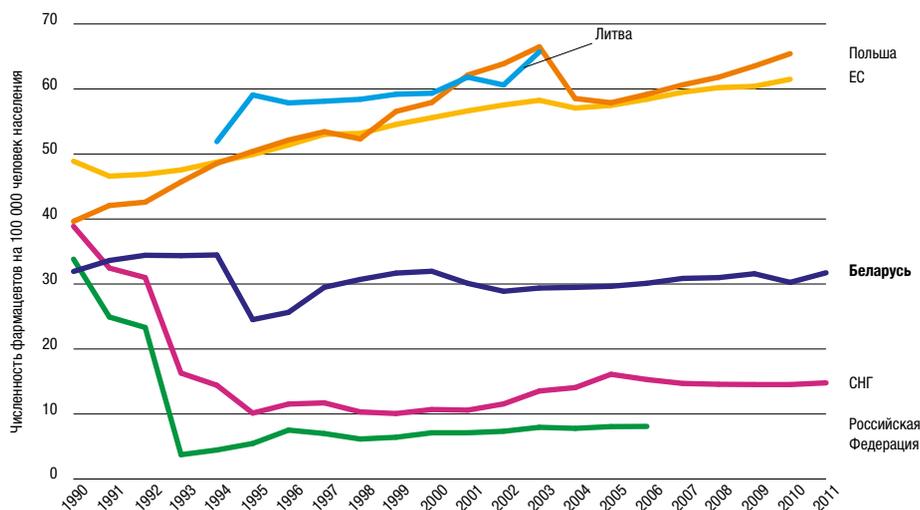
Численность стоматологов (на 100 000 человек населения), Беларусь и некоторые другие страны, с 1990 г. по последний год с наличием данных



Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013.

Рис. 4.7

Численность фармацевтов (на 100 000 человек населения), Беларусь и некоторые другие страны, с 1990 г. по последний год с наличием данных



Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013.

4.2.2 Мобильность медицинских работников

Меры по уточнению количественных характеристик медицинских кадров являются частью мер, направленных на улучшение мониторинга миграционных потоков: не только тех, кто покидает систему здравоохранения Беларуси, но и тех, кто переходит из учреждений ПМСП в стационарный сектор. Принятие данных мер ставит своей целью усовершенствование процесса мониторинга вышеуказанных тенденций, с тем чтобы добиться более обоснованного планирования кадровых ресурсов и проведения кадровой политики, включая медицинское образование и повышение квалификации медицинских работников. Ежегодно государственную систему здравоохранения покидают около 3000 врачей, из них около 800 – по причине выхода на пенсию, болезни или смерти. В примерно 30% случаев причины выбытия не указана, но скорее всего, эти врачи либо переходят в частный сектор, либо уезжают из страны. Внутренняя мобильность в основном отражается в том, что специалисты более высокой квалификации перемещаются из сельских районов в города и из областей в столицу.

Привлечение медицинских работников из других стран не является отличительной чертой белорусской системы здравоохранения. Однако ввиду того, что в Российской Федерации уровень заработной платы выше, а в рамках Таможенного Союза предусматривается свободное передвижение медицинских работников, вполне возможно, что многие белорусские медицинские работники мигрируют. Введение улучшенных механизмов контроля над передвижением квалифицированных медицинских кадров может способствовать тому, что в будущем подобного рода миграция может быть лучше отражена как в количественных показателях, так и в проводимой политике.

4.2.3 Подготовка медицинских кадров

В Беларуси базовая подготовка врачебных кадров осуществляется в четырех медицинских университетах (в Гродно, Гомеле, Витебске и Минске (Белорусский государственный медицинский университет)). Есть также отдельная организация – БелМАПО, которая занимается координацией всех вопросов последиplomного и непрерывного медицинского образования врачей и представителей некоторых сестринских специальностей. Частных образовательных учреждений – как коммерческих, так и некоммерческих – в секторе медицинского образования нет. Однако около 15% студентов государственных университетов и медицинских колледжей обучаются на платной основе. Среди молодежи профессия медика довольно популярна,

и конкурс при поступлении в медицинские учебные заведения в среднем составляет 2,5–3 человека на место. Около 70% студентов, поступающих в медицинские вузы, традиционно составляют девушки. В настоящее время государственные вступительные экзамены в медицинские учебные заведения проводятся в форме централизованного тестирования, одинакового для всех абитуриентов всей страны. На бесплатное отделение зачисляются только те, кто по результатам тестирования получил наиболее высокие баллы (примерно 75–80% абитуриентов). Кроме того, определенная часть абитуриентов (обычно около 15–20%), сдавших вступительные экзамены менее успешно, но набравших определенный проходной балл, могут быть зачислены на платное отделение. В 2011–2012 годах из 20 000 студентов медицинских вузов на бесплатном отделении училось 65% студентов, на платном – 25%, приехали из других стран – 10%.

Поступающие в медицинские вузы должны выбрать факультет, на котором хотят обучаться. В белорусской системе высшего медицинского образования есть восемь основных факультетов: лечебное дело, педиатрический, стоматологический, медико-профилактический, медико-диагностический, медико-психологический, фармацевтический и высшего сестринского образования. Выбор факультета в значительной степени определяет будущую карьеру медика и с самого начала накладывает определенные ограничения на возможности ее развития. Самым популярным и наиболее универсальным факультетом является «лечебное дело». Он дает базовое медицинское образование продолжительностью шесть лет и готовит врачей широкого профиля для обслуживания взрослого населения. В течение шести лет обучения студенты проходят подготовку в субординатуре по трем специальностям: терапия (эта специальность является наиболее популярной), хирургия и акушерство и гинекология. По окончании шестилетнего периода обучения и сдачи государственных экзаменов выпускники получают диплом врача и направление в конкретную медицинскую организацию для прохождения годовой стажировки (интернатуры), а также обязательное распределение на два года на свое первое место работы (чаще всего в учреждение ПМСП). Система обязательного распределения молодых специалистов на их первое место работы – это возврат к советской практике, которая была нацелена на решение проблемы несбалансированности распределения кадровых ресурсов и дефицита врачей ПМСП в городах и сельской местности. Распределение в сельские районы получают около 10% выпускников, в небольшие города – 20%, в учреждения областного уровня – 20%, а в учреждения районного уровня – 50%, однако ежегодно точное количество выпускников, направляемых по распределению,

пересматривается и уточняется в зависимости от потребностей системы. Согласно действующему законодательству, выпускник медицинского вуза имеет право вернуть государству стоимость шестилетнего периода обучения в случае, если после получения диплома он отказывается проходить практику по распределению. Несмотря на существование системы обязательного распределения в 2011 году порядка 50% вакантных должностей врачей и 60% вакантных должностей среднего медицинского персонала остались незаполненными. По окончании двухгодичного периода обязательной практики около 30% молодых специалистов меняют профессию. Данная ситуация свидетельствует о том, насколько мало эффективными являются многие из разрабатываемых местными органами власти программ, направленных на повышение квалификации медицинских работников и усиление мощностей на местном уровне.

Продолжительность базового медицинского образования на педиатрическом факультете также составляет шесть лет, но подготовка проводится по таким разделам медицины, как детская хирургия, педиатрия и ведение болезней детского возраста. Выпускники этого факультета получают медицинский диплом по специальности «врач-педиатр». По окончании обучения действует та же схема: годовая стажировка в интернатуре и обязательное двухлетнее распределение на первое место работы (также чаще всего в учреждение ПМСП). Для того, чтобы врач-терапевт мог работать педиатром, ему необходимо пройти четырехмесячный курс профессиональной переподготовки по специальности «педиатрия» в рамках системы непрерывного медицинского образования.

Продолжительность базового медицинского образования на стоматологическом факультете составляет пять лет, затем идет годовая стажировка в интернатуре и обязательное двухлетнее распределение на первое место работы стажера (как правило, в учреждение ПМСП). Обучение на медико-профилактическом факультете длится шесть лет, после чего выпускники получают диплом клинического гигиениста-эпидемиолога. Они также проходят годовую стажировку в клинической интернатуре и получают обязательное двухлетнее распределение, но на свое первое место работы выпускники этого факультета обычно направляются в один из центров гигиены и эпидемиологии. Кроме того, они могут также работать врачами в клинических лабораториях. Базовая медицинская подготовка на фармацевтическом факультете продолжается пять лет. Выпускники получают диплом по специальности «химик-фармацевт» (провизор) и также проходят годовую стажировку и получают обязательное распределение на первое место работы.

У врачей есть два пути получения специализации. Первый из них – получение первичной специализации, которое занимает 3–4 месяца. Это возможно после шести лет базовой подготовки в медицинском вузе (и получения медицинского диплома) и года практической стажировки в интернатуре. Для того чтобы молодой специалист был направлен на курс первичной специализации, необходим запрос с его будущего места работы (из поликлиники или из другой медицинской организации). Большинство узких специалистов, работающих в поликлиниках, получают специализацию именно таким образом. Второй путь заключается в прохождении дальнейшей подготовки в клинической ординатуре, которая в некоторой степени напоминает резидентуру в западноевропейских странах. Срок обучения в клинической ординатуре составляет два года, в течение которых медики получают более глубокий клинический опыт, необходимый для работы заведующим клиническим отделением больницы. Подготовка в клинической ординатуре проводится медицинскими университетами, а также БелМАПО, и включает как аудиторные занятия, так и самостоятельную подготовку в рамках практики.

В Беларуси действуют минимальные стандарты в отношении непрерывного медицинского образования практикующих врачей, а именно – врачи обязаны каждые пять лет проходить по два двухнедельных курса повышения квалификации продолжительностью не менее 80 учебных часов. Ежегодно около 15 000 клинических специалистов проходят профессиональную подготовку или переподготовку в БелМАПО. Предусмотрены также финансовые стимулы, способствующие заинтересованности врачей выполнить хотя бы эти минимальные требования. Однако непрерывное медицинское образование не связано с процессом подтверждения квалификации, поскольку в Беларуси отсутствует обязательная регистрация или лицензирование врачей (раздел 2.8.3). Образовательные стандарты разрабатываются медицинскими вузами от имени Минздрава и утверждаются Министерством образования.

В Беларуси подготовка фармацевтов, медицинских сестер и фельдшеров производится в 14 медицинских колледжах. Сестринское дело по-прежнему остается очень популярной профессией: в некоторых медицинских колледжах конкурс при поступлении бывает даже выше, чем в медицинских вузах (6–7 человек на место). В 2011–2012 годах общее число студентов в медицинских колледжах составило 11 000 человек, из которых на бюджетной основе обучалось 72%, а на платной – 28%. В медицинский колледж можно поступить либо в 15 лет, имея неполное среднее образование, либо в 17 лет, имея уже аттестат о полном среднем

образовании. После 2002 года в учебные планы и в официальный перечень специализаций в области сестринского дела были внесены большие изменения. Начиная с 2002 года продолжительность подготовки у медицинских сестер и фельдшеров-акушеров составляет 2 года 10 месяцев. Специализация «фельдшера-акушера» появилась в результате объединения двух отдельных учебных потоков в один. В медицинских колледжах есть также отдельные факультеты, на которых готовят помощников стоматологов, и медико-профилактические факультеты, где готовят фельдшеров-лаборантов и помощников врачей-эпидемиологов. По окончании обучения медицинские сестры и фельдшеры также получают обязательное двухлетнее распределение на работу. При поступлении на первое место работы молодые специалисты с сестринским образованием, как правило, сразу идут на курсы первичной специализации в один из медицинских колледжей, где также проводятся программы непрерывного медицинского образования для медицинских сестер.

4.2.4 Возможности карьерного роста врачей

Для врачей, работающих в амбулаторно-поликлинических учреждениях, развитие карьеры начинается после окончания лечебного или педиатрического факультета медицинского ВУЗа. Получив диплом врача, выпускник проходит годовую стажировку в интернатуре – в основном на базе одной из больниц – по одной из трех основных специальностей (терапия, хирургия или акушерство и гинекология, а для выпускников педиатрического отделения – педиатрия). Большинство студентов проходят стажировку в интернатуре по специальностям «терапия» или «педиатрия». Одновременно с выдачей диплома происходит процесс обязательного двухлетнего распределения молодых специалистов на их первое место работы (чаще всего в учреждения ПМСП). Получив распределение, молодые врачи могут поступить на курсы первичной специализации или в клиническую ординатуру, выбирая карьеру врача-специалиста: сначала они работают в поликлиниках, а затем, получив более высокую квалификацию, переходят на работу в стационарный сектор. Но есть и другая возможность – остаться работать врачом ПМСП.

В рамках одной специализации существует система повышения квалификационной категории врача, от которой зависит уровень зарплаты. Для врачей-специалистов предусмотрены четыре квалификационные категории: в случае, если опыт практической работы менее трех лет, квалификационная категория не присваивается; специалист второй категории (для этого надо иметь 3–6 лет опыта практической

работы и сдать квалификационный экзамен); специалист первой категории (не менее шести лет опыта практической работы плюс сдача теоретического экзамена); специалист высшей категории (не менее девяти лет опыта практической работы плюс сдача теоретического экзамена). Квалификация врача первой категории дает ему право занять должность заведующего отделением. После этого некоторые врачи выбирают карьеру руководителя медицинского учреждения, что означает изменение специализации: в этом случае они становятся руководителями здравоохранения. Однако получение квалификационных категорий не является обязательным, равно как и продвижение по квалификационной лестнице, поэтому многие специалисты не имеют квалификационной категории.

Карьерный рост врачей зависит от администрации больницы, в которой они работают. Администрация больницы заинтересована в том, чтобы в отчетности число врачей более высоких квалификационных категорий было выше. Большую часть документов, необходимых для присвоения врачу более высокой квалификационной категории (например, характеристику с места работы и отчетность о результатах работы), подписывает администрация больницы, но чаще всего этот процесс происходит автоматически, если только врач готов к сдаче теоретического экзамена. Экзамены на получение высшей квалификационной категории проводятся в БелМАПО и Витебском государственном медицинском университете, а на получение остальных категорий (второй и первой) – в областных управлениях здравоохранения.

4.2.5 Возможности карьерного роста другого медицинского персонала

Сестринский персонал начинает свою профессиональную карьеру после окончания учебы в медицинском колледже (2 года 10 месяцев) и получения сестринского диплома и обязательного распределения на первое место работы, которое производится в соответствии с планом областных управлений здравоохранением. В рамках специальности «сестринское дело» есть множество различных специализаций. Медицинская сестра поступает на курс соответствующей первичной специализации, которая необходима ее работодателю. Минимальные требования в отношении непрерывного медицинского образования среднего медицинского персонала таковы: каждый медицинский работник среднего звена обязан не реже одного раза в пять лет проходить курс повышения квалификации продолжительностью не менее 80 учебных часов. В

отношении среднего медицинского персонала также действует система присвоения квалификационных категорий (от отсутствия категории до высшей категории). Небольшой процент медицинских сестер занимают руководящие должности – они работают старшими медицинскими сестрами в поликлиниках или больницах.

В 2009 году была введена новая категория среднего медицинского персонала – помощник врача ПМСП. Это было сделано в целях расширения функций медицинских сестер с тем, чтобы частично освободить врачей ПМСП от трудового бремени. В конце 2012 года в стране насчитывалось 1016 помощников врачей, работающих в системе здравоохранения, при этом их основная функция состояла в обеспечении непрерывной помощи и мониторинга состояния пациентов с хроническими заболеваниями (раздел 5.3).

5. Предоставление медицинских услуг

В Беларуси действует широкая сеть поставщиков услуг ПМСП, но в распределении медицинских кадров имеют место некоторые территориальные диспропорции. Все учреждения ПМСП находятся в собственности государства. Существует две формы оказания услуг ПМСП: в городах этим занимается сохранившаяся с советских времен сеть поликлиник, а в сельской местности – амбулатории и ФАПы. ПМСП в столице страны Минске и пяти областных центрах оказывается во взрослых и детских поликлиниках, осуществляющих профилактику, диагностику, лечение и направление в учреждения специализированной и высокоспециализированной помощи. В сельских районах проводятся серьезные меры по введению в учреждениях ПМСП должности врача общей практики, который оказывал бы медицинскую помощь, как взрослым, так и детям.

Экстренная медицинская помощь в Беларуси организована на базе системы скорой и неотложной медицинской помощи, которая включает также оказание медицинской помощи населению во вне рабочее время. Таким образом, система скорой и неотложной медицинской помощи работает круглосуточно, без выходных и праздничных дней. По причине того, что именно в лице врачей и фельдшеров скорой помощи у пациента зачастую происходит первый контакт с системой здравоохранения, система скорой и неотложной медицинской помощи считается частью сектора ПМСП.

Специализированную медицинскую помощь населению оказывают в больницах районного и областного уровня. Центральные районные больницы предоставляют базовые услуги специализированной помощи, а больницы областного уровня занимаются более сложными случаями и предлагают более широкий спектр услуг. При этом в каждом районе и области имеется также поликлиника, где местному

населению оказывают специализированную помощь. Значимым направлением политики в области здравоохранения в Беларуси стало поддержание роста объема высокотехнологичной медицинской помощи, предоставляемой в учреждениях системы здравоохранения, что явилось результатом активных действий в рамках политики, проводимой в данной области. Большую часть данных высокотехнологичных услуг оказывают республиканские научно-практические центры, располагающие наилучшими кадровыми и материальными ресурсами. Кроме того, на сегодня существуют высокотехнологичные центры при некоторых областных больницах. Минздрав также занимается активным развитием реабилитационной помощи посредством организации центров реабилитационной помощи, куда пациенты могут поступать по направлению в случае необходимого им послеоперационного ухода или лечения. В Беларуси практика использования коечного фонда больниц в целях оказания пациентам медико-социальной и долговременной помощи закреплена законом, а многие сельские участковые больницы были недавно перепрофилированы в больницы сестринского ухода.

Все больницы и учреждения ПМСП принадлежат государству, а непосредственное управление их деятельностью осуществляют органы власти соответствующего уровня. В случае специализированной помощи больницы находятся в ведении районных или областных управлений здравоохранения; высокоспециализированные больницы принадлежат непосредственно Минздраву. Частных больниц или учреждений ПМСП в Беларуси нет, однако диагностические центры играют значительную роль в деятельности частного сектора системы здравоохранения. Такие диагностические центры зачастую являются коммерческими отделениями государственных больниц, которые также получают частный доход, взимая плату за размещение в отдельных палатах в стационарах, а также посредством продвижения медицинского туризма.

5.1 Общественное здравоохранение

В Беларуси существует единая централизованная система государственного санитарно-эпидемиологического надзора с учреждениями, представленными на каждом уровне администрирования. В настоящее время в стране имеется 139 санитарно-эпидемиологических учреждений. Государственный санитарный надзор (Госсаннадзор) является уполномоченным государственным органом, деятельность которого направлена на профилактику заболеваний посредством

проведения мер по предотвращению, выявлению и упреждению нарушений санитарно-эпидемиологического законодательства. К основным видам деятельности Госсаннадзора относятся: контроль качества условий жизни, санитарно-эпидемиологическое просвещение населения, формирование здорового образа жизни, а также разработка и внедрение нормативно-правового регулирования и законодательства в целях обеспечения санитарно-эпидемиологической безопасности населения. Санитарно-эпидемиологический надзор включает достижение эпидемиологической безопасности населения, защиту окружающей среды, обеспечение гигиены труда и контроля качества продуктов питания и их безопасности, а также контроль над гигиеной окружающей среды.

Госсаннадзор возглавляет Главный санитарный врач Республики Беларусь, который также занимает пост заместителя Министра здравоохранения и несет ответственность за обеспечение санитарно-эпидемиологической безопасности населения и функционирование сектора общественного здравоохранения. Система санитарно-эпидемиологического надзора включает:

- Отдел гигиены, эпидемиологии и профилактики Минздрава;
- республиканские и областные центры гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья, а также городские, районные и зональные центры гигиены и эпидемиологии;
- центры дезинфекции и стерилизации, а также центры профилактической дезинфекции;
- Республиканский научно-практический центр гигиены и Республиканский научно-практический центр эпидемиологии и микробиологии, а также другие государственные учреждения санитарно-эпидемиологического профиля, курируемые Минздравом.

В 2011 году санитарно-эпидемиологические учреждения Белорусской железной дороги и Медицинской службы гражданской авиации были интегрированы в санитарно-эпидемиологическую систему Минздрава.

Основными элементами системы общественного здравоохранения районного уровня являются районные и городские центры гигиены и эпидемиологии, выполняющие ряд функций по профилактике инфекционных болезней. В данных центрах работают врачи, специализация которых включает контроль над инфекционными болезнями, в том числе клинические гигиенисты-эпидемиологи и санитарные фельдшеры/помощники эпидемиологов. В сферу ответственности районных центров

гигиены и эпидемиологии входит мониторинг и контроль над соблюдением норм «санитарной безопасности» (гигиена окружающей среды) в магазинах, местах общественного питания (кафе, ресторанах, столовых, и т.д.), детских садах, школах и медицинских учреждениях (раздел 2.8.2). Они также несут ответственность за осуществление программ иммунизации населения. Региональные центры гигиены и эпидемиологии находятся в ведении региональных управлений здравоохранения и Отдела гигиены, эпидемиологии и профилактики Минздрава.

В Беларуси есть также организация общенационального уровня – Республиканский центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья, который занимается координацией вопросов профилактики отдельных заболеваний (например, ВИЧ) и формирования здорового образа жизни. Отделы общественного здоровья в центрах гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья ставят своей целью снижение рисков для здоровья населения и негативного воздействия экологических факторов, а также проведение мер по сокращению и предотвращению данных факторов. Кроме того, данные отделения также разрабатывают стратегии и принимают решения об основных направлениях деятельности в области профилактики заболеваний и формирования здорового образа жизни. Обеспечение гигиены окружающей среды и контроля над инфекционными болезнями осуществляется по двум направлениям: активный санитарно-гигиенический контроль состояния всех общественных зданий и сооружений и извещение обо всех случаях инфекционных болезней, подлежащих обязательной регистрации. Все медицинские учреждения обязаны информировать районные центры гигиены и эпидемиологии обо всех случаях инфекционных болезней, подлежащих обязательной регистрации, а также обо всех случаях заражения паразитами (чесотка, педикулез, гастроэнтерит, все детские инфекции, заболевания, предупреждаемые вакцинацией, и т.д.). Получив такую информацию, врач по контролю над инфекционными болезнями исследует причины и источники инфекции/заражения паразитами и определяет возможные меры по ограничению вспышки заболевания.

В настоящее время основной проблемой, стоящей перед санитарно-эпидемиологической службой, является осуществление перехода от деятельности, основанной на выявлении нарушений санитарно-эпидемиологического законодательства и применении штрафных санкций, к деятельности, ориентированной на принятие стратегии предотвращения подобного рода нарушений. В этой связи был введен ряд мер по реформированию Госсаннадзора на период 2012–2015 годов. Это

объясняется тем, что в стране осуществляется внедрение и реализация современной системы управления санитарно-эпидемиологической службой, развитие единой информационной системы санитарно-эпидемиологической службы, предоставление технологий Госсаннадзору, развитие лабораторных служб при Госсаннадзоре, и т.д. В целях выработки единого подхода к деятельности санитарно-эпидемиологических служб территориальные центры гигиены и эпидемиологии разработали ряд документов, регламентирующих деятельность по осуществлению надзора и возможных методов инспекций. Однако наиболее важными из вышеуказанных документов являются рекомендации по осуществлению функций Госсаннадзора и график проводимых инспекций тех объектов, которые требуют ежемесячной проверки.

Правительства Республики Беларусь, Республики Казахстан и Российской Федерации подписали 11 декабря 2009 года соглашение о применении совместных санитарных норм в рамках Таможенного союза. В соответствии с соглашением было учреждено единое санитарно-эпидемиологическое пространство для товаров, циркулирующих по территории Таможенного союза, а также введен единый порядок осуществления контроля безопасности товаров, отраженный в единых требованиях. Данная инициатива отличалась сложностью и в значительной степени повлияла на деятельность Госсаннадзора.

В Беларуси растет понимание необходимости расширения мер в области укрепления здоровья и санитарного просвещения населения. Но приоритет традиционно отдавался борьбе с инфекционными болезнями, а не профилактике неинфекционных болезней или укреплению здоровья. В соответствии с действующими приказами Минздрава врачи ПМСП обязаны выделять шесть часов своего рабочего времени в месяц на чтение населению лекций по вопросам охраны здоровья, после чего предоставлять в районное управление здравоохранения отчет о своей деятельности в области санитарного просвещения. Такая практика действует еще с советских времен, однако всесторонняя оценка ее влияния на поведение людей в отношении своего здоровья пока не проводилась. Подобным же образом, основной фокус программ санитарного просвещения направлен на проведение мероприятий по повышению осведомленности в рамках отдельных тематических дней: так в 2011 году из 3985 мероприятий по профилактике заболеваний было проведено 24 «дня» по борьбе с различными заболеваниями. Особое внимание уделяется общему числу проведенных лекций, показанных реклам, организованных

круглых столов обсуждений и т. д., однако не ясно, учитывается ли воздействие данных инициатив на здоровье населения или его поведение в отношении здоровья.

Серьезное влияние на деятельность системы общественного здравоохранения оказало несколько факторов общенационального масштаба. Беларусь была одной из первых стран СНГ, подписавших и ратифицировавших Рамочную конвенцию ВОЗ по борьбе против табака, но проведение ее положений в жизнь идет довольно медленными темпами. Поскольку злоупотребление алкоголем признано одним из серьезных факторов патогенного риска, в стране была принята «Государственная программа национальных действий по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма». Кроме того, проводятся государственные программы по формированию здорового образа жизни, в рамках которых предусмотрены меры, способствующие развитию физкультуры и спорта на местном уровне и увеличению объема ориентированной на подростков и молодежь социальной рекламы, информирующей о вреде курения и злоупотребления алкоголем. Реализуется также ряд международных проектов помощи (программы ПРООН/ Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией и ВОЗ), направленных на профилактику ВИЧ-инфекции и ТБ, которые проводятся в сотрудничестве с Минздравом и различными НПО. Последнее особенно важно потому, что Беларусь, равно как и многие другие регионы постсоветского пространства, относится к числу стран Европейского региона ВОЗ с высоким бременем ТБ, а также занимает 27 место среди стран с наиболее высоким бременем МЛУ-ТБ.

Иммунизация и мониторинг состояния здоровья детей проводятся силами сектора ПМСП. В городах этим занимаются участковые педиатры, а в сельской местности – преимущественно врачи общей практики. В Беларуси действует государственная программа детской иммунизации, и все плановые иммунизации проводятся бесплатно. В течение первого месяца жизни все новорожденные трижды проходят профилактический осмотр у своего врача ПМСП, а в период до достижения одного года – не реже раза в месяц. При планировании и проведении схемы иммунизации врачам ПМСП помогают медицинские сестры педиатрического профиля, работающие в секторе ПМСП, которые посещают детей на дому. Иммунизация и мониторинг состояния здоровья детей считаются основными обязанностями участковых педиатров и врачей общей практики. Эти виды деятельности относятся к числу их основных служебных обязанностей и поэтому не предполагают дополнительных

финансовых стимулов или премий за их выполнение. Все вакцины приобретаются централизованно, за счет средств государственного бюджета, и распределяются через районные центры гигиены и эпидемиологии.

Отличительной особенностью и основным преимуществом системы Семашко всегда считалась профилактическая направленность здравоохранения, что, однако, в меньшей степени способствовало профилактике неинфекционных болезней, которые на сегодня являются основной причиной смертности населения. В системе здравоохранения значительное внимание уделяется вторичной профилактике, т.е. раннему выявлению и лечению заболеваний, а не первичной профилактике неинфекционных болезней. Вторичная профилактика обеспечивается путем проведения целого ряда скрининговых мероприятий. Программы скрининга разработаны по всем основным врачебным специальностям, а их реализация передана в ведение врачей сектора ПМСП. Программа раннего выявления ЗНО шейки матки предусматривает ежегодное взятие мазка по Папаниколау у всех женщин в возрасте старше 18 лет. Согласно официальной отчетности, этой программой охвачено почти 90% женского населения. Около 95% взрослого населения страны (в возрасте 17 лет и старше) ежегодно проходят флюорографию (малоформатную рентгенографию органов грудной клетки). Однако программа массового скрининга на ТБ не охватывает маргинальных групп населения, которые также подвергаются наибольшему риску заражения. В 2013 году в трех районах Минска была апробирована программа массового скрининга на ЗНО предстательной железы, вместе с тем судить об эффективности массового скрининга данного вида онкологического заболевания не представляется возможным в силу отсутствия серьезной доказательной базы (Davidson & Gabbay, 2004).

Скрининг на предмет выявления артериальной гипертензии проводится по обращаемости: всем взрослым пациентам при каждом их обращении к врачу ПМСП в обязательном порядке измеряют кровяное давление. Специалисты-онкологи ввели процедуру скрининга по обращаемости на предмет выявления ЗНО молочной железы: у всех женщин, обращающихся к врачу ПМСП, вне зависимости от повода обращения, проводится осмотр и пальпация молочных желез. Есть также перечень первичных симптомов, помогающих провести скрининг на ЗНО желудка (потеря массы тела, потеря аппетита), прямой кишки (кровотечения) и кожи; такой скрининг должен проводиться ежегодно. В случае диагностирования у пациента онкологического заболевания

его медицинскую карту тщательно проверяют врачи-онкологи, чтобы выяснить, проводились ли должным образом врачами ПМСП процедуры скрининга по обращаемости. В качестве возможной меры борьбы с ишемической болезнью сердца кардиологи ввели требование о ежегодном электрокардиографическом обследовании (ЭКГ) всех пациентов в возрасте старше 40 лет, но эффективность этой программы пока не оценивалась, и в мировой практике этот метод не относится к категории общепринятых. Офтальмологи ввели скрининг по обращаемости на предмет выявления глаукомы – у всех пациентов старше 40 лет силами врачей-специалистов ПМСП ежегодно проводится офтальмотонометрия. Районные центры гигиены и эпидемиологии требуют проведения скрининга по обращаемости во время каждого посещения пациента на предмет наличия (отсутствия) чесотки и педикулеза; результаты осмотра вносятся в медицинскую карту пациента. Соответствующие специалисты регулярно проверяют медицинские карты пациентов, чтобы удостовериться в соблюдении правил, касающихся текущих процедур скрининга. Отбор медицинских карт для таких проверок проводится методом случайной выборки. В стране не принято критически оценивать предложенные меры в области скрининга с позиций доказательной медицины и с точки зрения эффективности затрат и возможных побочных последствий. Кроме того, фактор административного давления, которое вынуждает врачей соблюдать запланированные целевые показатели, может негативно сказываться на достоверности данных, касающихся профилактических мероприятий.

Наиболее важные вопросы в области общественного здравоохранения, в том числе борьба с ТБ и ВИЧ/СПИДом, решаются с помощью проведения соответствующих вертикальных программ, которые реализуются параллельно с основной деятельностью государственной системы здравоохранения. В Беларуси организацией и финансированием таких программ занимаются областные и районные управления здравоохранения совместно с Минздравом. Однако сегодня отмечено улучшение интеграции оказания медицинской помощи пациентам с ТБ в секторе ПМСП; в сельской местности терапия пациентов с ТБ проводится под непосредственным наблюдением врачей ПМСП.

5.2 Маршрут пациента в системе здравоохранения

И в городах, и в сельской местности маршрут пациента в системе здравоохранения выглядит примерно одинаково. Женщина, страдающая

остеоартритом и нуждающаяся в эндопротезировании тазобедренного сустава, предпримет следующее:

- Сначала пациентка обратится к своему участковому терапевту в районной поликлинике по месту регистрации (или к врачу общей практики/семейному врачу, если это происходит в сельской местности). Посещение врача является бесплатным. Врач ПМСП проведет предварительную оценку проблемы и направит ее на прохождение всех необходимых обследований (также проводимых бесплатно).
- В том случае, если в районной поликлинике имеется соответствующий узкий специалист (например, хирург), врач ПМСП направляет пациентку к данному специалисту на дальнейшее обследование. Если пациентка записывается на прием к такому узкому специалисту без предварительного направления, ей, возможно, придется занять очередь и ждать, но консультация врача-специалиста ей по-прежнему будет оказана бесплатно. Врачи общей практики, работающие в сельских районах, направляют пациентов на прохождение консультации узкого специалиста в центральные районные поликлиники.
- После проведения всех необходимых обследований врач ПМСП или узкий специалист могут направить пациентку в стационар.
- В экстренном случае по мере необходимости врач ПМСП может вызвать бригаду скорой помощи в целях госпитализации пациентки.
- В большинстве случаев при наличии направления пациентка берет талончик к врачу-специалисту и ждет посещения в порядке очереди. При отдельных состояниях или жалобах со стороны пациентов попасть к врачу в приемные часы можно без очереди, если речь идет об экстренном случае.
- Все консультации врачей, сама операция и послеоперационный уход оказываются бесплатно по месту оказания помощи. Вместе с тем пациентка может оплатить некоторые дополнительные услуги из личных средств (например, размещение в отдельной палате).
- После операции по замене тазобедренного сустава пациентку направляют в реабилитационный центр, без предварительной выписки.
- После выписки оказание послеоперационного ухода входит в сферу ответственности либо отделений дневных стационаров (в городах), либо врача ПМСП (в сельских районах).

5.3 Первичная медико-санитарная/амбулаторная помощь

В стране представлены два вида оказания медицинской помощи – ПМСП и специализированная помощь. В Беларуси основным приоритетом является развитие сектора ПМСП. Объемы финансирования сектора ПМСП постоянно растут (раздел 3.1), так, в 2011 году около 38% общих расходов на здравоохранение было направлено на развитие сектора ПМСП, несмотря на то, что данный показатель также включает расходы на оказание узкоспециализированной помощи в городских поликлиниках. В системе ПМСП существуют два основных вида оказания медицинской помощи, включающих традиционную систему поликлиник в городах и модель врача общей практики в сельской местности и некоторых пригородных зонах.

В городах ПМСП оказывает сеть поликлиник, а в сельских районах – амбулатории и сельские участковые больницы. Во многих отдаленных сельских районах доклиническая диагностика осуществляется ФАПами. Все учреждения ПМСП принадлежат государству. Деятельность данных учреждений финансируется и контролируется 120 районными управлениями здравоохранения, которые действуют на базе центральных районных больниц. В Беларуси ПМСП оказывают медицинские организации районного, областного и республиканского подчинения, равно как и межрайонные, межрегиональные и муниципальные медицинские центры и кабинеты.

Фельдшерско-акушерские пункты (ФАПы) и амбулатории

В отдаленных сельских районах ПМСП организована на базе ФАПов и амбулаторий: в ФАПах работают фельдшеры, в амбулаториях – врачи общей практики, участковые терапевты и участковые педиатры, а также средний медицинский персонал. В некоторых отдаленных сельских районах имеется стационар с коечным фондом на 15–30 мест. Такие учреждения чаще называются участковыми больницами; некоторые из них были перепрофилированы в больницы сестринского ухода, оказывающие долговременную медико-социальную помощь. Кроме того, в стране действует служба скорой помощи, которая обеспечивает значительную часть медицинской помощи во вне рабочее время, а также экстренную медицинскую помощь (раздел 5.5).

ФАП – это очень небольшое по размеру медицинское учреждение, в штате которого есть всего один медицинский работник (фельдшер-акушер)

и один вспомогательный (санитар). ФАПы располагаются в наиболее отдаленных сельских населенных пунктах, где численность населения не достигает нормативного уровня, необходимого для того, чтобы на этом участке работал свой врач. Фельдшеры, работающие в ФАПах, оказывают населению первую доврачебную помощь при незначительных недомоганиях и некоторых хронических заболеваниях как в самом ФАПе, так и на дому. В экстренных случаях фельдшер вызывает бригаду скорой помощи, но, в силу географической удаленности, машине скорой помощи приходится преодолевать значительные расстояния. Кроме того, ФАП, как правило, входит в районную сеть государственных аптек и поэтому выполняет еще одну важную функцию – снабжение населения фармацевтической продукцией. Сотрудники ФАПа больше не отвечают за выполнение программ плановой иммунизации. Обычно ФАПы прикреплены к ближайшей амбулатории, где есть врач ПМСП. Для того чтобы попасть на прием к врачу ПМСП, пациенту не нужно получать направление от фельдшера, поэтому в случае необходимости он может сразу обратиться к врачу, работающему в ближайшей амбулатории.

В сельской местности врачи ПМСП чаще всего работают в амбулаториях – их в стране 645 (Министерство здравоохранения Республики Беларусь, 2012). В 70% сельских амбулаторий работают врачи общей практики (прошедшие переподготовку участковые терапевты или участковые педиатры), а штаты остальных по-прежнему укомплектованы «взрослыми» и «детскими» врачами. Полный штат медицинских работников сельской амбулатории включает следующих специалистов: как минимум один врач ПМСП, стоматолог, фельдшер, акушерка, две медицинские сестры, физиотерапевтическая медицинская сестра, фельдшер-лаборант и вспомогательный персонал (санитары, водители, истопники и т.п.). В 2012 году в стране насчитывалась 471 врачебная практика. Общее техническое состояние амбулаторий – особенно по сравнению с ФАПами – значительно улучшилось благодаря реализации «Государственной программы возрождения и развития села».

Нормы и правила

Штатная численность работников сельской амбулатории зависит от численности местного населения; нормативы штатной численности персонала определяются Минздравом централизованно. В Беларуси установлены следующие нормативы обеспеченности населения врачами (в ЭПЗ): один врач общей практики на 1300 прикрепленного населения (включая детей); один участковый педиатр на 800 детей в возрасте до

18 лет; один участковый терапевт на 1800¹ взрослого населения. В сельских амбулаториях оказывают практически все основные виды ПМСП, включая общую медицинскую помощь взрослым и детям, небольшие хирургические операции, медицинскую помощь при незначительных травмах, родовую помощь силами акушерки (родовспоможение проводится в больнице), послеродовую помощь, выписку листков нетрудоспособности и иммунопрофилактику.

В отдаленных сельских населенных пунктах круглосуточная медицинская помощь официально не финансируется и не регулируется. Там, где есть только ФАП или сельская амбулатория, никаких дополнительных доплат этой категории медицинского персонала за круглосуточную доступность их услуг не предусмотрено, кроме одной – за работу в сельской местности, и она составляет 20% минимального размера оплаты труда, что эквивалентно 30 долл. США в месяц.

Поликлиники

В пяти областных центрах и в столице страны Минске почти все услуги ПМСП оказывают в двух параллельно действующих сетях поликлиник, которые нередко бывают расположены в отдельных зданиях: в детских поликлиниках и в поликлиниках для взрослых, при которых также есть женские консультации. Городские поликлиники имеют значительные районы охвата и обслуживают 10 000–70 000 жителей. В городских поликлиниках есть все основные категории узких специалистов, ведущих амбулаторный прием населения (хирурги, отоларингологи, офтальмологи, неврологи, эндокринологи, кардиологи и гинекологи во взрослых поликлиниках), а также основные аппаратные средства диагностики (клиническая лаборатория, рентгеновский кабинет, кабинет ультразвуковой диагностики и эндоскопический кабинет). Для взрослых и детей предусмотрены отдельные врачи-специалисты и отдельные аппаратные средства диагностики; эти системы работают независимо друг от друга, что приводит к дублированию кадров и средств диагностики в больницах.

Дублирование диагностических обследований и содержание отдельных средств диагностики для обслуживания взрослого и детского населения приводит к значительным затратам и не всегда экономически оправдано в городах. Врачи-специалисты, работающие в больницах, часто жалуются на качество диагностики в амбулаторно-поликлиническом звене и потому предпочитают проводить диагностические обследования повторно в условиях стационара.

¹ В апреле 2014 один участковый терапевт на 1700 взрослого населения (*прим. авт.*).

В городах услуги ПМСП детям оказывают в детских поликлиниках. Участковый педиатр, работающий на полную ставку, должен обслужить 800 детей в возрасте до 18 лет. Именно в лице участкового педиатра у детей происходит первый контакт с системой здравоохранения в случае проблем со здоровьем; он же проводит и программы профилактики болезней детского возраста. Из-за нехватки участковых педиатров в секторе ПМСП средняя численность детского населения, прикрепленного к одному врачу (физическому лицу), в действительности может составлять до 1000–1300 человек. Работающему в детской поликлинике участковому педиатру помогает педиатрическая медицинская сестра, которая в рамках планового наблюдения за состоянием здоровья детей в возрасте до одного года посещает их на дому. Как правило, в поликлиниках есть отдельная медицинская сестра, которая занимается планированием и проведением программ иммунизации детей в соответствии с рекомендациями участкового педиатра. Стационарных отделений в детских поликлиниках нет, но там работают на полную ставку узкие специалисты (детские хирурги, ортопеды, неврологи, отоларингологи, кардиологи и эндокринологи). Все дети должны ежегодно проходить профилактический осмотр у всех основных врачей-специалистов (диспансеризацию), после чего нередки случаи гипердиагностики и полипрагмазии.

Участковые педиатры также выдают детям справки по болезни и выписывают их родителям листки нетрудоспособности по уходу за ребенком. По законодательству, действующему по состоянию на июнь 2013 года, в случае болезни ребенка только педиатр имеет право выдать ему справку об освобождении от занятий в школе и от посещения детского сада. В этой связи участковые педиатры несут очень большую нагрузку: им приходится осматривать до 40–50 детей в день на амбулаторном приеме плюс еще 8–30 детей во время посещений на дому, по большей части для того, чтобы выдать ребенку справку об освобождении от занятий в школе или листок нетрудоспособности по уходу за ребенком его родителям. Обычно детские поликлиники работают с понедельника по субботу с 8.00 до 18.00². В нерабочее время медицинскую помощь детям оказывают по вызову участковые педиатры или фельдшеры по системе скорой и неотложной медицинской помощи. Дети, получившие незначительные травмы или ушибы, должны обратиться в свою районную поликлинику к детскому хирургу, который может диагностировать (с помощью рентгенографии) и лечить незначительные травмы и переломы (в случае более серьезных травм пациента направляют в травматологическое отделение детской

² В апреле 2014 обычно детские поликлиники работали до 20.00 (прим. авт.).

поликлиники или больницы). Участковые педиатры также отвечают за проведение регулярных профилактических осмотров детей в детских садах и школах; кроме того, шесть часов их рабочего времени в месяц должно быть посвящено чтению лекций детям по вопросам санитарного просвещения.

Взрослым услуги ПМСП оказывают в поликлиниках для взрослых, которые обычно располагаются в отдельном от детской поликлиники здании. Изначально отдельная организация амбулаторной помощи детям и взрослым была организована для того, чтобы дети не заразились от взрослых инфекционными болезнями, а также для того, чтобы снизить нагрузку на врачей ПМСП. Это же является и наиболее распространенным аргументом против введения системы общей врачебной практики в городах. В лице участкового терапевта у взрослых происходит первый контакт с системой здравоохранения. По нормативу на каждые 1700 человек прикрепленного к поликлинике взрослого населения должен приходиться один участковый терапевт, но из-за нехватки кадров в секторе ПМСП к врачу-терапевту (физическому лицу), работающему в поликлинике, может быть прикреплено до 2000–2500 человек и более. В случае каких-либо специфических проблем пациенты могут также самостоятельно обратиться к врачу-специалисту, работающему в той же поликлинике (хирургу, неврологу, отоларингологу, офтальмологу, гинекологу, эндокринологу и кардиологу). Женские консультации чаще всего представляют собой просто одно из отделений взрослой поликлиники, расположенное в том же здании, но в крупных городах женские консультации могут располагаться и в отдельных зданиях. В женских консультациях работают как участковые гинекологи общего профиля, так и узкие специалисты: гинеколог-маммолог, гинеколог-кольпоскопист, гинеколог – специалист по ультразвуковой диагностике, детский гинеколог, иногда – гинеколог-эндокринолог. Для того чтобы попасть на прием к гинекологу узкой специализации, женщинам не нужно получать направление от своего участкового гинеколога; они могут обратиться к нужному им специалисту напрямую – как в связи с имеющимися жалобами, так и во время беременности, в целях осуществления дородового наблюдения. Медицинские аборт производятся амбулаторно, в женских консультациях. Родовспоможение проводится в родильных домах.

Стандартные профилактические мероприятия и административные задачи

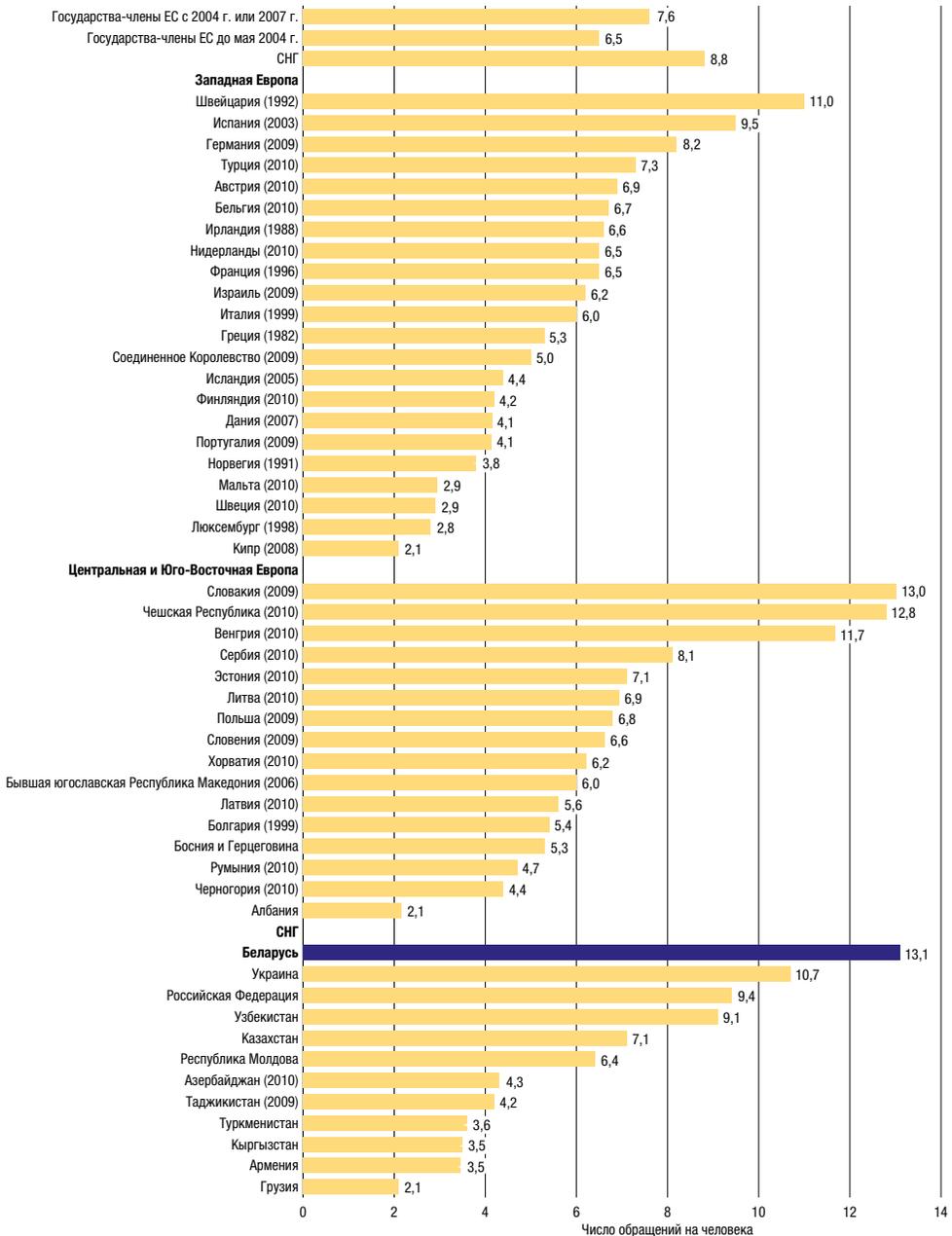
Есть несколько многочисленных групп населения, которые должны регулярно проходить профилактические осмотры у всех основных

специалистов (невролога, отоларинголога, хирурга, офтальмолога, эндокринолога и гинеколога). Детей в течение первого года жизни все основные специалисты осматривают дважды, после года – один раз в году. Во время беременности женщины проходят два полных профилактических осмотра. Кроме того, проводится ежегодная диспансеризация школьников, студентов, ветеранов войны, всех пациентов из районов, подвергшихся радиоактивному загрязнению в результате аварии на Чернобыльской АЭС, пациентов, страдающих такими хроническими заболеваниями, как артериальная гипертензия и диабет, а также работников отдельных специальностей. На такие комплексные медицинские осмотры приходится около 15–22 % нагрузки узких специалистов, работающих в поликлиниках, хотя эффективность этих мероприятий до сих пор не проверялась (Каштальян, А.А., 2005). Большое количество стандартных профилактических медосмотров (диспансеризаций) является одной из причин столь высокого числа амбулаторных посещений на человека в год (рис. 5.1); так, в 2010 году данный показатель в среднем составил 13,4 (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013). Начиная с 2008 года диспансеризацией охвачено все взрослое население Беларуси, причем особое внимание уделяется работающему населению. В 2011 году стандартный профилактический осмотр прошли 98,4% всего населения страны, включая 99% работающего населения, при этом хронические заболевания были выявлены у 33% мужчин и 34,7% женщин.

Участковые терапевты официально несут ответственность за оказание пациенту медицинской помощи в целом. Одной из их основных обязанностей является выдача листков нетрудоспособности с первого дня болезни; этим обусловлен большой незапланированный объем нагрузки и большое количество посещений на дому, которое во время вспышек гриппа может достигать до тридцати в день. Кроме того, участковые терапевты отвечают за иммунопрофилактику взрослых против дифтерии и столбняка (каждые 10 лет), а также за проведение процедур скрининга по обращаемости (раздел 5.1). Как и участковый педиатр, участковый терапевт обязан не менее шести часов своего рабочего времени в месяц уделять чтению лекций по вопросам санитарного просвещения. Участковому терапевту помогает в его работе медицинская сестра, которая присутствует в его кабинете во время амбулаторного приема, что может отрицательно сказаться на соблюдении принципа конфиденциальности консультаций по деликатным вопросам. Медицинская сестра выполняет большой объем работы по составлению статистической отчетности для всех основных специалистов по заболеваемости и показателям работы на участке.

Рис. 5.1

Число обращений за амбулаторной помощью на человека в год в странах Европейского региона ВОЗ, 2011 г. или за последний год с наличием данных



Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013.

Начиная с 2010 года отмечается активное развитие должности «помощника врача» в секторе ПМСП. Введение данной должности/ставки существенно расширяет функции среднего медицинского персонала. Так, помощник врача проводит независимые консультации пациентов, осуществляет их посещение на дому как по вызову, так и в целях мониторинга динамики пациентов с хроническими заболеваниями, продлевает рецептурные ЛС для амбулаторного лечения и работает со здоровым населением, которое входит в группу риска по развитию отдельных видов заболеваний. Целью введения данной должности является снижение бремени плановых задач участковых терапевтов. По состоянию на 1 января 2011 года в стране насчитывалось 732 помощника врача, причем к 1 января 2012 года данный показатель вырос до 872.

В 2011 году была завершена программа переоснащения амбулаторно-поликлинических учреждений, включая модернизацию лабораторно-диагностической оснащённости и оборудования для проведения ультразвуковых исследований, а также рабочей среды узких специалистов в целом. В стране поддерживается развитие ИТ в секторе ПМСП, а использование различных систем стало наиболее важным в процессе внедрения общенациональных информационных систем в секторе ПМСП (раздел 4.1.4). АРМ «Регистратура» служит первым шагом на пути введения электронных карт пациентов для использования в секторе ПМСП. АРМ «Диспансеризация» представляет собой электронный банк информации об осмотрах населения, применяемый для улучшения целевых программ скрининга населения и обеспечения соответствия данных. АРМ «Статистика» – это система записи пациентов по установленным диагнозам.

Начиная с 2002 года в учреждениях ПМСП, расположенных в сельской местности, введена в пользование информационная система АРМ «Врач общей практики», позволяющая хранить карты пациентов в электронном виде и поддерживающая функцию последующего врачебного наблюдения пациентов, нуждающихся в диспансеризации. Данная система установлена в 439 учреждениях ПМСП, расположенных в сельской местности (около 72% от общего числа данного вида учреждений). Начиная с 2010 года показатель наличия систем АРМ «Регистратура» и АРМ «Врач общей практики» включен в модель учета результатов деятельности по организации медицинской помощи в учреждениях сектора здравоохранения.

Доступность и спектр предоставляемых услуг

Поскольку функция контроля доступа к специализированной помощи у участкового терапевта практически отсутствует, то белорусские руководители здравоохранения часто называют работающих в поликлиниках узких специалистов «специалистами ПМСП». По существу, функцию контроля доступа к специализированной помощи взяли на себя узкие специалисты в поликлиниках, которые могут выдать пациенту направление к специалисту вторичного уровня оказания медицинской помощи, работающему в больнице. Врач ПМСП может также направить пациента непосредственно в терапевтическое или инфекционное отделение больницы, а также в экстренных случаях (аппендицит, травма, отравление и т.п.) – в другие отделения; при этом, для того чтобы получить такое направление, пациенту не нужно идти на прием к соответствующему специалисту ПМСП. Формально, если в учреждении ПМСП работает более одного врача, пациенты имеют право по собственному усмотрению выбирать, к какому врачу им обратиться. Если пациент не удовлетворен услугами своего участкового врача, то по заявлению пациента районное управление здравоохранения или главврач районной больницы могут прикрепить его к другому врачу, но на практике такое бывает редко, а у «хороших» врачей отсутствуют стимулы для того, чтобы прикреплять дополнительных пациентов с других участков, которые к тому же бывают зачастую более требовательными.

С конца 1990-х годов в Беларуси идет непрерывный процесс реформирования сектора ПМСП. Одной из главных причин данного явления служит растущее понимание того факта, что экстенсивное и дорогостоящее увеличение числа больничных коек и врачей-специалистов не внесло особенного вклада в улучшение состояния здоровья населения (Жарко, В.И., 2007). Большое влияние здесь также оказала ВОЗ, представив убедительные доказательства высокой эффективности сектора ПМСП как с точки зрения определенных показателей состояния здоровья населения, так и с точки зрения более рационального использования ресурсов на основе модели врача общей практики. Вместе с тем нельзя отметить, что те надежды, которые многие связывают с данной моделью (например, что она, вне зависимости от остальных показателей развития общества, способна обеспечить резкое улучшение показателей продолжительности жизни или снижение детской смертности), зачастую нереалистичны.

Проведенный в 2005 году общенациональный опрос выявил, что врачи общей практики уделяют пациентам больше времени, чем участковые терапевты, и гораздо больше занимаются лечением

заболеваний и последующим наблюдением пациентов (Rousovich et al., 2006). Интересно отметить, что результаты того же опроса показали, что в целом пациенты удовлетворены уровнем доступности услуг и врачей ПМСП – вне зависимости от того, являются ли они участковыми терапевтами или врачами общей практики. В сельской местности уровень удовлетворенности пациентов услугами ПМСП оказался заметно выше, чем в городах; выяснилось также, что отношение к своим врачам и медицинским сестрам сектора ПМСП у сельских респондентов гораздо лучше, чем у городских жителей (Egovov et al., 2006). Таким образом, уровень удовлетворенности пациентов в большей степени определялся скорее географическим фактором, а не тем, прошел ли врач курсы переподготовки на врача общей практики.

Одной из сильных сторон сектора ПМСП в Беларуси является равномерное географическое распределение медицинских учреждений по всей территории страны – как в городах, так и в сельской местности. Однако и в городах, и на селе большой проблемой остается привлечение и удержание кадров в секторе ПМСП. Очень важно сделать так, чтобы работа врача ПМСП стала более привлекательной как в моральном, так и в материальном отношении. Серьезной проблемой является также создание механизмов, позволяющих осуществить реальные сдвиги в финансировании здравоохранения, а именно перераспределить ресурсы из секторов высокоспециализированной и стационарной помощи в сектор ПМСП; это непросто, поскольку у представителей сектора высокоспециализированной помощи очень сильное лобби. У сектора же ПМСП, напротив, опыт лоббирования определенных вопросов оказался на редкость неудачным: например, так и не удалось добиться отмены неэффективных мероприятий и протоколов (в частности, необходимости предоставления излишних объемов бумажной отчетности, упрощения порядка выдачи листков нетрудоспособности в случае наиболее распространенных заболеваний, отмены обязательных профилактических осмотров у всех врачей-специалистов в поликлиниках и т.д.). По-прежнему проблемными остаются такие вопросы, как повышение уровня подготовки врачей ПМСП, а также подбор и привлечение кадров, желающих работать в секторе ПМСП, в отличие от действующей в настоящее время системы обязательного распределения неопытных молодых специалистов в учреждения ПМСП.

Начиная с 2008 года в стране был предпринят ряд мер по повышению доступности услуг ПМСП. В частности, была улучшена система организации записи к врачу: теперь пациенты могут сделать это лично,

в режиме онлайн или по телефону, причем сама запись возможна в течение дня. Ранее пациентам приходилось ожидать посещения в порядке живой очереди, и хотя они обязательно оказывались на приеме у врача, ждать им приходилось иногда часами. В целях разрешения данной ситуации все регистратуры в поликлиниках были оборудованы многоканальными телефонными линиями с тем, чтобы проводимую работу можно было организовать по принципу «одного окна». Теперь врач может предписывать льготные ЛС для пациентов с хроническими заболеваниями сроком на 6 месяцев (ранее на 3 месяца). Дальнейшее совершенствование системы предполагает организацию ухода на дому для одиноких пожилых людей.

5.4 Специализированная амбулаторная/ стационарная помощь

Специализированная помощь представляет собой второй уровень белорусской системы здравоохранения и осуществляется врачами-специалистами в различных медицинских учреждениях. Специализированная помощь в стране организована по территориальному принципу: каждый район или область обслуживает соответствующая больница, деятельность которой финансируется за счет средств соответствующего бюджета. Поликлиники (начиная с районного уровня и выше) также предоставляют специализированные услуги в таких основных областях специализации, как неврология, офтальмология, хирургия, отоларингология и гинекология. В целом центральные районные больницы оказывают как обычные услуги специализированной помощи (терапия, хирургия, акушерство и гинекология и педиатрия), так и целый ряд специализированных услуг (урология, неврология, инфекционные болезни и т.п.). В каждом из регионов были созданы межрайонные центры или отделения медицинских учреждений, которые оказывают специализированную помощь жителям близлежащих районов, включая реабилитационную помощь, гемодиализ, урологию, нейрохиргию и т.п. В более сложных случаях пациента могут направить в больницу областного уровня (детскую или взрослую), где спектр оказываемых услуг шире, чем в районной. Имеются также амбулаторно-поликлинические учреждения, в которых местным пациентам оказывают специализированную помощь. В больших городах такие поликлиники делятся на детские или взрослые, а в наиболее крупных городах объем и виды специализированных услуг, предоставляемых поликлиниками,

значительно шире и включают специализированные женские консультации и стоматологические поликлиники. Более того, специализированная помощь предоставляется поликлиниками, прикрепленными к больницам областного уровня и республиканским научно-практическим центрам. Услуги высокоспециализированной помощи оказывают в основном в Минске, но несколько узкоспециализированных больниц есть также и в областных центрах; там оказывают медицинскую помощь женщинам в период беременности и родов, услуги в области травматологии, кардиохирургии и т.д.

Все больницы принадлежат государству, а непосредственное управление их деятельностью осуществляют органы власти соответствующего уровня. В случае специализированной помощи больницы находятся в ведении районных или областных управлений здравоохранения; высокоспециализированные больницы принадлежат непосредственно Минздраву. Частных больниц в Беларуси нет. Оказание специализированной амбулаторной и стационарной помощи осуществляется на основе интегрированного метода, так как у всех работников здравоохранения единый наниматель – государство. Специалисты третичного уровня медицинской помощи работают в амбулаторных отделениях больниц или в узкоспециализированных больницах; наряду с этим врачи тех же специальностей есть и в секторе ПМСП – они работают в городских поликлиниках (раздел 5.3).

Значимым направлением политики в области здравоохранения в Беларуси стало поддержание роста объема высокотехнологичной медицинской помощи, предоставляемой в учреждениях системы здравоохранения, что явилось результатом активных действий в рамках политики, проводимой в данной области. Большую часть этих высокотехнологичных услуг оказывают республиканские научно-практические центры, располагающие наилучшими кадровыми и материальными ресурсами, однако при некоторых областных больницах теперь также имеются центры высокоспециализированной помощи (Малахова, И.В. с соавт., 2009).

По-прежнему существуют проблемы в области интеграции ПМСП и стационарной/специализированной помощи. Практика дублирования диагностических и лабораторных процедур является повсеместной: сначала они проводятся в поликлиниках, затем пациента госпитализируют, а в стационаре те же самые обследования и анализы делают еще раз – на том основании, что в секторе ПМСП уровень качества диагностических процедур считается более низким (раздел 5.3).

Также отмечены трудности в осуществлении обратной связи (из сектора стационарной/специализированной помощи в ПМСП) в целях улучшения координационных механизмов оказания помощи пациентам.

Частных больниц в Беларуси нет, однако диагностические центры играют значительную роль в деятельности честного сектора системы здравоохранения. Диагностические обследования, которые можно провести в частном секторе, ранее в основном ограничивались ультразвуковой диагностикой, эндоскопическими обследованиями и лабораторной диагностикой, однако на сегодня в них также оказывают на платной основе такие высокотехнологичные услуги, как МРТ и КТ. Достаточно значительная часть пациентов предпочитает провести ультразвуковое обследование на платной основе – частично это объясняется воздействием рекламы, а также тем, что поставщики платных медицинских услуг обеспечивают пациентам более комфортные условия. Такие диагностические центры зачастую являются коммерческими отделениями государственных больниц, которые также получают частный доход, взимая плату за размещение в отдельных палатах в стационарах, а также посредством продвижения медицинского туризма. Экспорт медицинских услуг в последнее время растет, т.к. многие пациенты (преимущественно из других стран СНГ) оплачивают из личных средств медицинское обслуживание в Беларуси в силу того, что на родине стоимость данных услуг значительно выше, либо они вообще недоступны.

Несмотря на то, что доля расходов на ПМСП (по сравнению с таковой для сектора стационарной или специализированной помощи) выросла с 31,4% в 2008 году до 38% в 2011 году, повсеместно признано, что существует необходимость в более значительном финансировании сектора ПМСП (Жарко, В.И., 2012). Поскольку преобразования проводятся поэтапно, то никакого радикального реформирования или рационализации работы стационарного сектора не произошло (раздел 4.1.2). Тем не менее, Минздрав стремится к дальнейшему сокращению неэффективно используемого коечного фонда, чтобы освободить таким образом ресурсы, необходимые для инвестирования в новые стационарозамещающие технологии, а также для укрепления инфраструктуры здравоохранения. Предложения, касающиеся перспектив развития здравоохранения, включают, в частности, создание системы амбулаторной хирургии, служб ухода на дому и дневных стационаров. Это позволит обеспечить более рациональное использование ресурсов в секторе специализированной амбулаторной и стационарной помощи и сократить число избыточных мощностей (Жарко, В.И., 2012).

5.5 Скорая и неотложная медицинская помощь

Экстренная медицинская помощь в Беларуси организована на базе системы скорой и неотложной медицинской помощи, которая включает также оказание медицинской помощи населению во внерабочее время. Таким образом, система скорой и неотложной медицинской помощи работает круглосуточно, без выходных и праздничных дней. Именно потому, что в лице врачей и фельдшеров скорой помощи у пациентов зачастую происходит первый контакт с системой здравоохранения, система скорой и неотложной медицинской помощи считается частью сектора ПМСП. В 2011 году экстренную медицинскую помощь оказывали 24 станции скорой помощи, 29 подстанций, 117 отделений и 90 постов. Данные службы в крупных городах обычно располагаются в отдельном от больницы здании, а в небольших районных центрах – при больнице или поликлинике. В стране насчитывается 856 бригад скорой помощи, из которых 116 – врачебные (13,6%), 164 – специализированные (19,2%), 575 – фельдшерские (67,2%). В рамках государственного минимального социального стандарта оказания экстренной медицинской помощи предполагается использование одной бригады скорой помощи на 12 500 человек населения в Минске и на 12 000 человек населения во всех остальных регионах. В 2011 году минимальный охват населения данным видом помощи был зарегистрирован в Витебской области, где на одну бригаду скорой помощи пришлось 9976 человек населения. Вместе с тем основной проблемой в данном секторе остается неуккомплектованность медицинским кадрами. В 2011 году общее число врачей скорой помощи составило 66% от требуемого (что ниже аналогичного показателя 2010 года в 67,9%), а общее число фельдшеров составило 87,5% от требуемого (что ниже аналогичного показателя в 88,9%). Около 30% от общего числа врачей, работающих в данном секторе, составляют пенсионеры.

Одним из основных достижений реализации «Концепции развития здравоохранения Республики Беларусь на 2003–2007 годы» стало развитие службы скорой помощи, и инвестирование средств как в данный сектор, так и в ПМСП, которое включает приобретение новых машин скорой помощи, медицинского оборудования и технических средств связи. Однако необходимо дальнейшее инвестирование в медицинское оборудование и инфраструктуру сектора скорой помощи. Подстанции и отделения скорой помощи часто расположены в зданиях, не имеющих отапливаемых гаражей для машин скорой помощи, а также необходимого им места.

В состав бригады скорой помощи входит врач или фельдшер, медицинская сестра и водитель. В городах бригады скорой помощи выезжают по вызовам населения во внерабочее время (по вечерам, в выходные и праздничные дни), помогая, таким образом, работе городских поликлиник сектора ПМСП. Содержание службы скорой помощи является важной статьёй расходов районных бюджетов здравоохранения, несмотря на то, что в 2011 году на их долю пришлось 4,8% от общих расходов на здравоохранение.

Услугами скорой помощи ежегодно пользуется почти треть населения; в 2011 году количество вызовов составило 339 на 1000 человек населения (предписываемый нормативный показатель составляет 300 вызовов на 1000 человек населения), однако данный показатель варьирует по регионам, так в Минске он составляет 292 вызова, а в Минской области – 370. Только в Минске количество вызовов меньше предписываемого нормативного показателя.

По многочисленным свидетельствам, население зачастую злоупотребляет возможностью получить услуги скорой помощи, вызывая бригаду даже в условиях, не требующих экстренного медицинского вмешательства. Во многих случаях скорая и неотложная медицинская помощь используется просто как бесплатный транспорт для перевозки пациентов с относительно незначительными травмами – например, при неосложненном переломе руки или при необходимости наложения швов на рану. Очень часто служба скорой помощи используется для перевозки лиц в состоянии алкогольной интоксикации. Служба скорой помощи всегда была той структурой, с которой у пациента происходит первый контакт с системой здравоохранения во внерабочее время, и большинство вызовов приходится именно на нерабочие часы. Так, например, в 2002 году из 3,66 млн вызовов скорой помощи уровень госпитализации составил всего около 16% (Цыбин, А.К., Павлович, А.А., Малахова, И.В., 2003). Во многих случаях бригады скорой помощи производили лишь самые простые виды диагностики и лечения или просто оказывали пациенту моральную поддержку. Для системы здравоохранения средний объем затрат на один вызов бригады скорой помощи к пациенту на дом эквивалентен одной десятой месячной зарплаты врача, работающего в поликлинике. Основная проблема службы скорой помощи заключается в достаточно дорогом содержании и техническом обслуживании транспорта и медицинского оборудования, которые необходимы для поддержания ее работы, и избыточное неоправданное использование дорогостоящих специализированных услуг этой системы ложится на нее очень серьезным

бременем. Минздрав стремится сократить число выездов скорой помощи путем укрепления сотрудничества системы скорой и неотложной медицинской помощи с врачами поликлиник, путем передачи неотложных вызовов поликлиническим врачам в часы работы поликлиник³.

Служба скорой помощи выполняет все более важную роль по предотвращению катастроф в национальном масштабе. Рост числа и сложности чрезвычайных ситуаций и катастроф, приводящих к серьезным медико-социальным последствиям, равно как и угроза международного терроризма, привели к тому, что службе скорой помощи пришлось решать дополнительные проблемные ситуации, в результате чего она была частично реорганизована. К вышеуказанным преобразованиям системы относятся: углубленная программа оказания первой помощи для населения, а также для сотрудников других служб скорой помощи. Кроме того, существуют программы подготовки оказания базовой первой медицинской помощи для преподавателей и выпускников образовательных центров при Министерстве внутренних дел, Министерстве по чрезвычайным ситуациям и Министерстве Транспорта и Коммуникаций, а также для работников вредных производств. Более того, Минздраву было поручено заняться разработкой курсов повышения квалификации для работников первичного звена с тем, чтобы они могли по необходимости оказывать экстренную первую медицинскую помощь. Ожидается, что обучение значительной части населения приемам первой медицинской помощи будет способствовать снижению случаев смертности, происходящих до приезда бригады скорой помощи, поскольку люди будут больше знать о том, как поддержать функционирование жизненно важных органов.

К основным трудностям сектора скорой помощи относятся:

- неуккомплектованность медицинскими кадрами;
- большая доля необоснованных вызовов;
- отсутствие единой унифицированной системы мониторинга и управления служб скорой помощи;
- недостаточная координация стадий доврачебной и стационарной помощи при оказании скорой и неотложной медицинской помощи;
- недостаточно развитая система координации всех служб скорой помощи (структур Министерства внутренних дел и Минздрава) в чрезвычайных ситуациях;

³ Прим. авт.

- отсутствие единого регистра технических стандартов по оказанию скорой и неотложной медицинской помощи и обеспечению ее непрерывности и преемственности;
- малоэффективная система финансирования служб скорой помощи;
- отсутствие каких-либо механизмов выравнивания, способствующих соблюдению одинакового уровня технической оснащенности, укомплектованности медицинскими кадрами и обеспеченности оборудованием в учреждениях всех регионов, в особенности расположенных в сельской местности;
- слабая научно-исследовательская база экстренной медицинской помощи;
- отсутствие многоканальных телефонов и системы консультирования;
- в стране по-прежнему действует введенный Министерством внутренних дел запрет на наличие в укладках бригад скорой помощи болеутоляющих ЛС, содержащих наркотические вещества, и противосудорожных ЛС (диазепам).

Главной задачей белорусской системы здравоохранения является улучшение качества и повышение экономической эффективности оказания скорой и неотложной медицинской помощи населению, что получило отражение в большом количестве государственных программ, проводимых Минздравом (Малахова, И.В. с соавт., 2007). Основной принцип развития скорой и неотложной медицинской помощи состоит в обеспечении постоянного функционального резерва бригад скорой помощи, способных к быстрой мобилизации в случае чрезвычайной ситуации или кризиса.

5.5.1 Маршрут пациента в системе скорой и неотложной медицинской помощи

Пациент или его родственники вызывают бригаду скорой помощи. В больших городах существует вероятность того, что по вызову приедет специализированная бригада скорой помощи (кардиологическая, неврологическая, травматологическая), при условии соответствия профиля бригады и ее наличия. В небольших городах и сельской местности с бригадой скорой помощи обычно приезжает врач или фельдшер. Врач скорой помощи оказывает любой вид неотложной терапии на месте по ситуации (облегчить боль, провести терапию шока, поставить капельницу и т.п.), а также проводит предварительную диагностику. После этого

пациента (по необходимости) в машине скорой помощи доставляют непосредственно в соответствующее отделение ближайшей больницы.

5.6 Медикаментозная помощь

В 2011 году в стране насчитывалось 26 предприятий, получивших лицензию на производство ЛС, из которых 7 осуществляли деятельность в соответствии с «Правилами производства и контроля качества лекарственных средств» (GMP). Те производители, которые не следуют вышеуказанным правилам, используют производственные стандарты, принятые в Беларуси, которые соответствуют функционировавшим в СССР стандартам. На территории страны в основном изготавливают препараты-дженерики, что объясняет тот факт, что около 58% реализуемых упаковок ЛС принадлежит местным производителям, однако это составляет порядка 20% рыночной стоимости. Минздрав на конкурсной основе импортирует жизненно необходимые ЛС для лечения социально значимых заболеваний (например, ТБ, сахарный диабет, онкологические заболевания, ВИЧ/СПИД и т.д.), а также препараты для проведения программ иммунизации. Белорусские производители ЛС экспортируют свою продукцию, однако преимущественно в другие страны СНГ, в основном в Российскую Федерацию. Начиная с 1 ноября 2011 года в Беларуси были введены программы дальнейшего развития фармацевтической промышленности. Целью данных программ является расширение объема производства ЛС, обеспечивающего население основными ЛС по доступной цене.

В 2012 году в стране насчитывалось 2880 аптек, из которых 58% были государственными, а 42% – частными. И в тех, и в других предоставляется полный спектр ЛС, однако частные аптеки обычно являются небольшими, исключительно ориентированными на продажу ЛС за полную стоимость, и не предоставляют рецептурные ЛС со скидкой или бесплатно (раздел 2.8.4). В стране также имеется 131 аптека при больницах и 2831 сельская аптека, функционирующая на основе ФАП, и т.д.

5.7 Реабилитационная/санаторно-курортная помощь

В последние годы в Беларуси Минздрав активно развивает реабилитационную помощь, создает центры реабилитации, в которые пациенты могут получить направление на прохождение

послеоперационного ухода или терапии (раздел 5.2). В Беларуси насчитывается 326 отделений медицинской реабилитации, из которых в стационарах располагаются 49 (45 взрослых, 4 детских), в стационарных отделениях центров медицинской реабилитации – 36 (32 детских, 4 взрослых), в амбулаторных отделениях – 232 (187 взрослых, 45 детских). В Беларуси ведущим научно-исследовательским институтом в области медицинской реабилитации является Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации.

5.8 Долговременная помощь

Министерство труда и социальной защиты, а также зачастую и Минздрав, несут ответственность за оказание долговременной помощи пенсионерам, детям и взрослым с ограниченными возможностями (инвалидам), детям, проживающим в детских домах и аналогичных учреждениях, и некоторым категориям пациентов. Виды и объем медицинской помощи, необходимые пациентам с «социально значимыми» заболеваниями, определяются Минздравом с привлечением любых других заинтересованных министерств или агентств.

В стране насчитывается более 102 больниц сестринского ухода (преимущественно в сельской местности), некоторые из которых ранее находились в ведомстве Министерства труда и социальной защиты, но на данный момент перешли в ведение Минздрава. Руководит больницей сестринского ухода врач или старшая медицинская сестра. В таких больницах оказывают как социальную, так и медицинскую помощь различным группам населения, включая одиноких престарелых пациентов с хроническими заболеваниями и пациентов, нуждающихся в паллиативном уходе и не имеющих родственников, которые могли бы за ними ухаживать. Показания к госпитализации могут быть медицинского характера (это касается, например, лиц пожилого возраста, перенесших инсульт). В этом случае продолжительность госпитализации обычно составляет примерно 21 день, и уход пациенту предоставляется бесплатно⁴. При наличии социальных показаний (например, если о госпитализации просит сам пациент или его родственники) пациента могут поместить в такую больницу на срок от 1 до 6 месяцев. Обычно это бывает в холодное время года, если пожилые пациенты не в состоянии справиться с отоплением своих домов. В этих случаях больница получает

⁴ В апреле 2014 такой уход пациенту предоставлялся на платной основе (прим. авт.).

определенную часть государственной пенсии пациента (70–80%); эти средства идут на покрытие затрат по уходу на тот период, пока пациент находится в больнице. Оставшаяся часть пенсий и пособий остается у пациентов, чтобы они могли оплатить свои личные расходы.

Вопросы, связанные с организацией долговременной помощи инвалидам, относятся к ведению Министерства труда и социальной защиты. Пациентам, которые в целом способны жить самостоятельно, оказывают помощь социальные работники; в остальных случаях большинство из тех, кто нуждается в постоянном уходе, либо находятся на попечении родственников, либо проживают в государственных домах-интернатах. Как и в случае с отделениями сестринского ухода в больницах, пациенты оплачивают уход за счет своих пенсий и социальных пособий, однако этих средств зачастую не хватает для покрытия полной стоимости оказываемых услуг⁵. Отдельным пунктом повестки дня правительства является обеспечение социальной поддержки ветеранов Великой Отечественной войны. Республиканский клинический госпиталь инвалидов Великой Отечественной войны им. П.М. Машерова представляет собой главное медицинское учреждение по оказанию медицинской помощи ветеранам Великой Отечественной войны. Медицинские услуги предоставляются данной категории граждан без очереди, кроме того, ветераны проходят ежегодную диспансеризацию и реабилитацию. В каждой поликлинике участковый врач и медицинская сестра несут ответственность за организацию работы с ветеранами, живущими на подведомственной территории. По мере необходимости и в целях осмотра врач посещает на дому тех ветеранов, которые не подлежат транспортировке или живут в отдаленных сельских районах. По результатам проведенных осмотров составляются индивидуальные планы оказания медицинской и реабилитационной помощи.

5.9 Услуги для лиц, осуществляющих неформальный уход за больными

Семьям, где есть инвалиды, помощь в уходе за ними оказывают социальные работники. Эти услуги в целом предоставляются по линии Министерства труда и социальной защиты, но иногда и Минздрава. Поддержку лицам, осуществляющим неформальный уход за больными, также оказывают Белорусский Красный Крест, некоторые НПО, волонтеры и приходские

⁵ И их покрывает государство (прим. авт.).

группы. Однако в стране отсутствует интегрированная система или комплексные службы, отвечающие нуждам лиц, осуществляющих неформальный уход.

5.10 Паллиативная помощь

Начиная с 2008 года Минздрав прилагает активные усилия по развитию системы паллиативной помощи в Беларуси для всех уровней системы здравоохранения, включая социальных работников, средний медицинский персонал, районных врачей-онкологов и специалистов по оказанию паллиативной помощи. В Беларуси имеется два хосписа (в Минске и Барановичах), которые оказывают паллиативную помощь пациентам с онкологическими заболеваниями, а также 11 отделений паллиативной помощи областного уровня. В данных медицинских учреждениях неизлечимо больным пациентам оказывают медицинскую, социальную и психологическую помощь, равно как и моральную поддержку родственникам больных. В Минске, Гродно и Могилеве также функционируют выездные бригады по оказанию паллиативной помощи неизлечимо больным пациентам с онкологическими заболеваниями, и осуществляется оказание данного вида услуг на дому. Врачебно-консультационная комиссия направляет пациентов в учреждения паллиативной помощи, поскольку именно она несет ответственность за оказание индивидуальной медицинской помощи пациентам.

В настоящее время в стране имеется 282 койки паллиативной помощи в хосписах и отделениях паллиативной помощи областного уровня (233 в стационарах, 49 в дневных стационарах). Данный вид помощи оказывают 17,25 врача (в ЭПЗ), 7,5 психолога, 2,25 психотерапевта, 79,75 медицинских сестер и 54 вспомогательных работника. В системе оказания паллиативной помощи также заняты и волонтеры, однако большая часть работы с пациентами выполняется медицинскими сотрудниками, работающими на окладе. На базе Республиканского научно-практического центра детской онкологии, гематологии и иммунологии функционирует Ресурсный центр паллиативной помощи детям.

В стране также существует одна очень известная НПО – Общественная благотворительная организация «Белорусский детский хоспис», которая оказывает тяжелобольным детям паллиативную помощь на дому. Организация работает в Минске, Бресте, Витебске, Могилеве, Гомеле и Пинске. Она также имеет одну мобильную службу для оказания

паллиативной помощи взрослым. Данная организация была создана в связи с тем, что после аварии на Чернобыльской АЭС у большого количества детей развились онкологические заболевания и заболевания крови, и такие дети нуждались в паллиативной помощи. Однако сегодня данная организация также оказывает поддержку семьям детей, страдающих серьезными наследственными заболеваниями, состояниями, ограничивающими продолжительность жизни, или угрожающими жизни заболеваниями.

5.11 Охрана психического здоровья

Психиатрическая служба в Беларуси принадлежит государству и непосредственно интегрирована в систему Минздрава, но работает она независимо от медицинских учреждений сектора ПМСП и специализированной помощи. Услуги по охране психического здоровья предоставляются в специализированных учреждениях психиатрического или наркологического профиля. Система лечения различных видов зависимости (наркология) не в полной мере интегрирована в психиатрические службы, поскольку она выделена в качестве специализации, однако начиная с 2009 года в число психиатров также входят и врачи-наркологи. Некоторые виды психиатрической помощи взрослым можно получить в поликлиниках, где в штате есть невропатолог. Однако амбулаторную помощь при психических расстройствах обычно оказывают в психиатрических или наркологических клиниках, а стационарную (как правило, при психозах) – в психиатрических лечебницах.

В Беларуси за координацию оказания психиатрической помощи отвечает Республиканский научно-практический центр психического здоровья, объем коечного фонда которого составляет 1782 койки, причем на долю психиатрических из них приходится 1460 коек, наркологических – 310, а реанимационных – 12. В стране имеется 13 психиатрических лечебниц (с общим объемом коечного фонда в 4010 коек), причем один из них является медицинским учреждением республиканского уровня (с объемом коечного фонда в 300 коек). Кроме того, функционируют также 12 психоневрологических диспансеров, из которых коечным фондом обеспечены только 5 (с общим объемом коечного фонда в 340 коек); 2 центра оказания психиатрической и наркологической помощи областного уровня (один из которых обладает коечным фондом в 210 коек); 5 психоневрологических отделений (290 коек, включая 160 детских);

а также 5 психиатрических отделений (190 коек, включая 40 детских). В республике также насчитывается 1257 мест в дневных стационарах и небольших клиниках, предназначенных для оказания психиатрической, психологической и психотерапевтической помощи во всех центральных районных поликлиниках и городских больницах. Общее число коек в психиатрических лечебницах на 100 000 человек населения снизилось с 99,3 в 2001 году до 68,7 в 2011 году. Это произошло, несмотря на растущее число пациентов, нуждающихся в психиатрической помощи, что объясняется значимым переходом от традиционной модели оказания психиатрической помощи (в том числе предоставление долговременной помощи в стационарах) к механизму оказания данного вида помощи в амбулаторных условиях. Именно поэтому было отмечено двукратное увеличение мощностей, находящихся в распоряжении местных сообществ, а не в стационарном секторе.

Действующее законодательство в области охраны психического здоровья предусматривает защиту прав лиц с нарушениями психики; эти вопросы регулируются законом «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»⁶ и законом «Об оказании психиатрической помощи»⁷. Последний направлен на обеспечение всеобщего доступа к психиатрической помощи всем гражданам Беларуси, а также на разрешение случаев дискриминации и защиту прав лиц, страдающих психическими расстройствами. Кроме того, лица, страдающие серьезными психическими расстройствами, также получают пособия по инвалидности. Некоторый прогресс наметился в плане уменьшения стигматизации лиц с расстройствами психики, но если в других странах инициатива по вопросам преобразований в сфере охраны психического здоровья зачастую исходит от неправительственного сектора, то в Беларуси он в эти вопросы не вовлечен.

5.12 Стоматологическая помощь

В Беларуси есть как государственные, так и частные стоматологические учреждения, а сеть поставщиков данного вида услуг обширна, в частности, это касается предоставления значительного объема услуг через ведомственные системы и частные организации. Государственные стоматологические услуги предоставляются в учреждениях ПМСП,

⁶ Закон Республики Беларусь от 1 июля 1999 года № 274-З.

⁷ Закон Республики Беларусь от 7 января 2012 года № 349-З.

при этом в крупных городах есть также специализированные стоматологические поликлиники. Почти во всех сельских амбулаториях оказывается стоматологическая помощь, а в штате имеется врач-стоматолог, стоматологическая медицинская сестра и стоматологический санитар. Вместе с тем в стране отмечается проблема удержания медицинских кадров, в особенности это касается стоматологических санитаров, поскольку условия жизни и работы в сельской местности значительно сложнее, чем в городах.

В целом стоматологические услуги и протезирование не входят в пакет гарантированной государством бесплатной медицинской помощи, предусмотренной в Конституции Республики Беларусь (1994). В этой связи лица, не относящиеся к особо уязвимым группам населения (таким как дети, беременные женщины, пенсионеры и т.п.), частично оплачивают эти услуги за собственный счет. Величина соплатежей определяется Минздравом. Частные стоматологические услуги в основном сосредоточены в городах и зачастую включают также косметическую стоматологию. Поскольку негосударственные стоматологические практики являются частными поставщиками услуг здравоохранения, то их деятельность подлежит строгому регулированию; цены на их услуги устанавливаются Минздравом и строго контролируются местными органами власти. Услуги частных стоматологов весьма популярны. Этим обусловлен значительный отток стоматологических кадров (особенно наиболее высококвалифицированных) из государственного сектора в частный, характеризуемый более высоким уровнем заработной платы, меньшими нагрузками и лучшими условиями труда. В целях привлечения пациентов в частных стоматологических клиниках представлено наиболее современное оборудование. Переоснащение и модернизация технической базы государственных поставщиков стоматологических услуг на сегодня является одним из наиболее сложных вопросов в области развития данного сектора. Это имеет особо важное значение, поскольку государственные стоматологические учреждения могут за отдельную плату оказывать услуги, не входящие в пакет гарантированной государством бесплатной медицинской помощи, а в случае наличия у них более низкой технологической базы, конкурировать с частными поставщиками данного вида услуг сложно. В 2011 году около 37,2% услуг, оказанных в государственных стоматологических учреждениях, были профинансированы из личных средств граждан.

В Беларуси приняты комплексные программы по улучшению здоровья полости рта населения, в особенности детского. Данные меры были

поддержаны стоматологическими кабинетами в школах, которые остались после обретения независимости. Введение «Программы профилактики основных стоматологических заболеваний среди населения Республики Беларусь на период 2011–2021 годов» и «Программы профилактики кариеса зубов и болезней периодонта среди населения Республики Беларусь на 2011–2021 годы» будет способствовать сбору и предоставлению данных о здоровье полости рта населения страны в большем объеме.

5.13 Дополнительная и альтернативная медицина

В рамках государственной системы здравоохранения единственным дополнительным методом лечения является акупунктура, которая применяется относительно широко. Все остальные подобные методы (такие как траволечение и гомеопатия) практикуются только в частных клиниках, и эти услуги являются платными. Данные о популярных в Беларуси методах дополнительной и альтернативной медицины отсутствуют, и планов интеграции данных видов терапии в государственную систему здравоохранения не существует.

6. Основные реформы здравоохранения

Ключевой особенностью программы реформ здравоохранения в Беларуси является поэтапный подход к их проведению, использующий принцип пилотных проектов для пробного внедрения потенциальных инноваций. Предлагаемые изменения подвергаются всестороннему обсуждению, и только после этого проводится их внедрение. Некоторые реформы не были реализованы даже после длительного периода обсуждения. Процесс обсуждения реформ предполагает достижение консенсуса на всех уровнях правительства и укрепление организационно-кадрового потенциала тех структур системы здравоохранения, на которые направлены реформы. Только после достижения такого рода консенсуса изменения проводятся в жизнь.

К основным изменениям организационной структуры белорусской системы здравоохранения можно отнести продолжающийся процесс интеграции поставщиков медицинских услуг ведомственной системы в основную систему здравоохранения. Начиная с 2005 года предпринимаются усилия по объединению всех имеющихся кадровых ресурсов, финансовых средств и инфраструктуры сектора здравоохранения в рамках единого механизма управления, способствующего более рациональному использованию ресурсов.

«Модернизация» белорусской системы здравоохранения представляет собой основную цель реформ, утвержденных в последнем пятилетнем плане. Это в некоторой степени было связано с желанием «успеть» внедрить те новейшие технологии в медицине, которые не были характерны для системы Семашко, тем более что это означает возможность получения дополнительного дохода для поставщиков медицинских услуг, поскольку высокотехнологичные услуги подлежат экспорту. Аналогичный процесс «модернизации» был запущен в фармацевтическом секторе, а новый регулирующий орган – Департамент фармацевтической

промышленности – отвечает за привлечение инвестиций на развитие отечественной фармацевтической промышленности и достижение конкурентоспособности производимой продукции в целях продвижения экспорта (включая соблюдение «Правил производства и контроля качества лекарственных средств» (GMP)). Одной из главных задач также является снижение зависимости белорусской системы здравоохранения от импортируемых ЛС, однако интеграция функций фармацевтического производства и регулирования сектора в рамках одного департамента может привести к серьезному конфликту интересов.

В 2010 году после тщательной подготовки в стране был впервые проведен мониторинг НСЗ, направленный на стандартизацию номенклатуры доходов и расходов системы здравоохранения, благодаря чему сегодня возможно проведение более точной оценки стоимости услуг. Несмотря на то, что введение НСЗ является значимым достижением само по себе, данный процесс служит первым шагом на пути преобразования системы финансирования здравоохранения в Беларуси с тем, чтобы добиться дальнейшей эффективности функционирования системы здравоохранения и эффективного распределения ресурсов в ней. Таким образом, обсуждение будущих реформ касается комплексных изменений механизмов оплаты медицинских услуг.

6.1 Анализ последних реформ

В Беларуси был предпринят ряд инициатив по реформированию системы здравоохранения, однако наиболее отличительной чертой программы реформирования был ее поэтапный характер. Потенциальные реформы подвергаются всестороннему обсуждению, и только после этого происходит их представление в виде законопроектов, указов или министерских циркуляров для дальнейшего внедрения. Кроме того, некоторые реформы не были приняты даже после длительного периода обсуждения. Процесс обсуждения реформ предполагает достижение консенсуса на всех уровнях правительства и укрепление организационно-кадрового потенциала тех структур системы здравоохранения, на которые направлены реформы. Только после достижения такого рода консенсуса изменения проводятся в жизнь. В этом отношении, несмотря на исключительно иерархичный характер системы, существует понимание того, что законопроекты, принятые без обсуждения, на практике либо с легкостью нарушаются, либо игнорируются.

Данная глава посвящена тем изменениям, которые произошли после 2007 года. Значимые реформы, поведенные в предшествующий период, детально представлены в предыдущем издании (Richardson et al., 2008) и в разделе 2.2. Управление системой здравоохранения, как и остальными секторами государственной экономики, происходит в соответствии с пятилетними программами. Действующая «Программа социально-экономического развития Республики Беларусь на 2011–2015 годы» рассчитана на этот период, а последствия ее внедрения изложены в разделе 6.2.

Интеграция ведомственных систем

К основным изменениям организационной структуры белорусской системы здравоохранения можно отнести продолжающийся процесс интеграции поставщиков медицинских услуг ведомственной системы в основную систему здравоохранения, который ставит своей целью объединение всех имеющихся кадровых ресурсов, финансовых средств и инфраструктуры сектора здравоохранения в рамках единого механизма управления для достижения более рационального использования ресурсов. Давно признано, что дублирование медицинских услуг для отдельных категорий граждан в рамках ведомственных систем приводит к неэффективному использованию ресурсов. Однако интеграция данных систем в государственную систему здравоохранения получила сопротивление как со стороны пациентов, которые убеждены, что ведомственные учреждения оказывают медицинские услуги более высокого качества, чем где-либо еще, так и со стороны врачей, работающих в подобных организациях (Richardson et al., 2008). В результате переговоров медицинскому персоналу удалось добиться сохранения ряда имеющихся у них привилегий (например, более высокий уровень заработной платы и меньшие объемы нагрузки). Кроме того, Минздраву невыгодно закрывать дополнительные учреждения, в чем ему пришлось заверить всех участников. В результате удалось добиться дальнейшего осуществления реформы, начатой в 2005 году (Richardson et al., 2008). В 2011 году одна из наиболее крупных ведомственных систем (принадлежащая Белорусской железной дороге и Медицинской службе гражданской авиации) была полностью интегрирована в государственную систему здравоохранения, а в 2012 году аналогичный процесс был завершён для ведомственной системы при Министерстве образования. В соответствии с президентским указом¹ Минздрав обязан осуществлять контроль над деятельностью учреждений, входящих в

¹ Указ Президента Республики Беларусь от 13 мая 2008 года № 251.

другие ведомственные системы здравоохранения. Процесс проведения данной реформы отражает ее циклический и поэтапный характер.

Фармацевтическая промышленность

В соответствии с постановлением правительства² был учрежден Департамент фармацевтической промышленности в качестве отдельного органа, регулирующего отечественную фармацевтическую промышленность (раздел 5.6; раздел 2.8.4). Однако Департамент также отвечает за привлечение инвестиций на развитие местной фармацевтической промышленности и достижение конкурентоспособности производимой продукции в целях продвижения экспорта (включая соблюдение «Правил производства и контроля качества лекарственных средств» (GMP)). Одной из задач также является снижение зависимости белорусской системы здравоохранения от импортируемых ЛС за счет увеличения объема и расширения спектра отечественных ЛС, в том числе производства инновационных товаров. Однако интеграция функций фармацевтического производства и регулирования сектора в рамках одного департамента может привести к серьезному конфликту интересов.

Национальные счета здравоохранения (НСЗ)

В 2010 году белорусский Минздрав начал активно использовать международные классификационные стандарты оценки базовых показателей деятельности системы здравоохранения. После многих лет тщательной подготовки в стране был впервые проведен мониторинг НСЗ, направленный на стандартизацию номенклатуры доходов и расходов системы здравоохранения, что привело к значительным реформам механизма оплаты поставщиков медицинских услуг. Благодаря этому сегодня возможно проведение более точной оценки стоимости услуг (Жарко, В.И., 2011; Ткачева, Е.И., 2011). Кроме того, также станет возможным проведение оценки уровня расходов по отдельным видам заболеваний (сахарный диабет, ТБ, сердечно-сосудистые заболевания и т.д.). Применение НСЗ также будет способствовать улучшению процесса оценки деятельности системы здравоохранения и планирования финансирования, обеспечению мониторинга реформ сектора здравоохранения и созданию сравнительной базы данных международного уровня.

Несмотря на то, что введение НСЗ является значимым достижением само по себе, данный процесс служит первым шагом на пути преобразования системы финансирования здравоохранения в Беларуси с тем, чтобы добиться дальнейшей эффективности функционирования

² Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 года № 1446.

системы здравоохранения и эффективного распределения ресурсов в ней посредством ухода от постатейного метода финансирования (раздел 7.5). К проблемам, связанным с планированием, распределением и использованием ресурсов, относятся: отсутствие каких-либо связующих механизмов между распределением ресурсов по учреждениям и деятельностью этих учреждений; проведение финансового аудита по фактическим расходам, а не по результатам; отсутствие инициатив по повышению производительности; ограничение мощности вычисления размеров платежей с учетом риска для поставщиков медицинских услуг; отсутствие полной информации по всем источникам финансирования и их передвижениях внутри системы.

Кадровые ресурсы

Начиная с 2009 года в стране были проведены реформы, касающиеся политики в области кадровых ресурсов здравоохранения, что в некоторой степени объясняется последствиями глобального финансового кризиса. Данные реформы были направлены на повышение эффективности использования должностей и распределения кадровых ресурсов здравоохранения: сокращению подверглись малоэффективные или устаревшие должности; в секторе амбулаторной помощи были введены стандарты числа пациентов, закрепленных за единицей персонала; в рамках существующих нормативов численности работников были введены новые позиции посредством заполнения вакантных должностей или малоэффективно используемых позиций; а начиная с 2009 года была введена новая категория сотрудников среднего медицинского персонала – помощники врача в секторе ПМСП (раздел 4.2.5; раздел 5.3).

Высокотехнологичная медицина

Повышение технологических мощностей белорусской системы здравоохранения, так называемая «модернизация», стала одной из основных целей, достижение которой было поставлено в пятилетней программе социального развития на период 2006–2010 годов. Инвестирование в технологии было официально осуществлено посредством перераспределения средств излишнего коечного фонда. Это в некоторой степени было связано с желанием «успеть» внедрить те новейшие технологии в медицине, которые не были характерны для системы Семашко. Тем более что это является возможностью получения дополнительного дохода для поставщиков медицинских услуг, поскольку высокотехнологичные услуги подлежат экспорту (раздел 5.4). Поставщики в значительной степени заинтересованы в поддержании медицинского туризма, так как им разрешено удерживать часть прибыли, полученной

от оказания данного вида медицинских услуг. В 2011 году в Беларусь в целях медицинского туризма прибыло 115 500 человек, а экспорт данных услуг принес в государственную систему здравоохранения около 21,4 млн долл. США (Жарко, В.И., 2012).

«Программа развития высокотехнологичных видов медицинской помощи в Республике Беларусь на 2008–2010 годы» включала трансплантационную хирургию тканей и органов, экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО), кохлеарные имплантаты, протезирование тазобедренных/коленных суставов, а также ряд вмешательств для младенцев, родившихся недоношенными. Несмотря на то, что большую часть данных высокотехнологичных услуг оказывают только в больницах высокоспециализированной помощи в Минске, сегодня во многих регионах имеются мощности для проведения сложных хирургических вмешательств на сердце, включая коронарную ангиопластику, стенирование и вживление электрокардиостимуляторов. Предоставление данных высокотехнологичных услуг белорусскому населению бесплатно по месту оказания помощи (в рамках стандартного пакета гарантированной государством бесплатной медицинской помощи) имеет огромное политическое значение. Проведение данных мер было необходимо в связи с большой потребностью населения, в особенности в эндопротезировании. В целях улучшения процесса управления по листам ожидания и повышения качества медицинской помощи Минздрав ввел в использование центральный регистр протезирования суставов, в котором также хранится информация о наличии показаний к проведению повторной операции.

6.2 Перспективы развития

Действующая «Программа социально-экономического развития Республики Беларусь на 2011–2015 годы» была утверждена президентским указом³. Первый пятилетний план внедрения данной Программы был закреплен в постановлении правительства⁴. Здравоохранение по-прежнему занимает одну из ключевых позиций в формировании социальной политики в Беларуси. Пятилетний план на период 2006–2010 годов был преимущественно направлен на проведение модернизации системы здравоохранения; а пятилетний план на период 2011–2015 годов ставит

³ Указ Президента Республики Беларусь от 11 апреля 2011 года № 136.

⁴ Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 11 июля 2011 года № 942.

своей целью завершение процесса модернизации посредством повышения конкурентоспособности, поддержания инициатив и улучшения динамики системы (Жарко, В.И., 2012). Для осуществления выше поставленных задач необходимо реформировать механизмы оплаты поставщиков медицинских услуг и труда медицинских работников. Теперь размер заработной платы должен рассчитываться, исходя из нагрузки и других показателей, включая уровень квалификации и стаж (раздел 3.7.2).

В 2013 году в двух регионах планируется запуск пилотного проекта, направленного на улучшение планирования, распределения ресурсов и финансирования учреждений здравоохранения. В рамках данного проекта будет введена система экономических инициатив, основанная на показателях качества медицинской помощи. Главная задача данного проекта состоит в том, чтобы добиться начисления размера бонуса врача по результатам его деятельности и по качеству оказанной им помощи. Критерии деятельности (показатели качества) были разработаны для врачей амбулаторно-поликлинического и стационарного секторов с учетом основных видов деятельности и включают: профилактические меры, управление хроническими заболеваниями, замещение специализированной медицинской помощи и организационные вопросы. В рамках данного пилотного проекта также предусмотрено распределение порядка 40% общего бюджета на здравоохранение на нужды амбулаторно-поликлинического сектора (включая скорую и неотложную медицинскую помощь); расширение прав и усиление независимости руководителей медицинских учреждений в использовании ресурсов и управлении расходами; реструктуризацию коечного фонда с тем, чтобы лучше отражать фактические потребности местного населения и структуру заболеваемости. В зависимости от результатов данных пилотных программ и проектов, запланированных на 2013–2014 годы, возможно достижение достаточно серьезных изменений финансирования системы здравоохранения в среднесрочной перспективе.

В «Стратегии развития здравоохранения Республики Беларусь до 2020 года» также заложена программа развития системы здравоохранения в долгосрочной перспективе. В рамках Стратегии приоритетами развития системы здравоохранения являются:

- поэтапное внедрение новой системы финансирования, позволяющей минимизировать затраты для эффективного функционирования системы здравоохранения, в первую очередь, посредством замены нынешних механизмов оплаты медицинских услуг ПМСП, специализированной и скорой и неотложной медицинской помощи;

- реструктуризация и модернизация сектора здравоохранения в целях введения ресурсосберегающих экономически эффективных современных технологий;
- переход на модель хозяйствования с преимущественным развитием ПМСП с перераспределением финансовых, кадровых и материально-технических ресурсов на амбулаторно-поликлинический уровень⁵;
- развитие деятельности системы здравоохранения по проведению профилактических мер и повышение ответственности в отношении укрепления здоровья на уровне отдельного лица, а также на местном, региональном и республиканском уровнях;
- увеличение инвестиций в здравоохранение за счет развития внебюджетной деятельности, расширения платных медицинских услуг, а также за счет повышения конкурентоспособности сектора здравоохранения в Беларуси;
- улучшение репродуктивного здоровья населения и охрана здоровья матери и ребенка;
- развитие кадровой политики и укрепление роли медицинской науки с ориентацией ее на решение проблем демографической безопасности страны;
- развитие государственно-частных партнерств в целях разрешения проблем в области здравоохранения;
- повышение эффективности и действенности мониторинга гигиены окружающей среды;
- создание единой системы мониторинга состояния здоровья населения и развитие мощностей ИКТ (информационно-коммуникационных технологий) в системе здравоохранения;
- развитие международного сотрудничества.

⁵ Прим. авт.

7. Оценка системы здравоохранения

Цели, поставленные перед системой здравоохранения республики, включают улучшение состояния здоровья населения, снижение показателей заболеваемости и смертности, а также повышение ожидаемой продолжительности жизни при рождении. Для достижения указанных целей необходимо дальнейшее повышение качества медицинской помощи и обеспечение ее доступности для всего населения; кроме того, потребуются укрепление сектора общественного здравоохранения по предупреждению воздействия факторов образа жизни на здоровье.

После периода 1990–х годов, характеризуемого колебаниями показателей смертности (особенно среди белорусских мужчин), было отмечено некоторое улучшение средней ожидаемой продолжительности жизни при рождении, однако данный показатель среди мужчин все еще ниже аналогичного, зафиксированного в 1990 году. Несмотря на то, что среди женщин данный показатель выше такового, зарегистрированного в 1990 году, речь не идет о «здоровой» продолжительности жизни. Уровень смертности, предотвратимой (устранимой) путем медицинских вмешательств, в Беларуси ниже по сравнению с Украиной и Российской Федерацией, однако, учитывая значительное бремя преждевременной смертности, все еще необходимы меры по дальнейшему улучшению ситуации. Большинство случаев преждевременной смертности происходит по причине потребления табака и алкоголя.

Справедливость в финансировании является ключевым фактором, обеспечивающим доступность системы здравоохранения, а личные платежи граждан представляют собой определенный барьер. По сравнению с другими странами Европы, расходы домохозяйств на медицинские услуги в Беларуси ниже, а объем пользования ими остается высоким, что свидетельствует об относительной справедливости в

доступе к медицинской помощи. В основном личные платежи граждан приходится на ЛС для амбулаторного лечения, а также существует вероятность наличия значительной неудовлетворенной потребности населения в доступе к ЛС ввиду их нехватки. К числу барьеров, частично препятствующих получению медицинской помощи, относятся очереди и неуккомплектованность кадрами.

Белорусская система здравоохранения потребляет значительные ресурсы, ассигнование которых является приоритетом политики, несмотря на то, что достижению эффективности функционирования системы здравоохранения уделяется меньше внимания. В стране был принят поэтапный подход в реализации реформ при сохранении основных черт системы Семашко, унаследованной после обретения независимости, однако многие из проведенных преобразований были направлены на разрешение проблем неэффективности, унаследованных от советской модели здравоохранения: изменение баланса в системе в сторону сектора ПМСП, интегрирование ведомственных систем здравоохранения, а также изменение стимулов оплаты поставщиков медицинских услуг. Однако в системе по-прежнему имеются существенные избыточные мощности, особенно в стационарном секторе. В последние годы в стране проведен ряд оценок, направленных на получение данных об уровне эффективности новых медицинских технологий, но в целом при разработке политики не используются систематические оценки эффективности, расходов и уровня воздействия существующих медицинских услуг на здоровье населения.

Следует отметить, что около 72,6% населения выразили удовлетворенность качеством оказанной им в государственных учреждениях медицинской помощи. Удовлетворенность пациентов со временем растет, особенно в сельской местности. Вместе с тем имеющихся данных недостаточно для того, чтобы в целом оценить качество медицинской помощи. Участие населения в разработке политики и программ в области здравоохранения или более широких повесток дня по-прежнему находится на начальных стадиях развития: прозрачность и подотчетность системы здравоохранения не занимают первые места в политической повестке дня.

7.1 Задачи, поставленные перед системой здравоохранения

Непосредственные задачи системы здравоохранения сформулированы в Конституции Республики Беларусь (1994), которая гарантирует гражданам страны обеспечение общедоступности бесплатного медицинского обслуживания по месту жительства/пребывания. Эти задачи подразумевают улучшение состояния здоровья населения, снижение показателей заболеваемости и смертности, а также улучшение средней ожидаемой продолжительности жизни. Для достижения указанных целей необходимо дальнейшее повышение качества медицинской помощи и обеспечение ее доступности для всего населения, кроме того, потребуются укрепление сектора общественного здравоохранения в отношении работы с отдельными лицами и группами, функционирующими на уровне местных сообществ, по предупреждению воздействия факторов образа жизни на здоровье (Жарко, В.И., 2012).

7.2 Система финансовой защиты и справедливость в финансировании

7.2.1 Система финансовой защиты

По сравнению с другими странами Европы, расходы домохозяйств на медицинские услуги в Беларуси являются низкими (раздел 3.1). В 2010 году доля личных платежей граждан составила 19,9% в общих расходах на здравоохранение в Беларуси, что без преувеличений является самым низким показателем по СНГ, затем следует показатель по Российской Федерации (31,4%), при этом аналогичный уровень отмечен в Бельгии (20,2%) и Италии (19,6%) (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013). В основном личные платежи граждан приходятся на ЛС для амбулаторного лечения. Согласно оценкам, в 2010 году доля средств, потраченных на ЛС, составила 73% от личных платежей граждан на медицинские услуги (Всемирный банк, 2013а). В Беларуси доля частных расходов в общих расходах на ЛС снизилась с 85,2% в 2006 году до 68,8% в 2010 году, однако данный показатель все еще остается относительно высоким (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013). Даже несмотря на экономические катаклизмы, вызванные отчасти глобальным финансовым кризисом, руководителям здравоохранения удалось смягчить возможные последствия для населения, обусловленные ростом цен на импортируемые

ЛС. Начиная с 2011 года между Минздравом и ведущими производителями и дистрибьюторами фармацевтической промышленности был подписан меморандум о сдерживании расходов на ЛС. Однако сдерживания расходов на ЛС, возможно, удалось бы добиться в отдельных областях, если бы нехватка ЛС означала, что пациенты не имели возможности их приобрести (раздел 7.3).

Объем пользования медицинскими услугами свидетельствует о том, что личные платежи граждан не представляют собой существенного барьера в доступе к медицинской помощи, хотя это характерно для других стран СНГ (рис. 5.1). Согласно репрезентативным опросам населения, лица, обращающиеся за своевременной медицинской помощью, в целом оплачивают сопутствующие медицинские расходы из личных средств (52,9%, CI = 47,6–58,1%); только 0,3% (CI = 0,0–0,8%) отметили, что медицинские услуги не были им доступны; а около 2,9% респондентов заявили, что недоступными были ЛС (CI = 1,1–4,6%) (Balabanova et al., 2012). В некоторых случаях оплата медицинских услуг населением из личных средств указывает на недоступность медицинской помощи, однако в Беларуси, скорее всего, данное явление объясняется другими факторами, например, неукомплектованностью кадрами (раздел 7.3). Вместе с тем поправки, предложенные в 2013 году в отношении закона «О здравоохранении»¹, согласно которым пациенты, находящиеся в состоянии «алкогольной интоксикации», будут вынуждены оплачивать медицинские услуги из личных средств, могут иметь серьезные последствия для финансовой защиты и справедливости в финансировании².

7.2.2 Справедливость в финансировании

В Беларуси показатель неравенства в доходах, так называемый, коэффициент Джини, составил 32,5 в 2008 году, что свидетельствует о том, что в стране уровень доходов является достаточно равномерным (раздел 1.2). Согласно проведенным исследованиям, показатель неравенства в доходах оставался относительно стабильным преимущественно в результате проводимых экономических мер, в том числе направленных на поддержание государственного владения предприятиями, узкого спектра заработных плат и относительно высокими пенсиями (Yemelyanau, 2008). Механизм бюджетирования, исходящий из корпоративного налогообложения, а не индивидуальных подоходных налогов, таким образом, представляется достаточно

¹ Закон Республики Беларусь от 20 июня 2008 года № 363-З.

² Парламентом Республики Беларусь данные поправки не приняты (прим. авт.).

прогрессивным (раздел 3.3). Вместе с тем относительно высокий уровень личных платежей граждан на ЛС для амбулаторного лечения носит исключительно регрессивный характер и способствует повышению уязвимости бедных домохозяйств к внешним катаклизмам, учитывая то, что на рынке доминируют импортируемые ЛС.

7.3 Опыт пациента и доступность медицинской помощи

Несмотря на то, что опыт пациента и равенство в доступе к медицинской помощи остаются «острыми» темами для белорусских СМИ, по-прежнему имеется очень мало надежных и научно подтвержденных данных по этим проблемам. Проведенные в последние годы общенациональные опросы отличались ограниченным охватом и касались только некоторых аспектов восприимчивости системы здравоохранения и вопросов социальной справедливости. Наряду с исследованиями, указанными в разделе 2.9.5, Национальным статистическим комитетом Республики Беларусь в 2011 году был проведен общенациональный опрос, в рамках которого были собраны актуальные данные о доступности медицинской помощи и об удовлетворенности пациентов системой здравоохранения (Национальный статистический комитет Республики Беларусь, 2011а).

По имеющимся данным, касающимся доступности медицинской помощи, известно, что 13,3% населения не могли получить своевременный доступ к медицинской помощи, по крайней мере, один раз за прошедший год. К основным причинам данной ситуации в государственных учреждениях здравоохранения можно отнести очереди (44,8% респондентов) и отсутствие требуемого специалиста (36,6% респондентов). Около 85,2% населения не смогли воспользоваться медицинской помощью, оказываемой в частном секторе, в силу ее высокой стоимости. Кроме того, в рамках проведенного опроса, было выявлено, что около 14,4% населения не могли приобрести необходимые ЛС и другие медицинские товары, по крайней мере, один раз за прошедший год. В качестве основной причины респонденты указали на высокую стоимость ЛС (62,1%) и отсутствие ЛС и других медицинских товаров в местных аптеках (35,7%) (Национальный статистический комитет Республики Беларусь, 2011а).

В рамках вышеупомянутого опроса в отношении показателя удовлетворенности населения системой здравоохранения было выявлено, что 72,6% респондентов удовлетворены качеством медицинской помощи,

оказываемой в государственных учреждениях здравоохранения. Согласно данному опросу, каждый третий житель Беларуси получил ту или иную медицинскую помощь в частном медицинском учреждении, при этом около 94,5% были довольны качеством оказанной им медицинской помощи (Национальный статистический комитет Республики Беларусь, 2011а). Как отмечено в разделе 2.9.5, удовлетворенность пациентов системой здравоохранения со временем выросла, особенно в сельских районах.

7.4 Состояние здоровья, эффективность оказания медицинских услуг и качество медицинской помощи

7.4.1 Состояние здоровья населения

К основным задачам системы здравоохранения относится улучшение состояния здоровья населения посредством снижения показателей заболеваемости и повышения уровня средней ожидаемой продолжительности жизни при рождении (раздел 7.1). После периода 1990–х годов, характеризующегося колебаниями показателей смертности (особенно среди белорусских мужчин), было отмечено некоторое улучшение средней ожидаемой продолжительности жизни при рождении, однако данный показатель среди мужчин (64,8 года в 2009 году) все еще ниже аналогичного показателя в 66,3 лет, зафиксированного в 1990 году. Несмотря на то, что среди женщин данный показатель выше такового, зарегистрированного в 1990 году (вырос до 76,6 лет в 2009 году с 75,8 лет), речь не идет о «здоровой» продолжительности жизни, поскольку ожидаемая продолжительность жизни, скорректированная на инвалидность (DALE), для белорусских женщин составила всего лишь 66 лет по данным за 2007 год (раздел 1.4). Всегда непросто определить меру воздействия сектора здравоохранения на улучшение состояния здоровья населения на фоне всеобщего улучшения социально-экономических условий, однако согласно исследованиям, поэтапный подход к проведению социально-экономических реформ, пришедшихся на период после обретения независимости, положительно повлиял на состояние здоровья населения (Grigoriev et al., 2010).

Уровень смертности, предотвратимой (устранимой) путем медицинских вмешательств, в Беларуси ниже по сравнению с Украиной и Российской Федерацией, а с 2005 года наблюдается его значительное снижение (Staetsky, Nolte & McKee, 2010). Однако учитывая бремя преждевременной смертности, все еще необходимы меры по дальнейшему значительному улучшению ситуации. Наиболее существенных результатов по снижению показателя предотвратимой смертности, возможно, удалось добиться в секторе неонатальной помощи, в котором были отмечены значительные усилия, направленные на модернизацию и переоборудование родильных домов, что, безусловно, сказалось на резком снижении уровня неонатальной смертности начиная с 1994 года (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013). Однако в рамках системы здравоохранения не всегда одинаково успешно удавалось добиться снижения предотвратимых случаев смертности. В Беларуси зафиксирован самый низкий показатель смертности по причине ЗНО щитовидной железы (в силу наличия комплексных программ скрининга, введенных в действие после аварии на Чернобыльской АЭС), в то же время показатель пятилетней выживаемости пациентов со ЗНО предстательной железы в период 2000–2004 годов в среднем составил 43% в Беларуси и 64,5% в Литве. Показатели выживаемости были значительно выше для всех возрастных групп и в целом в Литве, однако среди пациентов с терминальной стадией рака разницы в показателях не наблюдалось (Smailyte et al., 2011).

Большинство случаев преждевременной смертности происходит по причине потребления табака и алкоголя. В Слуцком районе (Минской области) был введен закон³, запрещающий розничную продажу крепленого вина с 1 июня по 31 июля 2011 года. Показатель смертности по причине отравления алкоголем снизился на 22,3% (с 23,3 до 18,1 на 100 000 человек населения) преимущественно из-за того, что «фруктовое вино», содержание объемной доли спирта которого составляет около 20%, в больших количествах употреблялось лицами, страдающими сильной алкогольной зависимостью. Исходя из полученных результатов, власти Минской области запретили продажу всех подобных напитков в регионе с 1 января 2012 года. Начиная с 1 января 2013 года «фруктовые вина» были сняты с продажи на территории Беларуси. Однако общий уровень потребления алкоголя на душу населения в Беларуси по-прежнему остается высоким, и необходим дальнейший контроль над деятельностью алкогольной индустрии в целях сокращения потребления алкоголя.

³ Директива Миноблсполкома № 101р от 22 марта 2011 «О мерах по борьбе с пьянством и алкоголизмом в Минской области в 2011 году».

7.4.2 Эффективность оказания медицинских услуг и качество медицинской помощи

Несмотря на то, что качество медицинской помощи является важнейшим вопросом в секторе здравоохранения Беларуси, этот показатель сложно измерить, поскольку сбор данных о предотвратимой повторной госпитализации или мерах, принятых по результатам опросов пациентов (PROMs), равно как и о безопасности пациентов, не осуществляется на регулярной основе, а полученная информация не обязательно предоставляется исследователям. Если качество проводимых профилактических мер можно оценить, исходя из охвата населения вакцинацией, то тогда в стране представлен высокий уровень данного вида медицинской помощи. В республике был достигнут коллективный иммунитет, поскольку официальные показатели охвата каждой из вакцин – АКДС (адсорбированная коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина), вакциной против краснухи и полиомиелитной вакциной – превышает 98%, а заболеваемость дифтерией, коклюшем и краснухой, например, является низкой (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013). Имеющихся на сегодня данных недостаточно для того, чтобы достоверно оценить качество медицинской помощи, оказываемой пациентам с хроническими заболеваниями, или определить уровень безопасности пациентов. Однако ведется разработка методологических рекомендаций оценки качества.

7.4.3 Справедливость в отношении состояния здоровья населения

В Беларуси исследования и данные, касающиеся состояния здоровья населения, не подлежат рациональной классификации по социально-экономическим группам, полу или территориальному признаку. Наибольшее неравенство по данному показателю отмечается среди мужчин и женщин. Последние живут дольше, и их состояние здоровья лучше по сравнению с мужчинами, а разница в показателях в основном объясняется различиями в образе жизни – в особенности более высоким уровнем потребления табака и алкоголя среди белорусских мужчин по сравнению с женщинами (раздел 1.4). По этой причине снижение уровня курильщиков среди мужчин кажется особенно обнадеживающим, однако число курящих женщин постоянно растет (раздел 1.4).

7.5 Эффективность системы здравоохранения

7.5.1 Эффективное распределение ресурсов в системе здравоохранения

Белорусская система здравоохранения потребляет значительные ресурсы, ассигнование которых является приоритетом политики. При этом направления официальной политики преимущественно ориентированы на улучшение состояния здоровья населения и повышение качества и доступности медицинской помощи. Повышение эффективности системы здравоохранения не было заявленной целью, но в последнее время данному вопросу уделяется все больше внимания. В стране был принят поэтапный подход в реализации реформ при сохранении основных черт системы Семашко, унаследованной после обретения независимости, однако многие из проведенных преобразований были направлены на разрешение проблем неэффективности, унаследованных от советской модели здравоохранения. Например, доля расходов на стационарную помощь в общих расходах на здравоохранение постепенно уменьшилась с 60% в 2000–2001 годах до 44% в 2010 году, в силу того, что руководителями здравоохранения были проведены преобразования в сторону изменения баланса в системе в пользу сектора ПМСП в целях улучшения состояния здоровья населения и повышения эффективности системы (раздел 3.3). В настоящее время проводится поэтапное разрешение ситуации, связанной с избыточностью ведомственных систем здравоохранения: такие медицинские учреждения интегрируются в государственную систему (раздел 3.6.1). Подобным образом, оплата поставщиков медицинских услуг определяется не в зависимости от мощностей (например, числа персонала или объемов коечного фонда больниц), а в соответствии с «оптимальными» нормативами, согласно которым не приветствуется «копить» медицинский персонал или удерживать коечный фонд в объеме, превышающем требуемый (раздел 3.7.1). Однако следует отметить, что белорусская система здравоохранения до сих пор обладает внушительной инфраструктурой, а показатель числа коек на душу населения в республике выше, чем в любой другой стране СНГ или ЕС. Это также может свидетельствовать о том, что в системе по-прежнему имеются существенные избыточные мощности, особенно в стационарном секторе.

Начиная с 2011 года в стране проведен ряд оценок, направленных на получение данных об уровне эффективности, а также соотношении затрат и эффективности новых медицинских технологий (раздел 2.7.2).

Но в целом при разработке политики не используются систематические оценки эффективности, расходов и уровня воздействия существующих медицинских услуг на население. Таким образом, невозможно проиллюстрировать эффективность таких наиболее ресурсоемких технологий, как диспансеризация, а ее воздействие на показатели состояния здоровья населения не совсем ясно (раздел 5.3).

В Беларуси в целях распределения средств из более обеспеченных регионов в менее обеспеченные действует система выравнивания доходов местных бюджетов по определенной формуле, составленной на основе нормативов бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение на одного жителя, однако в этих нормативах не учитывается поправка на риск (раздел 3.3.3).

7.5.2 Эффективность функционирования системы здравоохранения

Оценить эффективность функционирования системы здравоохранения в отношении оказываемой медицинской помощи представляется сложным, однако с введением НСЗ и полной стоимости услуг в некоторых секторах системы, это станет более достижимым. Средняя продолжительность пребывания в стационаре резко снизилась, что объясняется введением механизма оплаты поставщиков на основе нормативов (а не в зависимости от мощностей). Несмотря на то, что данный показатель по-прежнему остается на относительно высоком уровне, он продолжает снижаться, и Минздрав планирует дальнейшее сокращение избыточных мощностей в системе здравоохранения, что приведет к освобождению ресурсов, необходимых для инвестирования в стационарозамещающие технологии. Предложения, касающиеся перспектив развития здравоохранения, включают, в частности, создание системы дневных стационаров, служб ухода на дому и амбулаторной хирургии. Это позволит обеспечить более рациональное использование ресурсов в секторе специализированной амбулаторной и стационарной помощи и сократить число избыточных мощностей (Жарко, В.И., 2012). Однако право на всеобщий доступ к медицинской помощи, закрепленное Конституцией Республики Беларусь (1994), является существенным барьером на пути повышения эффективности системы здравоохранения, так как пациенты слишком часто прибегают к услугам стационарного сектора в силу личного выбора.

Минздрав ставит своей целью снизить издержки на ЛС посредством использования препаратов-дженериков, проведения тендеров на закупки и осуществления поставок ЛС в розничную торговлю по фактической

себестоимости (раздел 2.8.4). Система сдерживания расходов путем введения соответствующих ограничений и протоколов, касающихся выписки рецептов на ЛС на уровне ПМСП, пока реализована не в полном объеме. Продвижение использования препаратов-дженериков осложнялось по нескольким причинам: по мнению пациентов, патентованные ЛС обладают более высоким качеством; врачи чаще предписывали пациентам патентованные ЛС вместо препаратов-дженериков (раздел 2.8.4).

7.6 Прозрачность и подотчетность

Участие населения в разработке политики и программ в области здравоохранения или более широких повесток дня по-прежнему находится на начальных стадиях развития (раздел 2.9.5). Обеспечение прав пациентов в более широком смысле не является отличительной чертой белорусской системы здравоохранения. Приоритетные направления политики разрабатываются центральным правительством в соответствии с распоряжениями Президента Республики Беларусь и Парламента Республики Беларусь, а Минздрав несет ответственность за состояние здоровья населения в той же степени, в какой врачи отвечают за состояние здоровья своих пациентов (раздел 2.8.2). Специалисты Минздрава также осуществляют разработку приоритетных направлений повышения эффективности и воздействия системы здравоохранения, равно как и стандартов медицинской помощи. Начиная с 2010 года с введением НСЗ значительно улучшились имеющиеся у правительства мощности по мониторингу деятельности системы здравоохранения (Жарко, В.И., 2011).

8. Заключение

Обеспечение здоровья населения является одним из приоритетов политики, проводимой белорусским правительством, которому удалось добиться сохранения системы предоставления широкого пакета гарантированной государством бесплатной медицинской помощи всем слоям населения по месту оказания помощи. Действующий в стране механизм финансовой защиты населения функционирует хорошо, а доля личных платежей граждан в общих расходах на здравоохранение незначительна, кроме того, население в целом выражает удовлетворенность существующей системой. Стабильность в предоставлении медицинских услуг была достигнута посредством поэтапного реформирования унаследованной системы Семашко. Однако применение данного поэтапного подхода не было до такой степени успешным в области сокращения избыточных стационарных мощностей, повышения качества медицинской помощи, развития сектора ПМСП или борьбы с неинфекционными болезнями. Необходимость дальнейшего продвижения программ реформирования, даже при условии эволюционной, а не революционной скорости развития, является очевидной и отражается в уровне расходов, требуемых для поддержания системы здравоохранения, в целом сильно ориентированной на стационарный сектор. Благодаря тому, что обеспечение системы здравоохранения является приоритетом проводимой политики, удалось сохранить уровень государственного финансирования в данном секторе даже в условиях глобального экономического кризиса, однако стало ясно, что на данный момент необходимо достижение значительной эффективности системы.

Система здравоохранения подверглась быстрой «модернизации», что привело к появлению на территории страны большого числа комплексных высокотехнологичных услуг. Вместе с тем движущей силой данного явления было и создание дополнительного источника финансирования

за счет привлечения медицинских туристов и экспорта медицинских услуг. Одной из наиболее серьезных проблем, с которыми столкнулись руководители здравоохранения, является сохранение равного доступа к медицинской помощи, закрепленного в качестве конституционного права, с тем, чтобы избежать появления «двухурневой» системы в результате инициатив по предоставлению в государственных медицинских учреждениях платных услуг, приносящих прибыль.

Подход на основе использования высоких технологий, возможно, способствовал бы успешному снижению показателя смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, однако проведение профилактических мер является единственным эффективным долгосрочным методом борьбы с высокими показателями преждевременной смертности мужчин трудоспособного возраста. Минздрав не может в одиночку вести борьбу с основными причинами плохого состояния здоровья населения. Необходимо применение межведомственных усилий по развитию более активных мер борьбы против табачной и алкогольной индустрии.

Главный вывод, который можно сделать на основе опыта Беларуси, состоит в том, что при прочной политической поддержке поэтапный подход к реформированию секторов экономики и здравоохранения может способствовать сохранению и улучшению доступа к медицинской помощи среди населения, а также обеспечить защиту здоровья граждан от наиболее тяжелых последствий переходного социально-экономического периода. Однако только этого не достаточно для того, чтобы в значительной мере улучшить показатели здоровья населения или обеспечить эффективное использование финансовых ресурсов. Последние десять лет были отмечены негативным воздействием социально-экономических, демографических и экологических факторов в обществе не только на состояние здоровья населения, но также и на систему здравоохранения. Постоянно растущий спрос на медицинские услуги, с одной стороны, и ограниченные материальные и финансовые ресурсы, с другой стороны, привели к появлению ряда проблем в области оказания медицинской помощи. Основная сложность состоит в разрешении проблем, связанных с эффективностью функционирования системы здравоохранения и эффективным распределением ресурсов при сохранении качества медицинской помощи и обеспечения доступа к ней. Повышение клинической эффективности посредством применения лечебно-диагностических методов, основанных на принципах доказательной медицины, способствовали бы достижению обеих поставленных целей.

Поэтапный подход к реформированию помимо стабильности также позволяет руководителям здравоохранения достигать консенсуса в отношении реформ, обеспечивая тем самым их более эффективное внедрение после принятия соответствующего нормативного правового акта. Таким образом, предоставляется настоящая возможность поддержать медицинские кадры, а все участники системы на всех уровнях оказываются вовлеченными в процесс создания будущих реформ на стадии разработки, а не только на стадии внедрения.

9. Приложения

9.1 Библиография

- Антипова, С.И., Горячева, Е.В., Суворова, И.В. (2004). Изучение мнения работников лечебно-профилактических организаций как инструмент анализа социальных проблем общественного здравоохранения // *Вопросы организации и информатизации здравоохранения: Выпуск 3*. – С: 33–35.
- Всемирный банк (2012). Партнерство Группы Всемирного банка и Республики Беларусь. *Обзор Страновой программы*. Минск, Всемирный банк (<http://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/document/Belarus-Snapshot-rus.pdf>, по состоянию на 10 июня 2014 г.).
- Всемирный банк (2013а). Обзор государственных расходов в Республике Беларусь. Повышение качества предоставляемых государством услуг в условиях жестких бюджетных ограничений. Вашингтон, округ Колумбия, Всемирный банк (<http://documents.worldbank.org/curated/en/2013/02/17536652/belarus-public-expenditure-review-enhancing-public-services-times-austerity>, по состоянию на 10 июня 2014 г.).
- Европейское региональное бюро ВОЗ (2013). Европейская база данных «Здоровье для всех» (БД-ЗДВ), (печатное издание). Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (<http://www.euro.who.int/ru/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db>, по состоянию на 10 июня 2014 г.).
- Жарко, В.И. (2007). Об итогах работы органов и учреждений здравоохранения в 2006 году и основных направлениях деятельности на 2007 год // *Вопросы организации и информатизации здравоохранения: Выпуск 1*. – С: 4–14 (http://minzdrav.gov.by/ru/static/jurnal_voprosy_inform/jurnal_2007_1, по состоянию на 10 июня 2014 г.).
- Жарко, В.И. (2008). Достигнут наибольший за четверть века рост рождаемости // *Медицинский вестник: Выпуск 9* (843).
- Жарко, В.И. (2011). Основные шаги по внедрению национальных счетов здравоохранения в Республике Беларусь // *Вопросы организации и информатизации здравоохранения: Выпуск 4*. – С: 4–13 (http://minzdrav.gov.by/ru/static/jurnal_voprosy_inform/jurnal_4_2011, по состоянию на 10 июня 2014 г.).

- Жарко, В.И. (2012). Об итогах работы органов и организаций здравоохранения Республики Беларусь в 2011 году и основных направлениях деятельности на 2012 год // *Вопросы организации и информатизации здравоохранения: Выпуск 1.* – С: 4–17 (http://minzdrav.gov.by/dadvfiles/000687_481709_1_V_MZ_RB_1_12.pdf, по состоянию на 10 июня 2014 г.).
- Каштальян, А.А. (2005). Сравнительный анализ занятости и норм нагрузки врачей амбулаторного приема на примере поликлиник г. Минска // *Вопросы организации и информатизации здравоохранения: Выпуск 2.* – С: 44–47.
- Малахова, И.В. с соавт. (2007). Состояние и перспективы развития скорой медицинской помощи в Республике Беларусь. *Материалы республиканской научно-практической конференции.* Минск, БелМАПО.
- Малахова, И.В. с соавт. (2009). Управление организацией оказания высокотехнологичной медицинской помощи. *Материалы республиканской научно-практической конференции организаторов здравоохранения.* Минск, БелМАПО. – С: 51–54.
- Малахова, И.В., Новик, И.И., Мигаль, Т.Ф. (2010). Совершенствование взаимодействия ведомственной медицины и системы здравоохранения в Республике Беларусь // *Вопросы организации и информатизации здравоохранения: Выпуск 1.* – С: 20–26 (http://minzdrav.gov.by/dadvfiles/000488_61562_St1_N1_2010.pdf, по состоянию на 10 июня 2014 г.).
- Министерство здравоохранения Республики Беларусь (2011). Здравоохранение в Республике Беларусь. *Официальный статистический сборник за 2010 г.* Минск, Республиканская научная медицинская библиотека (http://med.by/content/stat/stat2011/2010_1.pdf, по состоянию на 10 июня 2014 г.).
- Министерство здравоохранения Республики Беларусь (2012). Здравоохранение в Республике Беларусь. *Официальный статистический сборник за 2011 г.* Минск, Министерство здравоохранения Республики Беларусь (http://med.by/content/stat/stat2012/2011_1.pdf, по состоянию на 10 июня 2014 г.).
- Национальный статистический комитет Республики Беларусь (2011а). Об удовлетворенности домашних хозяйств условиями проживания и доступности объектов социальной инфраструктуры. *Пресс-релиз.* Минск, Национальный статистический комитет Республики Беларусь (http://belstat.gov.by/homep/ru/indicators/pressrel/survey_may_2011.php, по состоянию на 10 июня 2014 г.).
- Национальный статистический комитет Республики Беларусь (2011b). Здоровье населения Республики Беларусь. *Статистический сборник.* Минск, Национальный статистический комитет Республики Беларусь (<http://belstat.gov.by/homep/ru/publications/archive/2011.php>, по состоянию на 10 июня 2014 г.).
- Национальный статистический комитет Республики Беларусь (2012) (веб-сайт; <http://belstat.gov.by/>, по состоянию на 10 июня 2014 г.).
- Организация Объединенных Наций (2010). Универсальный периодический обзор – Беларусь. Совет по правам человека, Рабочая группа по универсальному периодическому обзору. Женева, Организация Объединенных Наций (<http://www.ohchr.org/ru/HRBodies/UPR/PAGES/BYSession8.aspx>, по состоянию на 10 июня 2014 г.).

- Ткачева, Е.И. (2011). Национальные счета здравоохранения Республики Беларусь: первые итоги внедрения // *Вопросы организации и информатизации здравоохранения: Выпуск 4*. – С: 7–13 (http://minzdrav.gov.by/dadvfiles/000570_850122_Problem2_4_2011.pdf, по состоянию на 10 июня 2014 г.).
- Фоменко, А.Г. (2006). Законодательное утверждение прав пациентов в контексте реформы системы здравоохранения в Республике Беларусь // *Вопросы организации и информатизации здравоохранения: Выпуск 4*. – С:7–18.
- Фоменко, А.Г. (2007). Безопасность пациентов как важнейшее условие обеспечения качества медицинской помощи в Республике Беларусь // *Вопросы организации и информатизации здравоохранения: Выпуск 2*. – С: 23–31 (http://minzdrav.gov.by/ru/static/jurnal_voprosy_inform/jornal_2007_2, по состоянию на 10 июня 2014 г.).
- Цыбин, А.К., Павлович, А.А., Малахова, И.В. (2003). Служба скорой помощи в Беларуси. *Стратегия развития экстренной медицинской помощи в Беларуси: материалы научно-практической конференции, посвященной 25-летию городской клинической больницы скорой медицинской помощи*. Минск.
- Шухатович, В.Р. (2009). Здравоохранение и социальные стандарты в сельской местности // Ред. Смирнова, Р.А. *Человеческий потенциал белорусской деревни*. Минск, Белорусская наука. – С: 193–204.
- Шухатович, В.Р. (2010). Какой видят отечественную медицину Беларуси // *Обозреватель: Выпуск 8 (391)*. Минск. – С: 8.
- Balabanova D et al. (2004). Health service utilization in the former Soviet Union: evidence from eight countries. *Health Services Research*, 39(6):1927–1950.
- Balabanova D et al. (2012). Health care reform in the former Soviet Union: beyond the transition. *Health Services Research*, 47(2):840–864.
- Davidson P, Gabbay J (2004). Следует ли внедрять на национальном уровне программы массового скрининга рака предстательной железы? Should mass screening for prostate cancer be introduced at the national level? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/74699/E82958R.pdf, по состоянию на 10 июня 2014 г.).
- ЕС (2013). Eurostat statistical database [база данных в режиме онлайн]. Brussels, European Commission (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>, по состоянию на 10 июня 2014 г.).
- Egorov K et al. (2006). *How do Belarusian citizens see primary care? Results from a national survey in 2005*. Utrecht, Netherlands Institute for Health Services Research (NIVEL).
- Famenka A (2011). Ethical review of biomedical research in Belarus: current status, problems and perspectives. *Romanian Journal of Bioethics*, 9(2):74–83.
- Figueras J, McKee M, Lessof S (2004). Overview. In: Figueras J et al., eds. *Health systems in transition: learning from experience*. Copenhagen, WHO European Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies: 13–31.

- Gilmore A, McKee M (2004). Moving East: how the transnational tobacco industry gained entry to the emerging markets of the former Soviet Union – part I: establishing cigarette imports. *Tobacco Control*, 13(2):143–150.
- Grigoriev P (2011). About mortality data for Belarus. In: *Human mortality database: background and documentation*. Berkeley, CA and Rostock, University of California and Max Planck Institute for Demographic Research.
- Grigoriev P et al. (2010). Mortality in Belarus, Lithuania, and Russia: divergence in recent trends and possible explanations. *European Journal of Population*, 26(3):245–274.
- Ioffe G (2004). Understanding Belarus: economy and political landscape. *Europe-Asia Studies*, 56(1):85–118.
- Kruk D (2013). Belarus' anti-crisis management: success story of delayed recession? *Europe-Asia Studies*, 65(3):473–488.
- Nuti DM (2005). The Belarus economy: suspended animation between state and markets. In: White S, Korosteleva E, Löwenhardt J, eds. *Postcommunist Belarus*. Lanham, MD, Rowman & Littlefield: 97–122.
- OSCE Office for Democratic Institutions and Human Rights (2011). *Republic of Belarus Presidential Election 19 December 2010*. OSCE/ODIHR Election Observation Mission Final Report. Warsaw, Organization for Security and Co-operation in Europe.
- Richardson E et al. (2008). Belarus health system review. *Health Systems in Transition*, 10(6):1–118.
- Rousovich V et al. (2006). *Workload and tasks of community physicians in Belarus: results from a national survey in 2005*. Utrecht, Netherlands Institute for Health Services Research (NIVEL).
- Skrahina A et al. (2013). Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью в Беларуси: масштаб проблемы и факторы сопутствующего риска // *Бюллетень Всемирной организации здравоохранения: Выпуск 91(1)*. – С: 36–45 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/91/1/12-104588-ab/ru/>, по состоянию на 10 июня 2014 г.).
- Slay B, Juraev A, Kachanovich A (2012). “Fast facts” from Belarus’s official socio-economic data. Bratislava, UNDP Europe and Central Asia (<http://europeandcis.undp.org/senioreconomist/show/EA8B9056-F203-1EE9-B906B027F9C4E8B3>, по состоянию на 9 мая 2012 г.).
- Smailyte G et al. (2011). Comparison of prostate cancer patient’s survival in Belarus and Lithuania. *Central European Journal of Medicine*, 6(5):545–549.
- Staetsky L, Nolte E, McKee M (2010). Avoidable mortality in Belarus, the Russian Federation and Ukraine, *11th International Academic Conference on Economic and Social Development*, Moscow, 6–8 April 2010.
- Transparency International (2012). *Corruption perceptions index 2012*. Berlin, Transparency International (<http://www.transparency.org/cpi2012/results>, по состоянию на 19 декабря 2012 г.).
- UNDP (2005). *Belarus: addressing imbalances in the economy and society*. National Human Development Report. Minsk, United Nations Development Programme.

United Nations (2004). Belarus, Map No 3776, Rev. 3, January 2004. New York, NY, United Nations Department of Field Support, Cartographic Section.

WHO (2011). *Global status report on alcohol and health 2011*. Geneva, World Health Organization.

WHO (2013). *National health accounts, Belarus*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/nha/country/blr/en/>, по состоянию на 10 июня 2014 г.).

World Bank (2013b). World Development Indicators. Washington, DC, World Bank (<http://data.worldbank.org/products/WDI>, по состоянию на 10 июня 2014 г.).

Yemelyanau M (2008). *Inequality in Belarus from 1995 to 2005*. Prague, CERGE-EI (Charles University in Prague, Center for Economic Research and Graduate Education – Economics Institute of the Academy of Sciences of the Czech Republic). (CERGE-EI Working Paper Series No. 356).

9.2 Полезные веб-ресурсы

Официальный интернет-портал Президента Республики Беларусь (содержит ссылки на сайты всех областных и районных управлений здравоохранения): <http://president.gov.by/> (на русском, белорусском и английском языках), по состоянию на 10 июня 2014 г.

Официальный веб-сайт Министерства здравоохранения Республики Беларусь: <http://minzdrav.gov.by/> (на русском и английском языках), по состоянию на 10 июня 2014 г.

Официальный веб-сайт еженедельной газеты Министерства здравоохранения Республики Беларусь «Медицинский вестник»: <http://www.medvestnik.by/ru/> (только на русском языке), по состоянию на 10 июня 2014 г.

Официальный веб-сайт журнала Министерства здравоохранения Республики Беларусь «Вопросы организации и информатизации здравоохранения»: http://minzdrav.gov.by/ru/static/jurnal_voprosy_inform (только на русском языке), по состоянию на 10 июня 2014 г.

Официальный веб-сайт Национального статистического комитета Республики Беларусь: <http://belstat.gov.by/> (на русском и английском языках), по состоянию на 10 июня 2014 г.

Официальный веб-сайт Республиканского научно-практического центра медицинских технологий (РНПЦ МТ): <http://rnpemt.belcmt.by/> (на русском и английском языках), по состоянию на 10 июня 2014 г.

9.3 Методология и процесс подготовки обзоров «Системы здравоохранения: время перемен»

Обзоры из серии «Системы здравоохранения: время перемен» составляют местные специалисты в сотрудничестве с научными руководителями и сотрудниками Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. Эти обзоры разрабатываются в едином формате, который периодически пересматривается. Он содержит подробные рекомендации, конкретные вопросы, определения, примеры и источники данных, необходимые для составления обзора. Формат обзора включает полный набор вопросов, но использовать его следует гибко, так чтобы авторы и редакторы обзора могли приспособить его к конкретным особенностям каждой отдельной страны. С последней версией формата можно ознакомиться по адресу в Интернете: <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/health-systems-in-transition-hit-series/hit-template-2010>.

При подготовке обзора из серии «Системы здравоохранения: время перемен» его авторы используют самые разные источники: данные национальной статистики, региональные и национальные программные документы, книги, научные работы. Кроме того, могут использоваться также международные источники – например, базы данных Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) и Всемирного банка. В базе данных ОЭСР содержится 1200 показателей по 34 странам-членам ОЭСР. Данные собирают на основании информации национальных бюро статистики и министерств здравоохранения. Всемирный банк предоставляет «Индикаторы мирового развития», которые также основаны на официальных источниках.

К информации и данным, полученным от местных экспертов, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения добавляет количественные данные, которые представляют собой совокупность стандартных сравнительных показателей по каждой стране, взятых из Европейской базы данных «Здоровье для всех» (БД-ЗДВ). В базе данных «Здоровье для всех» содержится более 600 показателей, установленных Европейским региональным бюро ВОЗ в целях мониторинга программы «Здоровье для всех» в Европе. Эта база данных обновляется дважды в год на основании сведений из различных источников – главным образом, официальных данных, предоставляемых правительствами стран, а также данных медицинской статистики, которые собирают технические отделы Европейского регионального бюро ВОЗ. Стандартные данные из базы «Здоровье

для всех» официально одобрены национальными правительствами. С лета 2007 года в базу данных «Здоровье для всех» включаются данные по расширившемуся Евросоюзу, в состав которого входит 27 стран.

Авторам обзоров из серии «Системы здравоохранения: время перемен» рекомендуется подробно обсуждать содержащиеся в этом тексте сведения, в особенности в случае расхождений данных, полученных из различных источников.

Типовой обзор «Системы здравоохранения: время перемен» содержит 9 глав:

1. Введение. Содержит описание общей ситуации в стране, включая географию и социодемографию, экономический и политический контексты, а также состояние здоровья населения.
2. Организационная структура и управление. Эта глава дает представление о том, как организована система здравоохранения страны, и содержит описание ее основных участников и их полномочий, касающихся принятия решений. Кроме того, в данной главе приводится историческая справка о развитии системы здравоохранения и описываются права и возможности пациентов, касающиеся получения информации, прав, выбора, процедур обжалования, безопасности, вовлеченности в деятельность системы здравоохранения и лечения за рубежом.
3. Финансирование. Эта глава содержит информацию об уровне расходов на здравоохранение, об охвате населения медицинским обслуживанием, о том, какие выгоды и льготы предоставляются населению, об источниках финансирования системы здравоохранения, о том, как собираются и распределяются ресурсы, о главных статьях расходов, о добровольном медицинском страховании, о расходах граждан и о том, как оплачиваются услуги поставщиков.
4. Материальные и кадровые ресурсы. В этой главе рассматриваются вопросы планирования и распределения капитальных вложений, инвестиций, инфраструктуры и фондов, описываются различные системы, основанные на информационных технологиях, и вклад кадровых ресурсов в систему здравоохранения, в том числе информация о регистрации, подготовке, тенденциях и профессиональном росте.
5. Предоставление медицинских услуг. В этой главе основное внимание уделяется маршруту пациентов в системе здравоохранения, организации и оказанию услуг здравоохранения, аспектам

общественного здравоохранения, услугам первичной медико-санитарной помощи и вторичной медицинской помощи, скорой и неотложной медицинской помощи, дневному уходу, реабилитации, медикаментозной помощи, долговременной медицинской помощи, услугам по уходу на дому, паллиативной помощи, услугам по охране психического здоровья, стоматологической помощи, дополнительной и альтернативной медицине, а также медицинскому обслуживанию отдельных групп населения.

6. Основные реформы в области здравоохранения. Обзор реформ, политических инициатив и организационных преобразований, которые оказали существенное влияние на здравоохранение, а также анализ их дальнейшего развития.
7. Оценка системы здравоохранения. В этой главе дается оценка системы здравоохранения, основанная на анализе заявленных целей системы здравоохранения, системы финансовой защиты и социальной справедливости при использовании средств, личного опыта пациентов и общедоступности медицинской помощи, эффективности оказания медицинских услуг, их качества, показателей состояния здоровья населения, а также рассматривается вклад системы здравоохранения в улучшение данных показателей, прозрачность и подотчетность.
8. Заключение. Содержит описание того опыта, который был получен в результате изменений в системе здравоохранения, а также краткое описание имеющихся проблем и перспектив на будущее.
9. Приложения. Библиография, полезные ссылки на веб-адреса и ссылки на законодательство.

Поскольку обзоры являются источником информации для разработчиков политического курса и используются для метаанализа, то вопросу их качества придается очень большое значение. Процесс составления и редактирования обзоров сопровождается многочисленными консультациями и включает несколько этапов, за которыми следуют:

- тщательная проверка (см. следующий раздел);
- дальнейший контроль качества, при котором особое внимание уделяется техническому редактированию и корректуре;
- распространение (в виде печатных экземпляров, электронных изданий, переводов и презентаций). На всем протяжении производственного процесса редактор обзора тесно сотрудничает с его авторами, оказывая им всю необходимую помощь и обеспечивая тем самым эффективность процесса на всех его этапах.

Один из авторов обзора одновременно является сотрудником обсерватории, в чьи обязанности входит оказание помощи остальным авторам в процессе написания и подготовки обзора. Сотрудники обсерватории проводят все необходимые консультации, которые обеспечивают эффективность процесса на всем его протяжении и гарантируют, что обзоры соответствуют стандартам серии и могут служить подспорьем как для принятия решений на национальном уровне, так и для проведения сравнительного анализа между странами.

9.4 Проверка и рецензирование обзоров

Этот процесс включает три этапа. Сначала текст обзора проверяют, оценивают и утверждают редакторы серии со стороны Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. Затем его направляют на рецензирование двум независимым научным экспертам и, в соответствии с их замечаниями и поправками, вносят в текст необходимые изменения. После этого тест передают в соответствующее министерство здравоохранения или другой уполномоченный орган, где ответственные лица, в рамках своей компетенции, проверяют его на предмет наличия в нем фактических ошибок.

9.5 Сведения об авторах

Erica Richardson – научный сотрудник Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. Специализируется по вопросам мониторинга систем здравоохранения регионов постсоветского пространства. Почетный научный сотрудник Лондонской школы гигиены и тропической медицины и Центра российских и восточноевропейских исследований при Университете Бирмингема.

Ирина Малахова – заместитель директора Республиканского научно-практического центра медицинских технологий (РНПЦ МТ). Как специалист в области общественного здравоохранения выступала в качестве советника по разработке нормативно-правовых инструментов, касающихся политики в области общественного здравоохранения.

Ирина Новик – заместитель директора Республиканского научно-практического центра медицинских технологий (РНПЦ МТ).

Андрей Фоменко – врач, специализирующийся по вопросам биоэтики и законодательства. Получил высшее медицинское образование в Белорусском государственном медицинском университете, закончил программу последипломного образования по этике, организованную совместно Вильнюсским университетом (Литва) и Union Graduate College (США). Опубликовал большое число работ по таким вопросам, как права пациентов, этика научных исследований и политика в области здравоохранения в Беларуси.

«Системы здравоохранения: время перемен»

Публикации Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения

Каждый обзор из серии «Системы здравоохранения: время перемен» содержит всесторонний анализ системы здравоохранения той или иной страны и ее реформ – как тех, которые уже реализуются, так и находящихся в стадии разработки. Цель составления этих обзоров заключается в том, чтобы предоставить организаторам здравоохранения и аналитикам сравнительную информацию, необходимую им для совершенствования систем здравоохранения и разработки реформ в странах Европейского региона ВОЗ и за его пределами. Обзоры систем здравоохранения дают возможность:

- подробно изучить различные методы организации, финансирования и предоставления медицинских услуг;
- четко описать содержание, процессы подготовки и реализации программ реформ систем здравоохранения;
- обозначить наиболее важные проблемы в области здравоохранения, а также те элементы, которые требуют более глубокого изучения;
- предоставить руководителям и аналитикам стран Европейского региона ВОЗ возможность поделиться сведениями о системах здравоохранения и обменяться опытом по стратегии их реформ.

Как получить обзор из серии

Все обзоры из серии «Системы здравоохранения: время перемен» доступны в формате pdf на сайте www.healthobservatory.eu, где можно также подписаться на нашу ежемесячную рассылку новостей о деятельности Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, в том числе на новые обзоры серии «Системы здравоохранения: время перемен», издания, выпускаемые нами совместно с издательством Open University Press, краткие документы и рекомендации по выработке политики и журнал Eurohealth.

Печатные экземпляры обзоров из серии «Системы здравоохранения: время перемен» можно заказать по адресу:

info@obs.euro.who.int

Публикации
Европейской
обсерватории по системам
и политике здравоохранения
помещены на сайте
www.healthobservatory.eu



Опубликованные в настоящее время обзоры серии «Системы здравоохранения: время перемен»:

Австралия (2002, 2006)
Австрия (2001^e, 2006^e)
Азербайджан (2004^g, 2010^g)
Албания (1999, 2002^{ag})
Андорра (2004)
Армения (2001^g, 2006, 2013)
Беларусь (2008^g, 2013^g)
Бельгия (2000, 2007, 2010)
Болгария (1999, 2003^b, 2007^g, 2012)
Босния и Герцеговина (2002^g)
Бывшая югославская Республика
Македония (2000, 2006)
Венгрия (1999, 2004, 2011)
Германия (2000^e, 2004^{cg})
Греция (2010)
Грузия (2002^{dg}, 2009)
Дания (2001, 2007^g, 2012)
Израиль (2003, 2009)
Исландия (2003)
Испания (2000^h, 2006, 2010)
Ирландия (2009)
Италия (2001, 2009)
Италия (Венето) (2012)
Казахстан (1999^g, 2007^g, 2012^g)
Канада (2005, 2013^c)
Кипр (2004, 2012)
Кыргызстан (2000^g, 2005^g, 2011^g)
Латвия (2001, 2008, 2012)
Литва (2000)
Люксембург (1999)
Мальта (1999)
Монголия (2007)
Нидерланды (2004^g, 2010)
Новая Зеландия (2001)
Норвегия (2000, 2006)
Польша (1999, 2005^k, 2012)
Португалия (1999, 2004, 2007, 2011)
Республика Корея (2009)
Республика Молдова (2002^g, 2008^g, 2012)

Российская Федерация (2003^g, 2011^g)
Румыния (2000^f, 2008)
Словакия (2000, 2004, 2011)
Словения (2002, 2009)
Соединенное Королевство (1999^g)
Соединенное Королевство (Англия) (2011)
Соединенное Королевство
(Северная Ирландия) (2012)
Соединенное Королевство
(Шотландия) (2012)
Соединенное Королевство (Уэльс) (2012)
Соединенные Штаты Америки (2013)
Таджикистан (2000, 2010^l)
Туркменистан (2000)
Турция (2002^{gi}, 2012ⁱ)
Узбекистан (2001^g, 2007^g)
Украина (2004^g, 2010^g)
Финляндия (2002, 2008)
Франция (2004^{cg}, 2010)
Хорватия (1999, 2006)
Чешская Республика (2000, 2005^g, 2009)
Швейцария (2000)
Швеция (2001, 2005, 2012)
Эстония (2000, 2004^{gj}, 2008)
Япония (2009)

Все обзоры серии «Системы здравоохранения: время перемен» доступны на английском языке. Наличие версий на других языках указано следующими обозначениями:

a албанский

b болгарский

c французский

d грузинский

e немецкий

f румынский

g русский

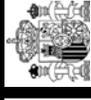
h испанский

i турецкий

j эстонский

k польский

l таджикский



Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения представляет собой партнерство между Европейским региональным бюро ВОЗ, правительствами Австрии, Бельгии, Ирландии, Испании, Норвегии, Швеции, Финляндии, Швеции, итальянским регионом Венето, Европейской комиссией, Европейским инвестиционным банком, Всемирным банком, Французским национальным союзом фондов медицинского страхования (UNSAM), Лондонской школой экономической и политической гигиены и тропической медицины.

«Системы здравоохранения: время перемен» – это всесторонние обзоры, созданные по единым стандартам и позволяющие проводить сравнения систем здравоохранения разных стран. Обзоры освещают как современное состояние, так и начавшиеся и будущие реформы системы здравоохранения.